国家卫生和计划生育委员会“十三五”规划教材 全国高等学校教材

**供预防医学类专业用**

**社会医学**

Social Medicine

第 5 版

主 编 李 鲁

副主编 吴群红郭 清 邹宇华

编 者(以姓氏笔画为序)

王 烈 中国医科大学 吴群红 哈尔滨医科大学

王红妹 浙江大学医学院 **肖水源** 中南大学湘雅医学院

卢祖洵 华中科技大学同济医学院 邹宇华 广东药科大学

田庆丰 郑州大学 陈家应 南京医科大学

代 涛 中国医学科学院医学信息研究所 **郑建中** 长治医学院

冯学山 复旦大学 **姜润生** 昆明医科大学

严 非 复旦大学 **姜敏敏** 浙江师范大学公共管理研究所

李宁秀 四川大学 **郭** **岩** 北京大学

李 鲁 浙江大学社会医学研究所 **郭** **清** 浙江中医药大学健康管理研究所

杨廷忠 浙江大学医学院 **鲍** **勇** 上海交通大学医学院

编写秘书

姜敏敏 ( 兼 )

郝艳华 哈尔滨医科大学

 人 民 卫 生 出 版 社

**图书在版编自(CIP) 数据**

社会医学/李鲁主编.—5版.—北京：人民卫生出版社，2017 全国高等学校预防医学专业第八轮规划教材

ISBN 978-7-117-24664-4

I.① 社 … Ⅱ.①李… Ⅲ.①社会医学-医学院校-教材 IV.①R1

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2017)第167822号

|  |
| --- |
| **人卫智网**[**www.ipmph.com**](https://www.ipmph.com)**医学教育、学术、考试、健康，**  **购书智慧智能综合服务平台**  人卫官网[www.pmph.com](https://www.pmph.com) **人卫官方资讯发布平台** |

版权所有，侵权必究!

**社** **会** **医** **学**

第 5 版

主 编：李 鲁

**出版发行：**人民卫生出版社(中继线010-59780011)

地 址：北京市朝阳区潘家园南里19号

邮 编：100021

**E -mail:** pmph @pmph.com

**购书热线：**010-59787592010-59787584010-65264830

印 刷：北京人卫印刷厂

经 销：新华书店

开 本：850×1168 1/16 印张：23

字 数：541千字

版 次：2000年8月第1版 2017年8月第5版

2017年8月第5版第1次印刷(总第32次印刷)

标准书号：ISBN 978-7-117-24664-4/R·24665

定 价：56.00元

**打击盗版举报电话：010-59787491** **E-mail:WQ @pmph.com**

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

3

**全国高等学校预防医学专业第八轮规划教材修订说明**



我国的公共卫生与预防医学教育是现代医学教育的一个组成部分，并在教学实践中逐步形成 了中国公共卫生与预防医学教育的特点。现代公共卫生与预防医学教育强调“干中学” (learning by doing) 这一主动学习、终身学习的教育理念，因此公共卫生和预防医学教材的建设与发展也 必须始终坚持和围绕这一理念。

1978年，在原卫生部的指导下，人民卫生出版社启动了我国本科预防医学专业第一轮规划教 材，组织了全国高等院校的知名专家和教师共同编写，于1981年全部出版。首轮教材共有7个品 种，包括《卫生统计学》《流行病学》《分析化学》《劳动卫生与职业病学》《环境卫生学》《营 养与食品卫生学》《儿童少年卫生学》,奠定了我国本科预防医学专业教育的规范化模式。

此后，随着预防医学专业的发展和人才培养需求的变化，进行了多轮教材的修订与出版工作， 并于1990年成立了全国高等学校预防医学专业第一届教材评审委员会，至今已经是第四届。为了 满足各院校教学的实际需求，规划教材的品种也随之进一步丰富。第二轮规划教材增加《卫生毒 理学基础》《卫生微生物学》,第四轮增加《社会医学》,第五轮增加《卫生事业管理学》《卫 生经济学》《卫生法规与监督学》《健康教育学》《卫生信息管理学》和《社会医疗保险学》, 第六轮、第七轮延续了16种理论教材的框架。由此，经过30余年的不断完善和补充，基本形成 了一套完整、科学的教材体系。

为了深入贯彻教育部《国家中长期教育改革和发展规划纲要(2010-2020年)》和国家卫生和 计划生育委员会《国家医药卫生中长期人才发展规划(2011-2020年)》,通过对全国高等院校第 七轮规划教材近四年来教学实际情况的调研和反馈，经研究决定，于2015年启动预防医学专业第 八轮规划教材的修订，并作为国家卫生和计划生育委员会“十三五”规划教材的重点规划品种。 本套教材在第四届教材评审委员会的指导下，增加《公共卫生与预防医学导论》,有助于学生了 解学科历史，熟悉学科课程设置，明确专业研究方向，为专业课程的学习奠定基础。

预防医学专业第八轮规划教材的修订和编写特点如下：

1. 坚持教材顶层设计 教材的修订工作是在教育部、国家卫生和计划生育委员会的领导和支 持下，由全国高等学校预防医学专业教材评审委员会审定，专家、教授把关，全国各医学院校知 名专家、教授编写，人民卫生出版社高质量出版的精品教材。

2. 坚持教材编写原则 教材编写修订工作始终坚持按照教育部培养目标、国家卫生和计划生 育委员会行业要求和社会用人需求，在全国进行科学调研的基础上，借鉴国内外医学培养模式和 教材建设经验，充分研究论证本专业人才素质要求、学科体系构成、课程体系设置和教材体系规

4



划后，制定科学、统一的编写原则。

3. 坚持教材编写要求 教材编写遵循教育模式的改革、教学方式的优化和教材体系的建设， 坚持科学整合课程、淡化学科意识、实现整体优化、注重系统科学。本轮教材修订之初，在全国 高等院校进行了广泛而深入的调研，总结和汲取了前七轮教材的编写经验和成果，对院校反馈意 见和建议比较集中的教材进行了较大程度的修改和完善。在教材编写过程中，始终强调本科教材 “三基”“五性”“三特定”的编写要求，进一步调整结构、优化图表、精炼文字，以确保教材编 写质量，打造精品教材。

4. 坚持教材创新发展 本轮教材从启动编写伊始，采用了“融合教材”的编写模式，即将纸 质教材内容与数字教材内容及智育内容、富媒体资源、智慧平台、智能服务相结合的，以纸质为 基本载体，与互联网平台有机融合的立体教材和新兴服务，形成针对本专业和学科的终身教育解 决方案。教师和学生都可以通过使用移动设备扫描“二维码”的方式，在平台上获得为每本教材 量身创作的富媒体资源，包括教学课件、章末思考题解答思路、丰富的教学案例以及多种类型的 富媒体资源，实现学生自主学习、终身学习、移动学习的教育目标。

5. 坚持教材立体建设 从第五轮教材修订开始，尝试编写和出版了服务于教学与考核的配套 教材，之后每轮教材修订时根据需要不断扩充和完善。本轮教材共有10种理论教材配有《学习指 导与习题集》、《实习指导》或《实验指导》类配套教材，供教师授课、学生学习和复习参考。

第八轮预防医学专业规划教材系列共17种，将于2017年8月全部出版发行，融合教材的全 部数字资源也将同步上线，供秋季教学使用；其他配套教材将于2018年秋季陆续出版完成。

希望全国广大院校在使用过程中能够多提宝贵意见，反馈使用信息，以逐步修改和完善教材 内容，提高教材质量，为第九轮教材的修订工作建言献策。

**全国高等学校预防医学专业第八轮规划教材目录**



1.公共卫生与预防医学导论

主编：李立明 副主编：叶冬青 毛宗福

2.卫生统计学 第8版

主编：李晓松 副主编：陈峰 郝元涛 刘美娜

3. 流行病学 第8版

主审：李立明 主编：詹思延 副主编：叶冬青 谭红专

**4.** **卫生化学** 第 8 版

主编：康维钧 副主编：和彦苓 毋福海 李娟 黄沛力

**5.职业卫生与职业医学** 第 8 版

主审：孙贵范 主编：邬堂春 副主编：牛侨 周志俊 朱启星 陈杰

**6.环境卫生学** 第 8 版

主编：**杨克敌** 副主编：郑玉建 郭新彪 张志勇

**7.** **营养与食品卫生学** 第 8 版

主编：孙长颢 副主编：凌文华 黄国伟 刘烈刚 李颖

8.儿童少年卫生学 第8版

主编：陶芳标 副主编：武丽杰 马军 张欣

**9.毒理学基础** 第7版

主审：王心如主编：孙志伟 副主编：陈雯 周建伟 张文昌

6



10. 卫生微生物学 第6版

主编：曲章义 副主编：邱景富 王金桃 申元英

**11.** **社会医学** 第 5 版

主编：李鲁 副主编：吴群红 郭清 邹宇华

12.卫生事业管理学 第4版

主编：梁万年 副主编：胡志 王亚东

**13.卫生经济学** 第 4 版

主编：陈文 副主编：刘国祥 江启成 李士雪

14.卫生法律制度与监督学 第 4 版

主编：**樊立华** 副主编：刘金宝 张冬梅

**15.健康教育学** 第 3 版

主编：傅华 副主编：施榕 张竞超 王丽敏

**16.卫生信息管理学** **第** 4 版

主编：**罗爱静** 副主编：王伟 胡西厚 马路

**17.** **医疗保险学** **第4版**

主编：**卢祖洵** 副主编：高广颖 郑建中

全国高等学校预防医学专业第四届教材评审委员会名单

|  |  |
| --- | --- |
| 名誉主任委员：陈学敏 主任委员 ： 李立明 副主任委员：孙贵范 王心如 | 华中科技大学 北京大学  中国医科大学 南京医科大学 |

委员：姜庆五 复旦大学

凌文华 中山大学

梁万年 国家卫生和计划生育委员会 金泰虞 复旦大学

武丽杰 哈尔滨医科大学

季成叶 北京大学

牛 侨 山西医科大学

陈 坤 浙江大学

吴逸明 郑州大学

浦跃朴 东南大学

谭红专 中南大学

曹 佳 第三军医大学

刘开泰 中国疾病预防控制中心

潘先海 海南省疾病预防控制中心

胡永华 北京大学

孙振球 中南大学

马 骁 四川大学

郑玉建 新疆医科大学 郭爱民 首都医科大学 吕姿之 北京大学

邬堂春 华中科技大学 颜 虹 西安交通大学

孙长颢 哈尔滨医科大学 孟庆跃 山东大学

陶芳标 安徽医科大学

庄志雄 深圳市疾病预防控制中心

汪 华 江苏省卫生和计划生育委员会

秘书：詹思延 北京大学

**主编简介**



李 鲁

教授，博士生导师。浙江大学社会医学研究所所长，浙江省重点 学科带头人，中华预防医学会社会医学分会主任委员，国务院“政府特 殊津贴”获得者。

长期从事社会医学和卫生事业管理的教学科研工作。主讲《社会 医学》《卫生政策》《卫生服务研究》等课程；先后主持国家自然科学基 金、原卫生部、教育部等课题20余项， ESRC、DFID、CMB等国际合作及 专项课题10余项；在国内外学术期刊发表论文120余篇，包括 New *ENGLJ MED 、The Lancet、Journal of epidemiology and community health 等* SCI/SSCI期刊30余篇，《中华预防医学杂志》《中华医院管理杂志》等核 心期刊180余篇；担任国家级规划教材《社会医学》(第2～5版)主 编、《卫生事业管理》主编等9部；培养浙江大学博士、硕士研究生50 余名；先后获得国家级教育成果一等奖1项，省部级一等、二等科技奖 和教育成果奖7项。

10

**副主编简介**



吴群红



郭 清

教授，博士生导师。哈尔滨医科大学卫生管理学院副院长，省重 点学科、省领军人才梯队带头人、国家优秀教学团队带头人。中国社 科院兼职博导，澳大利亚拉筹伯大学兼职教授。担任国家卫计委应急 管理专家、中华预防医学会卫生管理分会副主任委员、社会医学分会 副主任委员及8个中英文期刊编委。

主持社会医学国家级精品课程、国家双语示范课程以及应急管理 精品视频公开课，获国家及省教学成果3项。主持科技部863项 目、国家自然科学基金重点项目、面上项目等课题30余项，获省部级 二等以上成果奖4项。主编、副主编规划教材及专著15部，发表论文 300余篇，其中SCI论文40余篇。获全国优秀科技工作者、卫生部有突 出贡献中青年专家、省教学名师、美国CMB 杰出教授奖等荣誉称号。

教授，博士生导师。美国麻省医药学院名誉科学博士、哈佛大学 博士后；现任浙江中医药大学副校长。教育部“移动健康管理系统” 工程研究中心主任、“治未病与健康管理”博士人才培养项目学科带头 人、国家中医药管理局“十二五”重点学科“治未病与健康管理”学 科带头人。

担任中华预防医学会卫生保健分会主任委员、社会医学分会副主 任委员、中华医学会健康管理学分会副主任委员，中国健康管理产学 研联盟副理事长、学术委员会主任委员；国家卫生和计划生育委员会 基本公共卫生专家委员会委员，国家中医药管理局中医药改革发展专 家咨询委员会委员，教育部高等学校公共管理类专业教学指导委员会 副主任委员。享受国务院“政府特殊津贴”,荣获全国优秀科技工作 者、中国十大“医改”新闻人物、中国产学研合作创新先进个人奖、 中国健康管理杰出贡献奖。

主持“十二五”“十一五”“十五”国家科技支撑(攻关)计划重 点项目，国家自然科学基金项目、国家社会科学基金项目等省部级以 上课题30余项。公开发表论文180余篇，出版学术著作27部。担任 《健康研究》杂志主编。

11

**副主编简介**



邹宇华

教授，硕士生导师。广东药科大学公共卫生学院党委书记。全国 优秀科技工作者，广东省师德标兵，广东省优秀共产党员，南粤优秀 教师。现任中国社区卫生协会理事、中华预防医学会社会医学分会委 员、广东省社会医学研究会副会长、广东省社区卫生学会副会长、全 国亿万农民健康促进行动广东省专家、广东省健康科普专家、广州市 人民政府重大行政决策论证专家、广州市社区卫生学会会长等职。

主要从事社会医学、社区卫生服务管理学、健康教育学等教学工 作。重点研究基层卫生和健康教育。主持课题70多项，发表论文 200多篇，撰写科普、人文作品100多篇；主编教材和专著25部，主 审和参编28部。获各类成果及奖项80多个，媒体采访报道100多 次。2008年担任广州市科技专家抗震救灾志愿服务团团长，率团赴四 川救灾。

**前** **言**



社会经济的发展与科技的进步，特别是国家医药卫生体制改革和健康中国建设的不断深化， 为社会医学学科发展提供了宝贵的机遇和丰富的素材。根据新形势和新任务，2016年4月，全国 高等学校预防医学专业第八轮国家卫生和计划生育委员会“十三五”规划教材主编人会议决定， 编写《社会医学》第5版教材。

本教材以现代医学模式理论和全面健康观为指导，坚持贯彻“三基”(基本理论，基本知识， 基本技能)、“五性”(思想性，科学性，先进性，启发性，适用性)、“三特定”(特定目标，特定 对象，特定限制)原则。在前4版教材的基础上，进一步充实教材的结构和内容，呈现社会医学 知识体系，强调教材对专业教学的规范作用；努力吸收社会医学最新研究成果和大数据，及时反 映学科前沿动态，突出教材对学科发展的引领作用。

本教材分为3个部分：第一部分是总论，系统阐述社会医学的学科内涵、性质、任务及其基 本理论，突出学科的基本范式是在“生物-心理-社会”医学模式和全面健康观的指导下探讨社会 因素对人群健康的作用及其规律，包括概论、医学模式、健康社会决定因素、社会经济因素与健 康、社会环境因素与健康、社会文化因素与健康、行为心理因素与健康等7章；第二部分是方法 论，重点介绍社会医学研究中常用的方法和技术，尤其是一些具有社会医学学科特色的评估理论 和评价技术，包括社会医学研究方法、卫生服务研究、卫生项目评价、健康危险因素评价、生命质 量评价等5章；第三部分是各论，结合当前医药卫生体制改革和健康中国建设的焦点难题，论述了社 会医学学科重点关注的领域，包括社会卫生状况、卫生政策、卫生保健制度、健康管理与治理、社 区卫生服务、家庭保健、弱势人群卫生服务、慢性非传染性疾病管理、社会病防治等9章。

根据前4版教材的教学经验，本教材建议开设为60学时的课程，主要适用于预防医学专业、 卫生管理专业、公共事业管理专业、公共管理硕士(MPA) 和公共卫生硕士(MPH), 也可作为医 学院校临床医学等专业的通识课程教材，以及各级各类卫生管理人员的职业化培训教材和公共卫 生、公共管理等领域的管理者和科研工作者的参考用书。

本教材编写过程中，得到全国高等学校预防医学专业教材评审委员会主任委员李立明教授的 关心，得到浙江大学的支持。各位编委先后在北京和杭州召开会议，对教材大纲及定稿进行了审 阅和讨论，提出了许多修改建议。姜敏敏、郝艳华两位秘书做了大量细致的编务工作，谨此深表 感谢。

由于编写时限较紧，难免存在不妥或谬误之处，望业界同仁和广大读者批评指正。

**李** **鲁**

**目** **录**



**1 第一章** **概论**

[第 一 节 社 会 医 学 的 概 念 、 内 容 与 任 务 1](#bookmark2)

[一 、社会医学的概念 1](#bookmark3)

[二 、社会医学的研究对象与内容 2](#bookmark4)

[三 、社会医学的任务 3](#bookmark5)

[第 二 节 社 会 医 学 的 发 展 4](#bookmark6)

[一 、社会医学的萌芽 4](#bookmark7)

[二 、西方国家社会医学的创立与发展 5](#bookmark8)

[三 、我国社会医学的发展 6](#bookmark9)

[第 三 节 社 会 医 学 的 特 色 理 论 与 创 新 观 点 8](#bookmark10)

[一 、卫生事业与社会协调发展 8](#bookmark11)

[二 、健康与社会经济发展的双向作用 9](#bookmark12)

[三 、生理、心理、社会的健康观 9](#bookmark13)

[四 、高危人群和高危因素 9](#bookmark14)

[五 、疾病防治中社会因素的决定作用 10](#bookmark15)

[六 、全社会参与的大卫生观 10](#bookmark16)

[**12 第二章** **医学模式**](#bookmark17)

[第 一 节 医 学 模 式 的 概 念 12](#bookmark18)

[第 二 节 医 学 模 式 的 演 变 13](#bookmark1)

[一 、神灵主义医学模式 13](#bookmark1)

[二 、自然哲学医学模式 13](#bookmark1)

[三 、机械论医学模式 14](#bookmark19)

[四 、生物医学模式 15](#bookmark20)

[第 三 节 生物 - 心理 - 社会医学模式与健康观 16](#bookmark21)

[一 、生物-心理-社会医学模式的产生背景 16](#bookmark22)

[二 、生物-心理-社会医学模式 18](#bookmark23)

[三 、生物-心理-社会医学模式的健康观 21](#bookmark24)

[**24 第三章** **健康社会决定因素**](#bookmark26)

[第 一 节 健康社会决定因素概述 24](#bookmark27)

[一 、健康社会决定因素的概念 24](#bookmark28)

[二、健康社会决定因素理论的发展历程 25](#bookmark29)

[三 、健康社会决定因素理论对社会医学的理论发展 27](#bookmark30)

[第二节 健康社会决定因素的框架与内容 28](#bookmark31)

[一 、健康社会决定因素的理论模型 28](#bookmark32)

[二 、健康社会决定因素的行动框架 28](#bookmark33)

[三 、影响健康的主要社会因素 30](#bookmark34)

[第 三 节 将健康融入所有政策的理念与实践 3](#bookmark35)

[一 、将健康融入所有政策的理念 33](#bookmark36)

[二 、将健康融入所有政策的行动领域 34](#bookmark37)

[**37 第四章** **社会经济因素与健康**](#bookmark38)

[第 一 节 基本内涵及衡量指标 37](#bookmark39)

[一 、经济发展的内涵及衡量指标 37](#bookmark40)

[二 、健康的内涵及衡量指标 38](#bookmark41)

[第二节 经 济 发 展 与 健 康 38](#bookmark42)

[一 、经济发展对健康的作用 38](#bookmark43)

[二 、健康对经济发展的作用 41](#bookmark44)

[第 三 节 经济发展与卫生服务 42](#bookmark45)

[一 、经济发展与卫生服务需要 42](#bookmark46)

[二 、经济发展与卫生服务需求 42](#bookmark47)

[三 、经济发展与卫生费用 43](#bookmark48)

[第四节 经济发展与健康投资 44](#bookmark49)

[一 、健康投资的内涵 44](#bookmark50)

[二 、健康投资效益分析 44](#bookmark51)

[**47 第五章** **社会环境因素与健康**](#bookmark52)

[第 一 节 人 口 与 健 康 47](#bookmark53)

[一 、人口数量与健康 47](#bookmark54)

[**二** **、人口结构、素质与健康** **47**](#bookmark56)

[**三** **、人口流动与健康** **49**](#bookmark57)

[**第** **二** **节** **生** **活** **工** **作** **环** **境** **与** **健** **康** **49**](#bookmark58)

[**一** **、营养与健康** **49**](#bookmark59)

[**二** **、食品安全与健康** **51**](#bookmark60)

[三 、体力活动与健康 52](#bookmark61)

[四 、职业压力与健康 52](#bookmark62)

[五 、城市化与健康 53](#bookmark63)

[第 三 节 社 会 网 络 与 健 康 54](#bookmark64)

[一 、社会网络的内涵与作用 54](#bookmark65)

[二 、人际关系与健康 54](#bookmark66)

[三 、家庭关系与健康 55](#bookmark67)

[四 、退休、失业与健康 55](#bookmark68)

[**57 第六章** **社会文化因素与健康**](#bookmark69)

[第 一 节 文 化 的 概 念 、 构 成 及 特 征 57](#bookmark70)

[一 、文化的概念 57](#bookmark71)

[二 、文化的构成 57](#bookmark72)

[三 、文化的特点 57](#bookmark73)

[第 二 节 文 化 影 响 健 康 的 模 式 与 特 点 58](#bookmark74)

[一 、文化影响健康的模式 58](#bookmark75)

[二 、文化影响健康的特点 58](#bookmark76)

[第 三 节 文 化 对 健 康 的 影 响 59](#bookmark77)

[一 、教育对健康的影响 59](#bookmark78)

[二 、科技进步对健康的影响 61](#bookmark79)

[三 、风俗习惯对健康的影响 62](#bookmark80)

[四 、其他文化现象对健康的影响 62](#bookmark81)

[**65 第七章** **行为心理因素与健康**](#bookmark82)

[第 一 节 心 理 因 素 与 健 康 65](#bookmark83)

[一 、人格与健康 65](#bookmark84)

[二 、认知与健康 65](#bookmark86)

[三 、心理压力与健康 66](#bookmark87)

[第二节 行为生活方式与健康 68](#bookmark88)

[一 、行为与健康行为 68](#bookmark89)

[二 、行为因素与健康 68](#bookmark90)

[三 、健康行为的观点与理论 69](#bookmark91)

[第三节 行为心理问题的干预 70](#bookmark92)

[一 、政策干预 71](#bookmark93)

[二 、环境工程设施干预 71](#bookmark94)

[三 、大众媒体干预 72](#bookmark95)

[四 、社区干预 72](#bookmark96)

[五 、组织干预 72](#bookmark97)

[第四节 烟草流行与控制 73](#bookmark98)

[一 、吸烟的危害 73](#bookmark99)

[二 、控烟的政策措施 73](#bookmark100)

[三 、控烟倡导促动 74](#bookmark101)

[**76 第八章** **社会医学研究方法**](#bookmark102)

[第 一 节 社会医学研究方法概述 76](#bookmark103)

[一 、社会医学的相关研究方法 76](#bookmark104)

[二 、社会医学研究的步骤 78](#bookmark105)

[第二节 定 性 研 究 80](#bookmark106)

[一 、定性研究的概念及特点 80](#bookmark107)

[二 、定性研究的用途 81](#bookmark108)

[三 、定性研究方法 82](#bookmark109)

[四 、定性研究资料的处理及分析 84](#bookmark110)

[第三节 定 量 研 究 85](#bookmark111)

[一 、定量研究的概念及特点 85](#bookmark112)

[二 、访谈法 86](#bookmark113)

[三 、自填法 87](#bookmark114)

[第四节 问 卷 设 计 88](#bookmark115)

[一 、问卷的主要类型及一般结构 88](#bookmark116)

[二 、问卷设计的原则及步骤 89](#bookmark117)

[三 、问题及答案的设计 91](#bookmark118)

[四 、问卷的评价 93](#bookmark119)

[**95 第九章** **卫生服务研究**](#bookmark120)

[第 一 节 卫生服务研究概述 95](#bookmark121)

[一 、卫生服务研究的意义与目的 95](#bookmark122)

[二 、我国卫生服务研究的进展 96](#bookmark123)

[三 、卫生服务研究的分类 97](#bookmark124)

[四 、卫生服务研究的内容 97](#bookmark125)

[五 、卫生服务研究的方法 98](#bookmark126)

[第二节 卫生服务需要、需求与利用 100](#bookmark127)

[一 、基本概念 100](#bookmark128)

[二 、卫生服务需要的测量与分析 101](#bookmark129)

[三 、卫生服务利用的测量与分析 103](#bookmark130)

[四 、卫生服务需要与利用指标的应用 105](#bookmark131)

[五 、影响卫生服务需要与利用的因素 106](#bookmark132)

[第三节 卫生服务资源 107](#bookmark133)

[一 、卫生人力 107](#bookmark134)

[二 、卫生费用 108](#bookmark135)

[第四节 卫生服务综合评价 109](#bookmark136)

[一 、卫生服务综合评价概述 109](#bookmark137)

[二 、卫生服务综合评价内容的特征 111](#bookmark138)

[三 、卫生服务综合评价指标的筛选原则 111](#bookmark139)

[四 、卫生服务综合评价模式 112](#bookmark140)

[**114 第十章** **卫生项目评价**](#bookmark141)

[第 一 节 卫生项目评价概述 114](#bookmark142)

[一 、基本概念 114](#bookmark143)

[二 、卫生项目评价的目的 116](#bookmark144)

[三 、卫生项目评价的原则 116](#bookmark145)

[第二节 卫生项目评价的内容、程序与类型 117](#bookmark146)

[一 、卫生项目评价的内容 117](#bookmark148)

[二 、卫生项目评价的程序 118](#bookmark149)

[三 、卫生项目评价的类型 120](#bookmark150)

[第三节 卫生项目评价设计与方法 122](#bookmark151)

[一 、卫生项目评价设计 122](#bookmark152)

[二 、卫生项目评价方法 123](#bookmark153)

[第四节 卫生项目评价指标 127](#bookmark154)

[一 、结构评价标准及指标 127](#bookmark155)

[二 、过程评价标准及指标 128](#bookmark156)

[三 、结果评价标准及指标 128](#bookmark157)

[四 、影响评价标准及指标 128](#bookmark158)

[**130 第十一章** **健康危险因素评价**](#bookmark159)

[第 一 节 健康危险因素概述 130](#bookmark160)

[一 、健康危险因素的概念 130](#bookmark161)

[二 、健康危险因素的分类 130](#bookmark162)

[三 、健康危险因素的特点 131](#bookmark163)

[四 、健康危险因素的作用过程 132](#bookmark164)

[第二节 健康危险因素评价 133](#bookmark165)

[一 、健康危险因素评价的概念 133](#bookmark166)

[二 、健康危险因素评价的步骤 133](#bookmark167)

[第三节 健康危险因素评价的应用 140](#bookmark168)

[一 、个体评价 140](#bookmark169)

[二 、群体评价 141](#bookmark170)

[三 、大数据与健康危险因素评价 142](#bookmark171)

[**144 第十二章** **生命质量评价**](#bookmark172)

[第 一 节 生命质量评价概述 144](#bookmark173)

[一 、生命质量研究的发展 144](#bookmark174)

[二 、生命质量的概念与构成 145](#bookmark175)

[第二节 生命质量的评价内容与方法 146](#bookmark176)

[一 、生命质量的评价内容 146](#bookmark177)

[二 、生命质量的评价方法 149](#bookmark178)

[第三节 生命质量的测量工具 152](#bookmark179)

[一 、通用型量表 152](#bookmark180)

[二 、特异型量表 154](#bookmark181)

[三 、我国自主研制的量表 155](#bookmark182)

[第四节 生 命 质 量 的 应 用 156](#bookmark183)

[一 、人群健康状况的评定 156](#bookmark184)

[二 、卫生服务的效果评价与方案选择 157](#bookmark185)

[三 、卫生资源配置与利用的决策 158](#bookmark186)

[**160 第十三章** **社会卫生状况**](#bookmark187)

[第 一 节 社会卫生状况概述 160](#bookmark188)

[一 、社会卫生状况的概念 160](#bookmark189)

[二 、社会卫生状况的评价 160](#bookmark190)

[三 、社会卫生状况的指标 161](#bookmark191)

[第二节 我国社会卫生状况 165](#bookmark192)

[一 、人群健康状况 165](#bookmark193)

[二 、影响人群健康的因素 165](#bookmark194)

[三 、健康中国 166](#bookmark195)

[第三节 全球卫生状况 169](#bookmark196)

[一 、全球健康状况 169](#bookmark197)

[二 、全球卫生 169](#bookmark198)

[三 、全球卫生策略 170](#bookmark199)

[**175 第十四章** **卫生政策**](#bookmark200)

[第 一 节 卫生政策概述 175](#bookmark201)

[一 、基本概念 175](#bookmark202)

[二 、卫生政策的主要功能 176](#bookmark203)

[三 、卫生政策的基本特点 176](#bookmark204)

[第二节 卫生政策的制定与执行 177](#bookmark205)

[一 、卫生政策问题的提出与确认 178](#bookmark206)

[二 、卫生政策的制定 178](#bookmark207)

[三 、卫生政策的执行 180](#bookmark208)

[第三节 卫生政策的分析与评价 181](#bookmark209)

[一 、卫生政策分析的目的与原则 181](#bookmark210)

[二 、卫生政策分析的要素与步骤 182](#bookmark211)

[三 、卫生政策分析的方法 184](#bookmark212)

[四 、卫生政策的评价 185](#bookmark213)

[第四节 我国卫生工作方针与医药卫生体制改革 186](#bookmark214)

[一 、卫生工作方针 186](#bookmark215)

[二 、医药卫生体制改革 188](#bookmark216)

[**192 第十五章** **卫生保健制度**](#bookmark217)

[第 一 节 卫生保健制度概述 192](#bookmark218)

[一 、卫生保健制度的概念 192](#bookmark219)

[二 、卫生保健制度的分类 192](#bookmark220)

[三 、卫生保健制度的基本模式 193](#bookmark221)

[四 、卫生保健制度的发展趋势 196](#bookmark222)

[第二节 西方发达国家卫生保健制度 197](#bookmark223)

[一 、英国国家卫生服务制度 197](#bookmark224)

[二 、德国医疗保健制度 198](#bookmark225)

[三 、美国医疗保险制度 199](#bookmark226)

[四 、日本医疗保健制度 200](#bookmark227)

[第三节 我国卫生保健制度 201](#bookmark228)

[一 、公费医疗制度 201](#bookmark229)

[二 、城镇职工基本医疗保险制度 202](#bookmark230)

[三 、新型农村合作医疗制度 202](#bookmark231)

[四 、城镇居民基本医疗保险制度 203](#bookmark232)

[五 、补充医疗保险制度 203](#bookmark233)

[六 、我国卫生保健制度的改革与发展 204](#bookmark234)

[**206 第十六章** **健康管理与治理**](#bookmark235)

[第 一 节 健康管理产生的背景 206](#bookmark236)

[一 、健康观的演变 206](#bookmark237)

[二 、健康社会决定因素 206](#bookmark239)

[三 、健康管理系统的构建与发展 206](#bookmark240)

[第二节 健康管理与治理概述 207](#bookmark241)

[一 、健康管理 207](#bookmark242)

[二 、健康治理 209](#bookmark243)

[三 、健康管理与健康治理的联系与区别 211](#bookmark244)

[第三节 多层次的健康管理与治理 212](#bookmark245)

[一 、个体与群体的健康管理 212](#bookmark246)

[二 、以社区为基础的健康管理与治理 215](#bookmark247)

[三 、卫生系统健康管理与治理 216](#bookmark248)

[四 、国家健康管理与治理 218](#bookmark249)

[五 、全球健康治理 221](#bookmark250)

[**224 第十七章** **社区卫生服务**](#bookmark251)

[第 一 节 社区卫生服务概述 224](#bookmark252)

[一 、社区 224](#bookmark253)

[二 、社区卫生服务 225](#bookmark254)

[三 、社区卫生服务发展概况 226](#bookmark255)

[第二节 社区卫生服务的特点与内容 228](#bookmark256)

[一 、社区卫生服务的特点 228](#bookmark257)

[二 、社区卫生服务的内容 230](#bookmark258)

[三 、社区卫生服务的意义 231](#bookmark259)

[第三节 社区卫生服务模式 232](#bookmark260)

[一 、社区卫生服务的管理 232](#bookmark261)

[二 、社区卫生服务的方式 234](#bookmark262)

[第四节 社区卫生服务绩效评价 237](#bookmark263)

[一 、社区卫生服务绩效评价程序 237](#bookmark264)

[二 、社区卫生服务绩效评价对象 237](#bookmark265)

[三 、社区卫生服务绩效评价指标 237](#bookmark266)

[**239 第十八章** **家庭保健**](#bookmark267)

[第 一 节 家 庭 概 述 239](#bookmark268)

[一 、家庭的概念 239](#bookmark269)

[二 、家庭结构 239](#bookmark270)

[三 、家庭类型 240](#bookmark271)

[四 、家庭功能 240](#bookmark272)

[五 、健康家庭 241](#bookmark273)

[第二节 家 庭 保 健 241](#bookmark274)

[一 、家庭保健概述 241](#bookmark275)

[二 、家庭保健理论 242](#bookmark276)

[三 、家庭保健方法 244](#bookmark277)

[第三节 家 庭 健 康 评 估 246](#bookmark278)

[一 、家庭健康评估的内容 246](#bookmark279)

[二 、家庭健康评估的指征 246](#bookmark280)

[三 、家庭健康评估的工具 247](#bookmark281)

[**249 第十九章** **弱势人群卫生服务**](#bookmark282)

[第 一 节 妇幼卫生服务 249](#bookmark283)

[一 、妇幼卫生工作的成就及挑战 249](#bookmark284)

[二 、影响妇女保健的社会因素 252](#bookmark285)

[三 、影响儿童保健的社会因素 253](#bookmark286)

[第二节 老年人卫生服务 254](#bookmark287)

[一 、人口老龄化及其带来的挑战 254](#bookmark288)

[二 、老年人的生理特点、心理特点及其健康特征 255](#bookmark289)

[三 、老年人保健 257](#bookmark290)

[第三节 残疾人卫生服务 258](#bookmark291)

[一 、残疾人基本状况 259](#bookmark292)

[二 、残疾发生的影响因素 259](#bookmark293)

[三 、残疾人的健康问题及其卫生服务需求特点 260](#bookmark294)

[四 、残疾的预防与康复 260](#bookmark295)

[第四节 流动人口卫生服务 261](#bookmark296)

[一 、流动人口的主要特征 261](#bookmark297)

[二 、流动人口的健康问题 262](#bookmark298)

[三 、流动人口卫生保健 263](#bookmark299)

**265 第二十章** **慢性非传染性疾病管理**

[第 一 节 慢 性 病 概 述 265](#bookmark300)

[一 、慢性病的概念 265](#bookmark301)

[二 、慢性病的危险因素 266](#bookmark302)

[三 、慢性病的社会危害 266](#bookmark303)

[第二节 慢性病防控策略 267](#bookmark304)

[一 、慢性病防控全球行动计划 267](#bookmark305)

[二 、慢性病三级预防 268](#bookmark306)

[第三节 慢 性 病 管 理 270](#bookmark307)

[一 、慢性病管理基本策略 270](#bookmark308)

[二 、慢性病筛检 271](#bookmark309)

[三 、慢性病监测 271](#bookmark310)

[四 、慢性病危险因素干预 272](#bookmark311)

[五 、慢性病高危人群管理 273](#bookmark312)

[六 、慢性病病人管理 274](#bookmark313)

[**278 第二十一章** **社会病防治**](#bookmark314)

[第 一 节 社 会 病 概 述 278](#bookmark315)

[第二节 攻 击 与 暴 力 行 为 280](#bookmark316)

[一 、攻击与暴力的概念与分类 280](#bookmark317)

[二 、人际暴力的表现形式与发生率 281](#bookmark318)

[三 、人际暴力的根源与控制措施 284](#bookmark319)

[第三节 自 杀 行 为 286](#bookmark320)

[一 、自杀的概念与分类 286](#bookmark321)

[二 、自杀的发生率与分布特征 287](#bookmark322)

[三 、自杀的社会根源 289](#bookmark323)

[四 、自杀的预防 290](#bookmark324)

[第四节 非 故 意 伤 害 292](#bookmark325)

[一 、非故意伤害的概念 292](#bookmark326)

[.二、非故意伤害的相关研究 293](#bookmark327)

[三 、非故意伤害的死亡情况 293](#bookmark328)

[四 、非故意伤害的预防干预理论 294](#bookmark329)

[第五节 成 瘾 行 为 294](#bookmark331)

[一 、成瘾行为的概念与分类 294](#bookmark332)

[二 、吸 毒 296](#bookmark333)

[三 、问题饮酒行为 297](#bookmark334)

[第六节 与性行为相关的社会病 298](#bookmark335)

[一 、与性行为相关的社会病的概念与分类 298](#bookmark336)

[二 、与性行为相关社会病的社会根源 298](#bookmark337)

[三 、性传播疾病及艾滋病的预防与控制 299](#bookmark338)

[四 、青少年妊娠的预防与控制 300](#bookmark339)

[第七节 精 神 障 碍 301](#bookmark340)

[一 、精神障碍的概念与分类 301](#bookmark341)

[二 、精神障碍的患病率与疾病负担 301](#bookmark342)

[三 、精神障碍的社会根源 302](#bookmark343)

[四 、精神障碍的预防与控制 305](#bookmark344)

**306 附录** **社会医学常用调查表**

**339 推荐阅读**

**341 中英文名词对照索引**



**第一章**

▶笔 记 ·

**概论**

医学是预防与治疗疾病、维护与促进健康、提高生命质量的科学。医学研究的对象是具有自然 属性和社会属性的人，而社会属性是人类的本质特征。人的社会特征深刻影响人类对健康与疾病的 认识，疾病的发生、发展和转归，以及预防、治疗和保健的成效。人的生老病死不仅仅是自然现象，更 是社会产物，受到社会的政治、经济、文化、环境、保障制度、行为生活方式以及医疗卫生服务等众多 因素的影响。世界卫生组织(World Health Organization,WHO)提出的“健康社会决定因素”概括论述 了社会因素对健康的决定性影响。

**第一节** **社会医学的概念、内容与任务**

**一、社会医学的概念**

社会医学(social medicine)是从社会的角度研究医学和健康问题的一门交叉学科，它研究社会 因 素(social factor)与个体及群体健康和疾病之间相互作用及其规律，制定相应的社会策略和措施， 保护和增进个体及人群的身心健康和社会活动能力，提高生命质量，充分发挥健康的社会功能，提高 人群的健康水平。

随着社会经济的发展和科学技术的进步，现代学科发展呈现出高度分化和高度综合的特点。 一 方面，为了适应科学发展和创新的需要，许多经典学科不断分化并产生分支；另一方面，为了解决科 学发展中的新问题，需要多学科的理论、知识和方法的交叉和融合。作为医学与社会科学相互融合 的一门交叉学科，社会医学的知识基础主要有两个来源： 一方面是医学科学，包括基础医学、临床医 学、公共卫生与预防医学等；另一方面是社会科学，包括社会学、政治学、管理学、经济学和伦理学等。 因此，社会医学连接了自然科学和社会科学两大领域，综合了生物医学和社会科学的理论和方法，形 成了具有自然科学和社会科学双重属性的交叉学科。社会医学主要研究人群的健康与疾病现象，研 究社会因素对人群健康的影响，探讨提高人群健康水平的社会策略、措施和方法。因此，社会医学属 于医学的一个分支。但社会医学研究中应用的理论与方法，又是借鉴了许多社会科学的成果，提出 的研究结果和改善健康的策略，又需要通过公共政策和社会管理来实现。因此，社会医学又属于管 理学的一门应用学科。作为一门交叉学科，社会医学学科与预防医学、卫生管理学、医学社会学、医 学心理学等多个学科相互联系、相互渗透。在社会医学的科学研究和实际工作中，也常常应用流行 病学、卫生统计学、医学人口学、卫生经济学、公共政策学、社会调查学等学科的理论和方法。

影响人类健康与疾病的因素多种多样，而且互相关联。例如，人类疾病既可以在分子生物水平

2 第一章 概 论

上找到结构缺陷，也可从反应器官的功能或生理生化指标上发现异常，又可以从病人家庭发现遗传 倾向，还可以进一步从行为生活方式或社会因素中发现致病的因素。社会因素和生物因素的互相融 合、交叉作用是导致多数病人致病的共同原因，社会因素在疾病发生和发展中的重要作用不容忽视。 生物、心理、社会因素的综合作用导致了疾病发生发展的多样性和复杂性。因此，不仅要从生物因 素，还要从心理和社会因素认识和防治疾病。人具有生物和社会的双重属性，因此对于生命、疾病和 健康的本质认识，也需要从生物和社会两个维度及其相互作用上进行探索。健康不能仅指躯体的 “无病”状态，还包含心理和社会功能的完好状态。这种健康观念超越了单纯生物医学的内涵，从社 会、心理和生物医学的角度认识健康与疾病。防治疾病和增进健康涉及生物、心理、社会等一系列因 素，医学模式已从单纯的生物医学模式演变为生物-心理-社会医学模式。在新健康观和医学模式背 景下，社会医学作为一门新兴学科应运而生。

**二、社会医学的研究对象与内容**

社会医学是从社会的角度研究与人群生老病死有关的医学问题。随着人口老龄化进程加速和 疾病谱从传染病向慢性非传染性疾病转变，医学模式从传统的生物医学模式转变为生物-心理-社会 医学模式。与此相适应，医疗卫生服务面临四个方面的扩大，即从单纯治疗扩大到预防保健，从生理 扩大到心理，从医院服务扩大到家庭和社区服务，从单纯的医疗技术措施扩大到综合的社会服务。 实现健康也不仅仅是医疗卫生部门的工作，需要全社会、各部门、各领域协同推进。这是医学社会化 的必然趋势，也是社会医学学科兴起的客观依据。社会医学的研究内容主要包括以下3个方面。

1. 研究社会卫生状况 主要是人群健康状况。社会医学以群体为研究对象，应用社会调查的 方法和大数据资源，研究社会卫生状况，主要是人群健康状况，寻找主要的社会卫生问题，发现健康 高危人群及弱势人群，确定防治工作的重点，找出人群健康的主要危险因素以及应对策略，对社会卫 生问题作出社会医学的“诊断”。

2. 研究影响人群健康的因素 主要是社会因素。社会医学应用现况调查、回顾性调查，以及前 瞻性研究等多种研究方法，特别是应用社会卫生服务调查的方法，研究社会制度、经济状况、文化因 素、人口发展、生活劳动条件、医疗保障制度、行为生活方式和医疗卫生服务等众多社会因素对人群 健康产生的积极和消极的作用，对发现的社会卫生问题进行社会病因学分析，为制定社会卫生政策 提供依据。

3. 研究社会卫生策略和措施 社会医学研究的目的不仅要通过社会卫生调查及社会病因分析 找出当前存在的主要社会卫生问题及其严重程度，更重要的是找出产生社会卫生问题的原因，提出 改善社会卫生状况，提高人群健康水平的社会卫生策略和措施，即提出社会医学的“处方”。社会医 学所指的社会卫生策略和措施，不是单纯的医疗卫生技术措施，而是涵盖了发展医疗卫生事业，提高 人群健康水平而采取的一系列政治、经济、法律、文化和教育等方面的综合性策略和措施。

社会医学的研究对象与内容随着社会经济发展以及各国的具体情况而有所区别。历史上，医疗 卫生事业发展经历了三次卫生革命，不同时期的研究对象与重点不同，目标与任务也不同。第一次 卫生革命以传染病、寄生虫病和地方病为主要防治对象。社会卫生策略主要通过制订国家卫生措施

第一章 概 论 3

和环境卫生工程措施，提供有效疫苗和生物制品，推广免疫接种计划，开展消毒、杀虫、灭鼠计划等。 通过综合性卫生措施，急慢性传染病发病率和死亡率大幅度下降，平均期望寿命显著延长。第二次 卫生革命以慢性非传染性疾病为主攻目标，主要是心脑血管疾病、恶性肿瘤、糖尿病、精神疾病和意 外伤害等。通过发展早期诊断技术，提倡三级预防，及时发现、早期治疗，特别是控制与疾病发生、发 展密切相关的危险因素，提倡健康的行为生活方式，控制吸烟、吸毒、酗酒，提倡合理膳食和体育锻 炼，大力加强各种健康促进和健康教育计划，推行综合性社会干预措施，防治慢性非传染性疾病已经 取得显著成效。第三次卫生革命以提高生命质量、促进全人类健康长寿，实现 WHO 倡导的“人人享 有卫生保健”为目标。这反映了人类对健康改善的不断追求，在提高平均期望寿命的同时提高生活 质量，改善健康的公平程度，使每个社会成员都在其所处的社会经济环境下最大限度地获得健康。 社会卫生策略主要包括与贫困作斗争，在所有的环境中促进健康，部门间的协调、协商和互利，实现 卫生系统可持续发展等。

**三、社会医学的任务**

医学的基本任务是防治疾病，维护和促进健康。社会医学重视社会因素对人群健康与疾病的影 响；重视那些主要由社会因素引起的疾病；重视突发公共卫生事件的发生、发展和流行规律及其控制 策略；重视社会病因研究并制定相应的防治策略；重视对高危人群、高危疾病和高危因素，特别是对 健康弱势人群(如妇女、儿童、老年人、残疾人、低收入人群等)的卫生服务供给和疾病防治策略的 研 究 。

社会医学的基本任务可以概括为：通过社会卫生状况调查，掌握社会卫生状况及人群健康状况， 分析人群健康水平及其变动规律；发现主要的社会卫生问题及其影响因素，尤其是重视社会因素对 健康的作用；提出改善社会卫生状况即促进人群健康状况的策略和措施，为卫生事业改革与发展提 供决策依据，包括为政府管理和决策部门制定卫生工作方针政策，确定卫生工作重点，合理配置卫生 资源，科学组织卫生服务，加强卫生监督和评价。在我国，社会医学的主要任务是从中国的实际出 发，研究并解决中国的社会卫生问题；同时，通过研究全球卫生状况及其发展规律，了解全球面临的 社会卫生问题及全球卫生策略，借鉴国际组织和世界各国发展卫生事业的经验和教训，以适应全球 卫生发展的潮流。

当前，我国社会医学的基本任务有下列4项。

1. 倡导积极健康观和现代医学模式 WHO 提出健康(health)的概念是：健康不仅是没有疾病 或虚弱，而是一种身体、心理和社会的完好状态。该定义表明，应该从生理、心理和社会三个维度积 极维护和促进健康。伴随着积极健康观的出现，生物-心理-社会医学模式替代了传统的生物医学模 式。为了倡导积极健康观和生物-心理-社会医学模式，在疾病防治和医学教育中，需要强调影响健 康的因素既有生物因素，又有心理和社会因素，尤其是社会因素的决定作用。强调健康社会决定因 素，推行积极健康观和现代医学模式，转变医疗卫生服务理念，指导医疗保健实践，控制疾病的发生 和发展，推动社会医学学科的建设。

2. 改善社会卫生状况，提高人群健康水平 社会卫生状况是由人群健康状况以及影响健康状

4 第一章 概 论

况的因素两部分组成。系统分析社会卫生状况的现状、特征、变化及演变趋势，从宏观和微观两个方 面分析社会经济、卫生政策、卫生资源、卫生服务以及行为生活方式对人群健康状况的影响，找出存 在的主要社会卫生问题；也可通过国际间的比较研究，找出我国社会卫生状况与之存在的差距，从而 进一步提出改善社会卫生状况和提高人群健康水平的策略与措施。

3. 制定社会卫生策略和措施 通过发现社会卫生问题和分析产生社会卫生问题的原因，提出 解决问题的社会卫生策略和措施，是社会医学的基本研究思路，也是科学制定卫生政策和策略的技 术路线。因此在社会医学领域，不仅拥有广泛的社会卫生问题的研究领域，同样可以为卫生行政部 门开展政策研究，从事决策分析，以及制定卫生规划等提供理论基础和方法学指导。社会医学的研 究内容与政策分析紧密结合是推动社会医学学科发展的源泉。

4. 开展健康弱势人群保健和社会病控制 妇女、儿童、老年人、残疾人、低收入人群、流动人口 和有害作业职工等健康弱势人群处于疾病高危状态，应采取有针对性的社会卫生策略与措施，提供 特殊的医疗照顾。关注意外伤害、精神障碍、酗酒、吸毒、青少年妊娠、性传播疾病及艾滋病等与社会 因素和行为生活方式密切相关的社会病，需要通过综合性的社会动员和社会突破才能奏效。

**第二节** **社会医学的发展**

**一、社会医学的萌芽**

社会因素对人类疾病的发生和发展的影响早在经验医学时期就引起了医学家们的注意。古希 腊名医希波克拉底(Hippocrates, 约公元前460—前377年)注意到人的生活环境与健康的关系，他在 《空气、水、地域》著作中要求医生进入城市前，首先要熟悉自然环境、居民居住条件、饮水情况和生 活方式等。他认为“知道是什么样的人患病比知道这个人患什么病更重要”“医生医治的不仅是疾 病，更重要的是病人”。古罗马医生盖仑(Galen,130—200 年)重视社会心理因素的治病作用，强调 人体健康与社会心理因素之间的关系。阿拉伯医学家阿维森纳(Avicenna,980—1037 年)认为土壤 和水源可以传播疾病，而精神感情活动对机体健康也有重要影响。限于当时生产力发展及医学条 件，古代医学家们对人类健康、疾病与社会因素之间的关系还缺乏客观的科学论据来证实他们的认 识，医学活动基本上是病人与医生间的个人医疗行为。

随着欧洲文艺复兴和产业革命兴起，生产的社会化促进了医学社会化进程。资本主义早期发展 带来社会卫生状况的恶化，表现出人类健康、疾病流行与社会条件密切相关，促使医学家们从社会学 的视角去思考和解决医学的社会问题。瑞士医生帕拉塞尔苏斯(Paracelsus,1490—1541 年)考察了 铜银矿山工人的职业病，在1534年撰写了《水银病》。意大利人拉马兹尼(Ramazini,1669—1714 年)在《论手工业者的疾病》著作中，描述了52种职业工人的健康与疾病状况，探讨了职业因素对工 人健康的影响。德国卫生学家弗兰克(Frank,1745—1821 年)指出“居民悲惨生活是产生疾病的温 床”,他在《全国医学监督体制》中提出了用医学监督计划使政府采取措施来保护个人和公众健康的 主张。这种对健康、疾病和社会因素密切相关的观点，在公共卫生和社会医学发展阶段具有里程碑

第一章 概 论 5

的意义。弗兰克和其他医学家提出的国家和社会应对人民健康负责的观点，在当时具有启蒙作用。

资本主义发展和城市化带来了一系列社会卫生问题，如传染病流行、环境卫生、食品卫生、职业 病以及妇幼卫生等问题。单靠医疗机构以及医生的努力已经力不从心，必须动员社会力量和采取社 会行动，才有可能得到控制和解决。医学必须从个人诊治转向社会防治，从技术控制转向社会行动， 改善卫生体制，颁布社会健康条例，制定控制传染病流行和加强劳动保护的卫生法律等。1847年， 英国利物浦市设立了世界上第一个卫生官。次年，伦敦市任命西蒙(Simon,1816—1904 年)为卫生 官，他专门研究了伦敦的食品卫生、住宅和工厂卫生，认为这些因素与伦敦工人的健康状况密切相 关。他还在《论伦敦的卫生状况》调查报告中，建议成立卫生检查机构，改善下水道，将防治疾病列 为国家的任务。

**二、西方国家社会医学的创立与发展**

1848年，法国医师盖林(Guerin,1801—1886 年)第一次提出社会医学概念。他提倡医学界要把 分散、不协调的医学监督、公共卫生、法医学等构成一个整体的学科，统称为“社会医学”。他把社会 医学分为4个部分：社会生理学、社会病理学、社会卫生学和社会治疗学。社会生理学研究人群的身 体和精神状态及其与社会制度、法律及风俗习惯的关系；社会病理学研究健康和疾病发生、发展与社 会问题的联系；社会卫生学研究各种预防疾病、增进健康的措施；社会治疗学研究社会发生异常情况 时的治疗措施，包括提供各种社会卫生措施。

19世纪后半期，由于细菌学的发展，部分医学家只重视生物病原体的致病作用而忽视了社会因 素对健康与疾病的作用。但仍有不少医学家不同意过分夸大生物病原体的致病作用。德国医学家 诺尔曼(Neumann,1813—1908 年)和病理学家魏尔啸(Virclow,1821—1902 年)都强调社会经济因素 对健康与疾病的重要作用，提出“医学科学的核心是社会科学”“医学是一门社会科学，任何社会都 应对居民健康负责”等观点。魏尔啸参加西里西亚地区斑疹伤寒流行病学调查，指出了流行病的社 会属性，提出单纯治疗而不搞社会预防是不能控制斑疹伤寒流行的观点。德国的格罗蒂扬 (Grotjahn,1869—1931 年)根据社会科学的理论，通过调查研究提出了社会卫生学一整套理论和概 念。他在《社会病理学》中提出用社会观点研究人类疾病的原则，例如，疾病的社会意义取决于疾病 发生的频率；社会状况恶化有助于直接引起疾病，并影响病情的发展；疾病对社会发展产生反作用； 医疗能否成功取决于社会因素；采用社会措施来治疗和预防疾病，注意病人的社会经济环境等。他 还强调社会卫生调查中要应用统计学、人口学、经济学和社会学方法，主张将社会卫生学列人医学课 程。1920年，他首次在柏林大学开设社会卫生学讲座。

德国是社会医学的发源地。在第二次世界大战以前，“社会医学”与“社会卫生学”这两个名词 并用，而以“社会卫生学”为主，第二次世界大战后逐渐改用“社会医学”。德国社会医学的主要内容 是防治心脑血管疾病和肿瘤，探讨生活方式、职业及环境污染与健康的关系，以及健康保险等。

英国在19世纪末开设了公共卫生学课程。到20世纪40年代，公共卫生课程逐渐被社会医学 所代替。1943年，牛津大学成立了第一个社会医学研究院。英国的社会医学是指有关人群的医学， 泛指疾病的控制及有关增进或影响人群健康的科学。牛津大学社会医学教授赖尔(Ryle) 认为公共

6 第一章 概 论

卫生、工业卫生、社会卫生服务及公共医疗卫生事业都属于社会医学范畴。20世纪60年代以来，为 了适应英国国家卫生服务制度改革的需要，将社会医学改称社区医学，内容包括社区卫生服务中的 理论与实践，如人口学、社会卫生状况、职业、营养、健康教育、保健组织、妇女儿童保健、结核病及性 传播疾病防治等。

美国的经济制度和文化传统决定了其并不开设综合性的社会医学课程，而重视社会学、经济学 及管理学在医学领域的发展。美国主要发展了医学社会学，运用社会学的观点、理论与方法，研究人 类健康与疾病有关的现象。1959年，美国社会学会中成立了医学社会学分会。美国医学社会学的 研究内容包括：特定人群的疾病与死亡的特征及其发展过程、健康与疾病的文化特征、病人与医生的 关系、医疗保健组织、医院的社会问题、保健行业社会学、医学教育社会学、卫生服务利用、美国社会 的医学化、社会心理学与精神卫生、社会政策和卫生保健制度等。在美国，社会医学作为一个学术机 构存在于综合性大学的医学院，如哈佛大学医学院社会医学系，主要从事与临床相关的社会学教学 和研究，研究内容涉及社会学、健康政策、卫生保健、医学人类学、医学伦理和医学史等。有关社会医 学的内容主要在卫生管理与卫生政策课程中讲授。

日本的社会医学的概念更为广泛，与基础医学、临床医学并列为医学三大门类，包括公共卫生 学、环境医学、卫生统计学、法医学、医院管理学和保健心理学等，学科范畴与我国预防医学相似。

前苏联于1922年在莫斯科大学医学院成立了社会卫生学教研室。1923年，成立了国立社会卫 生学研究所，后改称为社会卫生学与保健组织学研究所。前苏联的社会卫生学的基本任务是研究社 会与环境因素对人群健康的影响，以及消除这些有害因素而采取的综合性卫生措施。1941年，社会 卫生学改称保健组织学，以保健史、保健理论、卫生统计与保健组织为主要内容。1967年，又改称为 社会卫生与保健组织学，加强对社会医学问题的研究。

**三、我国社会医学的发展**

我国古代医学早已注意到社会因素、精神因素对健康与疾病的影响。中国传统医学中“天人合 一”的思想就是一种朴素的环境与健康和谐发展的社会医学观，“上医治未病”观点体现了重视疾病 预防的理念。公元前3世纪，中国最早的医书《内经》指出，政治地位、经济条件、气候变化、居住环 境、饮食起居和精神状态都与疾病有关。西周初期，我国建立了社会医事组织，以医师为“众医之 长，掌医之政令”,并制定了医师考核制度，根据医术高低定其俸禄。汉初设立了为贫民治病的医疗 机构。南北朝(443年)设“医学”,置太医博士及助教，是我国最早的医学学校。但在漫长的封建社 会里，卫生设置和医事制度主要是为统治者服务的，在民间只有坐堂的个体医生为广大百姓治病。

19世纪，西方医学传人中国。1820年，英国医师玛利逊(Marrison) 和莱温斯敦(Levingstone) 在 澳门开办了第一家西医院。1834年，英国教会医师派克(Parker) 在广州开设眼科医院。1866年，美 国医学传教会在广州开办博济医学院，是我国最早的西医学校。

1898年，上海公共租界工商部卫生处是我国最早成立的地方卫生行政机构。1905年，清政府在 警政部警保司下设卫生科，次年改属内政部，第三年改称卫生司，是我国最早建立的中央卫生行政机 构。1910年，东北鼠疫流行，伍连德医师在山海关设立检疫所实行卫生检疫，是我国自己举办的卫

第一章 概 论 7

生防疫机构。从1928年起，陆续在上海吴淞区、高桥区建立卫生示范区。1931年后，又在河北定县、 山东邹平县、南京晓庄乡、江苏江宁县等建立乡村卫生实验区，开展农村卫生和防疫工作。1939年， 成立中央卫生设施实验处，1941年改为中央卫生实验院，并设立了社会医事系，主要任务是组织社 会医务人员登记及考试。1949年以前，一些医学专家曾倡导过“公医制”,试图建立社会卫生组织， 但限于当时的政治经济条件，收效甚微。

新中国成立后，建立了从中央到地方的全国性卫生行政组织和卫生服务体系。“发展社会卫生 事业，保障人民健康”成为政府的责任。1949年，中国医科大学建立了公共卫生学院，并设立了卫生 行政学科，开设了卫生行政学。1952年，引进前苏联的《保健组织学》,作为医学生的一门必修课。 1954年起，先后在一些医学院校举办卫生行政进修班、保健组织专修班及工农干部卫生系，培训卫 生管理干部。20世纪50年代中期，各医学院校普遍成立保健组织教研组，开展教学研究工作。1956 年，原卫生部成立中央卫生干部进修学院，负责培训省市卫生管理干部，并于次年举办了第一届保健 组织学师资讲习班，编写了《保健组织学》教材。1964年，在上海举行了全国保健组织学教学研究交 流会。但因十年“文革”的影响，一度顺利发展的保健组织学科被迫中断。

十一届三中全会以后，社会医学进入一个蓬勃发展的新时期。1978年，由钱信忠主编的《中国 医学百科全书》中列有《社会医学与卫生管理学分卷》,社会医学作为一门正式学科得到承认。1980 年，原卫生部下发了《关于加强社会医学与卫生管理学教学研究工作的意见》,要求有条件的医学院 校成立社会医学与卫生管理学教研室，开展教学研究工作，培训各级卫生管理干部。20世纪80年 代初期，原卫生部在六所医学院校成立“卫生管理干部培训中心”,有力地推动了社会医学学科建设 和卫生管理干部培训工作。在《医学与哲学》等杂志上开辟“医学、健康与社会”“医学模式转变”和 “卫生发展战略”等专栏，探讨医学与社会发展的双向关系，对促进医学现代化与社会化具有重要作 用。1983年，武汉医学院举办了第一届社会医学与卫生管理学高级师资讲习班。1984年，在成都召 开了首届全国社会医学与卫生管理学术研讨会。《国外医学 ·社会医学分册》(1984年)、《中国社 会医学》(1985年)和《医学与社会》(1988年)杂志相继创刊。1985年起，全国第一批医学院校开始 招收社会医学硕士研究生。1994年，第一个社会医学博士学位点在原上海医科大学设立。至今全 国已有20余所院校招收社会医学博士研究生，50余所院校招收社会医学硕士研究生。1988年， 在西安召开了首届全国社会医学学术会议，成立了中华预防医学会社会医学分会，顾杏元任第 一、第二届主任委员，龚幼龙任第三、第四届主任委员。社会医学分会已连续召开了11次全国性 的学术会议，对推动社会医学的学科建设和促进学术交流发挥了重要作用。1999年，国家医学考 试中心将社会医学列为国家公共卫生执业医师资格考试的必考科目。2002年，复旦大学公共卫 生学院社会医学学科进入国家重点学科，至今全国已有7所院校的社会医学学科成为国家级和 省部级重点学科。目前，全国有百余所院校开设了社会医学课程，并已形成了一支相当规模的社 会医学教学科研队伍。

在社会医学教材编写方面，钱信忠、陈海峰、许世瑾主编的《中国医学百科全书 ·社会医学与 卫生管理学分卷》在1984年出版。梁浩材主编的第一本《社会医学》教材于1988年出版。在社 会医学创立以后的30余年内，学术繁荣，流派纷呈，先后共有10余版《社会医学》教材问世，充分

8 第一章 概 论

显示了社会医学创立阶段蓬勃发展的学术氛围。2000年，原卫生部首版《社会医学》规划教材由 龚幼龙主编，形成了比较规范、相对统一的教学大纲和教学内容。李鲁修订了第2～4版《社会医 学》,在教材结构和内容上进行了更新和充实，并先后人选“十一五”“十二五”普通高等教育本科 国家级规划教材。

在学术研究领域，社会医学工作者与卫生行政部门密切合作，联系社会发展焦点和卫生工作实 际，应用社会医学的基本理论与方法，研究健康相关社会因素，探讨社会卫生策略，促进社会医学学 科和医疗卫生事业的发展。广大社会医学工作者积极参与卫生服务调查、卫生保健评价、医保制度 设计、区域卫生规划，农村卫生和社区卫生服务、重大疾病防治、社会健康促进、行为生活方式干预等 工作，不仅在社会病、传染病、慢性病防治工作中发挥了重要作用，而且在国家医改方案和健康中国 规划纲要等重大卫生决策中起到了咨询和参谋作用。此外，社会医学工作者还积极参与全球健康治 理，促进了全球卫生合作与发展。尤为值得一提的是， 一些由社会医学学者率先从国际引入并在国 内积极倡导的“生物-心理-社会医学模式”“积极健康观”“健康社会决定因素”等现代医学观和先进 健康理念，已被国内医药卫生界认同和推崇，并对我国医疗卫生实践产生引领作用。

**第三节** **社会医学的特色理论与创新观点**

在社会医学的发展历程中，逐步形成了一些本学科的特色理论与创新观点。这些理论与观点是 社会医学基础研究与社会实践的科学总结，同时也借鉴了相关学科的成果经验，不仅对社会医学的 发展起指导作用，而且在一定程度上推动着整个医学科学的发展。

**一、卫生事业与社会协调发展**

卫生事业是以社会发展，尤其是国民经济的发展为基础，卫生事业发展的规模与速度直接受到 社会发展的制约。只有社会全面的发展，包括社会、经济、科技、文化、教育等各方面的发展，才能给 卫生事业的发展提供强有力的基础。因此，卫生事业发展必须与国民经济和社会发展相协调，人民 健康保障的水平必须与经济发展水平相适应。

我国是一个发展中国家，处于社会主义初级阶段，卫生事业发展面临许多困难与问题，人民健康 保障水平也受到很多因素的制约。1997年，中共中央、国务院《关于卫生改革与发展的决定》明确界 定：“我国卫生事业是政府实行一定福利政策的社会公益事业”。2009年，中共中央、国务院《关于深 化医药卫生体制改革的意见》再次强调“坚持公共医疗卫生的公益性质”和“建立健全覆盖城乡居民 的基本医疗卫生制度”。卫生事业的发展必须从社会发展水平的实际情况出发，实事求是地制定卫 生发展策略，同当地的社会经济发展相适应，并纳人入总体规划，相互促进，协调发展。坚持基本医疗 卫生服务水平与经济社会发展相协调、与人民群众的承受能力相适应。如果卫生事业的发展超越了 社会的发展，不仅卫生事业本身难以可持续发展，还会给社会发展带来众多负面效应。同样，如果卫 生事业的发展滞后于社会发展，人民的健康得不到保障，不仅制约经济的发展，而且会影响社会的和 谐稳定。

第一章 概 论 9

**二、健康与社会经济发展的双向作用**

社会经济是人类生存和健康的基本条件。社会经济的发展包含了社会进步、经济发展、教育普 及、物质生活丰富、文化水平提高、卫生服务完善等，它是维护与促进人群健康的根本保证。大量研 究表明，60多年来全球人群健康状况的普遍提高，主要得益于社会经济的持续发展；当前各国、各地 区之间人群健康状况的差距，主要是社会经济发展不平衡造成的。

在强调社会经济发展对人群健康水平提高的基础性作用的同时，也应该认识到人群健康水平的 提高对社会经济发展的促进作用。 WHO 将“社会经济发展推动了卫生事业，卫生事业也同样推动着 社会经济的发展”作为在实践中认识到的一个基本真理。社会经济的发展从根本上讲是生产力发 展的结果。生产力的核心是具有一定体力、智力和生产技能的健康人力，人力的健康状态对生产力 的发展起着重要的、不可替代的作用。人群寿命的延长，体力、耐久力、精力的维持，有利于提高劳动 生产率。人群健康状况通过影响劳动力市场的供给、自然资源的利用、教育收益的实现和疾病造成 的直接或间接损失，从而促进或阻碍社会经济的发展。世界银行(World Bank,WB)在《世界发展报 告》中明确提出：“良好的健康状况可以提高个人的劳动生产率，提高各国的经济增长率。”美国经济 学家舒尔茨(Schultz)等研究发现，健康人力资源作为一种生产要素对美国经济增长的贡献超过了其 他一切形态的资源。巴戈瓦(Bhargava) 等研究证实，健康指标每提高1%,国民经济增长率提高

0.05%。20世纪80年代中期，国内研究同样发现，我国国民生产总值的增加，至少有20%是通过人 群健康状况改善而获得的。习近平总书记在2016年全国卫生与健康大会上强调：没有全民健康，就 没有全面小康。

**三、生理、心理、社会的健康观**

在整体医学观中，人体不是系统、器官、细胞、分子的简单堆砌，而是一个多层次、多功能、相互联 系、相互作用、相互制约的有机整体。人同时有生理和心理活动，不仅具有自然性，同时具有社会性。 因此，研究健康与疾病时，不能停留在“见病不见人”的生物层次，要全面考虑到人的整体性，同时注 意生理、心理和社会因素对健康与疾病的影响。

传统的生物医学模式认为，患病就意味着失去了健康，疾病治愈重新获得了健康。这种以传染 病的发生、变化和转归为依据，“没有病”就是健康的观念，被称为消极的健康观。随着社会经济的 发展和医疗技术的进步，人类疾病谱和死因谱逐渐从传染性疾病向慢性退行性疾病转变，病人的疾 病表现和疾病负担包括了生理功能、心理功能和社会功能等多个方面。 WHO 提出：健康不仅仅是没 有疾病或虚弱，而是一种身体、心理和社会的完好状况。与积极的健康观相适应，人们的健康需求日 益提高和多样化，已不满足于疾病的防治，而是要求积极地提高健康水平和生命质量、祛病延年，要 求建立有利于身心健康的人际关系和社会氛围，保持心理平衡，活得更有意义和更有价值。

四、高危人群和高危因素

WHO 提出高危险性分析，即以高危险性观点来找出卫生工作的主要问题，采取重点防治措施，

10 第一章 概 论

改善人群的健康水平。在卫生资源有限的情况下，研究并按照高危险性理论指导疾病的防治工作， 使卫生工作有所侧重地开展。

高危险性主要包括高危人群、高危环境和高危因素。高危人群是指容易受疾病侵扰的人群，包 括处于高危险环境的人群、对环境有高危反应的人群，以及有高危行为的人群；此外，健康弱势人群 也容易成为高危人群。高危因素是指对健康构成威胁的因素，如吸烟、酗酒、吸毒等不良行为。高危 环境包括存在危险因素的自然、社会和心理环境。地震、水灾、环境污染、自然疫源性病原体和地球 化学元素含量异常等属于高危自然环境；战争、政治动乱、经济危机、社会保障缺乏、公共事业落后等 属于高危社会环境；人际关系紧张、失业、离婚、丧偶等属于高危心理环境。

**五** **、疾病防治中社会因素的决定作用**

慢性非传染性疾病是多种致病因素长期综合作用的结果。随着病因学及流行病学研究的进展， 人们逐渐认识到心脑血管疾病和恶性肿瘤等许多慢性非传染性疾病的发生、发展，与社会经济、生活 条件、行为生活方式及环境中存在的多种危险因素密切相关，而且，社会因素往往起到决定性作用。 美国的前10位死亡原因研究结果表明，社会因素占死亡影响因素的77%。这种多因单果、单因多 果、多因多果的疾病流行模式，使疾病的因果关系更加复杂，要防治这类疾病，获得健康，就不能单纯 依赖生物治疗，要更多地依靠社会措施，特别是通过社会卫生调查找出存在的卫生问题，分析其社会 病因，针对这些致病因素，采取社会干预措施，降低和消除各种健康的危险因素，同时制订增进健康 的社会保健“处方”,以达到个体和群体的身心平衡，并与社会协调一致，从而获得健康。

不仅如此，越来越多的案例和研究证明，许多急性传染病的有效防治也离不开社会措施。面对 每天约4万儿童死于可以预防的传染病和营养不良，联合国儿童基金会(United Nations International Children's Emergency Fund,UNICEF)提出两个突破方针：一为技术突破，二为社会突破，并且强调“社 会突破是决定性的”。许多社会病，如性传播疾病、艾滋病、自杀、吸毒、精神障碍等的高发或流行， 社会因素更起了决定作用。进入21世纪，无论是多因多果的慢性退行性疾病，还是单因单果的急性 传染病，采用社会防治措施逐渐成为主要且更有效的政策和技术选择。

**六** **、全社会参与的大卫生观**

卫生事业关系亿万人民的健康，卫生工作涉及社会各方面，关系到每个人的各个生命周期，关系 到人们的生老病死，是重大民生问题。2016年全国卫生与健康大会明确提出：要把人民健康放在优 先发展的战略地位，加快推进健康中国建设，努力全方位、全周期保障人民健康。卫生事业本质上是 一种“人人需要、共同受益”的社会公益事业，实现健康不仅仅是医疗卫生部门的工作，需要全社会、 各部门、各领域的积极行动和协同推进，这被称为大卫生观或大健康观。

传统的卫生观习惯于采用生物医学方法防治疾病，由医疗卫生机构包办全民的健康问题。但疾 病的发生与传播是在社会群体中进行的，疾病防治涉及社会各方面的配合，不是卫生部门能够独家 完成的。除了生物遗传因素外，人类健康在很大程度受社会生活环境诸因素的影响。单纯依赖医学 手段难以有效根治产生健康问题的社会根源，WHO 健康社会因素决定论认为需要卫生系统内外、政

第一章 概 论 11

府多部门的协调行动，需要全社会的共同参与。人类健康活动从个体健康拓展到其工作、生活场所、 社区、城市乃至国家或全球的健康行动。早在1981年，第34届世界卫生大会通过的《2000年人人健 康全球战略》强调，全球人人健康策略只靠卫生部门是不可能实现的，需要社会各部门协调一致，并 将此作为八大基本原则之一。社会参与程度直接影响卫生工作的实施效果，本世纪初 WHO 总结提 出，社会各部门间在卫生行动方面不协调是实施全球卫生策略进程的主要障碍之一。2003年，非典 在全球流行的教训以及随后中国政府主导的全社会行动，是大卫生观的最好注释。2016年，《“健康 中国2030”规划纲要》确立了“以人民健康为中心”的大健康观和大卫生观，提出要将促进健康的理 念融人公共政策制定实施的全过程，统筹应对广泛的健康影响因素，共同构筑全民健康之路。

**(** **李** **鲁** **)**

**思考题** 1. 社会医学的基本任务包括哪些?

2. 为了适应疾病谱和医学模式的转变，医疗卫生服务面临哪些方面的扩大?

3. 社会医学的特色理论与创新观点有哪些?



**第二章**

· 笔 记 **国**

**医学模式**

**第一节** **医学模式的概念**

模式有模型、模范、模样、标准等多种含义。建立模式是科学研究的一种方法，人们往往通过建 立模式来分析和表达事物间的关系与本质。模式是指从事物中抽象出某些特征，构成关于某种事物 的标准形式，对人们观察、思考和解决问题起着指导作用，因此，模式也可以理解为人们认识和解决 问题的思想和行为方式。

医学模式(medical model)是人类在与疾病抗争和认识自身生命过程的实践中得出的对健康观 和疾病观等重要医学观念的本质概括。这种高度概括、抽象的思想观念和思维方法既表现了医学的 总体结构特征，又是指导医学实践的基本观点。医学模式属于自然辩证法领域，是以医学为对象的 自然观和方法论，即人们按照唯物论和辩证法的观点和方法去观察、分析和处理有关人类的健康、疾 病和死亡问题，是对健康和疾病现象的科学观。

医学模式是医学理论研究和实践操作的指导思想，其演变反映了医学的本质特征和发展规律， 是医学发展中的质变，给医学科学理论和实践领域带来重大的影响。医学模式的研究已成为当今国 内外医学理论研究者和实践工作者共同关注的重要问题。历史上的医学模式，都是基于社会需要和 医学总体状况自觉反思的结果，对医学研究、医学教育和卫生实践都起着重要的指导作用，是医学科 学和卫生工作不可或缺的理论武器。医学科学研究和医疗实践活动，无一不是在一定的医学观及认 识论的指导下进行的。例如：人类健康是从单一的生物学角度去观察，还是从生物学、心理学与社会 学全方位去认识；人类疾病的防治、健康促进是单纯从生物学角度来处理，还是从生物学、心理学和 社会学多维角度综合地研究。这种观念、认识及方法上的区别，主要起因于不同医学模式的影响，实 质上是不同医学观的反映。医学模式，既体现医学观，也体现方法论。医学理论是通过总结医学实 践而产生的，而医学实践又是在特定的医学思维指导下产生的医学行为来完成的。因此，医学观不 仅影响医学思维和行为，也关系到医学行为所产生的结果。医学模式对于维护和促进人类健康、预 防和控制疾病起着重要作用。

医学模式并不是一成不变的、僵死的教条，而是随着医学科学的发展、人类健康需求和人们的认 知能力不断变化而演变发展。从医学发展的历程看，早期曾产生了以希波克拉底为代表的古希腊医 学、以盖伦为代表的古罗马医学和以《黄帝内经》等完整理论体系及阴阳五行学说为理论基础的中 医学等整体医学观念。随着医学科学的进步、医学社会化的进程和人类对健康需求的提高和变化， 医学模式经历了多次转变。回顾医学模式的转变过程，将有利于人们更好地理解当代医学理论和实

第二章 医学模式 13

践正面临着从单一的生物学角度去观察和处理医学问题的生物医学模式，向由多元的生物、心理和 社会学角度综合观察和处理医学问题的生物-心理-社会医学模式转变。认清医学模式转变，有利于 解决个体医学与群体医学、生物医学与社会医学、临床医学与预防医学、微观医学与宏观医学、防治 疾病与增进健康、医学进步与社会发展等关系，从而解决现代社会所面临的各类复杂的健康与医学 问题。

**第二节** **医学模式的演变**

一 、神灵主义医学模式

神灵主义医学模式(spiritualism medical model)是指先民们认为人类的生命与健康是上帝神 灵所赐，疾病和灾祸是天谴神罚。原始医学(确切地讲还不能算作一门科学)与原始宗教结缘，是 因为生产力低下，思想蒙昧，人类祖先无法解释疾病、死亡、梦等生理现象。受梦中景象的影响， 产生一种观念，即思维和感觉不是人类的自身活动，而是独立寓于身体之中的灵魂活动。梦是灵 魂活动的反映；死亡是灵魂离开肉体，肉体死亡而灵魂不死；造成疾病的原因是魔鬼幽灵或逝者 游魂的侵入。12000年前的史前文化认为，疾病这种现象是由体外邪魔侵入人体产生的。把邪魔 从体内驱除就可以治疗疾病，恢复健康。考古学中发现古人类头盖骨上的小洞就是当时巫医使 用颅骨环钻术为病人驱除邪魔的证据。神灵主义医学模式下，其职责和文字达到了统一，翳即巫 医。因此，人们对健康的保护和疾病的防治主要依赖求神问卜，祈祷神灵的宽恕与保佑。虽也采 用一些自然界中有效的植物和矿物作为药物使用，大多为催吐或导泻等猛烈的方法，其主导思想 仍然是驱除瘟神疫鬼。

**二、自然哲学医学模式**

自然哲学医学模式(nature philosophical medical model)是指把健康、疾病与人类生活的自然环 境、社会环境联系起来观察和思考的朴素、辩证、整体的医学观念。无论古希腊医学，还是中医学说， 都属于自然哲学医学模式范畴。

医学发展是对自然力的征服，并将其明朗化的过程。随着生产力的提高，人类终于从主客浑然 一体的自然界中脱颖而出，产生了自我意识，成为能认识客体的自主体，对健康与疾病的认识也随之 发生改变。

古希腊兴盛的哲学思想与当时医学对人的本体及疾病本原的认识是相一致的。那时的哲学 家常常也是医生。西医学鼻祖希波克拉底(Hippocrates, 约公元前460 — 前377年)深受阿尔克迈 翁(Alcmaeom, 约公元前4世纪)和恩培多克勒(Empedocles, 公元前490—前430年)的影响，这两 位先哲都是古希腊著名的自然哲学家和名医。希波克拉底在《人和自然》 一书中提出了万物之源 的水、火、土、气和人体的黏液、血液、黑胆汁和黄胆汁相对应，人的健康、疾病和性格是四种体液 混合比例变化的结果。希波克拉底的名著《空气、水、地域》提出不健康状态或疾病是人与环境不

14 第二章 医学模式

平衡的结果，认为包括气候、土壤、水在内的环境、生活方式及营养所导致的体液失衡是导致人生 病的主要原因。因此，医生的职责是维持人的机体的自然本性。此外，古希腊时期还形成泰勒斯 (Thales, 约公元前624 — 前546年)等米利都学派的医学体液学派，以后又发展为德漠克利特 (Demokritos, 约公元前460—前370年或前356年)等原子论的医学固体学派，他们也初步建立了 人体不是体液就是躯体结构的认识。这些自然哲学的思想和理论，起到驱逐神灵医学，启蒙医学 科学的作用。

中医学通常被认为是以儒学、道学的认识论和方法学为基础构筑起来的医学，而“易”为医理之 母。“易”有三项基本原理：易简、变易和不易。《黄帝内经》及其以后的中医学理论，继承并发展了 阴阳学说，建立了阴阳五行病理学说及外因“六淫”(风、寒、暑、湿、燥、火)、内因“七情”(喜、怒、忧、 思、悲、恐、惊)等病因学说。《黄帝内经》认为，人体正常的生命活动过程体现了阴阳平衡。疾病就 是内因和外因破坏了人体的阴阳平衡而导致的。人体受自然界的影响会相应地产生生理上的适应 和病理上的反应。中医认为，正气存内，邪不可干。“夫百病之生也，皆生于风寒暑湿燥火”,即“六 淫”致病。同时，“七情”在一般情况下属于正常生理现象，但波动过于激烈或持续过长，就会导致机 体多种功能紊乱而生病。因此，治疗疾病必须“治病求本”“调整阴阳”“急则治其标，缓则治其本” “治未病”和“扶正祛邪”等。

**三、机械论医学模式**

机械论医学模式(mechanistic medical model)是指基于机械唯物主义观点，以机械运动来解释一 切生命现象的医学观和方法论，它否定唯心主义医学观，把医学引向实验医学时代，对医学进步发挥 了重要作用。

14—16世纪的文艺复兴运动，是一场伟大的反对经院哲学的思想解放运动，带来了资本主义工 业革命和商业繁荣，造就了一大批献身于科学事业的人，他们举起人文主义的旗帜，倡导用实验、归 纳和数学方法对自然进行研究，使得科学不再成为神学的奴婢，有力地推动了科学技术的进步，为近 代实验医学的兴起创造了条件。

这一时期唯物主义哲学的杰出代表是英国自然科学家、哲学家培根(Bacon,1561—1626 年)。 培根在其代表作《新工具》提出“用实验方法研究自然”,认为新时代的哲学必须是归纳的、实验的和 实用的，必须建立在科学观察和实验的基础之上，只有观察和实验才是真正的科学方法。在实验思 想的影响下，机械学与物理学有了长足的进步。培根还主张医生应放弃一切庸俗的观点，面向大自 然。他把医学的任务分为三个方面：保持健康、治疗疾病、延长寿命。他提倡研究解剖学和病理解剖 学，对医学理论颇为关注。法国百科全书派学者笛卡儿(D escartes,1596—1650 年)把培根的思想发 挥得淋漓尽致，认为“生物体只不过是精密的机器零件”。笛卡儿和法国医生兼哲学家拉美特利 (La Mettrie,1709—1751年)分别撰写了机械论医学模式代表作《动物是机器》《人是机器》,把机体 一切复杂运动简单地归纳为物理化学变化，甚至连思维活动也被认为是一种机械运动。他们认为人 体“是自己发动自己的机器，疾病是机器某部分故障失灵，需修补完善”。在机械论的自然观影响 下，通过实验科学方法，医学分科有了很大进步。英国医生哈维(Harvey,1578—1657 年)发现了血液

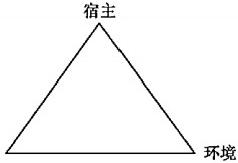
第二章 医学模式 15

循环，意大利病理解剖学家莫尔干尼(Morgagni,1682—1771 年)根据640个解剖病例发表了《论疾病 的位置和原因》 一书，他把疾病看作是局部损伤，而且认为每一种疾病在某个器官内有它相应的病 变部位。1838年德国植物学家施来登(Schleiden,1804—1881 年)发现植物细胞，1839年德国动物学 家施旺(Schwann,1810—1882 年)发现动物细胞。19世纪中叶，德国病理学家魏尔啸倡导细胞病理 学，确认了疾病的微细物质基础。

上述这些代表人物研究的思维方法是还原论和归纳法，认为一切知识可被还原为某种对所有现 象都适用的原则，例如：器官病理学认为每种疾病都有与它相对应的一定器官损害，细胞病理学认为 每种疾病都有与它相对应的细胞损害，物理学还原到电子，化学还原到分子等。他们的学术观点都 局限在从机械论的角度来解释生命活动，保护健康就是保护机器，疾病是机器失灵，需要医生对其修 补，从而忽视了生命的生物复杂性以及社会复杂性，导致对人体观察的片面性与机械性。机械论医 学模式可被视为生物医学模式的初级阶段。

**四、生物医学模式**

生物医学模式(biomedical model)是指从生物学角度认识健康与疾病，反映病因、宿主和自然环 境三者内在联系的医学观和方法论。18世纪下半叶到19世纪初，欧美国家工业革命浪潮一方面造 就了城市化，另一方面带来了传染病的蔓延。19世纪40年代霍乱、伤寒大流行，促使法国化学家巴 斯 德(Pasteur,1822—1895 年)和德国微生物学家科赫(Koch,1843—1910 年)等学者开始了细菌学的 开拓性研究，奠定了疾病的细菌学病因理论。人们对生命、健康与疾病有了新的认识：健康就要维持 宿主、环境和病原体三者之间的动态平衡，平衡破坏就会生病。这就是符合传染病为主的疾病谱的

著名“流行病学三角模式”。这种保持生态平衡的观念，称为 生态学模式(ecological model)(图2- 1)。它是从纯生物学角 度考虑的生态平衡，病因是微生物；宿主是动物或人，而且只 观察宿主的生理和病理变化；环境局限于自然环境。

生物医学的发展，为解决医学的一些重大难题提供了基 础。例如：在外科治疗上，攻克了手术的疼痛、感染和失血三 大难关，大大地提高了手术的成功率；对疾病的诊断，特别是

病原体

图2-1

生态学模式

借助于细胞病理学，至今仍然是临床诊断的决定性标准；在疾病预防领域，采用杀菌灭虫、预防接种 和抗菌药物三个主要武器，取得了人类第一次卫生革命的胜利，使急、慢性传染病和寄生虫病大幅度 下降，平均期望寿命显著延长。

由于生物医学的进步，产生的代表性理论有二元论和还原论。二元论认为研究人的身体和人的 精神应有合理分工，医学应将注意力放在如何通过精密的技术来测量细胞生物化学的变化，来解释 病人的症状与体征，并干预这些变化来恢复病人的健康，但不关注病人的心理社会状况。还原论 进一步把人体分解为不同的系统、器官、细胞、分子，认为复杂的生命现象必须用物理的、化学的 方法来研究和解释功能改变的因果关系。疾病被当作一种静止的因果结局，而不是一个动态的 变化过程。在此理论指导下，生物科学的发展进入了一个崭新的历史时期，生物学、解剖学、组织

16 第二章 医学模式

学、胚胎学、生理学、细菌学、生物化学、病理学、免疫学、遗传学，以及现代分子生物学等生物科学 体系逐步形成。人们对生命现象和机体变化，以及健康与疾病的认识，完全从生物医学观点出 发，并且运用生物医学的成就，防治威胁人类生命与健康的传染病，并乐观地认为最终能解释所 有的健康与疾病问题。

生物医学模式认为每种疾病都必然并且可以在器官、细胞或分子上找到可以测量的形态学或化 学改变，都可以确定生物的或理化的特定原因，都应该能够找到治疗的手段。但是随着疾病谱和死 因谱的转变，心脑血管疾病、恶性肿瘤、意外伤亡、呼吸系统疾病成为危害人类健康的主要疾病，这些 慢性非传染性疾病的致病因素已不再是单纯的生物病因，还有许多社会环境因素、个人行为与生活 方式因素等。生物医学模式已无法完全解释和有效解决这些疾病的发生与发展，即使是以生物因素 为主要因素的传染性疾病(如性传播疾病、艾滋病和结核病)的流行与防治，也受到社会心理、行为 方式等诸因素的制约，有许多疾病的生物因素要通过社会与心理因素而起作用。疾病与病因的关系 已由单因单果(single cause/single effect)向多因单果(multiple causes/single effect)、单因多果(single cause/multiple effects)和多因多果(multiple causes/multiple effects)转变。

**第三节** **生物-心理-社会医学模式与健康观**

一 、生物 - 心理 - 社会医学模式的产生背景

(一)疾病谱和死因谱的转变

生物医学模式使传染病的防治取得技术突破，使一些烈性传染病得到有效控制，全球疾病和死 因结构发生了显著改变。影响人群健康的主要疾病已由传染病转变为慢性非传染病，恶性肿瘤、心 脑血管疾病占据了疾病谱和死因谱主要位置(表2-1)。

在传染病占据疾病谱和死因谱的主要位置时期，人们专注于探讨特异生物因素和有针对性的治 疗方法，但随着疾病谱和死因谱的转变，心理和社会因素的作用日益显现。心血管疾病、脑血管疾病 和恶性肿瘤等疾病的病因复杂，与个体的生活行为方式、心理因素乃至社会经济条件都有联系，促使 人们把视角由单纯考虑引起疾病的生物因素转向综合的生物、心理、社会因素。

(二)健康需求的提高

随着生产力的发展和生活水平的提高，人们的健康需求也日益多样化，已不再仅仅满足于 疾病的防治，而是积极地要求提高健康生活的品质，活得幸福、更有意义和价值，要求有利于身 心健康的人际关系和社会心理氛围。这就要求扩大医疗卫生服务的范围，从治疗服务扩大到 预防保健服务，从生理服务扩大到心理服务，从院内服务扩大到院外服务，从技术服务扩大到 社会服务。这就要求医疗卫生工作必须面对多样化的健康需求，要求卫生服务全面满足人们 的生理的、心理的和社会的健康需求。这种需求还会随着社会发展进一步扩展，成为医学模式 转变的推动力量。



第二章 医学模式

17

**表2-1我国部分城市人群前五位死亡原因的变化情况(1957—2015年)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **1957年** | |  |  | **1975年** |  |
| **顺位** | **死因** | **死亡率**  (1/10万) | **构成比(%)** | **死因** | **死亡率**  (1/10万) | **构成比(%)** |
| 1 | 呼吸系统疾病 120.3 | | 16.9 | 脑血管疾病 | 127.1 | 21.6 |
| 2 | 传染病 111.2 | | 15.4 | 恶性肿瘤 | 111.5 | 18.8 |
| 3 | 消化系统疾病 52.1 | | 7.3 | 呼吸系统疾病 | 109.8 | 18.6 |
| 4 | 心血管疾病 57.2 | | 6.6 | 心血管疾病 | 69.2 | 11.7 |
| 5 | 脑血管疾病 39.0 | | 5.5 | 传染病 | 34.2 | 5.8 |
|  | **1985年** | |  |  | **1990年** |  |
| **顺位** | **死因** | **死** **亡** **率**  (1/10万) | **构成比(%)** | **死因** | **死亡率**  (1/10万) | **构成比(%)** |
| 1 | 心血管疾病 131.0 | | 23.3 | 恶性肿瘤 | 128.0 | 21.9 |
| 2 | 脑血管疾病 117.5 | | 21.0 | 脑血管疾病 | 121.8 | 20.8 |
| 3 | 恶性肿瘤 113.9 | | 20.3 | 心脏病 | 92.5 | 15.8 |
| 4 | 呼吸系统疾病 50.9 | | 9.1 | 呼吸系统疾病 | 92.2 | 15.8 |
| 5 | 消化系统疾病 23.3 | | 4.2 | 损伤、中毒 | 40.4 | 6.9 |
|  | **2000年** | |  |  | **2015年** |  |
| **顺位** | **死因** | **死** **亡** **率**  (1/10万) | **构成比(%)** | **死因** | **死** **亡** **率**  (1/10万) | **构成比(**%) |
| 工 | 恶性肿瘤 146.6 | | 24.4 | 恶性肿瘤 | 160.9 | 26.3 |
| 2 | 脑血管疾病 128.0 | | 21.3 | 心脏病 | 135.9 | 22.2 |
| 3 | 心脏病 106.7 | | 17.7 | 脑血管疾病 | 126.6 | 20.7 |
| 4 | 呼吸系统疾病 79.9 | | 13.3 | 呼吸系统疾病 | 72.5 | 11.8 |
| 5 | 损伤、中毒 35.6 | | 5.9 | 损伤、中毒 | 37.2 | 6.1 |

资料来源：2016年中国卫生与计划生育统计年鉴，2016

**(三)医学的社会化**

医学是社会性的事业，承担着社会成员的保健职能。但是长期以来，卫生事业局限于个体疾病 的治疗。随着城市化的发展，生产和生活消费行为的进一步社会化，公共卫生和社会保健问题日益 突出，人类与疾病的斗争日益突破个人活动的局限，成为整个社会关注的重大民生问题。许多健康 问题已经无法依靠传统医疗卫生技术予以解决，必须采取社会化措施才能找到出路。环境保护、社 会保障、教育就业等整个社会系统都承担着保健职能，只有把卫生保健事业纳人社会大系统内，通过 医学的社会化，才能较好地得到解决。目前，人们越来越感到人类具有许多共同的健康利益，卫生全 球化、一体化的趋势正是这种共同健康利益作用的必然结果。人人享有健康、健康是人的基本权利 已成为全球共识；生态环境保护问题， 一些全球性高发病、严重传染病的共同防制，更使医学社会化 的趋势不断加强。这种趋势必然要求突破生物医学模式的局限，形成全人类共同参与的社会健康工 程，实现健康改善与社会进步的双向促进。

(四)医学学科的内部融合与外部交叉发展

1991年美国公共卫生学专家怀特(White) 撰写的《弥合裂痕：流行病学、医学和公共卫生》 一书

18 第二章 医学模式

深刻地反映了临床医学与公共卫生分久必合的趋向，使预防和临床工作人员联系在一起，从不同角 度有组织地进行活动，促使他们之间进行知识交流，彼此把对方带入与本专业有关但又不很熟悉的 领域，打破惯性思维和保守倾向，换个新的视角观察问题，从整体角度考虑问题，进入更深层次的思 考。这种不同知识结构的相互交流，使人们从经验思维、实验分析思维进入综合思维，形成立体化、 网络化、多层次、多视角的思维方式，从而形成对生物、心理、社会因素综合作用的思考。

医学认识手段的现代化，使对疾病的认识在一定程度上摆脱了过分依赖个体经验，加强分工协 作，不同专业人员共同参与对疾病的考察，以及他们之间实现认识上的互补，为多学科参与医学实践 提供了可能，为心理学家和社会学家参与医学实践提供了可能。

现代医学中分子生物学、免疫学、遗传学的发展，揭示了宏观活动整体性的基础。特别是信息观 点的引人，发现在人体内部、人体与环境之间广泛存在着信息传递及交流，心理应激现象与激素分泌 之间的联系，以心理活动为中介引起的社会因素与人体活动之间的联系，都促进了用生物、心理、社 会因素综合思考。所有这些医学学科内部的融合和外部的交叉，都把现代自然科学和社会科学的理 论和技术带人医学领域，将人们观察健康与疾病问题的视角向社会和心理领域延伸和拓展。

**二** **、生物-心理-社会医学模式**

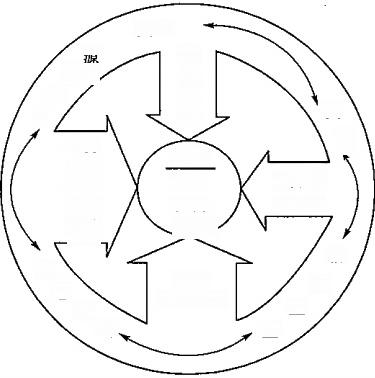
生物-心理-社会医学模式(bio-psycho-social medical model)是指从生物、心理、社会等方面来观 察、分析、思考，以及处理健康与疾病相关问题的医学观和方法论。

生物-心理-社会医学模式在20世纪70年代提出，同时期，多位学者提出了三个内涵近似、结构 略有不同的生物-心理-社会医学模式。

(一)布鲁姆的环境健康医学模式

1974年布鲁姆(Blum) 提出了环境健康医学模 式。他认为环境因素，特别是社会环境因素，对人 们健康、精神和生理发育有重要影响，提出了包括 环境、遗传、行为与生活方式和医疗卫生服务等4 个因素的环境健康医学模式。环境因素包括社会 环境因素和自然环境因素，是影响健康的最重要因 素。各因素的箭头粗细表示了它们对健康作用的 强弱程度(图2-2)。

(二)拉隆达和德威尔的综合健康医学模式 为了更加广泛地说明疾病发生的原因，拉隆达 (Lalonde) 和德威尔(Dever) 对环境健康医学模式加 以修正和补充，在20世纪70年代末提出了卫生服



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 酒  资 然  自  环境 自然 社会 教育 就业  生 态  平  衡、 | 健康 精神 社会 体质  行为  生活方式 | 文  化  医疗卫 生服务  精  神 卫  生 |

生物遗传

口

人

图2-2

环境健康医学模式

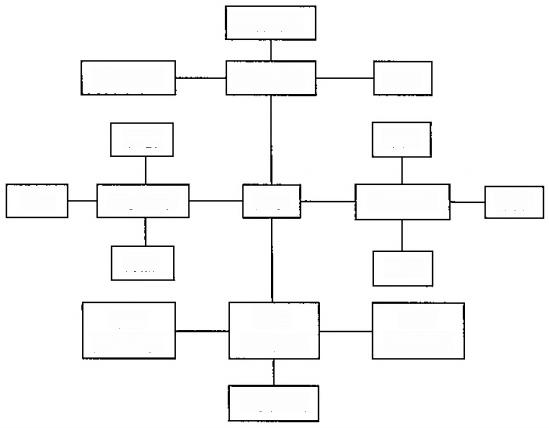
务和政策分析相结合的综合健康医学模式，系统地论述了疾病流行和社会因素的相关性(图2-3)。

按照综合健康医学模式，影响人类健康与疾病的主要因素有四大类：

1. 环境因素 人群的健康与疾病总是与环境因素密切相关。自然环境因素，无论是原生环境

第二章 医学模式 19

还是次生环境，都存有大量的健康有益因素或危险因素，生态破坏会失去有益因素而增加危险因素， 使水、空气、土壤、食物等受到病原微生物、理化物质污染；生产环境中的职业性危害(如噪声)及不 安全的公共设计(如道路)等均构成对人们健康的威胁。人们在改造环境的同时，也往往制造出诸 多新的危害健康因素。社会环境因素，包括社会地位、经济收入、居住条件、营养状况、文化程度等均 对健康有着重大的作用。贫困者所面临健康危险要超过富裕者；文化程度低的人所意识到健康危险 因素的侵害不如文化程度高的人。此外，工作紧张、生活压力，以及人际关系矛盾等均能危害健康。



综合内因

生物遗传

社会

健康

自然

行为

生活方式

消费形式

遗传

康复

卫生服务

预防

生活 危险因素

职业 危险因素

成熟老化

环境因素

治疗

心理

图2-3

综合健康医学模式

2. 生活方式及行为因素 个体的生活方式和行为习惯对健康有重要的作用。良好的习惯和行 为促进健康，不良习惯和嗜好危害健康。改变生活方式和行为，如不吸烟、少饮酒、参加体育活动、注 意合理营养、保持乐观情绪等，有助于降低心脑血管疾病、恶性肿瘤的发病率和死亡率。至于滥用药 物、不安全性行为、酒后驾车等行为给健康带来的危害以及对社会造成的危害更加大。

3. 生物遗传因素 生物遗传因素是理解生命活动和疾病损伤及康复过程的基础。有些疾病如 血友病、镰状细胞贫血症、蚕豆病、精神性痴呆等直接与遗传因素有关。但多数疾病如精神障碍性疾 病、心脑血管疾病、糖尿病和部分肿瘤则是家族性遗传因素与环境因素、生活方式及行为因素综合作 用的结果。

4. 医疗卫生服务因素 医疗卫生服务是防治疾病、增进健康的有效手段，服务的好坏直接影响 人群的健康水平。卫生政策是否正确，医疗卫生机构布局是否合理，群众就医是否及时、方便，医疗 技术水平以及卫生服务质量的高低，都会影响人群的健康与疾病的转归。因此，必须充分发挥医疗 卫生系统在保护人群健康的重要作用。

根据这一模式对全球的主要死因进行归类，2008年 WHO 报告显示，60%的死亡归因于生活方 式与行为因素、17%为环境因素、15%为生物遗传因素、8%为医疗卫生服务因素。可见，与社会因素 和心理因素紧密相关的行为生活方式已成为引起死亡的主要危险，成为新医学模式的客观佐证。

20 第二章 医学模式

(三)恩格尔的生物-心理-社会医学模式

1977年美国精神病学和内科学教授恩格尔(Engel) 提出，生物医学模式应该逐步演变成为生物-

心理-社会医学模式。恩格尔指出：“为了理解疾病的决定因素，以及达到合理的治疗和卫生保健模 式，医学模式必须考虑到病人、病人生活在其中的环境，以及由社会设计一个弥补系统来对付疾病破 坏作用，即医生的作用和卫生保健制度。”这就是说，人们对健康与疾病的了解，不仅仅包括疾病的 生理(生物医学因素),还包括病人(心理因素)、病人所处的环境(自然和社会环境因素),以及帮助 治疗疾病的卫生保健体系(医疗卫生服务因素)。生物-心理-社会医学模式是根据系统论的原则建 立起来的，在这个系统框架中，可以把健康或疾病理解为从原子、分子、细胞、组织系统到个体，以及 由个体、家庭、社区、社会等构成概念相联系的系统。在这个系统中，不再是二元论和还原论的简单 线性因果模型，而是互为因果、协同制约的立体化网络模型。健康反映为系统内、系统间高水平的协 调。恢复健康不是回到病前状态，而是代表一种与病前不同的新的系统协调。

(四)生物-心理-社会医学模式的基本内涵

1. 生物-心理-社会医学模式强调了心理、社会因素在医学研究系统中应有的位置。它不是以心 理和社会因素取代生物因素，也不否定生物因素的重要作用，而是对片面单一以生物因素为医学核 心的修正，给予心理、社会因素在医学思维与认知中应有的地位。因此，生物-心理-社会医学模式是 对生物医学模式的发展。

2. 生物-心理-社会医学模式更加准确地肯定了生物因素的基础性和价值。它在强调心理、社会 因素的时候，是以肯定生物因素为前提的。心理活动的生理基础是大脑，躯体活动与心理活动相伴 行，彼此相互作用。疾病既损伤生理过程，也造成不良情绪；不良情绪也会引起躯体的负性反应，乃 至导致疾病。社会因素并不仅指社会环境而言，它包括个体在社会化过程中内化为个体本质的东 西，以及个体的社会实践、生活行为、社会角色、文化素养、社会职业和个体间独特的关系，从而综合 地体现出人是社会关系的总和。而社会因素对健康的影响，最终是通过个体生理、心理变化发挥 作用。

3. 生物-心理-社会医学模式全方位探求影响人类健康与疾病的因果关系。它是在重视生物因 素的前提下，把人的健康与疾病问题置于社会系统中去理解，把生物的人置于社会关系中去理解。 认为人不仅只是健康与疾病载体，而是有物质也有精神的活生生的个体。人的健康与疾病离不开社 会和心理因素的影响，而健康的恢复也离不开社会和心理因素的支持。是否把人置于社会关系中去 考虑，是否把健康问题看作一个社会性的问题，是新旧模式的分水岭。孤立地采取生物性措施，还是 在社会支持下使用生物性措施，这两者的指导思想不同，产生的结果和效果也会大不相同。

(五)生物-心理-社会医学模式对医学实践的指导意义

1. 对临床工作的影响 临床医学要求临床医师了解病人疾病的同时，还应从病人的社会背景 和心理状态出发，对病人所患疾病进行全面的分析及诊断，从而制定有效的、综合的治疗方案。通过 对病人的心理、社会因素作用的观察和分析，提高治疗效果。这就使临床医学逐步脱离孤立的生物 医学思维方法，改变过去“只见病，不见人”“头痛医头，脚痛医脚”“只治疾病而不治病人”的倾向。

2. 对预防工作的影响 从人群观深入地理解社会大系统对预防工作的作用。许多预防工作奏

第二章 医学模式 21

效与否，社会因素起着决定性作用。用“社会大卫生”观念指导预防工作，需要全社会多部门参与。 改变预防保健工作只重视生物、物理、化学等自然环境因素的作用，而忽视不良的心理、行为以及社 会因素对人群健康的影响的认识误区和工作盲区。生物-心理-社会医学模式要求预防医学从生物 病因为主的预防保健扩大到生物、心理、社会综合的预防策略和措施，更全面、有效地提高预防效果。

3. 对卫生服务的影响 生物-心理-社会医学模式对卫生服务的影响可归纳为4个扩大，即从治 疗服务扩大到预防保健服务，从生理服务扩大到心理服务，从院内服务扩大到院外服务，从技术服务 扩大到社会服务，从而全面满足人们生理的、心理的和社会的卫生服务需求，达到提高健康水平和生 活质量的目的。

4. 对医学目的的影响 在生物医学模式下，医学以治疗为主，以治愈为目的。通过提供新的生 物医学技术来延长生命，使医学沿着以昂贵费用治疗少数人的方向前进，走向医疗可及、普惠、公益 性的反面。在生物-心理-社会医学模式的指导下，反思医学的目的，将其纳人到社会可持续发展的 大系统中去调整和完善。走向成熟的医学应该是有节制的、谨慎的、社会可承受的、经济上可支撑 的、公正和公平的医学。因此，医学目的或者生物-心理-社会医学模式的医学优先战略是：预防疾病 和促进健康；解除疼痛和疾苦；治疗疾病和对不治之症的照料；预防早死和提倡安详地死亡。

5. 对医学教育的影响 生物-心理-社会医学模式提供了弥合裂痕、改革医学教育的理论依据。 建立以人为本，基础医学、临床医学和预防医学融会贯通，人文科学与医学交叉的开放式医学教育体 系。21世纪以来，全国许多的医科院校并入综合性大学，为医学生吸收其他学科知识带来了便利。 此外，我国的医学教育课程体系包括了越来越多的非医学课程、内容更为丰富的综合性社会实践、医 学生预防医学课程强化等都顺应了生物-心理-社会医学模式的发展潮流。

**三** **、生物-心理-社会医学模式的健康观**

健康观是建立在一定医学模式基础上的，是对健康与疾病的本质性认识，并随着医学模式的演 变而改变。

**(一)消极健康观**

传染病的发生和传播是生物体之间发生的变化，是宿主、致病因素和环境三者之间的平衡遭到 破坏。人们患了传染病，便失去了健康；而当传染病治愈，人们又重新获得了健康。这种以传染病的 发生、变化和转归为依据的疾病观是单因单果的疾病表现形式。“没有病”就是健康被称为消极的 健康观，是生物医学模式的健康观。

**(二)积极健康观**

在疾病谱和死因谱发生变化后，许多慢性非传染性疾病和某些退行性疾病逐渐增加，如心脑血 管疾病、恶性肿瘤等。要防治这些疾病不像防治传染病那么单一，而是要防治导致疾病发生的多种 因素。这种多因单果、单因多果、多因多果的疾病形式，因果关系更加复杂。要谋求消除这类疾病和 获得健康，就不能单纯依赖治疗，而要更多或主要地依靠社会预防，降低和排除各种健康危险因素， 以达到个体的身心平衡，并与环境协调一致。WHO 提出的健康定义中的健康可被理解为生物学、心 理学和社会学三个维度。从生物角度看人的健康，主要是检查器官功能和各项指标是否正常；从心

理、精神角度观察人的健康，主要是看有无自我控制能力、能否正确对待外界影响、是否处于内心平 衡的状态；从社会学角度衡量人的健康，主要涉及个体的社会适应性、良好的行为和生活习惯、人际 关系和应付各种突发事件的能力。同样，恩格尔给疾病下了一个定义：疾病可看作是整个生物体或 其他系统在生长、发育、功能及调整中的失败或失调。有学者提出，疾病(disease)、病 患(illness)及 患 病(sickness) 是有区别的。疾病是一种病理状态(生物尺度),病患是病人说明病理状态的方式 (感觉尺度),患病是病人对病理状态感觉的反应(行动尺度)。对个体来说，在疾病过程中感觉是一 个重要方面，而行动尺度对病人的反应及采取行动同样重要。不同学派从不同角度提出了健康与疾 病的定义(表2-2),可帮助我们更完整地认识健康与疾病的概念。

**表2-2健康与疾病的定义**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **观点** | **健康** | **疾病** |
| 生理或生物观点 | 身体的良好状态 | 身体的某一部分、过程、系统在功能和(或)结构上的 反常 |
| 传染病流行病学观点 | 宿主对环境中的致病因素具有 抵抗力的状态 | 宿主对环境中的致病因素易感而造成的状态 |
| 生态学观点 | 人与生态之间协调关系的产物 | 人与生态之间关系不适应和不协调的结果 |
| 社会学观点 | 个体在一个群体中身体和(或) 行为表现正常 | 个体偏离了正常的身体和(或)行为状态 |
| 消费者观点 | 一种商品、一种投资，在某种程 度上可以买到 | 通过购买保健服务可以治疗、控制及治愈的一种不正常 状态 |
| 统计学观点 | 测量结果在正常值范围之内 | 测量结果在正常值范围之外 |

(三)健康与疾病概念的扩展

关于健康与疾病的概念始终是医学模式的核心表现和争论焦点，除了健康与疾病相对论观点 外，近年来还衍生出了亚健康、亚临床疾病等概念。

1. 健康与疾病相对的概念 所有生物体都可能生病，都要经历生长、老化、死亡的过程。因此， 可以把健康与疾病看作是一个连续的统一体或是分度尺。良好的健康在一端，死亡在另一端，每个 人都在疾病和健康连续统一体的两端之间的某一位置，而且随着时间的推移处在不断地动态变化 之中。

2. 亚健康状态 亚健康状态是指人的机体虽然无明显的疾病，但呈现出活力降低，适应力呈不 同程度减退的一种生理状态，是由机体各系统的生理功能和代谢过程低下所导致，是介于健康与疾 病之间的一种生理功能降低的状态，亦称“第三状态”或“灰色状态”。认定亚健康状态的范畴相当 广泛，躯体上、心理上的不适应感觉，在相当长时期内难以确诊是哪种病症，均可概括在其中。从预 防保健和临床实践工作中可以发现，现代社会处于这种状态的人群数量是相当多的。衰老、疲劳综 合征、神经衰弱、更年期综合征，均属于亚健康状态范畴。病人仅感到身体或精神上的不适，如疲乏 无力，精神不安、头痛、胸闷、失眠、食欲减退等，但经各种仪器和化验检查都没有阳性结果。亚健康 状态极有可能发展成为多种疾病，对其深人研究具有积极意义。

第二章 医学模式 23

3. 亚临床疾病 疾病过程中不仅有机体受损害，发生紊乱的病理表现，而且还有防御、适应、代 偿生理性反应，这类病理性反应和生理性反应在疾病过程中不可避免地结合在一起，是很难人为进 行分割的进程和结局。亚临床疾病没有临床症状、体征，但存在生理性代偿或病理性改变的临床检 测证据，如无症状性缺血性心脏病病人可以无临床症状，但有心电图改变等诊断依据。

**(** **郭** **清** **)**

|  |  |
| --- | --- |
| **思考题** | **1.请结合中国国情，分析生物-医学-社会模式对促进人民健康的重要指导** **意义。**  **2.我国从生物医学模式到生物-医学-社会模式的转变晚于西方发达国家，请阐** **述其原因。**  **3.随着生物-医学-社会模式转变，有些学者认为当前时期属于后医学时代，有** **学者说后医学时代不再是医生主导的时代。为什么会这么说?** |

**第三章**

· 笔 记

**健康社会决定因素**

健康问题已经在全球范围内得到广泛关注，尤其国家间与国家内的健康不公平已成为关注焦 点。要解决健康问题，关键在于全世界范围内的贫困和弱势人群的健康水平得到提高。全球疾病负 担和健康不公平大部分都根源于社会因素，所以，影响健康的最根本原因由社会决定。

**第一节** **健康社会决定因素概述**

一 、健康社会决定因素的概念

( 一)健康社会决定因素的概念

WHO 对健康社会决定因素(social determinants of health,SDH)作了如下界定：在那些直接导致 疾病的因素之外，由人们的社会地位和所拥有资源所决定的生活和工作的环境及其他对健康产生影 响的因素。健康社会决定因素被认为是决定人们健康和疾病的根本原因，包括了人们从出生、成长、 生活、工作到衰老的全部社会环境特征，例如收入、教育、饮水和卫生设施、居住条件、社会区隔等，它 也反映了人们在社会结构中的阶层、权力和财富的不同地位。

(二)健康社会决定因素的发展

在传统健康观的影响下，人们往往认为，疾病是由生物的或理化的病因引起的，从这些病因入手 可以防治疾病，恢复健康，解决健康问题主要是医生、护士、医院、卫生部门的事情。随着生物医学模 式向生物-心理-社会医学模式的转变，在医学实践、医学研究、医学教育和卫生服务中，人们逐渐认 识到社会因素对于人类健康的重要影响。

人类社会的疾病谱和死因谱正在发生着改变，很多疾病的产生和发展不仅仅受到生物因素的影 响，还更多地受到环境因素、个体生活方式和行为因素、心理因素等影响。特别是心脑血管疾病、恶 性肿瘤、意外事故死亡等增多，各种社会病的出现，使得人们认识到必须重视产生疾病和死亡的社会 环境原因。人们对健康的认识更加全面，健康并不仅是身体上没有疾病，还包括心理健康和社会适 应良好。健康与疾病被视为一个连续的动态过程。在现代工业社会，由于生活节奏加快和生存压力 增大，个体身心疾病发生增多，其原因往往产生于复杂的社会环境。人们的健康水平取决于他们所 生存的社会环境，因此，解决健康问题也要从社会环境因素入手。对健康产生影响的社会环境是由 个体所处社会地位和所能支配的社会资源决定的。在一个社会中，社会上层拥有财富或者社会地 位，占据丰富的优势社会资源，他们所处的社会环境对于个体健康具有积极影响；而社会底层常年生 活在资源匮乏境地，他们的营养状况、居住环境、工作条件和心理环境常常是消极负面的。

第三章 健康社会决定因素 25

(三)健康社会决定因素的价值理念

由社会地位和资源分配不公平带来的健康不公平是影响一个社会的健康状况的最根本原因。 这是因为：首先，弱势人群的健康状况影响到整个社会的健康水平。只有弱势人群的健康状况得到 改善，才能从根本上解决健康问题。国际经验证明， 一些经济发达国家在平均预期寿命等健康指标 上并没有处于领先位置，与这些国家的社会不公平程度较高有关。其次，社会结构影响了先进医学 科学技术在提高国民健康水平中的运用。社会不公平造成弱势人群无法分享科技进步的成果，缺乏 卫生资源是造成他们患病率和死亡率高的直接原因。例如，使用蚊帐已经被证明是预防疟疾的有效 手段，但在疟疾流行的非洲，贫困家庭的儿童仍然很难得到蚊帐。同样，孕产妇产前保健服务是降低 孕产妇死亡率和新生儿死亡率的重要手段之一，但在贫困国家和地区，基本的产前检查等服务的覆 盖率仍然比较低。

在 WHO 健康社会决定因素的概念中，其核心价值理念是健康公平，它体现了一直以来所倡导 的“健康是一项基本人权，不因种族、宗教、政治信仰、经济或者社会情境不同而有差异”的理念。

**二、健康社会决定因素理论的发展历程**

**(** **一** **)世界卫生组织的成立**

在人类繁衍和社会发展史上，曾经饱受鼠疫、霍乱、天花、伤寒等烈性传染病的磨难。早在19世 纪，欧洲第一次卫生革命和现代公共卫生运动的阶段性胜利，使得人们开始意识到生活环境、生活方 式、社会经济条件等与健康之间存在密切关系。德国细胞病理学家魏尔啸(Virchow) 提出解决健康 问题要在改善医疗保健的同时，改善人们的社会环境。此外， 一些流行病学研究也证实，大部分传染 病的死亡率得到控制，并不仅仅是由于医疗技术的发展，而是得益于人群居住环境和营养条件的 改善。

在1948年WHO 成立之初制定的组织宪章中，健康被定义为：不仅仅是没有疾病或虚弱，而是一 种身体、心理和社会的完好状态。从这个全面的健康定义可以看出，WHO 希望在促进有效的医疗保 健技术发展的同时，致力于寻找健康问题的社会根源。换言之，生物医学技术与社会因素改善两个 方面相辅相成，共同实现健康目标。

但第二次世界大战后的世界政治格局及生物医学技术的迅猛发展，国际公共卫生的特点是针对 专门疾病，例如疟疾、天花、结核病等，采取以医疗技术为导向、以医院为中心的从上至下的垂直项目 干预。这种方法被认为是非常有效的，却在本质上忽略了社会因素对疾病的影响，健康社会决定因 素的观点在国际公共卫生领域一度被边缘化。

**(二)以社区为基础的预防保健模式兴起**

尽管生物技术飞速发展，发展中国家人民的健康状况仍远远落后于发达国家。在认识到技术不 能够满足贫困人口需要的时候，人们开始重新对健康社会决定因素产生兴趣。

许多国家开始探寻以社区为基础的预防保健服务模式。我国的“赤脚医生”便是一个典型的例 子。这些赤脚医生接受过一些基础的医疗技术培训，他们生活在社区中，以提供预防保健服务为主， 并且广泛采取中西医结合的治疗方式，服务于他们所生活的社区。赤脚医生制度被 WHO 推崇为发

26 第三章健康社会决定因索

展中国家实施初级卫生保健的典范。这种以社区为基础的方式在孟加拉国、哥斯达黎加、危地马拉、 印度、墨西哥、尼加拉瓜、菲律宾、南非和其他国家也迅速发展起来。

1975年WHO 和 UNICEF共同发表了《满足发展中国家基本卫生需要的经验》,报告承认了疾病 技术干预过于依赖技术而忽视了社会力量的缺点，并强调了社会因素的重要性，贫穷、住房、教育问 题都是发展中国家患病率高的根源。

**(三)《阿拉木图宣言》和初级卫生保健**

针对世界上许多国家的卫生服务不能满足人群需要、大众对卫生服务普遍不满、人群健康差距 大、卫生费用迅速增长等问题，WHO 和 UNICEF等国际机构共同寻求发展国际卫生保健的新途径。 1977年5月，第30届世界卫生大会正式提出了一项全球性战略目标：到2000年世界全体居民都应 达到使他们的社会和经济生活富有成效的健康水平，即“人人享有健康”。1978年9月，WHO 和 UNICEF 在哈萨克斯坦的阿拉木图联合主持召开了国际初级卫生保健会议，会议发表了《阿拉木图 宣言》,正式提出了“初级卫生保健”的概念，并认为初级卫生保健是实现2000年人人享有卫生保健 这一 目标的基本策略和关键途径。这次会议被公认为现代公共卫生的里程碑。

**(四)千年发展目标的制定**

进入21世纪，健康受到了前所未有的重视。在2000年9月的联合国千年首脑会议上，189个成 员国共同签署的《联合国千年宣言》,制定出了一系列量化的、有时间约束的目标以改善极端贫困、 疾病和环境恶化等问题，这是全球首次为改善人类生存状况而做出的一系列承诺。之后的15年内 这些目标被置于全球议程的核心，统称为“千年发展目标”。其中，降低儿童死亡率、改善孕产妇健 康和对抗艾滋病、疟疾及其他疾病等3项目标与健康直接相关，其余5项目标与健康间接相关。

千年发展目标的提出说明全球健康是一个综合性目标，需要其他社会环境的改善才可以达成。 同时，没有健康方面的进步，其他社会目标也无法实现。

**(五)健康社会决定因素的提出**

从20世纪80年代中期开始，健康社会决定因素思想在健康促进领域开始展现。由 WHO、加拿 大公共卫生委员会和加拿大健康福利部共同发起的第一届国际健康促进大会于1986年11月在渥 太华召开，会议公布了《渥太华宪章》,列出了8个健康的关键决定因素：安全、社会保障、教育、食品 安全、收入、生态环境、可持续的资源、社会公正。会议认为健康目标的取得不能仅靠卫生部门单独 完成，需要各政府部门、非政府组织、志愿组织和私人团体的共同努力。

2003年，WHO 成立了宏观经济与卫生委员会，提出宏观经济发展和卫生的关系，其核心思想是 社会总体发展和减少贫困的中心策略之一就是健康投资，投资健康就是投资发展。

2003年，《柳叶刀》发表了WHO 前总干事李钟郁博士的文章：“促进医疗保健可及性是实现公 平的极其重要的部分，《阿拉木图宣言》所确定的人人享有卫生保健的目标是正确的。初级卫生保 健的基本原则是：平等可及、社区参与、改善健康、多方努力。”WHO 明确从健康社会决定因素方面采 取行动、推动健康公平。

2005年，在李钟郁博士的提议下，WHO 成立了一个专门的委员会，即健康社会决定因素委员会 (Commission on Social Determinants of Health,CSDH)。该委员会组织了一批具有丰富实际工作经验

第三章 健康社会决定因素 27

的专家，在促进健康公平方面采取了一系列行动措施，包括：在全球范围内搜集证据支持各个国家决 策、建立全球知识网络、推动国家行动和国际合作等。2008年，WHO宣布CSDH圆满完成任务，并发 布最终报告《用一代人时间弥合差距》。

(六)《里约政治宣言》的颁布

在健康社会决定因素理论框架形成之后，在WHO 倡导下，很多国家开始在健康社会决定因素 方面采取行动以减少健康不公平。为推动该框架从理念转化为实践，2011年10月，WHO在巴西里 约热内卢召开了健康社会决定因素大会，目的是分享不同国家和组织的经验，实施政策和战略，减少 健康不公平。会议通过了《健康社会决定因素里约政治宣言》(简称为《里约政治宣言》)。该宣言呼 吁采取健康问题社会决定因素方针来减少健康不公平现象，同时批准了5个重点行动领域，呼吁在 以下领域内采取全球和国家行动：

1. 在国家层面采取更好的治理方式 通过透明和包容性的决策程序，使所有相关群体和部门 均能发表意见，而且要制定具有明确和可衡量结果的可行政策。

2. 促进参与政策制定和实施进程 增强社区能力和加强民间社会的贡献，以确保那些受不公 平的社会地位影响最严重的人群的卫生需要得到满足。

3. 卫生部门需要进一步调整方向，以注重减少健康不公平现象 特别是需要重视卫生保健和 公共卫生服务的可及性、可得性、可接受性、可负担性和质量。

4. 加强全球治理与合作 国际合作与团结对全体人民的公平利益非常重要。要发挥多边组织 在制定规范、阐明指导方针和提供最佳实践等方面的作用。

5. 加强问责制和监测进展 建立指导各部门决策工作的问责机制，并同时考虑到不同国家的 具体情况。及时监测健康不公平趋势以及解决不公平问题的行动影响。

**三、健康社会决定因素理论对社会医学的理论发展**

社会医学研究社会因素与健康及疾病之间关系，随着积极健康观的确立和现代医学模式的转 变，社会因素影响健康的理念越来越得到人们的承认。国内外的经验事实说明，社会因素对于健康 的影响往往不仅仅是单一作用，而是长期的、累积的、相互交叉的。健康社会决定因素的政策理念的 提出和推广对于社会医学的学科发展具有重要意义。

1. 从健康社会决定因素的模型和行动框架来看，社会因素包含了人们日常生活的环境因素(如 住房、交通、教育、食品、环境等)和社会结构因素(如社会分层、社会政治、经济和文化背景等),不同 因素之间不是孤立的，必须采取连贯一致的行动，找出根源问题以促进健康发展。这强化了从社会 因素分析健康与疾病关系的社会医学学科理论基础。

2. 健康社会决定因素的核心理念提示，健康差距是引起人群健康问题的重要原因。社会医学 将围绕由于社会资源分配导致健康不公平问题，研究健康不公平的社会归因和如何消除社会因素的 不平等、促进健康水平的提高，并收集证据，评估针对社会决定因素所采取的政策措施在降低健康不 公平方面的作用。

3. 由于社会因素的复杂性和从社会因素方面采取的干预措施对于健康影响的长期性，在测量

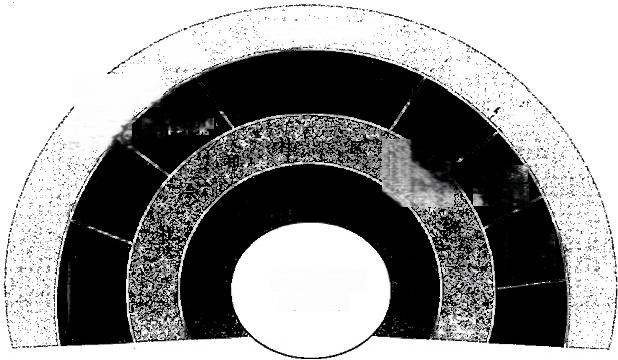
28 第三章 健康社会决定因素

方面具有一定难度，传统卫生领域的理论和方法需要与其他学科更加紧密地结合。社会医学本身是 介于医学与社会学之间发展起来的交叉学科，在未来的发展中更加需要吸收社会学、经济学、政治学 等多门学科的新的方法，才能更好地测量社会因素对于健康的影响，评估社会干预的效果。

**第二节** **健康社会决定因素的框架与内容**

**一、健康社会决定因素的理论模型**

学者们对社会因素如何影响健康进行研究，并提出了一些理论模型。其中，达尔格伦 (Dahlgren) 和怀特海德(Whitehead) 在1991年建立的健康社会影响因素的分层模型(图3- 1),被认 为是一个经典模型。该模型由内向外分别代表影响个体健康的主要因素，以及这些因素背后的诱 因。第一层代表不同基因的个体。第二层代表个体行为和生活方式可能对健康带来不同影响，如人 们可以选择抽烟或者不抽烟。第三层代表社会和社区影响，社会支持可能对个体健康带来有利影 响，也可能带来不利影响。第四层代表社会结构性因素，如住房、工作环境卫生、保健服务、水和卫生 设施等。第五层代表宏观社会经济、文化和环境，处于内环的因素都受到外层因素的影响。



文 化、

生活和工作条件

年龄、性别、 遗传因索

环

失业 境

水和卫 生设施

卫生保 健服务

住房

工作环境

上 T

*教育*

农业 和粮食 生产

路

经

杜

济

、

图3-1

健康社会决定因素模型

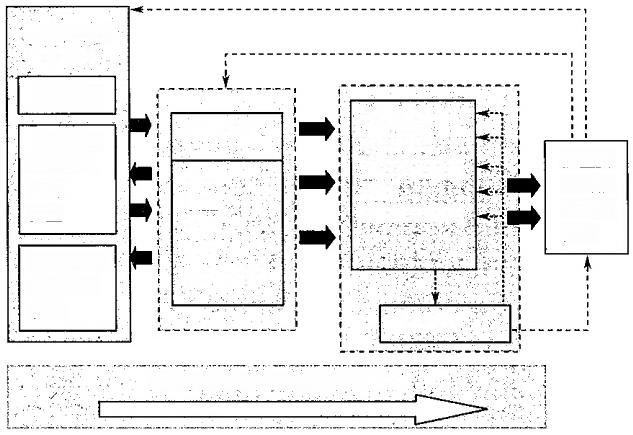
还有一些学者也提出了相似观点。塔洛夫(Tarlov) 是最早系统研究健康社会决定因素的学者 之一，他将影响健康的因素分为4类：基因和生物部分、医疗保健、个人健康行为和所处社会环境的 特征。其中，社会环境特征占据主导地位。布伦纳(Brunner) 、 马 蒙 特(Marmot) 和 威 尔 金 森(Wilkin- son) 提出了生活周期多重影响理论(multiple influences across the life course),解释了在人的不同生命 周期，社会结构、物质因素、社会心理、社会环境、工作等因素作用于人的健康的机制。

**二、健康社会决定因素的行动框架**

CSDH 在《用一代人时间弥合差距》报告中提出了健康社会决定因素的行动框架(图3-2),对各

第三章 健康社会决定因素 29

种健康社会决定因素进行整合，并讨论如何利用健康社会决定因素的理论解决全球健康问题。该框 架将影响健康的社会决定因素分为日常生活环境(daily living conditions)和社会结构性因素(social structural drivers)。



**社会经济和** **政治背景**

政治治理

**物质环境**

社会政策 宏观经济 社会

卫生

文化、社会 规范和价 值观

**卫生系统**

**影响健康的社会因素和健康不平等**

社会地位

**教育** **职业** **收人**

**性别**

**种族和民族**

社会支持

**社会心理因素**

行为

**生物遗传因素**

卫生及 社会福 利资源 分配

图3-2

健康社会决定因素的行动框架

资料来源：世界卫生组织健康社会决定因素委员会.用一代人时间弥合差距.2008.

1. 日常生活环境 指人们出生、成长、生活、工作以及衰老的环境。它对应图3-2中最右边的一 栏，包括物质环境、社会支持、社会心理因素、行为因素和生物学因素，卫生服务体系独立于上述因素 之外，但同样也是日常生活环境的组成部分之一。

2. 社会结构性因素 指决定日常生活环境的社会结构性因素，它体现了权力、财富和资源的不 同分配方式。在图3-2中，中间一栏是个体层面的社会结构性因素，包括社会地位、教育、职业、收 入、性别、种族和民族；最左边一栏是宏观社会层面的社会结构性因素，是指社会政治经济环境，主要 包括政治治理、社会政策和文化、社会规范与价值观三个方面。个体层面与宏观社会层面的社会因 素互相影响，密切联系。

在以上两大类社会因素的内部，不同社会因素之间存在交互作用，可能互为因果，对健康产生影 响。这个行动框架分析社会决定因素影响健康和健康公平的路径是：社会结构性因素决定着人们的 日常生活环境，而国家和政府所采取的不同的社会资源分配制度(包括卫生体系和其他社会福利制 度)可以影响社会结构性因素和日常生活环境。

依据该行动框架，WHO 建议各个国家从以下3方面对社会决定因素采取行动：第一，改善人们 的日常生活环境。 WHO 特别提出需要改善女童和妇女的生活环境和儿童的出生环境，重视儿童幼 儿期的成长和教育，改善生活和工作环境，制定社会保护政策，关注老年人生活健康。第二，在全球、 国家和地方各级特别关注形成日常生活环境的社会结构性因素，解决权力、财富和社会资源分配不 公平的问题。第三，注重测量和收集证据，评估行动的效果，不断充实在健康社会决定因素领域的知

30 第三章 健康社会决定因素

识基础，并通过宣传教育，提高公众对健康社会决定因素的认识。

**三、影响健康的主要社会因素**

(一)年龄、性别和遗传因素

年龄、性别和遗传因素对于个体健康状况具有重要影响。年龄的重要性以及不同疾病对于不同 年龄组人群的影响显而易见。男性和女性由于体质的生物学差异，在一些疾病上也呈现出不同的患 病情况，例如乳腺癌、前列腺癌、心血管疾病等。但值得重视的是，在许多国家，由于性别歧视而影响 到了女性的健康状况。虽然在过去的一个世纪里，许多国家的女性地位直线提升，但各个国家女性 健康状况的改善程度仍然参差不齐，面临众多挑战。孕产妇的死亡率和相关疾病的发病率依然非常 高，生殖健康服务水平在国家、地区之间的差距非常大。在一些国家，重男轻女的观念导致人们进行 性别选择性堕胎，社会忽视女孩的营养状况和健康状况，她们受教育的机会、工作的机会都相对较 少，一些女性可以获得的工作机会往往是没有经济保障的工作，从而收入水平也较低。这些因素导 致女性在健康问题上处于更为劣势的地位。基因遗传在很大程度上决定了个体会得哪些疾病，以及 人群的整体健康状况。随着人类基因组项目的进展，将会越来越深入地了解到基因是如何影响人类 健康的。但在造福人类健康的同时，其在临床应用中基因歧视等伦理风险也随之上升。

**(二)个体生活方式**

吸烟、酗酒、不良饮食、缺乏锻炼、高危性行为等个体不良生活方式会增加患病的风险。有些生 活方式是个体可以选择的，如吸烟；而有些是由更深层次的社会结构决定，个体不可以选择，如贫困 人群的饮食结构。在当今经济全球化飞速发展的时代背景下，全球面临营养不良和营养过度的双重 负担。全球儿童和成人营养不良的比率呈下降态势，但趋势缓慢，绝对数字仍然较高，在非洲营养不 良的人口还有所增加。同时，超重和肥胖症病人人数显著上升，如美国肥胖人口约占30%。肥胖症 消耗了大量社会资源，在2000年有超过110亿美元的卫生保健费用支出与肥胖症有关。在世界范 围内，肥胖问题成为一种社会现象，发达国家的超重现象更为普遍。

从全球疾病负担的危险因素分析(表3-1)可以看出，饮食、营养、吸烟、缺乏运动等不健康的生 活方式是影响健康的重要危险因索。

**表3-1全球疾病负担的危险因素分析(2013**年 )

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **危险因素** | **所致死亡人数** | **所致疾病负担** |
| 1 | 饮食危险 | 1130万 | 2.414亿 |
| 2 | 高收缩压 | 1040万 | 2.081亿 |
| 3 | 儿童和孕产妇营养不良 | 170万 | 1.769亿 |
| 4 | 吸烟 | 610万 | 1.435亿 |
| 5 | 空气污染 | 550万 | 1.415亿 |
| 6 | 高体重指数 | 440万 | 1.340亿 |

资料来源：GBD 2013.Global,regional,and national age-sex specific all-cause and cuse-specific mortality for 240 causes of dea th,1990 2013:a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013.Lancet,2015,385(9963):10-16.

第三章 健康社会决定因素 31

**(三)社会支持网络**

每个人从出生之后就处于各种社会关系网中。我国社会学家费孝通先生以“差序格局”对乡土 中国的社会关系做出了形象的描述，每个人、每个家庭都以自己的地位作为中心，周围划出一个圈 子，和别人的关系就像石子入水的水波纹一样，一圈圈推出去，越推越远，也越推越薄。圈子的大小 由中心的势力大小而决定。这种社会关系对个体健康产生重要影响，特别是家庭作为与个人关系最 为密切的首圈社会关系，对个人健康行为和健康结局意义重大。美国的一项研究显示，在控制了其 他因素之后，单身男性死亡率比已婚男性高60%。对于结核病病人的调查显示，病人的家庭成员对 其服药依从性具有显著影响。

个体从社会网络获得的物质性和情感性帮助称为社会支持。社会支持一般可以分为3类：①工 具性支持，指提供可见的帮助和行动；②评价性支持，指提供反馈和行动意见，供决策者参考；③信息 性支持，指单纯提供信息。

社会资本(social capital)是另一个相关概念。按照科尔曼(Coleman) 的界定，社会资本是指个人 所拥有的社会关系成为一种社会资源而被个体所用。个人的社会网络的范围、信任程度、互惠程度 等是测量社会资本的维度。社会资本对个体健康的影响通过3种渠道：首先，社会资本影响个人获 取健康信息和行为规范；其次，社会资本可以影响个人对卫生服务的利用；再次，社会资本通过情感 支持，影响人的心理健康，并影响躯体健康。社会关系网络越庞大，人们从中获取的社会资本越多， 从而更有可能获得身心健康。肯尼迪(Kennedy) 和卡瓦奇(Kawachi) 进行了一项研究，他们发现社 会资本和收入差距存在线性关系，而社会资本与死亡率之间存在密切关系，因此他们认为收入差距 是通过社会资本这一变量来影响健康。当人们感觉到自己与其他人是平等的时候，更有可能参与各 项社会交往活动，社会交往对于消除社会隔离非常重要。人们在感受到社会隔离的状况下生存更容 易危害健康。

**(四)社会经济地位**

在所有社会中都存在社会分层(social stratification),不同个体和群体处在不同的社会层级。社 会经济地位(socioeconomic status,SES)是指个体或群体在社会中所处的位置，通常使用一系列的指 标进行测量。美国社会学家邓肯(Duncan) 提出用社会经济地位指数(socioeconomic index)来计算社 会经济地位。通常会用收入、教育和职业三个指标来测量社会经济地位。

1. 收入 收入直接影响到人们的社会生活境况，对他们的健康造成影响。大量研究显示，收入 与健康存在直接关系。美国的一项研究显示，美国白人的收入水平与死亡率之间存在梯度关系，随 着收入的上升，死亡率呈下降趋势。年收入最低的群体比年收入最高的群体的死亡率几乎要高出1 倍。在联合国开发计划署(United Nations Development Programme,UNDP)发布的《人类发展报告》 上，可以看到更多的不同国家之间收入与健康相关的证据。

2. 教育 受教育程度越高的人往往越容易获得健康，也更长寿(参见第六章社会文化因素与健 康)。教育水平的提高有助于缩小健康水平的差异。在发展中国家，母亲的受教育程度与儿童健康 状况有明显相关关系，因此改善女性的教育状况，让她们获得更多的受教育机会是非常有意义的。

3. 职 业 职业地位对健康产生影响，马蒙特(Marmot) 曾经做了一项里程碑式的研究，他通过对

于英国政府公务员的调查，对个人的职业状况与健康之间的关系进行了实证研究。对17000多名男 性公务员的死亡率进行了调查，发现不同职业阶层的公务员的死亡率具有差异(表3-2)。其中，高 级行政官员的死亡率低于专业技术人员/主管人员、职员和其他人员。死亡率的梯度正好与他们的 职业阶层的梯度相对应。也就是说，随着职务升高，死亡率呈下降趋势。

**表3-21969-1979年不同职位英国政府公务员的疾病死亡率(%**c)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **死因** | **高级行政官员** | **专业人员/主管人员** | **职员** | **其他人员** |
| 肺癌 | 0.35 | 0.73 | 1.47 | 2.33 |
| 其他癌症 | 1.26 | 1.70 | 2.16 | 2.23 |
| 心脏病 | 2.16 | 3.58 | 4.90 | 6.59 |
| 卒中 | 0.13 | 0.49 | 0.64 | 0.58 |
| 其他心血管疾病 | 0.40 | 0.54 | 0.72 | 0.85 |
| 慢性支气管炎 | 0.00 | 0.08 | 0.43 | 0.65 |
| 其他呼吸系统疾病 | 0.21 | 0.22 | 0.52 | 0.87 |
| 胃肠疾病 | 0.00 | 0.13 | 0.20 | 0.45 |
| 泌尿生殖系统疾病 | 0.09 | 0.09 | 0.07 | 0.24 |
| 意外伤害/暴力 | 0.00 | 0.13 | 0.17 | 0.20 |
| 自杀 | 0.11 | 0.14 | 0.15 | 0.25 |
| 其他死因 | 0.00 | 0.16 | 0.26 | 0.40 |
| 全死因 | 4.73 | 8.00 | 11.67 | 15.64 |

资 料 来 源 ：MIG Marmot,NJ Shipley,G Rose.Incqualities in Death-Specific Explanations of a Gieneral Pattern.Lancet,1984,83:1004.

(五)其他社会结构因素

除了社会经济地位之外，还有一些社会结构性因素决定着个体行为的方向，进而对健康产生 影 响 。

1. 工作环境 在发达国家，由于法律约束，员工的工作条件基本能够得到保障。然而，在很 多发展中国家，雇佣关系普遍没有合同保证，在劳动力市场上存在大量的非正式雇佣关系，劳动 者的合法权益缺乏保护。一旦经济局势发生变化，产业结构快速调整，失业率的增长和随之产生 的雇佣关系的动荡会影响到大批普通劳动者的生存状况，给失业者及其家庭带来的不仅是物质 资源的匮乏，同时也产生巨大的社会心理压力，影响到他们的健康状况。此外，尽管每个国家都 制定了限制工作条件的最低标准，但是仍然有大量工人在没有劳动保护措施的情况下工作。工 作环境中存在包括物理的、化学的、环境的、生物的和社会心理等方面的风险因素，都会对他们的 健康产生影响。

2. 城市化 城市化给很多发展中国家带来了一系列社会问题，影响到生活在其中的人群健康， 特别是对弱势人群的健康状况带来消极影响(参见第五章社会环境因素与健康)。

3. 卫生保健服务 提高卫生保健服务质量和可及性，对于提高健康水平具有直接影响，特别是

第三章 健康社会决定因素 33

对于尚未实现人人享有卫生保健的一些发展中国家。在很多国家，卫生保健体系仍然比较薄弱，富 人和穷人的医疗卫生服务供给、获得和使用上仍然有着非常大的差距。享有卫生保健作为每一个公 民的权利，卫生保健应当是一个普及服务。目前基层卫生人力资源不足和人才流失影响到居民获取 卫生保健服务。

(六)宏观社会经济、文化和环境

每个人都在特定的国家和民族的政治、经济和文化背景之下生活，个体的健康必然受到宏观社 会因素的影响。

1. 政治 政治因素能够影响一个国家的社会资源的分配，决定不同群体的权利地位关系，对健 康不公平状况产生重要影响。在不同的政治背景下，由于政府采取不同的政治取向，卫生政策随之 变化，也影响了健康结果。健康社会决定因素的政策理念在英国得到执行的历史就是一个很好的例 证。1980年《布莱克报告》在英国发表，该报告发现医疗保健服务的覆盖率提高并没有消除不同社 会阶层之间的死亡率差异，并指出不同阶层的健康水平差异主要根源于社会不平等。《布莱克报 告》还提出了一系列改进健康公平性的政策建议，但是当时的撒切尔政府对这份在国际社会引起广 泛关注的报告无动于衷。直到1997年新工党取代保守党执政之后，健康不公平的话题才重新被提 起，掀起了以《艾奇逊报告》为代表的一系列围绕健康社会决定因素的研究和政治改革举措，这使得 英国在处理健康社会决定因素、减少健康不公平方面一直走在世界前列。

2. 文化、价值观与社会规范 这三者都是在一个社会或群体的长期发展过程中逐渐形成的， 是约定俗成的，对于人们行为产生潜在的影响。不同社会和群体具有不一样的文化、价值观和社会 规范，对健康产生不一样的影响。(参见第六章社会文化因素与健康)

3. 环境 全球气候变化对全球人口的健康带来了巨大挑战，这些健康风险包括温室效应、疾病 传染模式的变化、食品和淡水供应的影响、生态系统的衰竭和物质生活资料的匮乏。气候变化能增 加全球热浪、洪水、干旱等自然灾害的发生频率。气候变化对生活在热带和亚热带地区的人们的不 利影响更为严重，非洲有11亿人口患有疟疾。全球变暖还将导致饮用水和食品短缺。此外，气候变 化对健康的影响还有：由于洪水导致经水传播的传染性疾病蔓延，高温天气导致老年人和儿童的死 亡率上升。

**第三节** **将健康融入所有政策的理念与实践**

WHO从健康社会决定因素方面改善健康公平，所采取的关键策略是将健康融入所有政策 (health in all policies,HiAP)。

**一** **、将健康融入所有政策的理念**

(一)将健康融入所有政策的产生和发展

将健康融入所有政策的理念起源可以追溯到公共卫生发展的早期。1978年，WHO《 阿拉木图宣 言》提出到2000年人人享有卫生保健的目标，并明确要求，为了增进居民健康，除了卫生部门以外，

34 第三章 健康社会决定因素

还要有农业、畜牧、食品、工业、教育、住房、交通等部门及社会组织的共同协作。1986年，第一届全 球健康促进大会通过《渥太华宪章》,提出了健康促进的政策由多样而互补的各方面综合面成，它包 括政策、法规、财政、税收和组织改变等，制定健康的公共政策和实行健康促进需要超越卫生系统，涉 及各个部门和各级领导。这是将健康融入所有政策的雏形。

作为一个概念术语，将健康融入所有政策在20世纪90年代末期开始出现在一些政策文件中。 直到2006年，在芬兰第二次担任欧盟轮值主席国期间，芬兰卫生部门明确提出并发展了“健康融入 所有政策”的概念，并将其作为轮值主席国期间主要的公共卫生议题。将健康融人所有政策蕴含朴 素的公共卫生预防思想：健康受到生活方式和环境的巨大影响，不仅卫生服务的提供或者卫生政策 影响人群健康，其他领域相当多的政策也决定着人群健康。芬兰卫生部门借此来推动欧盟及其成员 国在制定卫生以外的政策时，主动考虑其对健康的影响。2013年，第八届全球健康促进大会通过了 《赫尔辛基宣言：将健康融入所有政策》(以下简称《赫尔辛基宣言》)和《实施“将健康融入所有政 策”的国家行动框架》,呼吁各国重视健康社会决定因素，为实施“将健康融入所有政策”策略提供组 织和技术保障。

**(二)将健康融入所有政策的基本理念**

《赫尔辛基宣言》对将健康融入所有政策做出了界定： 一种以改善人群健康和健康公平为 目标的公共政策制定方法，它系统地考虑这些公共政策(包括财政、教育、科技、就业、社会保 障、环境保护、医药管理等)可能带来的健康后果，寻求部门间协调，避免政策对健康造成不利 影响。

将健康融入所有政策的提出是以健康相关的权利和义务作为基础，重点关注的是公共政 策对健康决定因素的后续影响，目的在于提高各级政策制定者对于健康的责任。从基本理念 层面，将健康融入所有政策是以健康作为人的基本权利为基础，体现的是社会公平、公正及人 格尊严等价值观。因此，将健康融入所有政策对于人权的强调具有国际法基础，在国际社会和 国家层面都获得了合法性。在公共卫生实践层面，随着健康社会决定因素理论日益深入人心， 全球社会越来越形成基本共识：健康与贫困、教育、环境、就业等多种社会决定因素相关， 一个 国家的总体健康水平与其医疗、药品管理、社会保障、就业、财政、教育、科技、环境保护和民政 等多部门的共同努力密不可分。只有将将健康融入所有政策理念纳入所有政策中综合考虑， 树立维护健康是政府各部门共同责任的观念，才能切实确保居民健康成果的可持续。这是解 决全球所面临的非传染性疾病、健康不公平和不平等、气候变化以及不断飙升的医疗费用等严 峻卫生挑战的最根本途径。

**二、将健康融入所有政策的行动领域**

(一)《阿德莱德声明》与卫生治理

2010年，WHO 和南澳州政府在澳大利亚阿德莱德共同主办“健康融入所有政策”的国际会议， 来自不同国家各个部门的100位资深专家共同讨论实施健康融于各项政策的方案，并发表了《所有 政策中的卫生问题阿德莱德声明——走向共同治理健康和福祉》(以下简称《阿德莱德声明》)。该

第三章 健康社会决定因素 35

声明强调了在政府内部、各部门之间以及各级政府之间形成联合领导作用，进行卫生治理的必要性。 其目的是动员地方、区域、国家和国际不同管辖层次的领导者与决策者共同参与“将健康融入所有 政策”的实践之中。

《阿德莱德声明》提出了进行将健康融入所有政策多部门联合行动的方式，包括：部委间和部门 间委员会、社区磋商和公民评判委员会、跨部门行动小组、伙伴关系平台、联合开发人力资源等十个 方面。此外，还列举了不同部门之间进行健康相关问题的联合行动的不同方面。

**(二)将健康融入所有政策的行动框架**

2014年，WHO 发布《将健康融入所有政策国家行动框架》报告，确定了将“将健康融入所有政 策”付诸实践的6项行动任务及其主要行动内容。各国可以根据自身的社会经济状况和政治体系确 定行动任务的优先顺序和实施范围。

1. 确定需求和优先领域 ①启动战略规划和确定优先解决的问题；②评估对健康、公平性以及 卫生体系有影响的相关政策；③了解影响(限制或促进)将健康融入所有政策应用的国情和政府机 构的能力；④概述短期、中期、长期的优先活动；⑤评估政策的政治背景；⑥确定监督和执行能力以及 需要的人力、财力和技术资源。

2. 制定行动计划 ①确定将健康融入所有政策的运用背景，找出哪些执行策略是可行的；②确 定计划、督导和评价的数据、分析方法和证据；③确定支持将健康融人所有政策执行需要的结构和流 程；④考虑计划执行需要的人力资源、资金和责任问题。

3. 确认支持性的组织机构和程序 ①确定管理、负责某一个议题的牵头单位(如贸易、卫生、环 境部门);②考虑建立自上而下、自下而上或横向组织机构来支持将健康融人所有政策；③根据现有 的议程和规范性框架促进部门间的对话和行动，整合部门间的健康决定因素；④建立不同部门均可 使用的问责机制。

4. 促进评估和参与 ①评估政策对健康的影响；②找出现有政策或潜在政策可能影响的关键 目标群体和社区；③找出对政策制定和执行有帮助的人，并倾听他们的观点、想法和建议；④探索审 查立法程序机制，在机制出台之前找出将健康融入所有政策相关问题的机会。

5. 确保监测、评价和报告 ①尽早开始监测和评估计划，开发评估框架，并将监测和评估贯穿 整个将健康融人所有政策过程；②确定在政府范围内外的与关键合伙人合作的机会；③确定具体的 核心领域，制定一致时间表，确立基线情况，建立合适的目标和评价指标；④根据达成的时间进度表 开展商定的监测和评估活动；⑤分享取得的经验教训，为以后的政策方法提供借鉴。

6. 加强能力 ① 培训专业卫生人员，使他们掌握必须的知识和技能；②构建组织机构能力，包 括机构员工能力；③通过强化公共卫生机构和跨学科研究机构的科研能力，提高对人群健康的研究 能力；④加强不同部门之间教学和研究合作；⑤构建其他部门的能力；⑥通过支持社区成员全程参与 将健康融入所有政策过程来构建社区能力。

**(** **郭** **岩** **谢** **铮** **)**

36 **第三章** **健康社会决定因素**

**1.简述健康社会决定因素的概念。**

**思考题**

2.简述WHO健康社会决定因素的理论框架。

3.简述将健康融入所有社会政策的基本理念。



**第四章**

笔 记

**社会经济因素与健康**

社会经济既是人类社会发展的主体形式，更是人类赖以生存和保持健康的物质条件。对健康而 言，没有社会经济作为基础，人群的健康水平就难以保证；对社会经济发展来说，没有人类的健康，就 不可能有社会的进步与经济可持续发展。投资于健康，就是投资于生产力。

**第一节** **基本内涵及衡量指标**

经济发展(economic development)是人类不断改善生产生活质量、逐步摆脱贫困落后状态、持续 提高社会经济福利的过程，其终极目标落脚于人们幸福生活的最终实现。而健康既是个体感受幸 福、获得全面发展的前提基础，也是经济发展的主要社会目标之一。

**一** **、经济发展的内涵及衡量指标**

以往常用反映经济增长的指标来分析经济因素(economic factor)对健康的影响，主要包括国内 生产总值(gross domestic product,GDP)或国民生产总值(gross national product,GNP),以及人均GDP 或人均GNP 等。其中，国内生产总值指一个国家或地区的经济在一定时期内(通常是1年),所生产 的全部最终产品和劳务以货币形式表现的价值总量，可以反映一个国家的经济表现，也可以反映一 个国家的国力与财富；而人均GDP 作为相应的人均指标，则排除了人口数量的影响，能够便于不同 国家和地区间的比较。

随着各国经济的快速发展，人们逐渐认识到在经济增长的过程中，还包括了优化经济结构、调整 收入分配、消除贫困，以及资源与环境等可持续发展问题，更涉及了人类的生存、自由以及权利等众 多因素。仅仅用经济增长来反映经济因素对健康的影响是不全面的。为了适应对内涵更加丰富的 经济发展水平进行衡量的要求，更好地显示社会经济发展状况，现代经济学采用一些经济综合发展 指标对不同国家或地区经济发展程度进行对比和评价。

度量经济发展是一个极其复杂的问题，目前越来越多的学者主张用若干个具体指标组成的综合 指标体系来衡量和评价经济发展的水平和质量。国际上陆续开发了人类发展指数(human development index,HDI)、真实发展指标(genuine progress indicalor,GPI)、物质生活质量指数(physical quality of life index,PQLI)、全球幸福指数(global happiness index,GHI)等一系列综合指标。2010年 UNDP 进一步提出了4个基于HDI 的新的综合指数：不平等系数调整后的人类发展指数(inequality- adjusted human development index,IHDI)、性别发展指数(gender development index,GDI)、性别不平等 指 数(gender inequality index,GII)和多维贫困指数(multidimensional poverty index,MPI),并发展了人

38 第四章 社会经济因素与健康

类发展指数树，用树干和树叶的变化来描述各国的发展变化。

**二、健康的内涵及衡量指标**

经济发展的终极目标不仅仅是物质利益，人类的健康才是经济社会发展水平的综合反映。随着 社会经济的进步，人类对健康的认识不断深化。WHO提出的“健康不仅仅是没有疾病和虚弱，而是 身体、心理和社会的完好状态”,全面地诠释了生物-心理-社会医学模式对健康的理解，将人的身体 结构与功能、躯体与精神、心理与社会适应作为统一的整体来看待，把人体健康与生物、心理和社会 的关系紧密联系起来。

人群健康水平常用出生率、死亡率、平均期望寿命、婴儿死亡率、孕产妇死亡率等传统健康评 价指标来衡量。其中，出生率、死亡率是反映人口变化情况的指标，平均期望寿命是反映人口健 康状况的综合指标，婴儿死亡率则是反映人口健康状况比较敏感的指标。但随着人群健康状况 的逐步改善与提高，传统测量指标在反映人群健康状况时敏感性已有所降低。因此， 一些新的指 标如健康期望寿命、减寿人年数、伤残调整寿命年等开始被广泛应用以弥补传统指标的不足，并 已被许多国家作为制定卫生政策与预防措施的依据。(人群健康评价指标参见第十三章社会卫 生状况)

此外，近年来研究者提出了一些新的综合性指标，例如，质量调整生存年指标综合反映个体或人 群的生命质量和生存时间，用于综合评估健康水平和卫生决策；终生收入指标把个体或人群的平均 期望寿命和经济收入结合在一起，用于综合比较健康和收入的差距。

**第二节** **经济发展与健康**

经济发展与人群健康之间的关系是一种彼此关联、互为因果、相互促进、相辅相成的双向性作用 关系(图4-1)。一方面经济发展可以为人群健康提供必要的物质基础和环境基础，提高人类战胜疾 病的能力，促进人群健康水平的提高；另一方面人群健康水平的提高又可以保证更多社会物质精神 财富的创造，推动社会经济的发展。

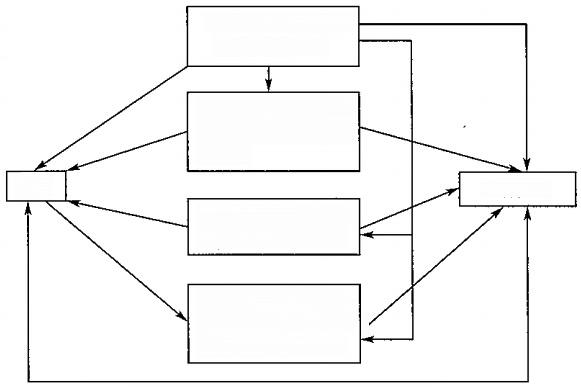
**一、经济发展对健康的作用**

研究表明，经济发展能提高人类健康水平，在某种程度上决定着健康水平。但是，如果经济发展 缺乏可持续发展的观念，不注重生态环境保护，就会带来诸多新的健康问题，反过来损害人群健康。

**(一)经济发展促进健康水平提高**

工业革命以来，随着世界经济的飞速发展，一些经济发达国家由于科学技术先进、生产力水平 高，不但为人群健康和后代延续提供了相当坚实的物质基础和保证，同时丰富的物质文化生活、良好 的营养摄入状况、完备的社会保障体系，以及健康知识教育逐渐普及等社会经济发展成果所提供的 高质量生活状态，使得其人群健康水平显著高于经济欠发达国家(表4-1)。

第四章 社会经济因素与健康 39



经济政策和制度管理 公共产品的确立

人力资本，包括：教育、 培训、体格和认识能力 的发展

经济发展

技术，包括：科学知识、 国内革新、国外传入

产业资本，包括：厂房

设备等固定资产、吸引匕 劳动力和资本的能力

健康

图4- 1

经济发展与人群健康的双向性关系

**表4-12013年不同收入群组国家居民健康指标**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **组别** | **国家** | **人均国民** **收入(美元)** | **孕产妇死**  **亡率(/10万)** | **婴** **儿** **死** **亡率(%o)** | **出生期望** **寿命(岁)** | **出生健康**  **期望寿命(岁)** |
| 高 | 美国 | 53960 | 28 | 5.9 | 79 | 69 |
| 收入 | 瑞典 | 44760 | 4 | 2.4 | 82 | 72 |
| 群组 | 日本 | 37630 | 6 | 2.1 | 84 | 75 |
| 平均 | 40335 | 17 | 5.3 | 79 | 70 |
| 中上 | 马来西亚 | 22460 | 29 | 7.2 | 74 | 65 |
| 收入 | 巴西 | 14750 | 69 | 12.3 | 75 | 65 |
| 群组 | 中国 | 11850 | 32 | 10.9 | 75 | 68 |
| 平均 | 13403 | 57 | 15.6 | 74 | 66 |
| 中低 | 埃及 | 10850 | 45 | 18.6 | 71 | 62 |
| 收入 | 亚美尼亚 | 8140 | 29 | 14.0 | 71 | 62 |
| 群组 | 印度 | 5350 | 190 | 41.4 | 66 | 58 |
| 平均 | 5953 | 240 | 44.0 | 66 | 57 |
| 低 | 孟加拉国 | 2180 | 170 | 33.2 | 71 | 61 |
| 收入 | 坦桑尼亚 | 1750 | 410 | 36.4 | 63 | 53 |
| 群组 | 埃塞俄比亚 | 1350 | 420 | 44.4 | 65 | 56 |
| **平均** | 1780 | 450 | 52.9 | 62 | 53 |

注：①人均国民收入按国际美元汇率的购买力平价计算；②每1000名活产婴儿1岁时死亡的概率；③孕产妇死亡辜：每100,000万活产婴 儿出生孕妇死亡的概率

资料来源：世界卫生组织《2015年世界卫生统计》

**经济发展对健康水平的促进是多渠道综合作用的结果。具体表现如下：**

**1.** **经济发展提高了居民物质生活水平** **经济发展为人们提供了衣食住行等基本物质基础，提** **供了充足的食物、安全的饮用水，促进了人类物质生活条件和劳动条件的改善，从而有利于居民健康** **状况和生活质量的提高。**

40 第四章 社会经济因素与健康

2. 经济发展有利于增加健康投资 经济水平的提高和社会财富的增长有利于社会保障体系的 完善，增加卫生保健的投入。而卫生事业的发展和医学科学技术的进步，则为预防控制和消灭某些 疾病创造了较好的物质条件。

3. 经济发展通过对教育的影响间接影响人群健康 受教育水平的高低影响人群接受卫生保健 知识，开展自我保健活动的能力，进而影响人群健康水平。受教育时间越长、程度越高，其思维和行 为越趋理性，更能理解日常行为和生活习惯对维持健康的重要影响，从而远离吸烟、酗酒、吸毒等不 良行为，自觉通过合理膳食和运动锻炼获得良好的健康状态。

**(二)经济发展带来新的健康问题**

经济发展对健康的影响非常复杂，并不只简单表现为对人群健康水平提高的单向促进作用。经 济发展还会对人们的生存环境产生或多或少的负面影响，并带来一些新的健康问题。主要表现在以 下方面。

1. 环境污染和生态破坏 以能源消耗为基础的现代工业经济，在制造社会财富的同时，对自然 生态环境造成巨大破坏。大量的废水、废气、废渣无序地排放到自然环境中，使生态环境遭到严重污 染和破坏，如水土流失，土地沙漠化，全球变暖等。各种化学合成产品和各种有毒有害的物质与人群 接触机会增加，导致多种急慢性危害，如致癌作用、遗传毒性、生殖毒性和发育毒性等。近年来在我 国部分地区发生的雾霾，当地居民呼吸系统疾病和心脑血管疾病的发病率显著上升，而最直接原因 是大气中的可吸入颗粒物含量严重超标。

2. 生活方式改变 社会经济的发展和物质生活条件的改善，人们的生活方式发生了显著的变 化。饮食结构从原来的粮谷类为主逐渐为肉及肉制品所取代，营养不足问题转变为对肥胖的担忧。 吸烟、酗酒、缺乏锻炼、吸毒、不安全性行为等不良生活方式给人群健康带来的负面影响日益凸显，成 为引起人类疾病和死亡的主要原因。

3. 现代社会病的产生 现代科学技术的高速发展和电子产品的广泛应用，提高了人们工作生活 的便捷和舒适程度，以富裕病(如高血压、糖尿病、肥胖症等慢性疾病)、文明病(如空调综合征、电脑综 合征、网络成瘾、手机依赖等机体功能失调)为特征的现代社会病逐渐成为威胁人类健康的新问题。

4. 心理健康问题的凸显 随着生活节奏的不断加快，社会竞争日趋激烈，人们面临比以往更多 的工作生活压力，心理紧张程度日益增大。长期处于这样的社会环境中的人们，容易出现情绪消极、 焦虑恐惧、人格障碍、变态心理等心理精神问题， 一些人甚至采取自杀的方式来进行逃避。

5. 负性社会事件的增多 经济发展及城镇化造成人口聚集和交通拥挤，使交通事故导致的意 外伤亡率大大增加，成为重要的疾病负担；经济发展不平衡、贫富差距增大等加剧了社会矛盾，引发 暴力犯罪事件；家庭关系紧张、教育功能失调等导致了家庭暴力、青少年犯罪，这些对人类健康产生 了间接的影响。

6. 社会人口特征的剧烈变化 伴随着社会经济的发展，许多国家呈现低出生率、低死亡率、低 增长率的“三低”模式，逐步进人老龄化时代。同时随着工业化、城镇化进程的不断加快，流动人口 持续增加。社会人口特征的变化带来了疾病谱的改变，卫生保健工作重点转移等新问题，对社会卫 生服务能力提出了新的挑战。

第四章 社会经济因素与健康 41

近年来全球饱受经济危机的影响，世界主要经济体的发展速度明显减缓，经济发展对人类健康 的促进作用逐渐减弱。经济水平的驻足不前，疾病负担的快速增长，新发疾病的严峻挑战，如何在现 有的经济条件下，进一步改善人群健康状况，是世界各国共同面对的挑战。

**二、健康对经济发展的作用**

现代经济学认为，尽管世界各国经济发展途径各有不同，但其基本机制都是一样的，即必须依赖 人力资源、自然资源、物质资本和科学技术。健康是人力资本的载体，是促进一切社会生产要素有效 转化的基础。对健康投资不仅仅是经济发展所必需的生产性投资，更是一种经济效益很高的战略性 投资。工业革命时期英国的迅猛发展、20世纪早期美国的经济腾飞、中国的改革开放等人类历史上 的几次经济起飞，都是以公共卫生、疾病控制和改善营养摄人等人群健康方面的重大突破为后盾的。

从健康对经济发展的作用机制来看，健康投资可以维持或改善人力资源的数量和质量，提高人 力资本的边际贡献率，进而对经济发展作出重要贡献。

1. 增加劳动力供给 人是生产力要素中最重要的因素。健康是人类最宝贵的财富，拥有健康就 可以拥有更大的生产力。人群健康水平的提高， 一方面直接使工作寿命延长，在增加工作时间的同时， 减少因疾病而损失的工作日，从而可以为社会创造更多的财富。另一方面，平均期望寿命的延长促使 人们为了获得更高回报而增加投资、教育和储蓄，同时会降低生育意愿，间接导致一定时期内经济的快 速增长。此外，健康的改善使婴幼儿死亡率下降，给未来提供更多的劳动力，促进经济发展。

2. 提高劳动生产率 良好的健康状态使劳动者在体力上更加强壮、脑力或认知上更加充沛，劳 动效率更高，尤其对于体力、精力、耐力要求较高的工作更是如此。良好的健康不仅直接提高劳动生 产率，使之具有更强的市场竞争力和优势，而且可以吸引更多的外国投资，从而促进经济发展。

3. 减少疾病损失和资源耗费 由于疾病造成的失能、残疾、过早死亡不仅给病人家庭、社会带 来直接的经济损失，而且会大量消耗因防治疾病而投入的卫生资源。 WHO 在对20世纪60年代初 人均GDP 水平相当的东亚与撒哈拉非洲两个地区进行比较研究时发现，其几十年来的经济发展差 距的50%是由疾病负担以及由此引发的人口环境问题造成的。减少疾病的发生既可以减少因病致 贫、因病返贫现象的发生，又可以有效遏制医疗费用大幅上升的全球趋势。

4. 促进教育收益实现 经济发展离不开教育的普及和提高，而健康水平的改善有利于提高教 育对经济发展的影响。具体来说，健康水平的提高，增加了健康期望寿命，工作年限相应延长，提高 了教育回报率；健康水平的提高，增加受教育的机会和学习能力，提高受教育者的文化素质和技术水 平，从而提升未来取得收入的能力，同时教育对于提高劳动生产率也发挥着重要作用。

5. 促进自然资源利用 自然界存在的某些传染病、寄生虫病、地方病不仅损害了居住地人的健 康，同时也使当地居民因担心患病而减少或放弃对该地自然资源的开发与利用。通过对自然疫源地 的改造，控制或减轻这些疾病的发生，改善当地居民的健康水平，从而促进对土地等自然资源的开发 和利用。《世界发展报告》就曾提到，河盲症的控制不仅使3000万人免受河盲症之害，而且使大约 **2500万公顷原来荒芜的土地更适于安居和耕作，从而促进了非洲农业和经济的发展。**

42 第四章社会经济因素与健康

**第三节** **经济发展与卫生服务**

卫生服务的内涵和数量在一定程度上，既是社会经济发展程度和科学技术进步水平的具体体 现，又会随着社会经济发展不断发生改变。

**一、经济发展与卫生服务需要**

作为社会进步基础的经济发展，通过对人群健康水平的促进，在使人口结构、疾病模式等发生深 刻变化的同时，也对社会居民的卫生服务需要产生了较大影响。

1. 人口结构变化 经济发展带来了人们物质生活和精神生活的不断改善，人群健康水平总体 上随之提高，特别是死亡率降低、出生率降低、平均期望寿命延长，使60岁以上易受疾病危害的老年 人群绝对数量和相对人口所占比例日益增加。而生理功能衰退、身体免疫力下降等不可逆转的退行 性变化出现，使老年人慢性病患病率远远高于其他年龄组，卫生服务需要数量显著增加。而且老年 人因失能、致残造成的对特殊护理需要，更使卫生服务需要的结构类型发生了重要的改变。

2. 疾病模式变化 随着经济的发展和生物技术的突破，人类有效控制了急慢性传染病、寄生虫 病；随之而来的是以心脑血管疾病、恶性肿瘤、糖尿病为代表的慢性非传染性疾病成为影响健康的主 要疾病。老龄化和慢性病相互交叠，失能、残障比例提高，不但卫生服务需要数量因此增长，卫生服 务需要类型也因此改变。2013年我国第五次国家卫生服务调查显示，居民两周患病率为24.1%,比 2008年的调查结果上升了5.2%,比2003年的调查结果上升了9.8%,卫生服务需要显著增长；15岁 及以上人口慢性病患病率为33. 1%,比2008年的调查结果上升了9.0%,显示出慢性非传染性疾病 已经成为影响居民健康的主要问题，对卫生服务需要数量和需要类型具有深远影响。

**二、经济发展与卫生服务需求**

在卫生服务需要转化为人们愿意而且有能力消费的卫生服务需求的过程中，经济发展可以从不 同方面促进卫生服务的消费意愿和消费能力，从而使卫生服务的需求不断增加，主要体现在：

1. 随经济发展伴生的劳动效率提高和生活水平提高，健康的身心状态可以给个体带来更多财 富和更高生活质量，同时也具备更多时间、精力和财力可以投入到对自身健康的追求上，这种消费意 愿和消费能力的增强构成了人们对各种形式卫生服务需求不断增加的基础。

2. 经济发展带来的社会受教育程度普遍提高，人们对生活方式和人生价值观有了更深的认识， 而信息时代又使得居民获得健康知识与信息的内容更加丰富，成本更加低廉，速度更加快捷，由卫生 服务需要转变为需求的阈值因此大大降低。

3. 作为经济发展结果，社会财富积累逐渐增多，全社会可以有更多资源投入卫生服务领域。城 镇化导致人口相对集中以及现代化交通的简便快捷，也进一步提高了卫生服务的经济可及性和地理 可及性，使居民获得卫生服务变得更方便。

第四章 社会经济因素与健康 43

**三、经济发展与卫生费用**

近年来，世界各国的卫生费用都不断上涨，经济合作与发展组织(Organization for Economic Co-operation and Development,OECD)成员国平均卫生费用占GDP 的比例已超过10%,其中，美国卫 生总费用从2000年占GDP的13.1%,上升到2012年的17.0%,并且仍在增长。在经济发展的时代 背景下，卫生费用上涨表现为一种客观经济规律，同时上涨速度过快或构成比例不合理，也会在一定 程度上影响经济的可持续发展。

卫生费用是随着经济发展水平而变化的。卫生费用增长速度与经济发展在初始阶段是同步的， 并能起到提高社会居民健康水平的作用。当经济发展达到一定水平，卫生费用增长幅度就会逐渐高 于经济发展速度。在过去20多年时间里，中国卫生总费用以年均18%的速度高速增长，远远超过 GDP年均增长率。但是这种上涨必须同经济发展相适应， 一旦超越了经济发展速度所能承受的范 围，就有可能反过来导致卫生服务需求受到抑制。

在世界范围内，一般表现为经济发展水平越高，卫生费用占GDP 比例、人均卫生总费用越高，而 个人卫生支出比例越低(表4-2)。卫生费用在政府支出、个人支出之间的比例分配直接影响着卫生 资源利用的公平和效率问题。政府支出与个人支出的内生动力存在差别，政府卫生支出主要通过财 政预算主动控制政府卫生资金投入规模，其年增长率有一定程度的刚性，而居民个人卫生支出往往 表现为被动的无序增长。因此，在抑制卫生费用过快上涨的同时，如何通过合理分配政府与个人之 间的卫生费用分担比例，成为推动卫生服务合理利用，促进社会经济可持续发展的重要课题。

**表4-22000年和2012年不同收入群组国家的卫生费用**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **组别** | **国家** | **卫生费用占GDP**  **比例(%)** | | **卫生总费用构成(%)** **人均卫生总费用**  **政府/社会卫生支出比例** **个人卫生支出比例** (美元) | | | | | |
| **2000** | **2012** | **2000** | **2012** | **2000** | **2012** | **2000** | **2012** |
| 高 | 美国 | 13.1 | 17.0 | 43.0 | 47.0 | 57.0 | 53.0 | 4818 | 8845 |
| 收入 | 瑞典 | 8.2 | 9.6 | 84.9 | 81.3 | 15.1 | 18.7 | 2292 | 4041 |
| 群组 | 日本  平均 | 7.6  9.6 | 10.3  11.6 | 80.8  59.3 | 82.1  60.6 | 19.2  40.7 | 17.9  39.3 | 1992  2392 | 3632  4516 |
| 中上 | 马来西亚 | 3.0 | 4.0 | 55.8 | 55.2 | 44.2 | 44.8 | 378 | 894 |
| 收人 | 巴西 | 7.2 | 9.5 | 40.3 | 47.5 | 59.7 | 52.5 | 626 | 1388 |
| 群组 | 中国 平均 | 4.6  5.3 | 5.4  6.0 | 38.3  46.7 | 56.0  56.2 | 61.7  53.3 | 44.0  43.8 | 130  263 | 578  766 |
| 中低 | 埃及 | 5.4 | 4.9 | 40.5 | 39.0 | 59.5 | 61.0 | 337 | 532 |
| 收入 | 亚美尼亚 | 6.3 | 4.5 | 18.2 | 41.8 | 81.8 | 58.2 | 145 | 332 |
| 群组 | 印度  平均 | 4.3  3.9 | 3.8  4.1 | 27.0  34.0 | 30.5  36.4 | 73.0  66.0 | 69.5  63.6 | 89  108 | 196  235 |
| 低 | 孟加拉国 | 2.6 | 3.5 | 40.7 | 31.9 | 59.3 | 68.1 | 29 | 85 |
| 收入 | 肯尼亚 | 4.7 | 4.5 | 46.3 | 40.9 | 53.7 | 59.1 | 67 | 98 |
| 群组 | 埃塞俄比亚  平均 | 4.4  2.9 | 4.9  5.1 | 54.6  37.6 | 60.6  38.8 | 45.4  62.4 | 39.4  61.1 | 22  32 | 61  83 |

注：人均卫生总费用按国际美元购实力平价计算

资料来源：世界卫生组织《2015年世界卫生统计》

44 第四章 社会经济因素与健康

**第四节** **经济发展与健康投资**

20世纪90年代，UNDP 提出了以健康为首要内容的“人类发展指数”,并发表了第一份《人类发 展报告》。2000年联合国千年峰会上提出了8项千年发展目标，2015年联合国可持续发展峰会通过 了一系列新的可持续发展目标，都将健康置于人类发展的突出位置。随着我国社会经济的高速发展 和人们生活水平的不断提高，全社会比以往任何时候都清楚地认识到健康对我国社会经济发展的重 要意义。没有全民健康，就没有全面小康。2016年《“健康中国”2030规划纲要》明确提出把健康摆 在优先发展的战略地位，立足国情，将促进健康的理念融人公共政策制定实施的全过程，健全政府健 康领域相关投入机制，调整优化财政支出结构，加大健康领域投入力度，履行政府保障基本健康服务 需求的责任。

一 、健康投资的内涵

健康投资的理念是通过几次重大的国际会议逐渐被人们所重视的。1993年世界银行发布了 《世界发展报告——投资于健康》。1997年在雅加达召开的第四届健康促进国际会议上提出要重视 并增加健康发展的投资。2000年在墨西哥召开的第五届健康促进大会上提出的21世纪6个健康促 进的技术优先领域中，将健康投资作为一种新的合作方式，并且推荐了一系列成功的健康投资方法 和实践经验。2000年时任WHO 总干事的布伦特兰(Brundtland) 博士倡导成立了“宏观经济与卫生” 专家委员会，并于2001年12月撰写了《宏观经济与卫生——投资于卫生领域，促进经济发展》的专 题报告，在回答卫生与宏观经济发展之间的关系、在经济发展过程中卫生的作用，以及如何通过健康 进行投资而促进经济可持续发展之间的关系等问题的同时，为帮助发展中国家落实“投资于健康的 理念”提出了政策建议和行动计划。2013年《柳叶刀》“投资于健康”委员会发布了《全球健康2035: 在一代人的时间内实现全球趋同》报告，进一步重申了投资于健康的重要性，提出在具体的健康投 资领域方面，除了继续关注千年发展目标关注的领域外，还应重点关注慢性非传染性疾病和全民健 康覆盖。

健康投资(health investment)是指人们为了获得良好的健康而消费的食品、闲暇时间和卫生服务 等资源，尤其是在卫生服务方面的投入不仅仅是单纯的消费，更是对健康的投资、对人力资本的投 资、对社会经济发展的基础性投资。投资于健康不仅能够减轻潜在疾病的经济负担，改善人群的健 康水平，而且对于促进经济发展、社会进步和国家安全至关重要。历史经验告诉我们，只有将健康投 入作为社会经济发展战略体系中的有机部分，社会才能出现社会经济与健康的良性互动。因此，健 康投资不仅仅是居民个人关注的事情，更应引起国家层面的高度重视。

**二、健康投资效益分析**

对健康投资效益进行分析，必须首先理解健康存量的概念。因为健康投资的目的就是为了增加 健康存量。著名经济学家格罗斯曼(Grossman) 认为健康是一种耐久资本，每个人在出生时都通过遗

第四章 社会经济因素与健康 45

传获得一定的初始健康存量，健康存量随着年龄的增长而不断地折旧，但同时也可以通过国家或个 人投资而维持或提高现有健康存量。健康存量是一个动态的积累过程，可以因为新的投人而增值， 又可以由于使用而折旧、损耗和减少。

从投资主体的角度来看，健康投资可分为私人健康人力资本投资(简称“私人健康投资”)和公 共健康人力资本投资(简称“公共健康投资”)。私人健康投资主要包括家庭营养保健支出、医疗的 私人支出部分、居住环境改善以及一切维护健康的私人投资部分，也可以分为增加正面投资(如保 健、合理膳食等)和减少负面投资(如吸烟、过量饮酒等),目的是提高健康水平，改善生存质量，在此 基础上提高自身竞争力，延长健康投资回报期限，获得更多的收益。公共健康投资主要包括医疗卫 生设施建设和完善、公共卫生环境建设和维护、医疗工作者的薪酬支付以及居民医疗补贴等政府支 出部分，也包括政府为私人医疗和健康投资提供的相关基础设施环境的投资。公共健康投资效益的 大小，不仅较好地反映了居民的健康状况，还可以大致反映出政府卫生工作的重点、走向和卫生政策 的效果。

( 一 )健康投资的经济效益

对于健康投资收益的衡量，也就是对个人和群体的健康资本存量的衡量，可以从微观和宏观两 个层面来考虑。微观层面是以个体健康水平变化为着眼点， 一般通过工作时间损失、无病时间、生病 时间、劳动生产率变化、自我健康评价、生命质量改变等指标来衡量健康投资的收益。宏观层面则是 把一个国家或地区的整体健康水平作为观察单位来考察， 一般采用出生率、死亡率、发病率、残疾率、 平均期望寿命、年龄别死亡率、婴儿死亡率等指标。其中，平均期望寿命常常被作为反映健康投资经 济效益的重要敏感指标。有学者研究发现，平均期望寿命弹性系数在0.04左右，即平均期望寿命每 增 加 1 年 ，GDP 将平均增加4%。 WHO 分析1965—1994年间31个发展中国家经济增长与婴儿死亡 率的关系，结果显示婴儿死亡率较低的国家同一时期内的经济增长率较高。

国民健康水平是一个国家经济社会发展水平的综合反映。诸多研究和实践也已证明健康投资 具有很高的经济价值。研究发现，与东亚经济高增长国家相比，非洲一半以上的增长差距在统计学 上可以归因于疾病负担、人口和地理问题。在经济全球化的趋势中，特定国家和地区劳动者的整体 受教育程度和健康状态，不仅成为吸引物质资本投资的重要因素，而且还决定着国家和地区的整体 竞争力。因此，健康投资在经济效果上具有显著外部性。

(二)健康投资的社会效益

健康投资的意义并不仅仅是经济的，同时会产生相应的社会效益。公共健康状况的改善，不仅 能够促进经济的发展，也有益于增进社会的和谐稳定。反之，如果健康状况持续恶化，不仅会带来沉 重的疾病负担，也会破坏社会的互信与合作。例如，在艾滋病高发的国家和地区，人与人之间的怀疑 和防范已经成为社会稳定和发展的障碍。

经济发展是社会进步的基础，而健康水平的提高，则是经济发展的目的，更是各国政府的责任。 经济建设和卫生事业发展是统一的，在大力进行经济建设的同时，要更加重视卫生事业的发展，两者 共同服务于改善人群健康水平这个目标。投资于健康就是投资于经济发展，社会拥有了健康就拥有 了财富。

46 第四章 社会经济因素与健康

总之，增加健康投资，提高居民健康水平，不仅必要，而且可行，对于实现社会经济的可持续发 展，有着现实的紧迫感。没有人类的健康，就不可能有社会的进步和经济的可持续发展。

**(郑建中)**

|  |
| --- |
| 思考题 1.简述经济发展与健康之间的相互作用。  2.试述“民强促国富，国富保民强”体现的社会医学的相关理论。  3.如何衡量健康投资的效益? |



**第五章**

笔 记

**社会环境因素与健康**

随着生物医学模式向生物-心理-社会医学模式的转变，社会环境因素对健康的影响也越来越 重要。社会环境因素包括一系列与社会生产力和生产关系有密切联系的因素，即以生产力发展 水平为基础的经济状况、社会保障、环境、人口、教育和科学技术，及以生产关系为基础的社会制 度、法律体系、社会关系、卫生保健等。每一部分都可涉及人类社会的各个方面和人类生活的各 个环节，而且各要素之间还存在着密切的联系。社会经济、社会文化、行为心理、卫生政策、卫生 保健制度与健康的关系已有专门章节论述，本章主要介绍人口、生活工作环境、社会网络及社会 发展与健康的关系。

**第一节** **人口与健康**

人口(population) 不仅是社会存在和发展最基本的要素，而且与人类健康息息相关。 WHO 指 出，健康、人口与发展是相互不可分割的。社会发展的成功，取决于资源的平衡；人口迅速增长正威 胁着这种平衡，因为它使人口与资源的差距加大；人口的规模、年龄结构与性别结构、区域分布，既取 决于生育率、死亡率、人口流动情况，又对健康及卫生保健工作具有重要影响。

**一** **、人口数量与健康**

2011年10月31日，世界人口总数已达70亿，2015年已超过72亿，预计2050年将超过90亿。 人口增长过快是当前世界各国特别是发展中国家面临的一个紧迫问题；而人口负增长导致的人口短 缺则是部分西方发达国家面临的问题。

我国是人口大国，人口总量占世界人口的近20%。由于人口基数大，加上新中国成立初期忽视 人口控制，人口数量急剧增长。但随着计划生育政策的落实，我国人口得到有效控制，人口增长速度 放缓，健康状况得到显著提高(表5-1)。但随之而来的问题是老年人人口比例上升迅猛，社会抚养 负担加重，因此国家调整了计划生育政策，从2015年开始全面实施一对夫妇可生育两个孩子的 政 策 。

二 、人口结构、素质与健康

**(一)人口结构**

联合国规定，60岁及以上人口超过10%或65岁及以上人口超过7%为老年型社会。从全球来 看，2010年60岁及以上人口占世界人口比例已超过12%,国际助老会《2015全球老龄事业观察指

数》报告指出，全球60岁及以上人口约9.01亿，占世界人口12.3%。预计2050年全球60岁及以上 人口将占总人口的22%。2000年我国60岁及以上人口占总人口的10.5%,表明已经进入老年型社 会。2010年我国60岁及以上人口占总人口13.26%,2015年为15.5%。据预测，到2049年，我国60 岁及以上的老年人将占总人口的31%。

**表5-1我国主要人口与健康指标**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **年份** | **人口数(亿)** | **城镇人口** **比** **例** **(** **%** **)** | **人口自然** **增长率(‰)** | **平均期望** **寿命(岁)** | **婴儿**  **死亡率(%)** |
| 1981 | 10.0 | 20.2 | 14.6 | 67.9 | 34.7 |
| 2000 | 12.7 | 36.2 | 7.6 | 71.4 | 32.2 |
| 2005 | 13.08 | 43.0 | 5.9 | 73.0 | 19.0 |
| 2010 | 13.41 | 49.9 | 4.8 | 74.8 | 13.1 |
| 2015 | **13.84** | 55.9 | 5.0 | 76.1 | 8.1 |

资料来源：2015中国卫生和计划生育统计提要；2014年中国卫生统计年鉴；2011年中国妇幼卫生事业发展报告：2010年全闲第六次人门 普查结果；中国儿童发展纲要(2011—2020年)

人口老龄化带来了诸多新的健康问题。 一方面，传统的综合医院和专科医院因其医疗服务的局 限性和费用昂贵，在解决大量老年人特殊医疗保健需求方面力不从心；另一方面，老年人患病率高， 卫生资源消耗量大，社会经济负担加重。

全球人口年龄结构变化的另一趋势是少年儿童(15岁以下)占总人口比重越来越低。根据我国 人口普查的数据，1982年少年儿童(0～14岁)人口为33.6%,1990年为27.6%,2000年为22.9%, 2010年为16.6%,2015年为17%。0~14岁少年儿童人口比重较低，将来可能出现劳动力的短缺，将 直接影响人群的健康水平和社会经济的发展。

合理的性别结构是提高健康水平的重要因素之一 。一般性别比例为103～107。我国总人口性 别比例从2000年第五次全国人口普查的107下降为2010年第六次全国人口普查的105。性别比例 平衡是社会安定的基础因素之一，性别比例失调则是滋生社会问题的根源之一。首先，影响人口再 生产，男性人口多于女性人口，最直接就是造成婚姻上的挤压，从而使部分男性不能结婚。其次，影 响社会稳定，由于男性人口多于女性人口而造成婚姻的挤压，引发买卖婚姻、童婚交换、拐卖妇女现 象，带来性行为的错乱、婚外恋、家庭破坏等，造成社会伦理道德水准下降，家庭和社会不稳定。此 外，由于农村性别比高于城镇，不利于劳动力的有序转移，并且增加了农村社会养老保障体制建设的 难度，从而影响生活和健康。

**(二)人口素质**

人口素质是身体素质、文化素质和思想道德素质的综合体现。人口素质的提高对健康具有促进 效应，公民素质始终是综合国力和国际竞争力的核心组成部分。

人的先天素质是遗传的，与社会优生优育政策和措施有关；后天素质与营养、教育、医疗条件等 诸多因素有关。身体素质是人口素质提高的基础，表现为人群健康整体水平提高。文化素质是人口 素质的重要基础，具有较高科学文化素质的人群对健康有着更深入的理解和重视，自我保健、家庭保 健意识高，能够更自觉地选择健康的生活方式、杜绝不利于健康的行为生活方式，从而享有更高的健

第五章 社会环境因素与健康 49

康水平。我国居民文盲率2000年为6.7%,2010年为4. 1%;大专及以上文化程度2000年每10万人 口中有3611人，2010年有8930人。思想道德素质(包括政、治思想、精神信仰、心理态势和行为规范 等)是我国全面建设小康社会不可缺少的因素。提高公民思想道德素质，有利于在全社会形成良好 的互助合作网络，有利于保证健康教育工作在全社会的顺利开展，有利于提高全社会人群身心健康 的整体水平。

**三、人口流动与健康**

人口流动是指人口在地理空间位置上的变动和阶层职业上的变动。人口流动是任何社会都经 常发生和普遍存在的一种社会现象。随着改革开放的深入，我国人口流动现象极为普遍，人口流动 频率更高。据2010年第六次全国人口普查，全国流动人口已达1.2亿。2014年该数值增长到2.53 亿，估计到2020年将增长到2.91亿。

人口流动对居民健康造成的影响程度及性质取决于社会环境、自然条件及人口特点。人口流动 可促进经济繁荣及社会发展，给居民健康带来有利影响。但是，人口流动会出现一些特殊的卫生问 题，给医疗卫生工作提出了新的要求。人口流动会带来一系列健康问题，如住房拥挤、卫生条件差 等；还对疾病监测、计划免疫、计划生育等卫生服务工作带来困难和压力。

在我国流动人口规模不断扩大的同时，流动人口的结构也发生了重大变化。最显著的结构变化 之一就是流动人口的家庭化，即流动人口中儿童的比例越来越高，这些儿童的教育、营养和医疗卫生 等各方面难以得到有效保障，严重影响了他们的生长发育和身心健康；流动老年人比例也在上升，根 据2010年第六次全国人口普查数据估算，我国60岁以上流动老年人口数量已超千万，随着独生子 女家庭的父母逐步进入老龄阶段，未来可能会有越来越多的父母跟随子女流动，由于年龄因素与环 境的转换，及户籍相关管理制度带来社会福利限制等问题，流动老人可能会面临更多的健康和卫生 服务利用问题。

**第二节** **生活工作环境与健康**

生活工作环境是与每个人息息相关的社会环境因素之一，在一定时期内具有相对稳定性，能够 形成特定的生活文化、工作文化，人也会形成特定的生活观念、生活方式、行为方式，而这些亚文化、 生活方式、行为习惯都会对健康产生影响。

**一、营养与健康**

( 一 )营养不良的概念

营养(nutrition) 是影响健康的重要因素。营养不良通常指由于摄人不足、吸收不良或过度损耗 营养素所造成的营养不足，也包含由于暴饮暴食或过度摄入特定的营养素而造成的营养过剩。在当 今全球经济飞速发展的背景下，营养不良和营养过剩成为全球营养失衡的双重负担。

50 第五章 社会环境因素与健康

**(二)营养不良与健康**

人们在膳食中缺乏必需的营养素将会对人体生命活动产生不良后果，对人体健康造成不利影 响，例如，造成智商减低、体质下降，甚至儿童夭折、孕产妇死亡，增加医疗支出，还可以导致成年劳动 能力下降、影响儿童的学习能力以及成年后的劳动生产能力。一般来说，营养不良经常发生在经济 欠发达的国家或地区。然而，由于不适当的节食、暴饮暴食或缺乏平衡的饮食而造成的营养不良，经 常在经济发达的国家或地区中被观察到。目前，全球儿童和成人营养不良的比率呈下降态势，然而 这种下降趋势缓慢，绝对数字仍然较高，而且在非洲营养不良的人口还有所增加。

**(三)肥胖与健康**

目前营养过剩的主要问题是能量过剩，而能量过剩与“三高一低”(高能量、高脂肪、高糖、低纤 维素)的膳食结构有着直接的关系。当体内营养过剩，摄入的能量超过了人体活动消耗量，导致超 重乃至肥胖(obesity) 。 近年来，超重和肥胖在发达国家和一些发展中国家均呈现上升趋势。

美国国民健康和营养调查结果表明，成年人的超重率在20世纪70代末、80年代末和90年代末 分别为47%、56%、64%,同期的肥胖率分别为15%、23%和31%。到了21世纪，成年人的肥胖率逐 年增长，从1999—2000年的30.5%增长到2014年的37.9%。研究表明，我国居民超重率和肥胖率 在各年龄人群中均呈现明显上升的趋势，《中国居民营养与慢性病状况报告(2015)》显示：全国18 岁及以上成人超重率为30.1%,肥胖率为11.9%,比2002年上升了7.3和4.8个百分点；6至17岁 儿童青少年超重率为9.6%,肥胖率为6.4%,比2002年上升了5.1和4.3个百分点。大量研究证 实，肥胖与冠心病、高血压、脑卒中、某些癌症、非胰岛素依赖型糖尿病、血脂异常、骨关节炎和痛风， 以及包括睡眠呼吸暂停在内的肺部疾患有关，还造成劳动生产力的降低和卫生服务费用的增加。据 发达国家测算，肥胖的医疗费用约占卫生总支出的2%～7%。

**(四)盐与健康**

食盐是人们日常饮食中不可缺少的物质，在维持肌肉及神经的易受刺激性，包括心肌的搏动、消 化道的蠕动、神经细胞的信息传递，调整与控制血压有关的激素分泌，调节维持体内水分含量及血液 酸碱值平衡等方面有重要作用。在人体新陈代谢中，如果缺盐将引起肌肉痉挛、头痛、恶心等症状， 情况严重的还会引起心脏衰竭而死亡。

但是，盐摄入过量也会给身体带来危害，如高血压病、骨质疏松、胃癌等。高盐膳食与高血压病 的发生发展有着极为密切的关系。一项大规模医学研究显示：每天吃盐14.6～28g 的日本北部、韩 国、中国、哥伦比亚、葡萄牙的居民高血压发病率较高，日本北部以每天28克排在榜首，居民高血压 发病率为38%;每天吃盐12~14g 的德国、奥地利、日本南部和东欧国家的居民高血压发病率明显下 降，以日本南部每天14g 排在榜首，其发病率为21%;而每天只吃3~3.5g 盐的爱斯基摩人基本不患 高血压病。高盐膳食与骨质疏松也有关，缺钙会引起骨质疏松，盐摄入多也会引起骨质疏松并促使 病情恶化。平均6g 盐的摄人，会增加23mg钙的排出。正常情况下，日常饮食中可以补充到足够的 钙。但部分个体本来从饮食中摄入的钙就不足，却因摄人过多的盐而加速钙的流失，久而久之造成 骨质疏松，如继续高盐膳食将促使病情恶化。高盐膳食还与胃癌有关。过多的盐刺激胃黏膜，致使 胃黏膜细胞经常分裂，增加发生胃癌的风险。有研究发现，美国、日本、意大利和我国的胃癌病人饮

第五章 社会环境因素与健康 51

食中盐的摄人量较一般人高。

(五)油脂摄入与健康

油脂是人类膳食的组成部分，是人体的重要能源和营养源。食用油脂还是脂溶性维生素(维生 素 A、D、E、K)的载体和保护剂。但是，随着生活水平的提高和生活方式的改变，油脂的摄入越来越 高，危害身体健康。2010年中国慢性病行为危险因素监测的数据显示，我国人均食用油日摄人量超 过25g。

动脉粥样硬化是心血管病中被认为与膳食摄入有密切关系的一种疾病，其主要病灶在动脉，逐 渐影响心脏、脑、肾等重要器官的功能。流行病学和动物营养实验证明，血脂浓度与动脉粥样硬化发 展有关，特别是饱和与不饱和脂肪酸的比例可影响血脂水平、动脉粥样硬化程度以及并发症发生率。 一般认为，亚油酸水平高和饱和脂肪酸量低的膳食可以防止动脉粥样硬化的发生，主要原因是亚油 酸可降低血胆固醇的水平。但另一作用不能忽视，饱和脂肪酸，特别是棕桐酸和硬脂酸，可以增高血 小板血栓形成的倾向，而亚油酸则减低此倾向，从而降低动脉血栓的生成。此外，脂肪摄入过多将导 致肥胖。快餐特别是西式快餐的流行也是能量摄入增加的原因。零食多为高脂、高糖食品，而脂肪 和多糖类的摄入加剧肥胖的发生。

**二、食品安全与健康**

**(** **一** **)食品安全的概念**

食品安全(food safety)是指食物的种植、养殖、加工、包装、储藏、运输、销售、消费等活动符合国 家强制标准和要求，不存在可能损害人体健康、导致消费者死亡的有毒有害物质或危及消费者或后 代的隐患。

**(二)食品安全事件的危害**

食品安全事件一直威胁着人类的健康与生命安全，严重影响经济发展与社会稳定。20世纪 40—50年代，日本因工业废弃物造成食品污染，发生了震惊世界的“痛痛病”和“水俣病”。20世纪 80年代，上海发生了大规模的食源性甲肝流行，29.2万人感染甲肝。20世纪90年代，英国疯牛病事 件与比利时的二噁英事件，均引起了全球对食品安全的恐慌。2004年我国安徽阜阳等地区婴幼儿 因食用劣质奶粉而致死致伤事件，仅阜阳因食用劣质奶粉导致营养不良综合征住院治疗的儿童就达 171名，其中13名因营养不良并发症死亡。随着食品工业的发展，直接用于食品的化学物质(如食 品添加剂)以及间接与食品接触的化学物质日益增多，违禁违规使用添加剂导致的食品安全问题也 越来越多。例如，2008年的某品牌奶粉的三聚氰胺事件，2011年的某知名火腿肠使用动物养殖禁用 药品“瘦肉精”喂养“健美猪”事件，上海某公司使用禁用于蒸煮类糕点的柠檬黄色素加入白面馒头 冒充玉米馒头的“染色馒头”事件，中国台湾“塑化剂”风波，人人喊打的“地沟油”,某大型乳业的黄 曲霉毒素超标的“毒牛奶”事件，都严重危害居民健康和社会公共利益。

**(三)食品安全的社会防治**

食品安全是一个重大的公共卫生问题，不仅直接关系人类的健康生存，而且还严重影响经济和 社会的发展，甚至威胁社会稳定和国家安全。2000年世界卫生组织大会上，食品安全被确认为公共

52 第五章 社会环境因素与健康

卫生的优先领域。2001年 WHO 在日内瓦召开食品安全战略规划会议，起草了全球食品安全战略草 案。这些充分反映了全球对食品安全的关注和食品安全的重要地位。2009年我国颁布了新的《食 品安全法》,引入风险评估，坚持预防为主，实行全程监管，强调生产经营者是食品安全的第一责任 人，确立了新的食品安全监管、食品生产经营、食品安全风险监测和评估、食品安全标准统一制定、食 品安全信息统一发布、食品安全事故处置机制等一系列制度，为保证食品安全筑起了更为严密、更加 可靠的制度屏障。

**三、体力活动与健康**

( 一 )体力活动的概念

体力活动(physical activity)是指通过人体肌肉骨骼活动而产生能量消耗的身体活动。体力活动 不仅是体育锻炼，后者通常是指人们在闲暇时间为了增进健康水平或增强体质而特意进行的活动。 根据人们的日常生活安排，每人每天的日常体力活动可以分为4类：职业性体力活动、交通行程性体 力活动、家务性体力活动和闲暇时间体力活动。

**(二)体力活动与健康**

体力活动与健康的密切关系已经被近半个世纪的研究所发现和证实。多种成年人慢性疾病，包 括心脏病、2型糖尿病、高血压、卒中、肥胖、骨质疏松、直肠癌、乳腺癌、、焦虑和抑郁等的发病，都与 缺乏规律性的体力活动有关。大量前瞻性研究已经观察到足够的证据证实，规律性体力活动对多种 成年人慢性疾病有预防作用。 WHO 在《2002年世界卫生报告》中指出，体力活动不足或静坐生活方 式是全世界死亡和残疾的前10项原因之一。WHO 推测，每年有200多万死亡是由体力活动不足造 成的。

随着对体力活动作为生活方式对健康重要性的认识逐渐深人，以及大规模的流行病学研究与实 验室研究的进展，体力活动促进日益成为慢性病防治的重要策略之一。各国纷纷出台人群公共卫生 体力活动推荐量与指南，1978年美国运动医学会第一次发布以提高心血管功能水平为目的的体力 活动指南：每周进行不少于3天，每天不少于20分钟的重度体力活动。20世纪90年代初，美国、英 国、澳大利亚以及WHO 先后发表了一系列强调中等强度体力活动的公共卫生体力活动推荐量。这 些建议的发表，很大程度上增强了公众对加强体力活动的重视，并推动了体力活动促进的开展。 1995年我国颁布了《全民健身计划纲要》,提出全面提高中华民族的体质和健康水平，基本建成具有 中国特色的全民健身体系。在此基础上，国务院先后颁布了《全民健身计划纲要二期工程(2001— 2010年)》《全民健身计划(2011—2015年>》和《全民健身计划(2016—2020年)》等连续性文件，保 证全民健身工作可持续开展，并基本形成了覆盖城乡、比较健全的全民健身公共服务体系，成为健康 中国建设的有力支撑。

**四、职业压力与健康**

**(** **一** **)职业压力的概念**

职业压力(occupational stress)目前尚未有统一的定义，多是指因职业过程中的各种因素的压力

第五章 社会环境因素与健康 53

对工作者造成生理、心理、社会的健康状态改变及损害。职业压力源的类型可分为环境、组织、个人 三个方面，其中环境因素包括政治、经济、社会、技术的不确定性；组织因素包括任务要求、角色要求、 人际关系要求、组织结构、组织领导作风、组织生命周期等；个人因素包括个人特征、家庭问题、经济 问题等。

**(二)职业压力与职工健康**

当人或组织感觉到适度的压力时，会有意识地调整自己以适应这种变化，这种压力变成了发展 的动力。适度的职业压力有利于提高员工的工作绩效和工作满意度，有益于职工的健康。

职业压力过大或承受压力时间较长时，员工的心理、生理、行为与社会关系产生一系列的异常反 应。例如，心理上的紧张、忧郁、焦虑、苦恼、敏感、多疑、焦躁、倦怠等；生理上的头疼、失眠、暴饮暴食 或厌食、消化不良、疲劳乏力、心血管病变乃至猝死等；行为上的滥用药物、过度兴奋、酗酒或过度抽 烟、甚至出现强迫性行为等；工作上的绩效降低、工作不满、敌对、缺勤、离职等；社会关系上的人际关 系紧张、情感衰竭等。

**(三)职业压力的应对方式**

压力应对方式是指当个体遇到压力时动用各种资源消除、减轻或缓解压力的方式。主流研究均 把应对方式分为积极应对和消极应对两个因子。积极应对方式，如问题解决、寻求社会支持、积极的 合理化的解释；消极应对方式，如忍耐、逃避、发泄情绪、幻想否认。研究表明，不同的应对方式会对 职业压力的影响产生不同的结果，积极的应对方式会提高个体心理适应能力，树立现实的期望和目 标，主动寻求社会支持，有利于身心健康；消极应对方式会加重身心疲惫，意志消沉，不利于身心 健康。

**五、城市化与健康**

城市化(urbanization) 是指城市数量增加或城市规模扩大的过程，其结果表现为城市人口在社会 总人口中的比例逐渐上升。据WHO 报告，目前一半以上的世界人口居住在城市。到2030年，每10 人中将有6人居住在城市。

WHO 卫生发展中心主任库马拉森(Kumaresan) 博士指出，虽然城市生活继续提供众多机会，例 如良好的卫生保健服务机会，但今天的城市环境集中了众多健康风险，带来了新的危害。

1. 环境污染加重 随着工业化和城市化的发展， 一方面促进了社会经济的发展，另一方面又对 环境产生负面影响。城市空气污染每年造成全世界大约120万人死亡，主要死因是心血管疾病和呼 吸系统疾病。城市空气污染大多是机动车辆造成的，而工业污染、火力发电以及欠发达国家家用燃 料也是造成城市空气污染的重要因素。

2. 精神障碍增加 随着经济的发展，社会竞争的加剧，人口及家庭结构的变化，人们受到的各 种心理应激急剧增加，带来新的心理和行为问题，使精神疾病的患病率呈逐年上升趋势。当前，精神 障碍已成为全球性重大公共卫生问题和较为突出的社会问题。按照衡量健康状况的伤残调整生命 年指标评价各类疾病总体负担，精神障碍已占我国各种疾病总负担的18%,超过了心脑血管疾病、呼 吸系统疾病及恶性肿瘤，排名第一。

3. 现代病出现 城市生产和工作的高效率加速了人们的生活节奏，使人整日处于高度精神紧 张状态，长此以往就会产生乏力、胸闷、头晕、失眠、多梦、记忆力减退、易激动等“紧张病”。生活质 量的提高、家用电器的普及、交通工具的发达、饮食结构的改变，使得人群中已经出现诸如电视综合 征、空调综合征等所谓的“现代病”。

4. 交通危害 在全球范围内，道路交通伤害是第九大死因，其中大部分道路交通死亡事故发生 在低收入和中等收入国家。

此外，由于过度拥挤，交通繁忙，大量使用机动车作为交通运输工具，空气质量恶劣，以及缺乏安 全的公共场所和娱乐/体育设施等，在城市中难以开展身体锻炼。

2010年4月7日，WHO 选定当年世界卫生日的主题是“城市化与健康”,选择这一主题是因为 意识到城市化对全球公共卫生和个体健康所造成的影响。其目的是吸引全世界关注城市化和健康 主题，促进各国政府、国际组织、企业和民间社会共同努力，将健康置于城市政策的核心。

**第三节** **社会网络与健康**

个体生活在由一定社会关系结合而成的社会群体之中，包括家庭、邻里、朋友、工作团体等，这些 基本社会群体共同构成社会网络。网络在帮助个人获得信息和建议、形成意见、作出决定及寻找同 伴等方面具有重要意义。个体在社会网络中相互协调与相互支持的关系，不仅是影响健康的因素， 而且是保证健康的基础。

**一、社会网络的内涵与作用**

社会网络(social network)是指社会个体成员之间因互动而形成的相对稳定的关系网。这种把 个体联系在一起的网络，包括亲情、友情、人们之间信息或商品的流动、业务联系等。许多社会网络 是自然形成的，如亲戚网络、邻居网络、校友网络和同事网络，但这些网络所提供的资源和关系对个 体的工作生活产生着深刻的影响。在不同情形下，基于利益的变化，人们不断地加入或离开网络。

社会网络对个体的作用体现在：首先，个体的许多选择和决定受到朋友网络、家庭网络或同事网 络的影响；其次，网络是个体获得信息和建议的基本来源，不管是对找称心工作的毕业生，还是对找 合适养老院的老年人，都是如此；此外，网络还发挥为个体提供社会支持的作用。

**二、人际关系与健康**

人际关系是人与人之间在社会生活中相互作用而形成的一种极其复杂的关系，这种关系可以表 现为亲密，也可以是疏远和敌对。不同的人际关系会引起不同的情绪表现，进而对个体及群体的身 心健康产生影响。良好的人际关系使人心情舒畅、精神振奋、身体健康，而且也是获得其他社会支持 的基础；相反，人际关系紧张会引起心理状态的改变和情绪紧张，从而影响中枢神经系统、内分泌系 统和免疫系统的生理反应，这种状态长期存在，必然会导致健康受损和疾病发生。

社会支持是个体获得的来自于他人或社会网络的一般或特定的支持性资源，它是支持者与需要

第五章 社会环境因素与健康 55

者之间的资源交换。同时，从社会心理学层面来看，社会支持又是一种社会行为，它是一定社会网络 运用一定的物质和精神手段对社会需要者进行帮助。其中，社会支持的主体是“社会网络”,客体是 社会支持的需要者。一定的社会支持将减少个体的负面情绪，降低压力事件对个体身心健康的危 害，而且社会支持可提供应对压力的策略，减轻压力的危害性。社会支持从性质上可以分为两类：一 类为客观的支持，这类支持是可见的或实际的，包括物质上的直接援助、团体关系的存在和参与等； 另一类是主观的支持，这类支持是个体体验到的或情感上感受到的支持，是指个体在社会中受尊重、 被支持与理解的情感体验和满意程度，与个体的主观感受密切相关。社会支持可以通过专有的量表 来评定。

**三、家庭关系与健康**

家庭作为将生物人转化为社会人的第一个社会基本单位，它的功能是不能被任何机构所 代替的。家庭的状况对个体的健康影响至关重要。家庭结构的完整与否、家庭关系的和谐与 否、家庭成员的健康状况、家庭的社会经济地位都对家庭中每个成员的身心健康起着重要的 作用。

研究表明，许多疾病是渐进性的，是在不良的社会环境特别是充满矛盾的家庭生活中逐渐 滋生起来的。有证据表明，一个缺乏亲情关怀的孩子，其身体、智力、情感的成长以及其社会发 展，都会受到损害。成年人也需要感情和他人陪伴，家庭可以为成年人提供情感支持。 一个幸 福美满的家庭有利于每个家庭成员的身心健康，而一旦家庭出现问题、家庭功能失调将会损害 家庭成员的健康。现代社会平均期望寿命延长，老年人口越来越多，家庭仍是老年人生活和活 动的主要场所，老年人的健康很大程度上取决于家庭的赡养功能，即物质生活和精神生活能否 满足老人的需要。

**四、退休、失业与健康**

退休是人生历程中的重要界碑，退休意味着地位和权力的丧失、声望降低和受忽视的开 始，很多人难以适应生活中这种重大的角色变换。经济需要、社会支持、精神生活等都影响着 退休者的身心健康。研究显示，退休者中重新工作者比退休后不工作者更为愉快和获得满足。 特别是高阶层职业的人，职业不仅仅是意味着工作、谋生，更重要的是生活的乐趣，实现人生价 值的重要途径。

失业在现代社会是一种常见的社会现象，近年来在我国也日益成为一个突出的社会问题。社会 失业率的高低与经济繁荣或萧条以及政府的政策有关。失业可以作为生活条件和生活水平的指标， 失业率上升意味着更多人的物质条件恶化。同时，失业也是一种生活压力事件，它不仅切断了生活 经济来源，而且剥夺了人的社会角色和功能。失业对健康可以产生很多负面影响，造成很大的心理 应激。

**(** **严** **非** **)**

**56 第五章** **社会环境因素与健康**

|  |
| --- |
| **思考题** **1.影响健康的社会环境因素有哪些新的挑战?**  2.我国文化环境下，社会网络对健康的影响有什么特殊性? |





**第六章**

笔 记

**社会文化因素与健康**

社会文化渗透到人们社会生活的各个领域，对人们的社会生活及整个社会的运行产生深刻的影 响 。WHO 指出，一旦人们的生活水平达到或超过基本的需求，有条件决定生活资料的使用方式，文 化因素对健康的作用就越来越重要。研究社会的文化现象，研究社会文化对人群健康的作用，是社 会医学的重要研究内容之一。

**第一节** **文化的概念、构成及特征**

**一、文化的概念**

文化(culture) 是一种人类社会现象，涉及物质、制度、观念等诸方面。广义的文化是指人类在其 生产和生活活动中所创造的一切社会物质财富和精神财富的总和。人类生产活动的一切产物，例 如，新的发明、产品等都属于物质文化；而语言、文字、观念、理论及艺术等是人类智慧的产品，称为精 神文化。按照这一定义，文化是一个大范畴，它与文明相通。狭义的文化特指精神文化，指人类一切 精神财富的总和，包括思想意识、宗教信仰、文学艺术、道德规范、法律、习俗、教育、科学技术和知识 等。本章主要从狭义的文化概念出发，研究文化对健康的影响。

**二、文化的构成**

文化是有结构的社会现象，有3个组成部分。

1. 认知成分 包括知识和信仰。知识是认知成分中源于自然和社会的客观认识，并解释各种 社会和自然现象，可以转化为改造自然和社会的技术；信仰则是人们对自然和社会的主观认识。

2. 规范成分 包括价值观和社会规范。价值观是人们对现实生活中各种事物和各类现象的认 知评价，通常以正确与错误、道德与失德、应该与不应该等形成决定取舍的基本观点和所持态度；社 会规范则是指导人们日常行为的约定俗成的、不成文规则和通过规章、制度、法律等形成的明文规 定。价值观通过执行社会规范得以体现。

3. 符号成分 文字和数字都是符号，同样一个紧握的拳头、 一个十字架也都是符号。符号可以 定义为任何能有意义表达的东西，它不依赖于符号本身的品质，能够为同一社会文化背景中的人所 认同。其中，语言文字是最重要的文化符号成分。

**三、文化的特点**

1. 文化的共有性 文化是一系列共有的概念、价值观和行为准则，它是使个体行为能力为集体

58 第六章 社会文化因素与健康

所接受的共同标准。文化与社会是密切相关的，没有社会就不会有文化。但在同一社会内部，文化 也具有不一致性，如不同的年龄、民族、职业、阶层等之间也存在着亚文化的差异。

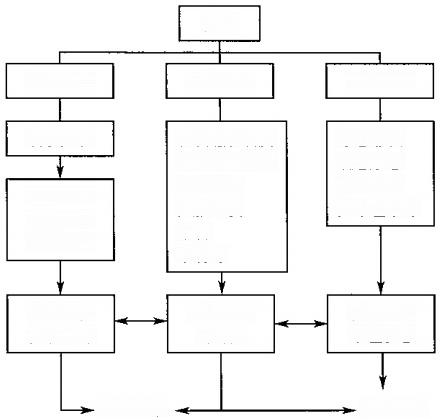
2. 文化的习得性 文化不是通过遗传而天生具有的。许多生理的满足方式是由文化决定的， 每种文化决定这些需求如何得到满足，如不同种族、不同历史阶段，有着不同婚俗文化和饮食文化。

3. 文化的象征性 最重要的是语言和文字，但也包含其他表现方式，如图像(如图腾、旗帜)、肢 体动作(如握手、吐舌)、行为解读(如送礼)等。整个文化体系是透过庞大无比的象征体系深植在人 类的思维之中，而人们也透过这套象征符号体系理解和解读呈现在眼前的种种事物。

**第二节** **文化影响健康的模式与特点**

一 、文化影响健康的模式

文化可分为智能文化、规范文化和思想文化3种类型。不同类型的文化，通过不同的途径影响 人群健康(图6- 1)。



文化

规范文化

社会组织制度 政治法律形式 伦理道德

风俗习惯 语言

教育等

生活方式 与行为

心理健康

智能文化

科技知识

物质文化 生活资料

生产资料

生活环境 劳动条件

思想文化

思想意识

观念形态

宗教信仰

文学艺术等

精神生活 心理状态

生理健康

图6-1

文化影响健康的模式

1. 智能文化 包括科学技术、生产生活知识等，主要通过影响生活环境和劳动条件作用于人群健康。

2. 规范文化 包括社会制度、教育、法律、风俗习惯、伦理道德等，主要通过支配行为生活方式

来影响人群健康。

3. 思想文化 包括文学艺术、宗教信仰、思想意识等，主要通过影响心理过程和精神生活作用 于人群健康。

二、文化影响健康的特点

1. 无形性 文化所包含的价值观念、理想信念、行为准则、思维方式、生活习惯等是以群体心理

第六章 社会文化因素与健康 59

定势及氛围存在的，对人们的行为产生潜移默化的影响。这种影响和作用往往无法度量或计算，具 有无形性，却每时每刻都在发挥作用。文化对健康的促进体现在引导人们形成健康的行为生活方 式，改善健康状况，提高生命质量。

2. 本源性 几乎任何健康问题都有其文化根源，文化因素中的价值取向和健康取向在影响着 人们的健康观、行为生活方式过程中，对健康产生本源性影响。

3. 软约束性 文化利用人们约定俗成的价值观念、行为规范来统一人们的行为，用一种强大 的、无形的群体意识教化人们。人们在认同这种价值观之后，就会自然而然将其变为自己的价值准 则和行为规范。文化对健康的软约束表现在：文化不是通过硬性的、强制性的条文或规定实现对健 康的影响，而是促使人们形成思维定势，自发地通过行动加以实现。

4. 稳定性 每种文化在发展过程中都具有惯性作用，文化积淀越深，稳定性越强。文化对人们 健康观念的影响在一代又一代人的认同基础上逐渐沉积，并通过这种深层次的感知认同一代一代向 下传递，具有相对稳定性，不容易改变。

5. 民族性 在评估文化因素对健康的影响过程中，要充分考虑到文化的地区、民族差异。当个 体从一个环境到了另一个环境时，由于沟通障碍、日常活动改变、风俗习惯以及态度、信仰的差异，可 出现文化休克，会引起生理与心理方面的变化，对健康产生不良影响。克拉克(Clark) 指出：“否认文 化差异会导致一系列诊断治疗的问题，因为没有这方面的认识将有可能曲解病人，甚至有病人被忽 略治疗的风险，因而当我们将文化全面考虑进去，才能说我们是在实践整体保健。”

**第三节** **文化对健康的影响**

教育、道德规范、风俗习惯、宗教信仰等文化诸现象不仅影响个体的健康，也对整个人群的健康 产生影响，其广泛程度远大于生物和自然因素。

**一** **、教育对健康的影响**

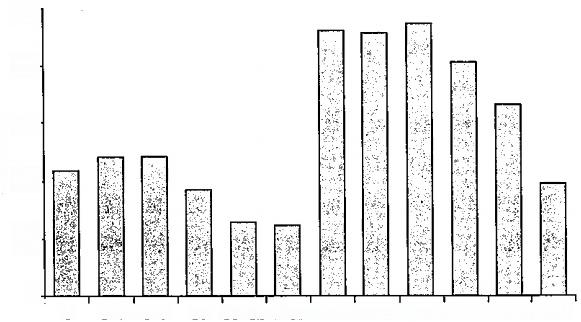
教育是人类社会化的重要手段。 一个人的健康意识、自我保健能力、生活习惯、求医行为等都与 教育水平有着密切的关系。 一项调查表明，在印度的家庭主妇中，文盲者患营养不良的比例高达 94%,而中学文化程度者患营养不良的仅为9%。另一项研究显示，结核病患病及死亡者中，文化水 平低者比文化水平高者高10倍，体力劳动者比脑力劳动者高3~4倍。在世界范围内，女性所受的 教育是降低母婴死亡率的决定因素之一，同时也是控制生育率和患病率，提高儿童、成年人、家庭健 康与营养状况的关键。 一项研究发现，教育水平与青少年HIV 阳性率呈负相关(图6-2)。

教育影响健康的途径主要有以下3方面。

1. 教育影响人们对生活方式的选择 生活方式是指一个人在早期社会生活道路上所形成和固 定下来的行为模式。换言之，生活方式是人们在一定的社会条件制约下和在一定的价值观指导下所 形成的满足自身需要的生活活动形式和行为特征的总和。公共教育主要针对在校阶段的学生，教育 的目的是使他们掌握基础的知识技术和初步的社会化，而在这一过程中随着学生的价值观的逐步形

**60** 第六章 社会文化因素与健康

HIV阳性率



**0.57**

**0.4-**

0.3-

0.2-

0.1

0+

0 **1-7** **8-9** **10 11-12≥13** 0 **1-78-9 1011-12≥13**

男 女

**受教育年数**

图6-2

**博茨瓦那不同教育水平的青少年** **HIV** **阳性率**

资料来源：De Neve J-W,Fink G,Subramanian SV,et al.Length of secondary

schooling and risk of HIV infection in Botswana:evidence from a natural experi-

ment.Lancet Glob Health.2015,3(8):e470-477.

成，其学习生活方式、交往生活方式、闲暇生活方式、消费生活方式和家庭生活方式也逐步确立。这 些生活方式有积极的也有消极的，有促进健康的也有损害健康的。

社会发展越快，人的社会化范围越广；社会化程度越深，教育对人的生存与健康的影响就愈加明 显。“教育改变命运”,具体而言，就是教育能拓宽人的眼界，改变人的心态，改变人的行为，从而使 人不断调整自己的行为生活方式，成为健康地生活于现代社会中的社会人。提升公众健康素养是应 对慢性非传染性疾病的主要策略之一，是提高公众健康生活方式与行为水平的根本途径。我国健康 素养水平监测数据显示，文化程度高的人群健康素养也较高(表6-1)。

**表6-12013年中国居民受教育水平与健康素养的关系**

|  |  |
| --- | --- |
| **文化程度** | **健康素养(%)** |
| 不识字/少识字 | 2.30 |
| 小学 | 4.03 |
| 初中 | 6.84 |
| 高中/中专/职高 | 13.02 |
| 大专及以上 | 24.34 |
| 合计 | 9.48 |

资料来源：中国健康教育中心.2013年中国居民健康素养监测报告.2013

2. 教育影响人们对卫生服务的利用 卫生服务利用的前提是卫生服务需要转化为卫生服务需 求。需要能否转化为需求，除了经济支付能力外，个体的健康保健意识非常重要。教育可以有效地 引导人们将健康需要转化为健康需求。教育贯穿于一个人的一生，可以是来自学校或者社会的规范 化教育，也可以是个体获得的非规范化教育。当教育程度较高的个体接收到相关的卫生服务信息， 意识到自身患病并需要卫生服务的时候，往往会积极主动地去寻求医疗卫生服务，达到提高自身健

第六章 社会文化因素与健康 61

康水平的目的。从另一方面讲，教育程度较高的个体往往会更重视自我保健，选择有益健康的行为 生活方式，克服有害健康的行为，从而降低了患病风险，减少对卫生服务的需要和利用。

3. 教育影响人们的就业机会及收入 个体受教育或社会化的程度不同，其社会财富及支付能 力也不相同。在知识经济的时代，受教育程度与收入成正比是社会发展的趋势。2000年美国人口 普查局在对教育程度与收入情况经过统计后预测：高中毕业生一生的收入约120万美元，大专毕业 生约160万美元，大学毕业生约210万美元，硕士毕业生约250万美元，博士毕业生约340万美元。 教育程度还与失业率密切相关。2008年，美国高中学历以下者失业率为9%,高中学历者为5.7%, 大专学历者为3.7%,大学学历者为2.8%,硕士学历者为2.4%,博士学历者为2%。总体而言，个体 受教育程度越高，其工作的能力越强，获得的就业机会和劳动收入也越多，利用社会资源的能力也越 强，从而可以在生活中更多更好地获得健康信息和服务，争取更高的健康水平。

**二、科技进步对健康的影响**

科学技术包含着科学和技术两个概念。科学(science)是人类在长期认识和改造世界的过程中 所积累起来的认识世界事物的知识体系。技术(technology) 是指人类根据生产实践经验和应用科学 原理而发展成的各种工艺操作方法和技能以及物化的各种生产手段和物质装备。科学技术是第一 生产力。

1. 正向作用 随着科学技术的发展，特别是医学科学与技术的进步，人类对疾病的认识和诊疗 技术有了很大的改善，应用、推广最新的医疗技术、设备、药品和材料，使病人直接受益。

(1)诊疗技术：高科技医疗仪器设备的出现为诊疗疾病提供了有效手段，如各种放射、造影、磁 共振为诊断提供了清晰可靠的影像资料，提高对疑难疾病的诊疗水平。正在兴起和发展的生命科学 技术(如基因工程、生殖工程)和纳米技术等在医学中的应用，必将对疾病的早预防、早发现、早诊 断、早治疗、早康复和提高生命质量起到不可估量的作用。

(2)信息高速公路：医疗卫生信息高速公路是信息高速公路在医疗卫生领域提供服务的总和。 互联网对医疗卫生事业的发展影响可概括为：4C、3P、1S。4C是指内容(content) 、 连接(connection) 、 商 务(commerce) 、医疗保健(care);3P 是指病人(patient) 、提供者(provider) 、支付方(payer);1S 是 指 医药和器械、设备供应商(supplier) 。 通过互联网，医生可以了解最新的医药发展动态；病人可以了 解有关的疾病信息、购买非处方药；基层医院可以通过互联网邀请上级医院的专家对病人进行会诊； 医疗机构之间实时的数据图像交互和信息共享；借助可穿戴医疗设备，病人在家就能得到实时健康 监测和预警。

2. 负向作用 科学技术是一把双刃剑，它在促进人类健康发展的同时，也存在着许多负面 影响。

(1)高科技在诊疗中的应用，物化了医患之间的关系，增加了医患双方对技术和机器的依赖。 这就很容易把过去人和人之间亲密的交流、倾诉和倾听结束在机器面前，医生与病人直接为获取诊 断信息的交流大大减少，医生和病人也由“相识者”变成“陌生人”,导致出现高技术、低感情的现象。

(2)高技术的应用提高了收费标准，也提升了病人对疾病治愈的期望值。然而，在整个医学发

62 第六章 社会文化因素与健康

展中，对于许多复杂性疾病(如肿瘤),治疗方法尽管有了很大进步，但仍滞后于诊断技术的发展。 因此，对于大多数慢性复杂疾病，诊断中新技术的应用带来了高收费，但最终并不能有效解决疾病治 愈的问题。这是医学发展面临的一个非常现实的问题。但遗憾的是，对这种诊断和治疗发展的不同 步，医院和医生以及医学科普界都没有对病人进行过很好的解释。

(3)高新技术的应用，容易造成或被认为是过度诊疗。有了高新技术能力和多种选择，人们必 然会有使用这些手段的倾向。这样做有时可以给病人带来实际的益处，有时则不然，尤其当权衡病 人的经济条件时。这是在研究今天的医患关系时必须正视的一个客观存在的现实。

此外，人们在利用科学技术的过程中，对自然环境的干预使得生活环境失调，产生新的有害因 素，威胁人类健康。

**三、风俗习惯对健康的影响**

风俗是特定社会文化区域内历代族人共同遵守的行为模式或规范。习惯是指由于重复或多次 练习而巩固下来的，并变成需要的行动方式。风俗习惯是指由于历代沿袭而在人们生活中程式化的 行动方式，是薪火相传的规范文化，与人们的日常生活联系极为密切，贯穿于人们的衣、食、住、行、娱 乐、体育、卫生等各个环节。主要包括民族风俗、节日习俗、传统礼仪等。

1. 民族习俗与健康 不同民族人群有着不同的身体特质和生活习惯，疾病在各民族的分布差 异一部分是由身体特质决定的，但生活习惯对健康亦产生很大的影响。 一些风俗习惯对于健康是有 益的，例如，端午节民间有挂艾叶、佩香囊以辟邪、驱瘴、除病的习俗。但也有一些不良的风俗习惯会 导致不良的行为，直接危害人群的健康。例如，新几内亚东部高原的土著居民曾盛行一种食人尸的 习俗，家庭主妇会取出死者大脑，与家人共食，从而导致一种以小脑病变为特征的中枢神经系统疾 病——库鲁病(Kuru disease)的流行。

2. 地区习俗与健康 各个国家和地区都有固有的风俗习惯，从而对人群健康产生不同的影响。 例如，中国人有饮用开水的习惯，降低了由于饮用水不卫生可能带来的健康危害；西方的分餐进食方 式，减少了用餐者之间交叉感染的风险；日本人素有冒死食河豚的习俗，致使每年都有食客死于河豚 中毒。我国广东、福建一带居民有食生鱼或半生鱼的习惯，造成该地区华支睾吸虫病发病率较高；东 海沿岸居民生食鲜嫩毛蚶的习惯曾导致甲肝暴发流行；某些地区食管癌高发与当地居民喜吃含较高 亚硝胺的腌渍酸菜饮食习惯有关。在非洲许多地区，流行女童割礼(割除阴蒂、阴蒂包皮以及阴唇) 习俗。女童不仅承受巨大的疼痛和出血；割礼后继发破伤风、闭尿症、阴道溃烂的比例也很高；成婚 后还会增加分娩并发症和新生儿的死亡风险。相反，以色列人实行男婴割礼(包皮环切术),使得犹 太民族的阴茎癌发病率全世界最低。

探讨风俗习惯与健康的关系，旨在帮助人们认清良莠，进而采取法律、行政和教育等综合措施， 促使人们自觉地移风易俗，维护和促进健康。

**四、其他文化现象对健康的影响**

1. 宗教与健康 宗教是支配人们日常生活的自然力量和社会力量在人们头脑中主观的反映，

第六章 社会文化因素与健康 63

是以神的崇拜和神的旨意为核心的信仰和行为准则的总和。佛教、伊斯兰教、基督教是现代社会的 3大世界性宗教；许多国家还有自己的民族宗教，如日本的神道教、印度的印度教等。宗教伦理及教 义以观念意识注入人的思想，影响人的心理过程及行为。宗教对健康的影响具有双面性。

(1)宗教的发展推动了医学的发展：宗教的传播与发展某种程度上促进了医学的发展。例如， 自东汉以来，我国佛学界翻译和编著的佛教著作中专论医理或涉及医理的经书有400多部；佛教文 化宣传大慈大悲、普救众生、解脱世俗苦恼和拯救心灵创伤，从医德和心理治疗两个方面推动医学的 发展。

(2)宗教的精神力量：宗教信仰常常使人对自己难以解决或难以回答的问题设定归宿。宗教信 徒把自己的人生曲折或难题归于天命、上帝，从而达到心理平衡。当人们在生活中遇到难题或不幸 时，宗教能给人以精神寄托，使精神压力得以缓解，从健康的角度讲这是有利的。西方研究表明，虔 诚的基督徒往往较能坦然地面对绝症，从而减轻了疾病带来的精神压力。宗教信仰的强大心理驱动 作用有时是常人难以理解的，信徒无条件地采取教义或教主指引行事，尽管有时这些行为是有害自 身健康，甚至危及生命的也在所不惜。

(3)宗教对行为的影响：宗教对行为的影响是通过教规、教令和教徒的信仰来实现的。教规是 教徒的行为规范和行动导向，具有明显的强制性，教徒对教规的执行具有高度的自觉性。许多教规 对人们的健康是有益的，例如，佛教的戒杀、戒淫、戒酒的戒条；道教“百八十戒”中关于社会公德、处 世为人、爱护自然的价值观念和行为准则。但另一方面，教徒的盲目信仰也会带来严重危害，例如， 恒河是印度教徒心目中的“圣河”,认为生前饮其水、死后用其水洗身能去除一切罪孽。因此，教徒 常常千里迢迢聚集于恒河饮水，把死人送到恒河洗浴。世界上六次古典霍乱大流行均起源于印度， 至今印度仍然是威胁世界的霍乱疫源地。此外，某些邪教经常披着宗教的外衣，利用教徒信众的虔 诚，做伤害信徒身心健康和破坏社会安定的祸事。

2. 道德与健康 道德是指正确处理人与人之间关系的行为规范或准则，它用善恶荣辱等观念 评价人们的行为，调整人与人之间的关系。 WHO 认为，健康不仅涉及人的体能方面也涉及人的精神 方面。而精神健康的一个重要体现是道德健康，它包括：健康者不以损害他人的利益来满足自己的 需要，具有辨别真与伪、善与恶、美与丑、荣与辱等是非观念，能按社会行为的规范准则来约束自己及 支配自己的思想行为。不良的社会道德和观念可带来某些社会病态现象和健康问题。

道德是通过调节个体的人际活动和情绪变化而影响人身心健康的。道德调整和规范人与人之 间的交往，决定了人际关系的和谐与否。良好的人际关系使人心情舒畅、生活愉快，有利于身心健 康，即“善者康”“德者寿”。相反，人际关系失调使人容易出现生气、愤怒、激动、焦虑、紧张等负性情 绪，使机体进入应激状态，引起神经中枢、内分泌系统的功能失调，影响免疫、循环、消化等系统的正 常功能，导致出现一系列身心症状。

因此，人要进行自我完善，就要认识思考社会运行、人际交往的客观规律和社会规范，懂得做人 的准则和道理，提高识别善恶和协调人际冲突的能力，形成与人为善、自律负责的德性品质，即得 “道”成“德”。

3. 非主流文化与健康 主流文化是指在一定族群中共同奉行并占主导地位或统治地位的文

第六章 社会文化因素与健康

64

化，就是被大多数人认同的价值观和采取的行为方式。在现实社会中，除主流文化之外，还存在亚文 化、反文化等。

(1)亚文化：某一文化群体所属次级群体的成员共有的独特信念、价值观和生活习惯，它是非全 社会性的思想文化的泛称。不同社会群体的存在是多样化的亚文化存在的基础，现代社会中的不同 阶层、职业群体、年龄群体、方言地域群体、宗教群体、民族群体等创造了丰富多彩的亚文化。例如， 地域文化、城市文化、企业文化、老年文化、校园文化，宗教文化、民族文化等。先进文明的亚文化可 以促进人们的身心健康，落后腐朽的亚文化则可以使人颓废，严重损害身心健康。例如，文身文化不 仅使人承受身体上的痛苦，而且为许多传染病的传播和流行提供了途径；吸毒曾经一度成为西方社 会风行的时尚文化，在这种亚文化的影响下，许多青少年成为吸毒者；网络亚文化中的色情、暴力等 不良内容，严重影响青少年的身心健康和价值观。

(2)反文化： 一种所代表的价值观和行为方式站到了主流文化对立面的亚文化，对现存社会思 想文化持敌对态度的某些思想及行为。反文化往往以批判、否定，在特殊情况下往往也以打倒、摧毁 为取向来争夺文化本体地位。但高品位的反文化不同于一般的反文化概念，它是对文化在演进过程 中所产生的腐质、所显示的负价值进行清除和匡正，往往比正文化具有更高的理性、悟性，能产生出 比正文化更高的文明效应和文明价值。

改革开放后，我国社会文化由单一转向多元，现代文化与传统文化，先进文化与落后文化，积极 文化、消极文化与中庸文化等各类文化并存。社会主文化的演进、各类亚文化的兴起以及各类新文 化的出现，容易使社会成员产生一系列的文化价值判断的困惑。因此，增强人们识别文化价值的能 力，发扬先进文化，自觉抵制腐朽文化，对社会整体健康水平将起到保护作用。

**(** **邹** **宇** **华** **靳** **娟** **)**

**思考题** **1.简述文化的构成与特点。**

2.简述文化影响健康的模式。

3.简述教育影响健康的途径。

4.简述文化常通过哪些具体形式对健康产生影响。





**第七章**

笔 记

**行为心理因素与健康**

行为和心理问题的发生并不是孤立的，是环境与个体的相互作用形成的，仅仅强调个体的生物 现象和生理过程难以全面阐明其规律。社会医学研究所奉行的是社会生态理论(social ecological theory), 揭示社会环境与个体行为相互影响中的健康结局。行为心理视角研究所针对的是人的观 念、意识、态度、心态等。社会层面的研究可理解社会功能和文化在其中所起的作用。当今人们健康 的最大威胁源于社会因素，艾滋病、食品安全、环境污染等无不如此，并与行为心理因素密切相关。

**第一节** **心理因素与健康**

人不仅是一个生物体，更重要的是人具有社会属性和心理活动。人是生物、心理和社会的统一 体，健康与疾病现象与心理因素息息相关。良好的心理状态既是健康的构成要素，也是躯体健康的 必要条件。研究表明，通过社会心理干预可使健康状况得以改善。

**一、人格与健康**

人格(personality) 是稳定地表现于个体的心理特质，由遗传和环境共同决定。人格特征与健康 密切相关。性情内向拘谨的人处世谨小慎微，具有较好的卫生习惯，传染病的发病的机会较少；而性 情外向爽朗的人，处世大方，善于与人交往，抑郁症的发病机会较少。有研究认为，肥胖也是一种人 格特点，肥胖者依赖性强，对饥饿的忍受力差，对食品信息敏感。

具有消极性人格的人往往呈现出较低的健康水平。“抑郁、愤怒、敌意与焦虑”的心理状态可能 构成了这种“疾病倾向”的人格，易于患哮喘、关节炎、溃疡、头疼和心血管疾病等。具有刚性人格特 征的人具有较好健康水平，刚性人格表现有3个特征： 一是责任感，对面临的问题能够正视和投人； 二是控制感，对局面具有良好的控制力；三是挑战性，拥有解决问题的勇气。刚性人格能够成功地面 对和处理压力事件，负性情感较少，表现为较好的生理和心理状况。

具有 A 型性格的人容易得冠心病，特别是其中的敌意成分。敌意反映了与他人的对立情绪与 行为方式，通常在孩提时代就已形成，起源于缺乏安全感。 C 型性格是一种与肿瘤发生有关的性格， 表现为过分的顺从、忍让和自我克制，情绪压抑，爱生闷气。具有这种性格或行为模式的人易患宫颈 癌、胃癌、食管癌、结肠癌、肝癌等。

**二、认知与健康**

认知(cognition) 是指人们的认识活动或认识过程，包括信念、思维和想象等。人的一切生命活

66 第七章 行为心理因素与健康

动受主体意识的支配，无论是健康还是疾病都是这样的。

1. 价值观 个人的价值观不但直接决定其生存状态，也会通过各种途径影响健康。乐观和积 极向上的人生观和态度会呈现出良好的生活和健康状态。享乐价值观导致享乐型的生活方式，往往 会产生各种健康问题，很多现代“文明病”无不与此有关。

2. 健康意识和健康信念 个人对健康的观念往往决定其健康状态。由于人们的经历、所拥有 的资源包括知识资源及所处环境的差异，人们对健康往往有不同的理解和认知。具有较好健康意识 和信念的人就会自觉地保护自己的健康、积极采取预防和应对疾病的措施。

3. 个人控制信念 个人控制信念是指个体对自己所面对的问题或情境所持的控制信念，包括 控制感和控制源信念。个人控制感较好的人能积极有效地应对困难和挑战，会付出更多的努力来追 求健康目标。相反，个人控制感较弱的人面对困难和挑战时表现比较差，会感到无助，即使情况出现 转机，也不会再做出努力。

**三、心理压力与健康**

压力(stress) 是描述系统负载的一般概念，最早源于物理学的研究。心理压力(简称压力)是指 人们生活中的各种刺激事件和内在要求在心理上所构成的困惑或威胁，表现为心身紧张或不适。目 前我国不同学科对“stress”有不同的理解，生物学和心理学一般称其为“应激”,社会医学将其理解为 “心理压力”。

**(一)压力基本理论**

随着对压力问题的认识不断深化，压力概念不断更新和演变。压力理论囊括了认识心理问题最 基本的方面，人群心理问题的干预和处理离不开压力理论的指导。

1. 生物应激理论 17世纪末罗伯特(Robert)发现了外力作用于弹性物体导致其变形的基本规 律，提出了弹性物体的变化程度与外力大小呈比例的理论。18世纪托马斯(Thomas) 用公式精确地 表达了力和变化的关系。在物理学上，压力和紧张(strain)都有明确的定义。但这些概念在生物学 的应用中出现了一些问题，在相当长的时间内，这些概念被一些生物学家和心理学家比喻性地使用。 到了19世纪，随着生理学、心理学和医学的发展和完善，很多与压力有关的实验和临床问题显现出 来。这一词常被用来表述生物体对于某些情境自动的或激素反应，称为应激反应。生理学家克劳德 (Claude) 将压力定义为机体对外界刺激所做出的适应性反应，显然这与物理学的概念相一致。从这 一理论出发，压力是机体力争回到平衡系统的企图，紧张是对平衡系统的背离。

2. 社会事件刺激理论 从物理学视角来理解压力，提示压力存在于外部事件中。1963年著名 生理学家坎农(Cannon) 将压力定义为外部压力事件的刺激作用。按照这一理论，个人关系、工作和 经济状况等生活变化都会形成压力，因为这些变化需要机体作出心理适应。1967年霍姆斯 (Holmes) 和拉赫(Rahe) 提出了应用生活事件来评估压力的思路和方法。

3. 心理认知理论 2 0世纪80年代中期拉扎勒斯(Lazarus)和福尔克曼(Folkman) 认为压力不 单指外部刺激事件，也不单指机体对其的反应，而是指二者之间的转化过程，在这一过程中人们对刺 激事件的认知和解释颇为重要。例如，同样是失业，有人将问题看得无比严重，而有的人则认为没有

第七章 行为心理因素与健康 67

什么了不起的。显然，不同认知构成的心理感受不同，所采取的应对行为也不一样。

4. 现代压力理论 由压力源、压力反应和压力管理3方面要素构成。压力源是指内外刺激事 件与情境，可以看作一些特殊的难题、问题和挑战，包括生理、心理和社会诸方面。压力反应是指机 体对刺激的反应，表现为生理、行为、情绪、认知等方面的症候和症状。压力管理是指对压力源和压 力反应的控制和改变。

**(二)持久过大压力的不良后果**

1. 健康问题 适当的压力对于健康是必要的，人只有在适当的压力下保持一定张力，才会使生 命具有活力，体会到生命存在的意义和人生的乐趣。而且通过锻炼，会使个体应对压力的能力和心 理素质得到不断提高。但是，如果长期承受过大的压力则会导致不良的健康后果。在发达国家有 65%~81%的人承受着较大的压力，而60%~80%的医学问题与压力有关。研究表明，过度的压力可 引起的各种各样的疾病，如高血压、心血管疾病、偏头痛和紧张性头痛、癌症、关节炎、呼吸道疾病、溃 疡、大肠炎和肌肉紧张性疾病等。过度的压力还可引起心理和行为问题，如心理障碍、吸烟、酗酒、自 杀和反社会行为等。

2. 工作问题 一定的压力对于提高工作绩效是必要的，压力过大则适得其反。而且，过度的压 力导致旷工、消极怠工、缺乏责任心，差错和事故的可能性增加。据报道，压力问题每年给美国公司 造成损失达3050亿美元，超过500家大公司税后利润的5倍。

3. 管理和决策问题 过大的压力下的决策往往会出现失误。在压力的情境下，建设性的思维 减少，而扭曲性的思维增加；危险性抉择和非理性行为可能性增加；短期目标常受到青睐，长远目标 被忽略；作出不成熟甚至错误决策的可能性增大。

**(三)压力研究中的有关问题**

1. 理论框架 完整的压力研究应包括压力源、压力反应和压力管理等要素。必须熟悉研究所 涉及各要素之间关系的性质，简单地进行变量的堆积，所得的结论并无多大意义。为保证分析结论 的可靠性，研究还需设计一些控制变量，如人口学特征、经济状况、社会支持、文化背景等因素均很 重 要 。

2. 评估与测量 评估和测量是压力研究的一个关键环节。临床评估应当了解病人近来所经历 的压力事件，其前因后果、性质、强度、持续时间，以及所采取的措施等。生理、情绪、认知和行为等方 面的压力症候和症状是评估压力的基本方面。评估还可借助于一些设备和实验室检查，如测定肌肉 紧张度、检测体内肾上腺素和去甲肾上腺素浓度等。在压力研究中，往往需要使用一些压力测量问 卷或量表。依据于不同的压力理论，已开发出不同的压力测量方法。基于社会事件刺激理论的压力 测量是依据压力事件的性质和强度来进行的，如生活事件压力问卷。基于应激理论的压力测量则是 依据机体对刺激事件所做出的心身应激的强度来进行的，如压力知觉量表。压力认知中介理论侧重 于认知方面的测量。现代压力理论主张从压力源、压力反应和压力管理三方面来综合测量压力。也 有针对应对方式乃至对压力的态度等而进行测量的问卷。各种测量问卷或量表都有各自优势和缺 陷。人群研究宜采用针对压力结局的测量，方法也相对简单。生活事件压力问卷部分条目变异性 大，难以应用于干预研究。目前国内外使用较为普遍的是压力知觉量表，并已有中文版。

68 第七章 行为心理因素与健康

3. 压力测量结果的判别 压力对人体健康具有两面性，压力问题的研究需特别强调识别正常 压力与过高压力。对于压力测量的结果不进行判别和分类，直接以测量的计量数据进行分析，会对 结果的解释带来很大困难。

4. 压力分析指标 有些研究直接以心理健康指标来表达压力反应状况，这种做法值得商榷。 应该指出的是，压力与心理健康都有严格的定义和理论。前者是一种紧张和失控的状态，后者是一 种健康结局。同样，压力感和压力反应也是两个不同的范畴，前者是人们对某些压力源是否构成压 力的感知，后者是压力源作用于机体后产生的一种紧张和失控的后果。

**第二节** **行为生活方式与健康**

**一** **、行为与健康行为**

人既有生物动机也有社会动机，不仅具有基本的生理需求，而且还有复杂的社会需求。人的行 为是对这些需求的表达，这是行为的内在动因。与此同时，人的各种活动必然是在一定的自然和社 会环境之中进行，一切内在的愿望、动机必然要受到外在环境的影响。作为生活在一定社会文化背 景和自然环境中的个体，要适应复杂多变的环境，就必须对环境中的刺激做出适当的反应。因此，行 为是个体针对环境刺激所做出的适应性反应。更重要的是，人类不是一种类似机器的反应机体，人 类活动绝不是被无法控制的内部和外部力量所驱使，人有自我意识和行为自我调控能力，所以人的 行为具有能动性。综上所述，行为可以概括为人类在内外因素的共同作用下产生的外部活动。而生 活方式是在日常生活中由各种行为构成的图景。

健康相关行为(health related behavior)是指个体或群体与健康和疾病有关的行为。按照行为者 对自身和他人健康状况的影响，可分为促进健康的行为(health-promoted behavior)和危害健康的行 为(health-risky behavior)。严格地来说，健康行为(health behavior)是一个学科的概念，即健康行为 学。但目前国外在实际应用中普遍将此与健康相关行为的含义等同。

**二、行为因素与健康**

慢性非传染性疾病是当今世界健康的头号杀手。据WHO 统计，全球约63%的死亡是死于慢性 病，其中，心脑血管疾病、癌症、慢性呼吸道疾病、糖尿病等4种疾病约占整个慢性病死亡的85%。在 中国，超过80%的死亡者是死于慢性病。

在这些慢性病的形成中，行为因素具有很重要的致病作用，最常见的是烟草使用，不良饮食习 惯，缺乏身体活动和酒精滥用。2008年WHO 调查显示，50%的死亡是由于行为生活方式因素、30% 为环境因素、10%为生物遗传因素、10%为医疗卫生服务因素。相关研究显示，25%的癌症及大部分 心脏病是吸烟所致。

众多的证据表明，改变和调整行为就能有效减少疾病。美国在20世纪50年代至70年代初，临 床诊断和治疗技术突飞猛进，但并没有使美国人的死亡率下降。进入70年代，美国逐渐重视生活方

第七章 行为心理因素与健康

式对人们健康的影响，通过政策举措和大众健康干预使人们的生活方式得到改变，许多慢性病的发 病率和死亡率均明显下降。世界银行报告认为，50%以上的慢性病负担可通过改变生活方式和控制 行为风险来预防。

**三** **、健康行为的观点与理论**

**(** **一)生物学观点**

许多健康行为存在生物学基础。以吸烟为例，吸烟行为的遗传学研究表明，调节多巴胺的基因 很可能是对吸烟产生影响的决定因素。与吸烟成瘾的有关物质是尼古丁。尼古丁在血浆中的半衰 期为30分钟。如每天吸1包纸烟者，每30~40分钟就要吸1支烟，以维持大脑尼古丁水平。当尼古 丁不能达到一定水平时，吸烟者就会感到烦躁、不适、恶心、头痛。当然存在个体差异，一些人对尼古 丁的刺激很敏感，而另一些人却表现得很平静。

人的大脑有一个区域，被称为奖赏中枢区域。它特别敏感，一经激活就很难控制。人在一定时 间内摄入一定量的成瘾物后，如酒精、尼古丁或咖啡因等，可激活大脑内的犒赏中枢，从而对其产生 高度的依赖。这从生物学的角度理解了人对成瘾物的依赖机制。

**(二)心理学观点**

1. 自我表达理论 许多危害健康行为与自我表达有关联。青春期是多种危险行为的易感窗 口，原因在于不恰当的自我表达方式。青少年为了使自己得到社会的承认，力图使自己像成人那样 世故和老练，常借助于吸烟和饮酒等方式来表达这种愿望。很多人在这个时期从同伴那里接触到一 些不健康行为，并逐渐养成习惯。针对关闭易感窗口的干预可以帮助青少年减少不健康行为。

2. 心理压力理论 研究表明，当人们承受较大压力时，就会采取吸烟、饮酒和性释放等方式来 缓解压力。例如吸烟，一方面过高压力水平与吸烟行为发生密切关系；另一方面缺乏压力的应对技 巧也与吸烟行为有关。

3. 情感激发理论 处于青春发育期的青少年有着较高的情感激发需求，他们往往通过某种方 式来使自己达到某种愉快的状态。很多不良成瘾行为的诱惑在于表面上可以获得暂时的“愉快”。 很多人的吸烟和饮酒行为是在同伴聚会时发生的，为了助兴而饮酒，达到一定状态时就点烟。如果 通过某种方式帮助他们将这种情感表达出来，就可以减少吸烟与饮酒的机会，如娱乐、锻炼等。

4. 恐惧诱导理论 一般来说，人们接触到某种恐惧诱导的讯息，就会减少危害健康的行为，在 一定范围内这种关系是呈正比的。但过度的恐怖讯息可能对行为的改变起到破坏作用，而有时恐怖 诱导只对行为意向产生作用。由此可见，恐惧诱导与教育和动机结合起来方可产生作用。

**(三)行为学观点**

1. 强化模式行为学将行为看作是一种强化的结果，如吸烟往往开始于某些特殊的情境，经反 复重复形成一种条件反射。一种行为后紧跟一种结果，从而产生为了得到这种结果而不断重复这种 行为的需要。这种结果可以是令人愉快的，也可以是对于痛苦和不舒服的摆脱。第一次吸烟的感受 往往是痛苦的，如恶心、呕吐和头疼等，但某些促使行动的力量足以超越痛苦的感受。在一次次重复 过程中适应，痛苦减轻而“愉悦”上升。当形成习惯后，成瘾物产生心理效应中的快感，可以构成一

种正性强化作用；而一旦终止就会产生心身的痛苦折磨，起到负性强化作用。

2. 时间价值期望模式 行为发生不但与其价值和实现的可能性有关，而且与实现的时间有关。 为什么人们知道吸烟可以致癌，却不愿意戒烟?因为得病被认为是很久以后的事情。往往眼前发生 的事件易于强化，人们普遍对立竿见影的事倍加重视，而对远期要发生的事则漫不经心。

3. 健康意识模式 意识是人们对事物的感悟和觉醒状态，它不是简单的理解和知道，而是觉 醒、感到和感知等方面的综合。在我国文化中，意识是理解行为的一个重要概念。认知改变贡献于 意识提高，劝说和咨询、主观规范和情境也很重要。

4. 个人控制力模式 行为习惯是长期形成的，在短期内很难改变。健康行为是一种慢性行为， 行为的养成或戒除需要一定的毅力。显然，行为的启动要有足够的个人控制感，行为的实施和维持 要有足够的自我效能。在行为改变中要应用增强个人控制感与自我效能的方法和技术。

**(四)社会学观点**

个体的行为问题并非总是由自身造成的，每个人都处在特定的社会网络中，被特定文化传承的 价值标准所左右，也被特定社会情境所支配。在一个社会环境中，如果个别人的行为问题出现，这是 个体的问题。但如果牵涉到很多人，那就要追究社会环境的问题。

1. 社会功能主义观点 功能主义理论主要研究有利于行为形成的社会规范和条件。急剧的社 会震荡和变化、社会失范，使人们感到困惑、迷茫，容易借助于某些行为来逃避，如第二次世界大战期 间全世界的烟草使用陡然增加。研究表明，由于社会变革所形成的压力会导致众多的社会和行为问 题，如俄罗斯在社会转型期，事故、自杀、滥用有害物质等行为增加了许多。

2. 社会规范与社会影响观点 社会规范影响人们的行为选择。在崇尚个体主义的社会，主要 以个人的态度决定行为；在强调集体主义的社会，主要以社会规范来决定行为。吸毒、吸烟和饮酒等 行为存在一个易于发生的亚文化中，是通过“同类”群体的相互影响而发生的。有些人好不容易戒 除了毒瘾，但一旦回到原来的“圈子”,往往又复吸了。

3. 经济学观点 理性行动理论可以诠释吸烟等成瘾行为，该理论以“理性”概念基础来解释个 人、组织乃至系统的行为。其假设是，对于行动者而言，不同的行动有不同的效益，行动者的行动原 则是最大限度地获取效益。根据这一理论，烟草的价格会影响消费者的需求。研究发现，高收入国 家的烟草需求价格弹性指数在-0.25~-0.5之间，而中低收入国家处在-0.5~-1.0之间。同时，理 性行动理论在保留个人行为追求利益最大化的前提下，也考虑到个人的习惯和迷恋，这就形成了理 性成瘾模型。它可以解释为什么有些人在烟草涨价后会减少吸烟行为，而另一些人尽管明白吸烟会 降低效用水平，但由于吸烟能体验到快乐，还是坚持自己的嗜好。

**第三节** **行为心理问题的干预**

社会医学干预在实践中已经得到了广泛的应用，并取得了令人瞩目的成效。仅仅阐明相关因素 与结局的关系是远远不够的，更重要的是解决问题。传统公共卫生领域观点主张干预研究应针对危 险因素进行，但鉴于社会因素与健康关系的复杂性，由相关分析所获得的“危险因素”往往是不可靠

第七章 行为心理因素与健康 71

的。所以，应重视以理论为依据的干预。

**一、政策干预**

在所有的干预策略措施中，政策干预普遍被认为是效益较高的。控烟就是一个很好的例子，很 多国家的经验证实，增加烟税和提高烟价可以减少和约束人们的吸烟行为。有些国家和地区采取了 控制高脂肪产品的广告、对高脂肪低营养产品增加附加税等政策举措，使心血管疾病得到了有效的 控制。研究表明，不平等的竞争已对我国城市居民构成了较大的心理压力，当前应该进行社会政策 研究，建立起公正和规范的社会竞争机制。这不但能激发广大社会成员的创造性和积极性，也有利 于他们的心理健康。

倡导促动(advocacy)是指向目标组织或个人提出主张并促使其采纳的行动。倡导促动从倡议 到鼓动再到行动，由许多具体的、短期的行动构成一个连续的综合行动，最终实现一个长期目标。综 合国际的做法，倡导促动包括4个前后关联的要素，即倡议 →联盟 →宣传 →行动，可以称之为倡导促 动的4阶段模式。倡议指提出议题；联盟包括联盟的建立和运作；宣传指公开意图，涉及讯息研制和 传递等；行动包括为达到倡导目标而进行的游说和鼓动等活动。按照目前国际上倡导促动概念，它 包含两层意思：一是倡议，二是导向行动。提出倡议只是倡导促动的第一步，更重要的是要进行鼓动 和采取行动。倡导促动的4阶段模式为倡导促动问题的研究提供了理论框架。

政府是政策制定的主体，通过政策倡导促动的途径来促使政府采纳和实施有利于人民健康的政 策。例如，财政方面，补贴健康食品生产，提高烟草、酒类等产品价格；基础设施和交通运输方面，优 化道路、交通和住房规划，减少损害环境的排放以及降低交通伤害；社会保障方面，扩大医保的覆盖 面和提高保障水平。

大众倡导促动(public advocacy)方法在改变人们的态度和行为方面比健康教育更具有优势。健 康教育的重点在于通过改变人们的认识来改变行为，而事实上认识与行为不一致的情况并不少见。 大众倡导促动则针对行为目标进行一系列的改变活动，能够获得更好的效果。 一般来说，对于一个 新的健康问题，采取健康教育的策略是有效的；但对于已长期存在的健康问题，在人们已具备了基本 知识的情况下，应该采取倡导促动的策略。在这方面，国际上已发展出了很多行之有效的方法，并取 得阶段性成效。

**二** **、环境工程设施干预**

通过改善某种环境工程设施的方法可以取得事半功倍的干预效果。例如，对于安全饮水，可以 采取态度和行为的干预方法，劝告人们把水烧开后再饮用。但如果将水源彻底净化，安全饮水问题 就会迎刃而解。为了防止孩子意外伤亡，可以对其父母进行教育和行为干预，但也可以从环境工程 设施的方面去做，如将桌椅做成钝角、使用安全的容器来装药品、用防火的材料给孩子做衣服等。在 超市中安装了电脑营养信息系统，让顾客了解有关营养信息，研究表明，这样可以使人们显著地减少 高脂肪食品的购买量，同时增加了纤维素食品的购买量。行为相关物的可得性或可及性是行为得以 实施的前提条件。研究表明，社区有无活动场地及场地与居民的距离与居民的锻炼行为、肥胖症和

72 第七章 行为心理因素与健康

冠心病有密切关系。

**三、大众媒体干预**

在现代社会，媒体深刻影响着大众和决策者的知识、观点、态度和行为。大众媒体可以影响到千 千万万的人，符合公共卫生干预的原则。20世纪50—60年代，美国有将近一半的人口使用烟草制 品。经过60多年长期卓绝的教育运动，伴随着相关法律的制定以及大众文化对烟草使用的态度转 变，目前美国成人的烟草使用率成功地降至20%以下。我国控烟工作起步较晚，国内大规模的控烟 运动开始于近些年，目前已有杭州、银川等多个城市对控烟进行了立法。然而，大众对政策和法律的 依从性并不高，问题在于缺乏足够的大众意识的铺垫。

研究表明，大众媒体与其他方式结合，会取得事半功倍的作用。大众媒体的介入对政策倡导促 动来说是一个有力的“推动器”。电视是当今世界最有力的传播方式，借助于电视的健康教育十分 有效。研究表明，持续的电视媒体干预至关重要，即使做不到这一点，短期干预也能影响到人们的行 为意向。除了传统媒体，手机、网络等新媒体具有独特的传播优势，特别适用于年轻人的健康教育 干预。

**四、社区干预**

社区干预往往是一项人户行动，或者在社区人群聚集活动的场所进行。人们已普遍认识到， 对于很多疾病采取社区预防、控制、教育、咨询是经济而有效的，但需要充分的社区动员。社区动 员是将满足社区居民需求的社会目标转化成社区成员广泛参与社区行动的过程。健康工作者应 该意识到，社区存在的健康问题最终要靠他们与社区居民一起努力解决。社区居民通过参与健 康计划制定、实施和评价等一系列的活动，不但改善个体或群体的健康状况，还可以提高认识和 解决自身健康问题的能力。社区干预对于行为心理问题的尝试已取得了初步成功。例如，美国 斯坦福三社区进行了以社区为基础的心血管疾病预防研究，通过健康教育改变居民的行为习惯， 最终使心血管疾病的发病和死亡减少；在我国慢性病控制实践中，也很重视社区预防与疾病 管理。

**五** **、组织干预**

组织干预是通过对不合理的组织结构和行为进行改变，达到干预的目标。在现代社会，人们所 面临的工作压力，在一定程度上与组织管理结构和行为有密切的关系。组织压力管理主要使工作压 力结构系统得以调整与优化，包括压力生成系统的控制管理，压力承受系统的改进管理，人力资源管 理层面的各种管理机制的建立和完善等。提高组织构建和运作的合理性和程序性，是进行压力管理 的制度保障。

组织分阶段改变理论是关于组织变化要经过一系列的阶段，在不同的变化阶段匹配不同的改变 策略的理论。最简单的实施过程分为4个阶段：问题知觉、行动启动(采纳)、实施和定型化。以工 作场所禁烟为例，首先在公司建立一个由吸烟者和不吸烟者组成代表委员会，对工作场所吸烟情况、

第七章 行为心理因素与健康 73

人们的需求和可以实施控烟方法进行分析(问题知觉);在此基础上由高级管理者提出禁烟方案，包 括公司限制吸烟的举措(行动启动);随后是贯彻落实禁烟方案及其举措(实施);实施一段时间后进 行总结，公司管理者提出长效的禁烟政策(定型化)。

**第四节** **烟草流行与控制**

人类吸烟已有悠久的历史。烟草原产于美洲，15世纪末哥伦布(Columbus) 发现这块新大陆的 同时也发现了印第安人的吸烟习惯，此后烟草便陆续流传到了全世界。明朝万历年间烟草传人我 国，我国是目前世界上最大的烟草生产国和消费国。

**一** **、吸烟的危害**

吸烟是当今世界人类健康的最大威胁。据 WHO 估计，全世界目前约有11亿吸烟者，占全球15 岁以上人口的1/3,其中8亿在发展中国家。每年全球死于与吸烟有关疾病的人数达500万，超过结 核病、艾滋病和疟疾致死人数的总和。我国目前每年死于与吸烟有关疾病的人数达100万，如果不 加控制，2025年将达到200万，2050年将达到300万。

大量的流行病学研究表明，吸烟可以导致各种疾病。据估计，在所有的癌症中，33%是由吸烟引 起的。吸烟也是冠心病和其他心血管疾病的主要危险因素。吸烟还可导致呼吸系统、消化系统、神 经系统、血液系统、生殖系统的功能紊乱和多种疾病。

WHO, 美国卫生总署和英国烟草与健康研究委员会的研究显示，吸入二手烟可以导致多种癌症 和心血管疾病，特别是对妇女和儿童健康的危害很大，导致胎儿缺氧，早产及胎儿、新生儿的死亡，婴 幼儿的呼吸道疾病，影响婴儿生长发育，增加婴儿猝死率。

**二、控烟的政策措施**

由于烟草对人类健康的严重威胁，控烟已经成为全世界密切关注的重要公共卫生议题。为了限 制烟草在全世界无节制地使用，保护人类健康，WHO 从20世纪70年代起就开始强调控烟问题。 1995年世界卫生大会提出了制定《烟草控制框架公约》(Framework Convention on Tobacco Control, FCTC) 的动议。目前已有173个国家批准了该公约，覆盖全球人口的87%。我国在2005年8月批 准了该公约。

《烟草控制框架公约》在烟草价格、税收、广告、被动吸烟等方面提出了一系列的要求，确定了控 烟工作的重点和方向。当前全球的控烟是在《烟草控制框架公约》的框架的指导下进行的。2008年 WHO出版了全球烟草流行报告，推出了国家水平上烟草控制的6项政策。

1. 监测烟草使用与预防政策 良好规范的监测可以提供在某个区域烟草流行及相关因素的基 本信息，为制定控烟政策提供科学依据。监测不仅仅在于了解烟草流行状况、还涵盖控烟行动、大众 控烟意识和烟草企业的促销活动等信息。

2. 保护人们免受烟雾危害 二手烟的暴露是可以预防的，且简单易行。实践证明，无烟室内环

境是行之有效的保护公众健康的手段。此外，越来越多的国家对交通设施、工作场所等公共场所吸 烟进行了限制。

3. 提供戒烟帮助 吸烟成瘾者的戒除需要帮助和支持，需要将戒烟服务纳人初级卫生保健之 中。医务工作者处在控烟服务的第一线，对改变人们行为方式应该有所作为。英美等发达国家医疗 机构已经把帮助吸烟者戒烟作为日常工作的一部分，戒烟门诊、戒烟热线的出现为吸烟者戒烟提供 了有利的条件，尼古丁替代疗法作为一种有效的戒烟方法已被广泛应用于临床。

4. 警示烟草危害 与烟草有关的每一个人都应当知道烟草使用和接触二手烟的后果、潜在残 疾和早亡的危险。利用各种媒体形式，积极开展反吸烟广告行动，将吸烟的危害公诸于众，将其各方 面的负面效应揭示出来。消费者对所消费产品应该具有知情权，在香烟包装上设置警示信息有利于 提醒消费者香烟的危害。

5. 禁止烟草广告、促销和赞助 严禁烟草公司的销售广告和营销活动，避免其诱导人们特别 是青少年吸烟和误导公众的观念及行为。严禁烟草商的烟草促销和赞助，防止其以支持公益事业之 名，行烟草推销之实。

6. 增加烟税和提高烟价 通过增加烟税来提高烟草烟价，从总体上来说可以减少和约束人们 的吸烟行为。美国医学研究所建议，如果每包烟加税2美元将减少40%的成人吸烟，减少青年人2/3 的吸烟。来自于烟草的税款应部分用来进行全人群公共卫生和特殊易受烟草伤害无辜人群的卫生 保健服务。

**三、控烟倡导促动**

1. 政策倡导促动 针对决策者的社会行动，向决策者发起一系列的开发行动，促使其出台控烟 政策的过程。烟草的流行已经严重地影响人们的健康，影响到社会未来的发展，政府必须承担责任。 倡导促动就是要推动政策改变，唤起民众行动。很多国家通过限制烟草广告和公共场所控烟立法等 举措来遏制烟草流行。“中国公共卫生倡导促动能力建设”项目的实施，也推动各高校开展积极倡 导促动活动，推动学校出台无烟校园建设文件，对校园控烟起到了良好的作用。

2. 大众倡导促动 指任何形式的讯息鼓动和劝说活动。将控烟作为一场启蒙运动，唤起民众， 靠人们自觉的行动，改善自己工作和生活环境。大众倡导促动实际上是一个大众教育的过程，大众 教育运动应建立在现代行为和教育学理论基础上，借助于大众媒体和人际沟通技术来实施。

(1)大众宣传：在“信息-动机-技能”理论框架下实施宣传教育。大众教育应研究目标受众的需 求，符合大众需求的活动才能触动受众。对人群进行辨别和细分，先针对关键人群，再由他们通过人 际传播来影响其他人。控烟宣传的目的在于提高大众意识，活动设计应让大众参与。举行大规模的 控烟活动对于营造声势、创造支持环境、引起人们对问题的警觉是必要的。公共教育运动必须借助 多种渠道，大众媒体教育对减低吸烟率具有重要的作用，特别是高强度的媒体和其他举措相结合的 情况下。有效的大众媒体教育应该是持久的，有针对性的，新颖的，以证据为基础的。

(2)大众劝说：为劝说吸烟者在公共场所不吸烟，需要良好的沟通技术。借鉴吉尔克里斯特 (Gilchrist) 提出的解决冲突的方法，通过认知、忍耐、信息沟通、对话、同情、调解、承诺、谈判、信任和

第七章 行为心理因素与健康 75

结盟等十个步骤来劝导吸烟者戒烟或在公共场所停止吸烟。这些步骤从认识问题的存在到达成协 议是一个连续的过程，关键是积极主动的进行信息沟通和发展关系。

**(杨廷忠)**

|  |  |
| --- | --- |
| **思考题** | **1.以冠心病为例，说明社会-行为-心理因素致病关系。**  2.简述现代心理压力的要索及其含义。  3.应用倡导促动框架设计无烟校园建设方案。 |



**第八章**

· 笔 记

**社会医学研究方法**

作为一门医学与社会科学的交叉学科，社会医学借鉴社会学、心理学、管理学等社会科学的研究 手段，并与生物医学研究方法相结合，从多维的角度研究人群健康状况及其影响因素，体现出多学科 的特点。

**第一节** **社会医学研究方法概述**

**一** **、社** **会** **医** **学** **的** **相** **关** **研** **究** **方** **法**

社会医学的研究涉及社会卫生状况、人群健康状况；人群健康的影响因素，尤其是各种社会因 素；社会卫生措施的效果评价等。由于社会医学研究内容的广泛性、研究因素的复杂性，其研究的方 法多种多样。但主要的研究对象是人群，大多数研究都是在现场人群中开展。按照研究过程中是否 进行干预，可以将社会医学研究方法大体分为两类，即调查研究和实验研究。除此之外，为了综合评 价人群健康状况及与健康相关的危险因素、卫生服务因素，社会医学研究中也采用一些特有的评价 研究方法，例如健康危险因素评价、生命质量评价、卫生服务评价等。社会医学有时也采用专家评议 的方法、文献研究的方法。

**(** **一** **)** **调** **查** **研** **究**

调查研究是社会医学最主要的研究方法。它是在某一特定现场的人群中，采用一定的工具和手 段收集资料研究分析的过程。调查研究的方法有多种，从调查研究所获资料信息的广泛性、深入程 度、表达形式等划分，可以分为定性研究和定量研究；从调查的目的划分，可以分为现况调查、病因学 研究等；从调查事件的时间序列角度划分，可以分为回顾性调查和前瞻性调查；从具体收集资料的方 法划分，可以分为观察法、访谈法、信访法等；从调查对象的范围划分，又可以分为全面调查法和非全 面调查法。

**(** **二** **)** **实** **验** **研** **究**

根据研究对象的不同，可以将实验研究分为动物实验和人群实验；根据研究场所的不同，可以将 人群实验分为临床实验和现场实验。社会医学所做的实验研究主要是现场实验研究。现场实验研 究又称为社区干预试验，它并不是一种严格意义上的实验研究，仅是借鉴实验医学的基本原理在社 区人群中开展的带有实验性质的人群研究，因此是一种类实验研究。社会医学的现场实验研究主要 是在干预的人群中，施行某种社会卫生措施，与对照人群进行比较，观察该措施对人们的行为和健康 状况的影响，以确定某些危险因素与健康的因果关系及社会卫生措施的有效性。其特点是研究者能

第八章 社会医学研究方法 77

人为设置处理因素，受试对象接受何种处理因素是由随机分配而定的。如农村健康保险试验研究、 高血压现场干预实验研究、吸烟干预研究等，都属于现场实验研究。

**(三)评价研究**

社会医学除了对人群中客观存在的问题及其因素进行调查，也需要对这些问题及因素的影响程 度进行综合评价，在评价的基础上提出并采取相应的社会卫生措施，并对社会卫生措施的效果进行 评价。因此，除了采用一些通用的评价技术，社会医学发展了一些学科特有的综合评价方法。

1. 社会医学特有的综合评价方法

(1)健康危险因素评价： 一种定量评价影响人群健康的危险因素的方法。它通过研究危险因素 与慢性病发病率及死亡率之间数量依存关系及其规律性，研究人们在生物遗传、环境、行为生活方 式、医疗卫生服务中存在的各种危险因素下发生死亡的概率，以及当改变不良行为生活方式、消除或 降低危险因素时，危险的降低程度，指导人们改变有害健康的行为，减少危险因素，提高健康水平。

(2)生命质量评价：整体健康观认为，健康状况是一个多维的复杂现象， 一个人是否健康不仅是 医生的生物学评价，也包括个体的主观感受。 WHO 提出，健康不仅是没有疾病或虚弱，而是一种身 体、心理和社会的完好状态。为了能综合评价个体和人群的健康状况，发展了与健康有关的生命质 量评价方法。评价内容一般包括生理功能、心理功能、社会功能、主观判断与满意度等方面，主要采 用主观指标进行自我评价。

(3)卫生服务评价：作为影响健康的重要因素之一，卫生服务对健康的影响与其他因素相比有 一定的特殊性，为了更好地评价卫生服务因素对人群健康的影响，发展了卫生服务评价方法。卫生 服务评价主要从卫生服务需要、卫生服务利用、卫生服务资源3个方面进行评价，并通过比较三者之 间的关系和平衡进行综合评价。

2. 卫生项目评价 随着社会经济的发展，对健康的重视程度增加，对医疗卫生工作的投入也逐 渐加大，为促进一些社会卫生措施的执行，开展了许多卫生项目。这些项目对改善人群健康是否起 到预期的作用，对人群健康产生了什么样的影响，有必要进行综合评价。因此，社会医学也采用一些 通用的评价技术对卫生项目进行评估。卫生项目评价是指系统地收集卫生项目的目的、执行过程、 结果、效益和影响等方面的有效信息，进行客观的比较分析，以全面了解项目干预措施与产出的因果 关系和作用机制，对项目的价值进行科学全面的判断。

3. 德尔菲法(Delphi) 近年来，社会医学的研究越来越多地涉及社会卫生政策、卫生计划、 卫生措施及其产生效果的综合评价。在这种综合评价中，评价指标的选择、各指标的权重确定等越 来越多地采用德尔菲法。此方法是在专家会议预测法的基础上发展而来，其核心是专家独立评价， 但又相互了解、逐渐取得一致。具体做法是：在设计好专家咨询表的基础上，通过多轮函询征求专家 对某一问题的意见，并对每一轮的意见汇总，剔除专家共同否定的问题，增加专家提出的新建议，在 下一轮函询时随函询表寄给专家供其在评价时参考。通过2~4轮的反复评价，使专家的意见逐渐 趋于一致，最终达到研究的目的。采用此方法的关键是专家的选择，因为此方法是一种主观评议法， 评议者对被评价事物本身的了解至关重要。如果参与评价的专家对被评事物一无所知或一知半解，

就可能影响到评价的准确性。许多被评价的事物涉及方方面面(多个利益相关者),如果仅仅选择

78 第八章 社会医学研究方法

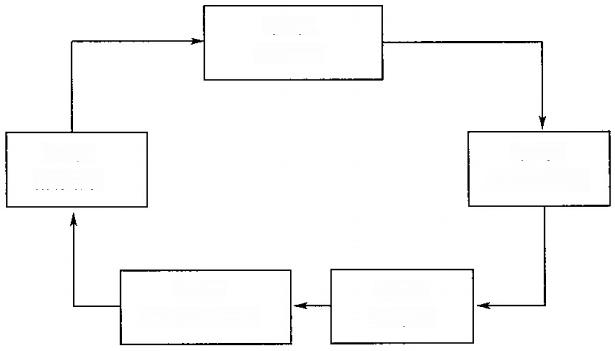
某一方面或某些方面的专家，会使评价结果具有局限性。因此，在专家的选择上应注意此方法中的 所谓专家就是对所研究事物有充分了解的“知情人”,要将各利益相关集团的“知情人”都尽量考虑 进入专家组。 一般来说，评价的精确度与专家的人数呈函数关系，随着专家人数的增加精确度提高。 但是，随着专家人数的增加，意见的收敛难度也增加。因此，根据一些文献报道，专家的人数以15~ 50人为宜。

**(** **四** **)** **文** **献** **研** **究**

文献是人类为保留和传递信息而形成的记录资料，包括语音资料、影像资料、文字资料等多种多 样的形式。文献研究就是利用这些已有的资料，采用整理、综合、分析等手段，最终达到研究目的的 一种研究方法。文献研究中可以利用的文献多种多样，有一些是第一手资料，即由曾经经历过某一 事件的人撰写的；另一些是第二手资料，即由那些未经过某一事件，而是通过访问或阅读第一手资料 的人撰写的。在查考文献资料时，需要区别是第一手资料还是第二手资料。国内外官方的人口普 查、生命统计、国民经济统计、疾病统计等资料，有关组织、团体、研究机构的各种统计年报、调查报 告、记录、案卷等资料，有关期刊、杂志、报纸、通讯、专著等资料，都是文献研究获得资料的重要途径。 文献研究应用很广，从广义上讲，任何研究都离不开文献，只是使用文献资料的程度和范围不同而 已。但严格意义上的文献研究应该是将文献作为主要收集资料的方法，甚至仅利用文献完成研究， 达成研究目的。例如，对于一些因各种原因无法直接接触到观察对象的研究，或研究的时间跨度很 大，从古至今的纵向研究，文献研究就是唯一可行的方法。但是，文献常常带有浓厚的主观色彩，特 别是由于社会经济、文化的差异，以及各种不同的文献编撰目的，使得文献资料良莠不齐，有些可能 有偏误，甚至完全错误。所以，对于文献法收集的资料，也应该同其他方法一样，分析其信度和效度。

**二、社会医学研究的步骤**

社会医学研究作为一种科学研究，其研究过程遵循科学研究的一般范式，整个研究的过程包括 5个步骤，可以用一个环状图来表示(图8-1)。



第一步 选择课题

第五步 解释结果

第四步

整理和分析资料

第二步

制定研究方案

第三步 收集资料

图8-1

科学研究的过程

第八章社会医学研究方法 79

**(** **一** **)** **选** **择** **课** **题**

只有知道要做什么,才能决定怎么做，因此，课题的选择是一个重要的问题。课题选择是否得 当，常常决定一个课题的成败与得失。可以通过查阅资料、实地调查、学术交流来发现问题、提出问 题。也可以针对工作中存在的尚未得到解决的实际问题，提出研究课题。但并不是所有发现的问题 都值得研究，也不是所有的问题都能够进行研究。这涉及对课题的评价和可行性论证。

1. 课题评价 可根据3个原则来评价一个课题是否值得研究。

(1)需要性原则：在实际工作中发现的对人群健康状况影响最突出的问题，即社会实践的需要； 或是出现一些事实与现有理论之间有矛盾的问题，即科学发展的需要。需要性体现了科学研究的目 的 性 。

(2)创造性原则：课题应是新颖的、首创的，国内外尚无人研究的。它体现了科学研究的价值。 要使课题有创造性应注意两点： 一是要详尽占有资料，充分了解已做的同类研究现状，从中寻找空白 点及薄弱环节，发现新的问题；二是要有科学思维，要敢于冲破传统观念的束缚。科学创新需要怀疑 精神，它是通向新理论的阶梯。

(3)科学性原则：体现了科学研究的根据，课题必须以客观事实和理论作依据。科学性是保证 科研方向正确无误的前提。

2. 可行性论证 课题的可行性论证实际上就是判断一个课题是否有条件开展，再好的课题无 法实施也是没用的。可行性论证要从进行一项研究应该具备的主客观条件来判断。客观条件主要 指科学发展的程度、各方面资料的积累，有关人力物力的配备、调查能否进行等；主观条件是指研究 人员专业知识及各种相关技能等。

**(二)制定研究方案**

研究方案设计包含的内容很多，可归纳为技术路线、实施计划、资料整理与分析计划等3个方 面。技术路线是对研究方案做出的统筹安排，使研究按计划、分步骤、有条不紊地进行，以保证课题 科学、经济、可行；实施计划包括确定研究对象与范围、抽样方法及样本大小、研究工具的设计、资料 收集方法、质量控制措施等；资料整理与分析计划包括设计分组、设计调查表、归组方法等。

社会医学的研究多采用抽样调查。抽样的方法可以分为两类，即概率抽样和非概率抽样。在概 率抽样中，每一个对象被抽中的概率是已知的，而在非概率抽样中则是未知的。概率抽样的方法有 多种，常用的有单纯随机抽样、分层抽样、系统抽样、整群抽样等。非概率抽样是不遵循随机化原则 的抽样，研究者以自己的方便或主观判断选择研究对象，这类抽样一般不能用样本推论总体，不能估 计抽样误差的大小。 一般情况下，应该用概率抽样的方法获取样本，以便通过统计学分析方法用样 本结果推论总体。但是，在某些情况下，并不需要将结果外推到样本范围以外或者并不知道总体的 大小、范围，也就无法进行概率抽样。因此，某些情况下需要非概率抽样方法，而且非概率抽样方法 简便易行、花费小，能及时得到有用的资料，没有概率抽样的复杂性。在定性研究中，非概率抽样是 主要的抽样方法。常用的非概率抽样有方便抽样、立意抽样、雪球抽样、定额抽样等。

1. 方便抽样 又称偶遇抽样，研究者选择那些最容易接近的人作为研究对象，如邻居、朋友等。 此法虽在抽样的准确性上有所不足，但却节约了时间和费用。常用于预实验或预调查，其目的在于

80 第八章 社会医学研究方法

确定调查表是否设计得当，调查方案是否可行等，并不用于推论总体。

2. 立意抽样 又称为目的抽样或判断抽样，由研究者根据研究目的，通过主观判断选择研究对 象的抽样方法。例如，要了解社区居民对医疗保健的需求，可对经济收入中等的成年人调查，了解一 般人群的需求；以经济收入高者、儿童或老年人为调查对象，了解特殊人群的需求。

3. 雪球抽样 选择并调查几个具有所需要的特征的人，并将这些人作为提供情况的人，依靠他 们再选择合乎研究需要的人，通过后者又可选择更多合乎研究需要的人，以此类推下去，样本就像滚 雪球一样越来越大。

4. 定额抽样 有些类似于分层抽样，先将要研究的人群按某种特征划分成几组，然后，按照各 组人群所占的比例分配样本量，从每组人群中采用其他抽样方法(概率或非概率抽样方法)按分配 的样本量抽取研究对象。由于抽样前先进行了分层处理，即使用非概率方法，抽得的样本代表性也 比单纯的方便抽样要好。

**第二节** **定性研究**

由于社会医学研究的对象是生活在复杂的社会环境中的人群，研究的内容涉及与人群健康相关 的各个方面，研究内容广泛而复杂，仅仅采用定量研究有时并不能深入地了解影响人群健康的复杂 因素及其作用，因此，近年来社会医学的研究中越来越多地采用定性研究。

**一** **、定性研究的概念及特点**

( 一)定性研究的概念

定性研究(qualitative research)也称为质性研究，是一种在自然的情境下，从整体的角度深入探 讨和阐述被研究事物的特点及其发生和发展规律，以揭示事物的内在本质的一类研究方法。收集这 类资料的调查称为定性调查。

近年来，定性研究方法应用越来越广泛，不仅在社会学科中采用，而且在以定量研究为主的其他 学科(如医学)也越来越受到重视，在研究中越来越多的采用定性与定量相结合的研究方法。

**(二)定性研究的特点**

1. 定性研究注重事物的过程，而不是事物的结果。在定量研究中，人们按事先拟定的程序去收 集资料，通过对不同人群的比较，用统计分析的手段探讨许多因素与事物的联系。因此，其重点是了 解事物的结果，即什么因素导致什么结果。而定性研究则不同，它注重由原因导致结果的中间过程， 了解事件发生过程中的许多细节。所以，定量和定性研究的一个主要区别是研究的广度和深度的 区别 。

2. 定性研究是对少数特殊人群的研究，其结果不能外推。定量研究通常采用概率抽样的方法 选择样本人群，用统计分析得出对总体的推断结论。而定性研究是在少数人群中进行的，其样本量 很小，一般用非概率抽样的方法选择研究对象，分析的是研究人群的特殊情况，如社区人群的信仰和 风俗习惯、人们对事物的态度、信念和行为习惯等，其结果只适用于研究人群，不能外推。

第八章 社会医学研究方法 81

3. 定性研究需要与研究对象保持较长时间的密切接触。定量研究按照固定的程序，在较短的 时间内即可获得所需的资料，研究者与研究对象之间只有短暂的接触。而大多数定性研究则要求研 究者与研究对象有深入的接触，建立相互信任的关系，强调在一种轻松自然的环境中收集资料。了 解人们在普通状况下的态度、信念、行为，因而收集资料的手段往往较灵活，缺乏固定的模式。这种 研究对调查员的要求更高。

4. 定性研究的结果很少用概率统计分析。定性研究一般是对某一事件进行具体描述，或用分 类的方法对收集的资料进行总结。例如，将人们对某件事物的态度分为几类，将人们的行为方式分 为几种等，也可用流程图来表示某件事物的发生过程。这类研究很少应用概率统计的分析方法。

**二、定性研究的用途**

目前，定性研究方法在卫生领域研究中受到越来越多的关注及应用，其主要的用途包括：

1. 辅助问卷设计，估计问卷调查的非抽样误差。定量调查问卷的设计中，如果研究人员对需要 研究的对象的具体情况并不是很了解，或对需要调查的内容不能确定，可以采用定性调查的方法了 解情况；所设计问卷中，可能有些内容不一定适合研究对象，有些提法可能是回答者不感兴趣的或反 感的，定性研究可以及时发现这些问题； 一些概念也可以通过定性研究寻找适当的通俗语言予以描 述。问卷调查收集的多是“言语”资料，即回答者所说的情况，由于多方面的原因，例如：人群文化程 度过低，不能正确理解问题；面对较高层次的调查人员或权威过于拘谨；受文化习俗和习惯的限制， 不愿吐露真情；缺乏积极的动机等，都可能造成言语信息与事实间的出入。对于一些敏感性问题，这 一现象尤为突出。定性研究方法可以估计这些调查的非抽样误差。

2. 验证因果关系，探讨发生机制。定量研究确定的因果关系，有时可能掩盖真正的原因，定性 研究可以揭露这种虚假联系。例如，许多定量研究均发现“母乳不足”是导致母亲在婴儿三个月内 停止哺乳的最主要的原因，但定性研究却发现，母亲报告的所谓“母乳不足”其实是由乳房正常生理 变化或婴儿行为变化引发的误解，或者因多种社会心理原因而找的借口。定性研究还可以用来探讨 因果关系发生的机制。在印度，传统免疫方式严重地影响现代免疫方法的应用，很少有人同时接受 这两种方式，为什么会出现传统方式与现代方法的对立呢?定性研究发现，这是因为接受传统免疫 方式的人往往听信传统医生和女性长辈的错误观点，不相信“针管”的缘故。

3. 分析定量研究出现矛盾结果的原因。定量研究有时会发现人的知识和态度与其行为不一 致，这到底是由于报告行为与实际行为不一致所致，还是人们未按照所具备的知识和态度发生行为， 这可以用定性研究的方法加以识别。

4. 了解危险因素的变化情况。 一些危险因素可能随时间发生变化，这对于那些非纵向追踪性 的定量研究，有较大的影响。例如病例对照研究，当发现病例组和对照组间某行为有差异时，这种行 为是否是疾病的危险因素，危险强度有多大，应对发病前后一段时间的行为进行动态的了解后，才能 下结论。因为很多人在发病前后的行为会发生一定的变化，这种变化可能夸大，也可能掩盖可疑危 险因素的影响。所以，开展定性研究，了解危险因素的动态变化情况，对正确理解和解释定量研究的 结果是有益的。

82 第八章 社会医学研究方法

5. 作为快速评价技术，为其他研究提供信息。当时间和财力不足时，小范围内的定性研究可以在 短期为进一步的研究提供大量深人的信息，此时一般采用多种定性研究手段收集资料。例如，在秘鲁 和尼日利亚进行的一项控制儿童腹泻的干预试验，分别仅用2人，在6周时间内，用定性方法收集有关 儿童喂养知识、行为、地区文化等大量的资料，为采取可行的干预措施提供依据，均取得了成功。

**三** **、定性研究方法**

定性研究方法有多种，专门的定性研究设计包括民族志研究、田野调查、历史研究、访谈等。

民族志(ethnography) 是一种描述群体及其文化的方法。民族志研究方法并不是收集数据的具 体方法，而是运用观察、访谈以及其他田野研究技术，深入细致地描述某一特定民族亚文化群体及其 文化的一种研究方法。其着眼于提供一个整体的观点和视角，探究特定民族亚文化中人们的生活方 式、价值观念和行为模式。田野调查(field study)是指研究者亲自前往调查地点(村落、社区、各种活 动场所),通过直接观察、具体访问、居住体验等方式收集资料，进行科学研究的过程。传统的田野 调查以参与性观察为主要研究手段，随着研究技术的发展，在参与性观察为主的基础上也结合访谈 等其他定性甚至定量研究技术来开展田野调查。历史研究(historical study)除了考古现场工作，更 主要的是运用文献分析方法进行。

目前在卫生领域主要应用的是定性研究中收集数据的方法，较为常用的方法包括深入访谈法、 专题小组讨论法、选题小组讨论法、观察法等。

**(一)深入访谈法**

深入访谈(in-depth interview)是一种非结构式访谈。根据访问提纲，通过与研究对象的深入交 谈了解其对某些问题的想法、感觉与行为。交谈的过程中，调查者不必依据调查提纲的问题顺序按 部就班的询问，而是根据被调查者的回答，随时提出新的问题逐步深入主题。深入访谈具有较大的 灵活性与开放性，访谈人员如掌握了一定的技巧，可以获得较为真实和深入的资料。

深入访谈包括以下步骤：

1. 准备工作 包括研究设计、确定访谈对象、准备现场、收集和分析资料。

2. 调查对象的选择 即确定要对哪些人进行深人访谈。由于深人访谈是对知情人进行深入细 致的交谈，因此一般只能在小样本人群中进行。样本的选择主要用非概率抽样的方法，常用的是立 意抽样。

3. 设计访谈提纲 访谈提纲是围绕研究目的将假设概念化后提出的一系列调查者和知情者交 谈的话题或问题。这些问题都是开放性的，语言上要求使用一般性或非直接性的词语来代替直接性 的问题，因为后者仅得到“是”或“否”的回答。问题要求简单、语言清晰、容易理解，不超出研究范 围。准备调查提纲是定性研究的重要部分，调查资料的质量取决于研究问题的深度。调查提纲的设 计步骤包括：①建立提纲的框架：根据研究目的提出假设，明确需要从哪些方面表达研究目的；②提 出提纲草稿：根据提纲框架列出每个假设提出与知情者探讨可能获得信息的问题草稿；③形成调查 提纲：对照研究目的和假设，检查草稿所列问题是否与其密切相关，剔除不适合的问题，再次检查留 下的问题是否完整，能否获得所需的所有信息。通过预调查再次检查提纲的质量，修改完善形成正

第八章 社会医学研究方法 83

式调查提纲。

4. 访谈员选择与培训 深入访谈的成功很大程度上取决于访谈者本身的素质，因为它比一般 的问卷调查需要更多的技巧，因此，应选择合适的访谈员并进行必要的培训。培训时间一般为2~3 天，以集中培训为好。培训的内容包括：研究的目的、深人访谈的基本知识、怎样引导访谈深入进行、 访谈时如何记录、提出访谈时可能遇到的问题等，必要时还应通过角色扮演进行预试验。

5. 现场访谈 首先开场介绍，营造气氛使被调查者感到轻松和不拘束，介绍访谈目的，强调被 调查者意见的重要性和保证访谈的保密性，目的是和被调查者建立友善的关系，使被调查者能够而 且也愿意畅所欲言。然后进入实质性访谈，即在提纲的指导下进行正式访谈。先谈不敏感的话题， 当被调查者足够放松时再过渡到深层次问题。同时注意非语言信息，注意时间的掌握，并采用一些 访谈技巧。最后检查记录，纠正错误、补充完善，表示感谢。

6. 访谈结果分析和撰写报告 深入访谈资料一般都可手工分析，主要是按访谈提纲归类整理， 并据此写出报告。

**(二)专题小组讨论法**

专题小组讨论(focus group discussion)也称为焦点组讨论或焦点组访谈，通过召集一小组同类人 员，对某一研究议题进行讨论，得出结论的定性研究方法。与深入访谈一样，专题小组讨论也要进行 周密的设计， 一般也采取非概率抽样方法来选择调查对象。每个小组的人数应便于参与者之间相互 交流，以8~10人为宜。每个专题小组还需要1名协调人、1~2名记录者和1~2名辅助者。协调人 是组织者，其作用是引导讨论，鼓励参与者自由发言，相互交流，营造气氛，调动每个参与者的积极 性；并且要把握讨论方向，使讨论围绕主题，因此要具备一定的领导才能和交流技巧。记录员主要是 作讨论的记录，除了要完整、忠实地记录每个人的发言外，还应记录现场环境、讨论气氛、参与者的身 体语言等。辅助人员主要负责会议环境和会议用品的准备、供给等。

专题小组讨论包括以下步骤：

1. 制定专题小组讨论计划。

2. 确定小组的数量及类型 根据研究目的确定专题小组的数量， 一般需要2~3组，甚至更多的 组。每个专题小组的参与者应有共同特征或共同兴趣，包括年龄、性别、资历等相似，目的是使每个 讨论者都能自由、开放的参与讨论。

3. 制定调查提纲 专题小组讨论的提纲依研究目的和访谈组的类型而定，通常包括3类问题：

①普通问题：指开始调查和让参与者表达一般观点与态度的问题；②特殊问题：指那些发现关键信息 和表达参加者的感情与态度的问题；③深度问题：指那些揭示较深层信息的问题。专题小组的议题 不宜太多。

4. 培训调查人员、进行预试验 正式访谈前需对协调员和记录员进行培训，说明专题小组的 作用，如何组织协调专题小组，并通过角色扮演进行预试验。

5. 专题小组讨论准备工作 包括人员准备和场地准备。

6. 进行专题小组讨论。

7. 对专题小组讨论结果进行分析与解释。

84 第八章 社会医学研究方法

**(三)选题小组讨论法**

选题小组讨论(nominal group discussion)是一种程序化的小组讨论过程，其目的是为了寻找问 题，并把所发现的问题按其重要程度排列出来。也就是要在一个由具有各种不同既得利益、不同思 想意识和不同专业水平的人组成的小组中发掘问题并排出先后次序。卫生领域的研究中，该方法被 用来发现运作过程中的问题、确定优先领域、筛选评价指标等。该方法属于一致性研究方法，既属于 定性研究方法，但又具有定量研究的一些特征。其优点是：每个人都有平等表达意见的机会；每个人 都要积极参与，提出自己的看法；受他人的影响较小；每一个讨论都有一个肯定的结果；但要求参与 者有一定的文化水平。

选题小组讨论包括以下步骤：

1. 列出与陈述问题 主持人给出要研究或解决的问题，小组成员不出声地酝酿各自的想法，结 合自己的工作经验和工作体会，把认为必要的问题写在卡片(或纸片)上，约10~15分钟。此阶段不 能讨论，每个人独立完成。然后把每一个人的问题依次列到大图纸上或黑板上，并向大家解释自己 写的每一项。

2. 讨论所列问题 此阶段开始讨论，每个人都可以就列出的问题提问、解释、合并相同的问题、

剔除某些问题等。这是一个对所列问题的澄清过程和大家相互理解的过程。

3. 重要性评判 此阶段不再讨论，由小组的每一个成员独立对所列出的问题进行重要性排序 打分。例如，从所列问题中选出认为重要的10个指标，最重要的为10分，最不重要的为1分，未选 中的为0分。收集每个人的评分结果，汇总计算所列每一个问题的得分情况。按每一个问题的得分 情况进行排序，排序结果基本上代表了小组成员的共同意见。

**(** **四** **)** **观** **察** **法**

观察法(observation) 是研究者通过对事件或研究对象的行为进行直接的、系统的观察来收集数 据的方法，是一种收集非言语行为资料的主要技术。观察法根据观察者的角色不同，可以分为非参 与性观察和参与性观察。非参与性观察是指观察者不参与观察对象的群组活动，仅仅是一个旁观 者。而在参与性观察中，观察者要深入到观察对象所在社区的日常生活中，将自己视为社区的成员 之一，在与研究对象互动的同时，通过仔细的体验和观察，获取第一手的资料。观察法常常可以获得 其他方法不易获得的资料，尤其是参与观察，更可以了解到一些被研究者自己都不一定认识到，更不 可能用语音表达出来的事物，尤其是一些行为、态度、风俗习惯等。但该法对观察者的要求很高，尤 其是参与观察，研究者须掌握所研究地方的方言及较高的调查技巧。此种方法调查的结果一般是定 性的，量化和分析往往比较困难，且难以重复调查结果。参与性观察常常要花费几个月甚至更长的 时间，对许多研究人员来说可能难以进行的。在社会医学研究中更多采用的是非参与观察法。

**四、定性研究资料的处理及分析**

与定量研究类似，在定性研究中，资料收集之后就应对资料进行处理和分析，并在分析的基础上 总结、形成报告。定量研究资料的分析主要是获得相应的量化指标，用指标表述结果，分析主要采用 流行病学与卫生统计学的方法。定性研究所获得的资料主要是文字描述或叙述性的资料，很难用统

第八章社会医学研究方法 85

计指标表达。因此其分析相对较为复杂，并且没有单一或最好的方法，分析方法的选择应根据研究 的目的、研究理论架构、研究者对结果的需要、资料的来源等确定。

在社会医学领域进行的定性研究资料处理及分析的一般步骤为：

( 一 )资料整理

社会医学领域的定性研究主要采用深入访谈及专题小组讨论的方法收集资料，收集的是语言、 文字描述的资料。在收集资料过程中，为了保证谈话或讨论的氛围，不可能要求被调查者逐条回答 问题。因此，资料收集过程中的录音及记录资料需要进行整理。资料整理的过程也是研究者对访谈 资料再熟悉的过程，为进一步的分析提供保障。

(二)资料分析

资料分析在资料的收集、整理过程中就已经开始了。在资料收集过程中，需要通过对已经收集 资料的理解、分析提出深入的问题。在资料整理过程中，可以熟悉资料、发现要点或“核心”,为资料 归类分析提供依据。但主要的分析工作在资料分析阶段完成，资料分析过程一般包括：

1. 资料分类 根据分析的要点或主题将收集到的资料归入相应的类别。分类的方法一般有两 种，一种是预设分类，另一种是即时分类。前者是研究者在研究开始之前就已经确立了分类的标准 或主题，后者是在收集资料或整理资料的过程中，对一些具体行为方式、词语或词组、表现出规律性 的事件或因某些原因值得注意的事件进行仔细研究后发现要点，提出分类的标准或主题。社会医学 的定性研究一般都需要制定访谈提纲，而不是完全的开放式访谈，一般多用预设分类，将提纲的要点 或主旨作为分类的主题。

2. 归纳诠释 在对资料分析的基础上，研究者根据研究的目的、自己的判断诠释相关的主题及 各主题之间的关系，并归纳提炼相关的研究结论。

除了上述常用的分类归纳分析方法，在突出一些个案时，也可以用“讲故事”的形式完整地阐述 被访谈者的描述。

目前，越来越多地用于定性分析的计算机软件，给研究者带来很多便利。例如，使资料分类更加 容易，也可以抛弃很多纸质资料，节省了空间。但对于定性研究者而言，必须要了解计算机和软件包 能做什么和不能做什么,计算机可以处理机械性的任务，可以进行资料分类，甚至进行归纳，但不能 完成解释、综合和假设检验等关键性的任务。而且，目前大多数用于定性研究资料的计算机软件还 没有中文版。

**第三节** **定量研究**

一 、定 量 研 究 的 概 念 及 特 点

(一)定量研究的概念

通过调查收集人群发生某种事件的数量指标，或者探讨各种因素与疾病和健康的数量依存关系 的研究称之为定量研究(quantitative research)。其收集资料的过程称为定量调查。

86 第八章 社会医学研究方法

定量研究有多种不同的类型。根据调查目的不同，可分为描述性调查研究和分析性调查研究。 描述性调查研究一般是通过一次性的横断面调查，了解研究对象、研究事物的现况，以评价社会卫生 状况及人群健康状况，分析与健康及疾病相关的影响因素，为制定社会卫生措施及制定相关卫生政 策提供参考依据，是社会医学研究常用的定量研究方法。分析性调查研究属于病因探索性研究方 法，一般用于对描述性研究发现的健康危险因素进行进一步的评价或测量，以初步确定影响因素与 健康及疾病之间的因果关系。根据调查范围不同，可分为全面调查研究和抽样调查研究。全面调查 是对研究所涉及的所有对象进行调查，如人口普查。全面调查可以获得总体的情况，不存在抽样误 差，但调查成本较高，调查质量难以控制。社会医学的定量研究主要采用抽样调查研究的方法，即从 研究的总体中抽取一部分人群作为样本加以调查，用样本人群调查的结果推论总体情况，需要用统 计学方法估计抽样误差，其调查成本相对较小，可行性较好。

定量调查研究可以分为3个阶段：①调查设计阶段：主要包括明确调查目的，根据调查目的提出 假设，并将假设具体化为相关指标，确定调查对象，设计调查工具，确定收集资料的方法，选择和培训 调查人员等；②现场实施阶段：主要包括现场调查的实施组织工作，调查工作开展，调查质量的控制 等；③数据整理分析及报告撰写阶段：包括对数据进行清理，检查资料的正确性、完整性，剔除不完 整、纳人可能影响问卷质量的废表，对数据进行编码；数据录入计算机，录入数据的质量控制，资料分 析，解释结果及撰写报告等。

定量研究的主要工具是问卷，所以定量研究收集资料的过程也被称为问卷调查。根据收集资料 时具体方法的不同，可分为访谈法和自填法。

**(二)定量研究的特点**

定量研究的特点包括：①研究的重点在于“验证假设”,一般有较为严密的逻辑架构；②标准化 和精确化程度较高；③结果可以用具体指标表达，用概率统计的方法进行检验；④具有较好的客观性 和科学性，有较强的说服力。

定量研究的局限在于：①研究需要调查大样本人群，需要花费较多的人力、财力、时间；②调查采 用标准化的工具， 一般不允许在实际调查中添加或更改调查内容，使调查很难获得对事物深层次的 了解，也较少能收集到意料之外的新信息；③由于社会因素的多样性，以及对健康及疾病影响的复杂 性，使一些社会因素与健康及疾病的关系很难用定量结果加以解释；④一些健康相关的社会因素及 医学问题难以用数据指标表达。

**二、访谈法**

访谈法(interview) 是通过有目的谈话来收集资料的过程。它是由调查者根据事先设计的调查 表或问卷对调查对象逐一进行询问来收集资料的过程，因此，这种访谈又称之为问卷访谈或结构式 访谈。根据访谈时的具体场所或介质不同，又可以分为面对面访谈法和电话访谈法。

**(一)面对面访谈法**

面对面访谈是由调查者到调查现场找到被调查者，按照问卷条目逐项询问被调查者，根据其回 答填写调查问卷，完成调查。其基本特征是有详细的调查表和进行面对面的访问，是社会医学研究

第八章 社会医学研究方法 87

中最常用的问卷调查方法。

1. 优 点 比较灵活，调查员可以进行必要的说明，解释问卷中引起误解或不理解的内容，并可在 访谈中随时纠正和完善被访谈者对问题的回答。访谈法对调查对象文化要求不高，文盲和不愿用文字 回答问题者，均可以用这种方法来收集资料。 一般访谈法的问卷回收率较高，因为调查员可以督促被 调查者的回答，并且不需要被调查者自己填写问卷，问卷填答之后可以立即收回，对于不合作者还可以 进行说服。在访谈过程中，调查员可以根据被调查者的姿势、语气、表情、反应等非文字信息来判断其 回答的真实性。面对面的访谈形式比较容易控制访谈的环境，有效地防止第三者对访谈的影响。由于 有调查员对调查的问题进行必要的说明和解释，因此可以在问卷中列入较为复杂的问题。

2. 缺点 需要大量甚至是复杂的组织工作，如果访谈的样本较大，问卷中包含的问题较多时， 访谈就非常耗费时间和人力、物力。在访谈中比较容易受访谈员先入为主的影响，如果访谈员的素 质不高或没有进行足够的培训，就可能出现访谈偏误。面对面的访谈一般没有匿名保证，有时被调 查者可能因此拒答或不真实地回答。由于涉及交通，且需要相当的人力物力，其调查范围在地理上 就不能分布太分散。

**(二)电话访谈法**

随着电话普及，电话访谈被应用得越来越多，尤其是在一些商业调查中普遍使用。该法的优点 大多与面对面访谈一样，并且比面对面访谈节约人力和经费。但其问卷完成率可能会较低，因为被 调查者如果不愿接受调查，可以挂断电话而不给解释的机会。调查时间过长，被调查者也可能自主 挂断电话结束调查，使问卷成为废卷。因此，电话访谈一般适用于调查目的单一、问题简单、短时间 内即可完成的调查。例如，为评估社区卫生服务工作，需要了解服务对象的满意度、健康知识知晓率 等，只需调查几个简单问题，就可以采用电话访谈。

**三** **、自** **填** **法**

自填法(self-administered) 是由调查人员将设计好的问卷通过某种途径交给被调查者，由被调查 者独立填答问卷的方法。 一般包括信访法、现场自填法和网络调查法。

**(一)信访法**

由调查者将问卷邮寄给调查对象，调查对象按照要求填写问卷，再寄回给调查者，这种收集资料 的方法称为信访法。

1. 优点 由于不需要直接接触调查对象，不涉及交通，不需要现场组织工作，不需要培训调查 员，从而比较节省时间和费用。调查对象可以根据自己在时间和地点上的方便来回答问题，可以避 免现场自填时间紧张、时间冲突和周围环境的影响。信访法有较高的匿名保证，信访调查的范围可 以很广，适用于调查对象居住较为分散的调查。

2. 缺点 由于没有调查员，被调查者遇到问题时无法得到准确的解答，而只能依靠有限的填表 说明。不能收集到非文字资料，有时对填表者的回答很难分辨真假。无法控制填写问卷的环境，如 代笔、代答、共同回答、讨论回答等。由于缺乏有效的督促，问卷的回收率通常较低，是否合作取决于 研究者的身份、调查对象对调查内容的兴趣和文化素质。 一旦回收率过低，难以保证样本的代表性。

88 第八章 社会医学研究方法

缺乏有效的督促的另一后果是遗漏的问题可能较多，问卷有效率可能降低。

**(二)现场自填法**

一般是将被调查对象集中到调查现场，由调查者把问卷直接发给被调查者由其自行填写，调查 者一直待在填表现场，直到被调查者填写完毕把问卷收回为止，这种调查方法称为现场自填法。此 种方法由于被调查者相对集中，可以短时间内完成较大量的调查，又由于有调查员在场，及时回收问 卷，所以其既具有信访法节省时间、人力、经费的优点，又具有访谈法的灵活性和高问卷回收率的优 点。但此法一般只能用于被调查者较易集中、具有一定文化程度、能自己填答问卷的调查，如大、中 学 生 。

**(三)网络调查法**

网络调查是随着电脑及互联网的普及而发展起来的一种自填式调查方法，调查一般通过人机对 话，在互联网上进行。由于调查时间的灵活性，此种调查方法具有现场自填法的优点，又解决了现场 自填法需要集中调查对象的难题；由于不需要选择和培训调查员，不需要到现场，节省时间、人力、财 力，调查范围可较广，具有信访调查的优点；由于是在线调查，只要设置合理，可以及时回收问卷，避 免了信访调查回收率过低的缺点。但其缺点在于：调查对象的难确定性，使研究者很难估计样本的 总体，更难以进行概率抽样；调查对象的隐蔽性，使调查者无法了解调查对象的特征，更无法确定调 查结果的真实性。近年来，随着智能手机及无线网络的普及，手机APP 调查作为网络调查的一种手 段得到应用，其在保持网络调查优势的同时，由于手机卡的实名制，在得到法律特许的条件下，部分 解决了网络调查对象的难确定性、隐蔽性等问题。

**第四节** **问卷设计**

问卷(questionnaire) 也称为调查表，是在定量调查中用于收集资料的一种测量工具，它是由一组 问题和相应答案所构成的表格。问卷设计的好坏直接影响所收集到的资料的有效性及可信度，从而 影响问卷调查的结果。因此，问卷设计是定量调查方案设计阶段重要的工作之一。

用于生命质量评价、心理行为调查的问卷常需量化，这一类特殊问卷称之为量表(scale)。

**一** **、问** **卷** **的** **主** **要** **类** **型** **及** **一** **般** **结** **构**

**(一)问卷的主要类型**

根据收集资料方法的不同，问卷可分为自填问卷和访谈问卷。由于两种问卷直接面向的对象不 同，二者在设计要求、形式等方面有所不同。

1. 自填问卷 直接面向被调查者，一般采取邮寄、网络、手机或发送的方式，将问卷交到被调查

者手中自行填写。一般要求有详细的填表说明，问题不宜太复杂。

2. 访谈问卷 由调查者将问题读给被调查者听，再由调查者根据被调查者的回答进行填写。 因此，填表说明可不列人调查表，由调查者掌握，调查的问题也可以较复杂。

第八章 社会医学研究方法 89

**(二)问卷的** **一** **般结构**

作为调查的一种测量工具，问卷应具备统一性、稳定性和实用性的特点。在长期的调查实践中， 逐渐总结出一套较为固定的问卷结构。以邮寄方式发放的问卷为例，问卷一般包括封面信、指导语、 问题及答案、编码等。

1. 封面信 一封致被调查者的短信，通常放在问卷的最前面。封面信的内容包括：调查者的身 份、调查目的、意义和主要内容。封面信是取得被调查者信任和合作的一个重要环节。自填问卷的 封面信通常要比访谈问卷复杂些，还需要把填表的要求、方法、寄回的时间、地点等内容写入信中。

2. 指导语 对填写问卷的说明，即对如何回答问题或选择答案做出明确的说明，对问题中的一 些概念和名词给予通俗易懂的解释，有时甚至可以举例说明答卷方法。总之，对问卷中可能引起疑 问或多种理解的地方都要说清楚。指导语依问卷形式而异，自填问卷是对回答者的指导语，而访谈 问卷是对访谈员的指导语，所以在语气、方式等方面均有所差异。由于访谈员在调查前一般要经过 培训，一些访谈问卷并不把指导语放在问卷中。

3. 问题及答案 问卷的主体，问卷中的封面信、指导语等，都是为问题及答案服务的。从问题 测量的内容上，可以将问题分为特征问题、行为问题和态度问题3类。特征问题用以测量被调查者 的基本情况，如年龄、性别、职业、文化程度、婚姻状况等，通常是各种问卷必不可少的一部分。行为 问题测量的是被调查者过去发生的或正在进行的某些行为和事件，如吸烟、饮酒、患病、就医等。行 为问题是了解各种社会现象、社会事件、社会过程的重要工具。通过这类问题，可以掌握某些事物或 人们的某类行为的历史、现状、程度、范围和特点等多方面的情况。特征问题与行为问题统称为事实 问题，是有关被调查者的客观事实。态度问题用以测量被调查者对某一事物的看法、认识、意愿等主 观因素，是许多问卷中极为重要的测量内容。了解社会现象的目的，不仅是描述它，更重要的是解释 和说明这一社会现象产生的原因，态度问题是揭示某现象产生的直接原因和社会历史原因的关键一 环。由于态度问题往往涉及个人内心深处的东西，而任何人都具有一种本能的自我防卫心理，难吐 真言，甚至不愿发表意见，所以在调查中了解态度问题比了解事实问题困难得多。 一个问卷中不一 定必须同时具备上述3种类型的问题。研究者在设计问题时，有时为被调查者提供答案，供其选择； 有时不提供任何答案，由被调查者自行回答。前者称为封闭式问题，后者称为开放式问题。

4. 编码 用计算机能够识别的数码，对问题和答案进行转换，这样才能用计算机进行统计处理 和分析。编码工作既可以在调查进行前设计问卷时进行，称为预编码，也可以在调查之后收回问卷 时进行，称为后编码。如果设计问题的答案种类不能确定，只能采用后编码。

**二、问卷设计的原则及步骤**

**(** **一** **)问卷设计的原则**

1. 目的性 问卷必须按研究者提出的目的来设计。问卷中的每一个问题都应与研究目的相 关，通常不应该包括那些无关的问题。但在有些情况下，某些研究只有在被测者不注意或不知道研 究的真正目的的情况下，才能得到真实的答案。这时可以有意在问卷中安排一些掩盖真正目的的问 题，但这些问题并非研究者的兴趣所在。在实际工作中，问题是依据研究目标提出的。研究目标是

90 第八章 社会医学研究方法

指根据研究目的拟出的可以衡量的一系列指标。从研究目的到研究目标，至最后列出各个具体问 题，是抽象概念操作化的过程。

2. 反向性 问卷的设计与研究步骤恰好相反，问卷中的问题，是在考虑了最终想要得到的结果 的基础上反推出来的。这种反向原则，能够保证问卷中的每一个问题都不偏离研究者的目的，而且 在问题提出时，已充分考虑了问题的统计分析方法，避免出现无法分析和处理或使处理过程复杂化 的问题和答案。

3. 实用性 问卷的提问用词必须得当，容易被理解。要求所用词句简单清楚，具体而不抽象， 尽量避免使用专业术语。要考虑被调查者的背景和兴趣、知识和能力等，鼓励被调查者尽其最大的 能力来回答问卷。

(二)问卷设计的步骤

1. 明确研究目的 在设计问卷之前，必须首先明确研究的目的是什么,并且将研究目的分解为 一系列可测量的指标，即将研究目的概念化、操作化，以便用相应的问题条目来表达。所谓概念化就 是明确研究目的具体的含义，应该包含的维度。例如，目的是了解某种疾病病人的生命质量，需要界 定什么是生命质量，其应包含的内容(维度),如可以将生命质量分解为生理状态、心理状态、社会功 能状态等各维度。操作化是指明确、精准的规定如何测量某一概念，也就是根据概念设定一系列可 测量的指标，并对每一类指标用相应的问题条目来具体表达。

2. 建立问题库 问题的来源主要有两个途径：

(1)头脑风暴法：主要适用于首次涉及的测量领域，或对已有的问卷进行修改，以适用于测量人 群或测量目的改变。由与调查有关的人员，如被调查者及其家属、医生、护士、社会学家等组成研究 小组，让他们围绕着研究目的和基本内容，自由发表意见，提出各种可能相关的问题。然后将提出的 问题进行归类、合并、删除等处理，以消除无关的或重复的问题。

(2)借用其他问卷的条目：从已有的问卷中筛选符合研究目的的条目，是一种常用的问题来源。 由于大多数问卷已经过反复应用和检验，借用来的条目多有较好的信度和效度。尽管如此，新设计 组合的问卷仍然要检验信度和效度，即使是把一个外文问卷完整翻译成本国文字亦需作此检验。在 我国，引用外文问卷非常普遍，其最大的优点是便于与国外同类研究相比较，然而，译文的规范化及 其信度和效度问题必须引起研究者的重视。

3. 设计问卷初稿 包括从问题库中筛选合适的条目；将问题的描述标准化、规范化；进行 初步的量化处理；按一定的逻辑结构，合理安排问题顺序；合理编排组合成结构完整的初始 问卷 。

4. 试用和修改 试用的方法有两种， 一种为客观检查法，将问卷初稿进行一次预调查，以 发现问卷中的问题；另一种为主观评价法，将问卷初稿分送该领域的专家，请他们评论。条件 允许时，最好将这两种方法都采用，先用主观评价法，进行一次修改；再用客观检查法，再进行 一 次修改。

5. 信度与效度的检验 问卷的最终质量要通过信度和效度检验来评价，经过信度和效度检验 后才能确定问卷的正式应用版本。

第八章 社会医学研究方法 91

**三** **、问题及答案的设计**

(一)问题的设计

根据问题是否预设答案，可将问题分为开放式和封闭式。在具体应用时需根据它们各自的优缺 点进行选择。

1. 开放式问题

(1)优点：可用于不知道问题答案的情况，开放式问题可让回答者自由发挥，能收集到生动的资 料，回答者之间的一些较细微的差异也可能反映出来，甚至得到意外的发现。另外，当一个问题有 10种以上的答案时，若使用封闭式问题，回答人可能记不住那么多答案，从而难以作出选择。同时， 问题和答案太长，容易使人感到厌倦，此时用开放式问题为好。

(2)缺点：要求回答者有较高的知识水平和语言表达能力，能够正确理解题意，思考答案，并表达出 来，因而适用范围有限，自填问卷通常不用开放式问题。回答者回答此类问题，需花费较多的时间和精 力，加之许多人不习惯或不乐意用文字表达自己的看法，导致应答率低。对开放式问题的统计处理常 常比较困难，有时甚至无法归类编码和统计，调查结果中还往往混有一些与研究无关的信息。

2. 封闭式问题

(1)优点：从调查实施的难易度看，封闭式问题容易回答，节省时间，文化程度较低的被调查者也能 完成，回答者比较乐于接受这种方式，因而问卷的回收率较高。从测量的层次看，封闭式问题在测量级 别、程度、频率等一些等级问题方面有独特优势，这类问题一般必须列出一系列不同层次的答案，供回 答者选择。例如：“您认为您的健康状态如何：①很好；②好；③一般；④差；⑤很差”,若用开放式问题， 由于回答者可能用很多不同的方式进行描述，故很难将答案归纳为统一的等级结果。对于一些敏感的 问题，如经济收入等，用等级资料的方式划出若干等级让回答者选择，往往比直接用开放式问题更能获 得相对真实的回答。从资料的整理和分析方面看，封闭式问题列出答案种类，可以将不相干的回答减 少到最小程度，收集到的资料略去了回答者间的某些差异，统一归为若干类，便于分析和比较。

(2)缺点：某些问题的答案不易列全，回答者如果不同意问卷列出的任何答案，没有表达自己意 见的可能，而调查者也无法发现。对于有些无主见或不知怎样回答的人，答案给他们提供了猜答和 随便选答的机会，因此，资料有时不能反映真实情况。封闭式问题调查还容易发生笔误，例如，本来 想选答案②,结果却圈了答案③,这类错误无法区分。

3. 开放式问题和封闭式问题的实际应用 由于开放式问题在适用范围和统计分析等方面的缺 陷，目前的问卷调查多以采用封闭式问题为主，但在问卷设计者不能肯定问题的所有答案或者要了 解一些新情况时，也可用开放式问题。许多采用封闭式问题的问卷，常常在预调查时先用部分开放 式问题，以确定封闭式问题的答案种类。为了保证封闭式问题包括全部答案，可以在主要答案后加 上“其他”之类的答案，以作补充，避免强迫被调查者选择不真实的答案，例如，“您的职业是：①工 人；②农民；③商人；④教师；⑤科技人员；⑥公务员；⑦其他(请注明) ”

( 二 ) 答 案 的 设 计

问题答案的格式在一定程度上是由问题的特性决定的。例如，“您是否参加了医疗保险?”这个

问题只能有“是”或“否”两种答案；“您为什么参加医疗保险?”就不能用“是”或“否”来回答了。一 般来说，常用的答案格式有五种。

1. 填空式 常用于一些事实性的、能定量的问题。例如，“您家有几口人?人。”

2. 二项选择式 在问题后给出“是”和“否”两个答案，或者两个相互排斥的答案。二项选择式 测量的是统计学中的“0/1”型变量，由于这种答案格式对于研究者和被调查者双方而言均简便易 行，故而应用非常广泛。但是，将一些本来比较复杂的答案简化成二项选择后，就意味着研究者人为 地合并了许多虽然相关但有程度差异的答案，在调查时，被调查者之间以及被调查者与研究者之间 可能对于这种合并有不同的标准，还有一些被调查者可能觉得无所适从，不知如何应答。此外，减少 答案的种类后，测量的信度也明显下降。

3. 多项选择式 问题后的答案超过两个，该格式在问卷设计中应用最广。无论测量的尺度如 何，在设计问卷时均可采用多项选择式的答案格式。目前，对于具有连续性特征的变量的测量也多 采用多项选择式的答案设计。但要注意，答案数量太少信度便会下降，测量的稳定度不佳。而答案 数量太多，不仅造成问卷篇幅的增加，而且可能导致被调查者不耐烦而不认真答卷。 一般认为，5~7 个答案是比较适宜的，最多不宜超过10个。在排列答案时，对于没有顺序关系的答案，无论怎样排 列答案都行。但对于有一定顺序关系的答案，应按顺序排列，以免逻辑混乱，影响选择答案。

4. 图表式 有的问题答案可以用图表的方式列出，被调查者在图表上表示自己的意见。常见 的有脸谱、线性尺度、梯形等。其中，线性尺度用得最多，通常绘出一条10cm 长的刻度线，线的两个 端点分别表示某项特征的两个极端情况，回答者根据自己的实际情况、看法或意见，可在线上的适当 地方做标记来回答。此种方式实际上将答案视为一种连续的频谱，研究者不必想出许多词来描述答 案，而且所得结果是定量资料。但是，线性尺度操作起来有相当难度，被调查者在确定选择哪一刻度 来表示自己情况时可能有失误，而且，极少有人会选择线性尺度的极端。

5. 排序式 有的问题是为了了解被调查者对某些事情重要性的看法，其答案是列出要考虑的 有关事情，让被调查者排序。例如，“您认为下列问题中哪些对社会影响最大?请按对社会影响的 重要程度从1(最重要)排到5(最不重要)。 环境污染问题， 交通秩序问题， 人口问题， 治 安 问题， 物价问题。”

(三)问题设计的常见错误

1. 双重装填 一个问题中包括了两个或两个以上的问题，导致有些被调查者可能难以作出回答。

2. 含糊不清 使用了一些词意含糊不清的词，或使用了一些专业术语、俗语，从而使问题不易 为人理解。有时也可能因为对问题的表述不准确或修饰语过多，从而使问题的意思含糊不清。

3. 抽象的提问 涉及幸福、爱、正义等一类抽象概念的提问一般较难回答。许多被调查者遇到 这类提问时，可能发现自己从未思考过这类问题。问卷如果一定要涉及这方面的提问，最好给出一

些具体的看法，让被调查者仅回答赞成与否。

4. 诱导性提问 人为地增加某些回答的概率，从而产生偏误。因为带有诱导性的提问，容易使 无主见的被调查者顺着调查者的意思回答，所以应该采用中性的提问。

5. 敏感性问题 有些问题对于被调查者是非常敏感的，如未婚先孕、流产、同性恋、吸毒等。这

第八章 社会医学研究方法 93

类问题的设计宜慎重，否则将因被调查者说谎造成偏误。有时，在肯定存在这类行为的人群中调查 时，可以进行适当诱导提问，不给否定答案。

( 四 ) 问 题 的 排 列

当调查的各个问题合并为一张问卷时，研究者必须考虑各个问题在问卷中的排列顺序。以下几 点在排列问题时可作参考：

1. 先排列容易回答的、无威胁性的问题 如年龄、性别、职业等事实方面的问题宜放在前面。 一般情况下，敏感性问题如性行为、经济收入、宗教等宜放在问卷的后面部分，以免引起被调查者的 反感，影响对后面问题的回答。

2. 先排列封闭式问题 开放式问题需要时间考虑，不易回答，如将这类问题放在前面，容易导 致拒答，影响问卷的回收率。

3. 问题要按一定的逻辑顺序排列 应考虑人们的思维方式，按事物的内容和相互关系以及事 情发生或发展的先后顺序排列问题。相同或相似内容和性质的问题应集中在一起，问完一类问题之 后再转向另一类问题，避免跳跃性的提问。对有时间关系的系列问题，应按顺时或逆时顺序提问，不 要随意更换问题的次序，否则可能扰乱被调查者的思维。但是，如果问卷的内容并不很复杂，或不能 很明显地分为若干部分，则不用分；有时为了防止被调查者的厌倦或不假思索地随便回答，可随机地 使用各类形式的问题和不同的排列次序相结合，增加问卷的多样性。

4. 检验信度的问题须分隔开来 在很多问卷中，研究者有意设置一些高度相关或内容完全相 同而形式不同的问题，这些成对出现的问题，目的是检验问卷的信度，它们不能排在一起，否则被调 查者很容易察觉并使回答无矛盾，达不到检验的目的。

**四、问卷的评价**

问卷的质量直接影响调查结果的质量，关系到调查目的是否能够实现，因此，问卷设计完成后需 要对其质量进行评价。主要的评价指标包括可行性、信度、效度、敏感度等。其中，问卷的信度、效度 评价最为关键。

( 一 ) 信 度

信 度(reliability) 是指所得结果的可靠程度，通过测量结果的稳定性及一致性来判断结果的信 度，通常用信度系数来评价。 一般将两种或两次测量结果的相关系数作为信度系数。

1. 复测信度(test-retest reliability) 用同一问卷在不同时间对同一研究对象进行重复测 量，两次测量结果之间的一致性程度。这是应用最多的一种方法。由于研究对象的特征可能随时间 发生变化，而且重复测量易受前一次测量的影响，因此，重复测量的间隔时间不宜太长，也不宜太短， 以2~4周为宜。 一般而言，复测信度系数应该达到0.70以上。

2. 复本信度 (alternate form reliability) 设计另外一种与问卷在测量内容、应答形式及统计 方法等方面高度类似的问卷，同时测量同一研究对象，评价两个问卷测量结果的相关性。但要设计 并保证真正的复本问卷是非常困难的。

3. 折半信度 (split-half reliability) 鉴于设计复本问卷非常困难，可以将一个问卷分拆为两

94 第八章 社会医学研究方法

半，分别作为各自的复本。但由于分拆的方法很多，不同分拆方法可能得出不同的信度系数。例如， 一个10条目的问卷就有126种组合方法。实际操作中，最常用的折半法是将问卷分为奇数条目的 问卷和偶数条目的问卷。两半问卷的相关系数(r)等于半个问卷的信度系数，而一个完整问卷的条 目增加了1倍，其信度系数(R) 可用下式换算：



( 二 ) 效 度

效度(validity) 是指测量结果与试图要达到的目标之间的接近程度。效度的评价种类很多，但 主要可以从四个方面进行评价：

1. 表面效度(face validity) 从表面上看，问卷的条目是否都是与研究者想要了解的问题有 关。这是一个由专家评价的主观指标。

2. 内容效度(content validity) 评价问卷所涉及的内容，能在多大程度上覆盖研究目的要求 达到的各个方面和领域。内容效度与表面效度一样，同属主观指标。在实际工作中，只能由专家根 据自身的经验，判断问卷表达内容的完整性。

3. 结构效度 (construct validity) 用两个相关的可以相互取代的测量尺度对同一概念交互. 测量，如能取得同样结果，可认为有结构效度，一般可用相关分析、因子分析等方法评价结构效度。

4. 准则效度 (criterion validity) 评价问卷测量结果与标准测量(即准则)之间的接近程度， 常用统计方法为相关分析，相关系数被称为效度系数。

一般情况下，用量表进行的调查研究应该进行各种相关的信效度评价，而普通的问卷调查主要通 过表面效度、内容效度等主观评价问卷是否具有有效性，用复测信度判断问卷调查收集资料的可靠性。

(三)信度和效度的关系

1. 不可信的测量一定是无效的。即信度不高，效度也不会高。

2. 可信的测量既可能有效，也可能无效。即信度高，效度不一定也高。

3. 无效的测量既可能是可信的，也可能是不可信的。即效度不高，信度可能高，也可能不高。

4. 有效的测量一定是可信的测量。即效度高，信度一定也高。

(李宁秀)

|  |
| --- |
| **思考题** **1.卫生领域研究为什么需要引入定性研究方法?**  2.如何保证定量调查的质量?  3.简述定性研究与定量研究的区别，以及这两种方法如何结合使用。 |



**第九章**

笔 记 ·

**卫生服务研究**

**第一节** **卫生服务研究概述**

卫生服务研究虽在我国起步较晚，但现已发展成为我国社会医学与卫生事业管理学科的一个重 要研究领域。世界各国卫生服务研究的问题视其社会经济发展水平、文化背景、卫生服务体系、医疗 保健制度等不同而不尽相同，至今还没有对卫生服务研究形成一个明确、统一的定义。一般认为，卫 生服务研究(health services research)是从卫生服务的供方、需方和第三方(如决策方、医疗保险公司 等)及其相互之间的关系出发，研究卫生系统为一定的目的合理使用卫生资源，向居民提供预防、保 健、医疗、康复、健康促进等卫生服务的过程。研究范畴包括理论研究、发展研究、政策分析，以及卫 生服务的计划、组织、管理、制度、政策、指导、实施、质量控制、激励、效益和效果评价等。基本程序由 卫生服务的计划、实施及评价三个互相衔接、循环发展的环节所组成。

**一** **、卫生服务研究的意义与目的**

随着医学模式的转变，单纯依靠生物医学成就、先进的疾病防治技术和方法，已不能保证取得满 意的工作效果和提高人群健康水平，还必须与时俱进地调整与改进医疗卫生服务系统的组织结构、 功能以及工作方式方法，还必须有适宜的卫生服务计划、实施、评价管理技术，才能充分发挥生物医 学技术与方法的作用，提高卫生服务的效益和效果。卫生服务研究对象和内容的不断扩展以及研究 成果对改进卫生服务所发挥的重要作用，是适应卫生服务社会化和现代化的一个必然趋势。在当今 卫生服务研究领域中，世界各国普遍关注的3个问题： 一是提高卫生服务的普及程度和居民接受卫 生服务的能力，即保证卫生服务利用的社会公平性；二是控制医药费用，提高卫生服务的社会效益和 经济效益；三是改进卫生服务质量，提高居民健康水平和生活质量。认真研究这3个问题对妥善解 决居民“看病贵、看病难”问题、促进我国卫生事业可持续发展有着十分重要的现实意义。实际上， 保证公平、提高效益、改善质量也是卫生服务研究的永恒主题。

卫生服务研究的根本目的是为了科学合理组织卫生事业，以有限的卫生资源尽可能地满足广大 居民的卫生服务需要，从而提高居民的健康水平和生活质量，改善社会卫生状况。卫生服务研究从 宏观和微观两个方面，广泛采用比较的方法，重点研究卫生服务需要、卫生资源供给、卫生服务利用 三者之间的关系，研究人群卫生服务需要量和利用率水平及其影响因素，从而为各级政府及相关职 能部门提供合理配置、有效使用卫生资源，科学组织卫生服务，制订卫生工作方针、计划、策略、政策 的指导原则、基本程序和工作方法。

96 第九章 卫生服务研究

**二、我国卫生服务研究的进展**

我国开展较系统的卫生服务研究起始于1981年，中美两国科技人员在科技合作项目中对上海 县卫生服务状况进行描述性综合研究。该研究系统考察了我国上海县卫生服务，并将某些有代表性 的、综合性的居民健康和社会卫生状况指标与美国华盛顿县进行了对比分析。研究结果表明：①上 海县居民主要健康指标，如死亡率、婴儿死亡率、围产期死亡率、主要死因构成及平均期望寿命等，已 经接近于发达国家水平；②上海县与华盛顿县的社会经济和卫生资源状况存在巨大差别，但居民卫 生服务利用的指标和健康水平却比较接近，说明上海县卫生服务的宏观效益和效果是明显的；③上 海县居民主要健康指标的30多年变动历程，在美国大致经历了60年，说明上海县卫生服务发展的 速度非常迅速。上海县卫生服务研究开创了我国卫生服务系统研究的先例，其研究经验以及所采用 定性与定量结合的快速评估技术与方法，尤其是家庭健康询问调查方法(household health interview survey),具有十分重要的示范与指导作用。30多年来，我国学术界和卫生管理工作者围绕医药卫生 改革与经济社会协调发展中的热点和焦点问题，开展理论和实证方面的调查研究一直持续不断，无 论是研究的广度还是研究的深度都取得了长足的进步，归纳起来主要体现在以下4个方面：

1. 上海县卫生服务研究经验的迅速推广 自20世纪80年代中期以来，我国已有300多个市、 县进行过城乡居民卫生服务抽样调查，收集了大量城乡居民健康状况、医疗需要量、卫生服务利用量 及卫生资源信息，为制定与评价区域性卫生发展规划，推动卫生事业现代化、科学化管理发挥了重要 作 用 。

2. 卫生服务研究范围、内容和对象的进一步拓展 我国卫生服务研究范围从农村向城市，从 东部沿海地区向西部内地乃至全国范围拓展；研究内容由单一的医疗服务向预防、保健、护理、康复 等领域拓展；研究对象从普通人群向特殊人群或弱势人群(老人、妇女、儿童、残疾人、流动人口、少 数民族人口、贫困人口、部队指战员等)拓展。国家卫生主管部门在总结、吸收国内外卫生服务调查 经验的基础上，采用多阶段分层整群随机抽样的方法，分别于1993年、1998年、2003年、2008年和 2013年进行了5次国家卫生服务抽样调查。这些调查研究获得的信息不仅为各级政府及有关部门 制定卫生事业发展规划和政策，调控卫生服务的各种供求关系，进行科学管理和评价提供了客观依 据，而且积累了比较丰富的卫生服务调查的经验。

3. 卫生服务调查研究方法的发展 为准确掌握居民健康状况、卫生服务需要量和利用率水平， 弥补一次性横断面家庭健康询问抽样调查的缺陷和常规登记报告资料的不足。重复性或连续性的 家庭健康询问抽样调查方法已在国内一些卫生服务研究项目中被采用。研究方法也已从初始阶段 的横断面描述性研究向纵向的时间序列研究、分析性研究、前瞻性的干预研究发展，从而使获得的研 究结论更具说服力、科学性和有效性，加速了我国卫生服务现代化、科学化管理的发展进程。

4. 多学科融合参与卫生服务研究格局的形成 在卫生服务改革与发展进程中，保障卫生服务 公平、提高效益、改善质量是一个错综复杂的社会问题和政治问题。近20年来，我国社会学、政治 学、人口学、管理学、经济学、公共卫生与预防医学等多学科的专家学者逐步改变“就卫生论卫生”的 研究思路，通过相互合作与融合，开阔视野，共同参与到卫生服务研究中来，采用多学科方法，将卫生

第九章 卫生服务研究 97

服务改革与发展中的热点和焦点问题置于现阶段我国全面建设小康社会及健康中国的大背景和框 架下进行审视与研讨。当今国内的研究领域和热点问题主要在集中新一轮医药卫生体制改革中的 基本医疗保障制度、国家基本药物制度、基层医疗卫生服务体系、基本公共卫生服务均等化、公立医 院改革试点等方面的理论、策略、方法探讨及其实证研究。

**三、卫生服务研究的分类**

1. 卫生系统研究 将卫生服务需要和提供作为一个系统过程，运用系统分析的基本原理和方 法，研究人群卫生服务需要、卫生资源投人及卫生服务利用之间的关系，综合分析人群卫生服务需要 量是否满足，卫生资源配置是否适度，卫生服务利用程度是否充分、过度或不足等，从而提出卫生服 务的方向和重点，以及卫生资源合理配置与使用的原则和方法。此外，还可以将卫生服务投人量、服 务过程、产出量以及效果作为一个系统来考察，或从卫生服务的组织、结构及其功能等方面进行系统 研 究 。

2. 卫生工作研究 包括卫生工作计划、组织、指导、实施、监督、激励和评价等方面，可分为工作 开发研究和目标评价研究两类。工作开发研究是通过对工作过程的考察来评价卫生服务计划的进 展和工作成效，探讨新技术、新方法的应用和推广。目标评价研究是通过比较实际结果与预期计划 目标的接近程度，评价计划目标的执行和完成停况。

3. 防治效果评价 卫生服务研究可以帮助促进生物医学成就应用于卫生领域，如临床试验疗 效考核，新技术、新方法推广应用对居民健康的影响，预防措施效果评价，以及居民在利用这些新技 术、新方法方面存在差异的评价等。

4. 行为医学研究 研究行为心理因素对卫生服务的影响，如研究健康者与病人的行为心理特 征，医务人员的行医行为，医患关系，医护关系，个人、家庭、社区和卫生机构之间的协调、利益分 配 等 。

**四、卫生服务研究的内容**

世界各国卫生服务研究的内容都是根据本国的社会、经济、文化等特征以及面临的卫生服务问 题而各有所侧重。20世纪80年代以来，以市场导向的经济体制改革，广泛而深刻地改变了我国的 社会经济环境，使原先建立在高度集中的计划经济与管理体制之上的卫生服务体系和医疗保障制度 发生了一系列显著变化，提出了许多亟待研究的问题和配套改革的任务，同时拓展了我国卫生服务 研究的领域，具体内容包括下列6个方面。

1. 社会因素对卫生系统的影响 社会因素对卫生系统有着重要影响，有时甚至是决定性的影 响。一个国家卫生系统的组织形式取决于其历史传统、社会制度、政府的组织结构，以及所处的社会 经济发展阶段。合理组织卫生服务，充分发挥卫生资源的作用是组织卫生服务体系的基本原则。卫 生服务研究可以为卫生组织和机构的设置提供科学依据。

2. 评价人群的医疗卫生服务需要 了解人群觉察到的和潜在的卫生服务需要量及其影响因素 是卫生服务研究的重要内容。人群的人口学特征及健康水平是决定卫生服务需要量的基本因素，社

98 第九章 卫生服务研究

会、经济、文化、行为因素和医疗保障制度对卫生服务需要量具有重要影响。随着社会经济的发展和 生活水平的提高、医学模式的转变、健康观念的更新，人们对卫生服务提出了新的需求。因此，研究 人群卫生服务需要量不能满足的程度及其影响因素，可以为改善卫生服务指明方向和重点。

3. 卫生资源的合理配置和有效使用 卫生资源是开展各种卫生服务所需的社会资源的总和， 包括人力资源、财力资源、物力资源、技术资源、信息资源等要素。以提高人群健康水平为中心，以满 足社会需求为导向，合理配置卫生资源，以提高资源的利用率和公平性。

4. 卫生系统的组织结构与功能 一个国家或地区卫生系统的组织结构及其功能是历史演变的 产物。根据不同时期的具体任务建立的卫生服务体系和工作网络，需要根据社会经济的发展和主要 卫生任务的演变进行不断改革。在如何审时度势、因地制宜地建立健全卫生服务体系和工作网络， 提出协调的方法和手段，以及提供卫生服务的内容、性质、范围及层次等方面，有大量值得研究的课 题。例如，一级、二级、三级卫生保健网络之间的分工和联系，全科与专科医疗、门诊与住院医疗、医 疗与预防服务、各级不同性质的卫生组织或机构之间的协调发展等。理顺卫生系统内部、外部这些 纵向和横向的分工与联系，有助于挖掘卫生服务系统的潜力和提高工作效率。

5. 卫生系统的经济分析 对卫生系统内部和外部卫生经费的研究关系到卫生服务的全局，因 为卫生经费是开展卫生服务活动的必要条件。卫生经费可从国家、社会、个人等3个方面筹集。任 何一个以市场经济为导向的社会，卫生经费必须与其他部门竞争。了解并掌握卫生经费的来源、数 量、分配、使用及其构成，是卫生管理者和决策者不可缺少的基础数据。

6. 卫生服务效果评价 人群健康状况是评价卫生服务效果的最终指标。通常对单项的卫生服 务项目评价，如预防接种的效果评价， 一般考核接种率、传染病发病率、死亡率的变化等即可做出评 价；但对综合性的卫生服务项目，如初级卫生保健、生殖健康服务、慢性病防治工作等进行评价，情况 要复杂得多，需通过建立综合评价指标体系才能做出科学的评价。

**五、卫生服务研究的方法**

1. 描述性研究 目的在于阐明卫生服务或健康事件在人群中分布的状况及其变动规律，可从 下列3个方面进行。

(1)考察卫生服务发展的变动规律，预测卫生事业发展的趋势。例如，通过系统回顾，分析新中 国成立以来卫生服务的变化，总结卫生事业的成绩和经验，根据联合国提出的可持续发展议程，提出 具体的目标、指标和措施。

(2)比较不同国家或地区卫生服务状况及水平。通过国家间、地区间卫生服务的比较，了解不 同国家或地区的卫生服务状况，找出差距，并指明发展方向。

(3)分门别类地研究卫生事业的特点，评价卫生服务的效益及效果。例如，在上海县卫生服务 描述性研究中，通过考察有关医疗保障制度、乡村医生、三级医疗网、妇幼保健和计划生育、环境和营 养、疾病防治、卫生费用和卫生服务利用等情况，从这些互为联系的不同方面探讨卫生服务的效益和 效 果 。

2. 分析性研究 研究影响卫生服务的因素，例如，分析慢性病患病率及两周患病率与居民年

第九章 卫生服务研究 99

龄、性别、职业、受教育程度、医疗保障制度、人均收入、饮水类型、卫生设施、吸烟和饮酒习惯等因素 的关系，可采用单因素和多因素的统计分析方法，阐述上述因素与患病率的关系。流行病学研究中 常用的病例对照研究和队列研究同样可以在卫生服务分析性研究中得到广泛应用。

3. 实验性研究 以社区人群作为实验研究的对象，考察卫生服务和疾病防治的效果。开展干 预性的实验研究是一种得到广泛应用的实证方法，在缺氟地区采用饮水加氟措施预防龋齿、在缺碘 地区通过供应加碘食盐措施预防地方性甲状腺肿等都是干预性实验研究取得成效的范例。对于已 经明确的诱发疾病的危险因素，采取社会预防揩施降低危险因素，同样可以取得明显的社会效果。 例如，美国自1968年以来，通过全社会采取改变不良饮食习惯和膳食结构、戒烟和参加体育锻炼活 动等3项社会干预措施，使心血管疾病死亡率至少降低了40%。

4. 数学模型方法 通过建立数学模型阐述卫生服务与有关因素的联系及规律性，是一种定量 研究的方法，主要用来阐述各变量间的函数关系。例如，结合当地过去和现在的具体情况，通过建立 数学模型预测将来；或按照既定的目标，通过建立数学模型预测本地区实现计划目标的进程和控制 指标。常用的有人口预测模型、疾病分布概率模型、卫技人员需要量及病床需要量预测模型等。

5. 系统分析法 一种运用系统思想分析问题和解决问题的方法，已在卫生服务计划的制定和 评价中得到广泛应用。卫生服务系统是一个复杂的系统，运用系统分析技术，综合分析卫生服务系 统内部各要素之间的联系，提出若干备选方案，进行可行性评价和最优化选择。

6. 综合评价法 WHO 通过对英国、美国、加拿大、荷兰、芬兰、阿根廷、前南斯拉夫等7个国家 共12个地区1500万居民近10年的卫生服务抽样调查，于1976年提出了卫生服务综合评价模式，即 通过人群健康状况、医疗需要量、卫生资源、卫生服务利用等指标及其相互关系，评价卫生服务的效 益和效果，为合理配置卫生资源和决策提供客观依据。

7. 投入产出分析法 主要用来研究卫生服务投入量(卫生资源)与产出量(卫生服务利用量、 人群健康水平)之间的关系，以评价卫生资源配置或使用的效益和效果。卫生经济学的成本效益分 析、成本效果分析及成本效用分析等方法均可应用于卫生服务研究领域。

8. 家庭健康询问抽样调查 卫生服务研究中，常规卫生信息登记报告系统和以家庭为单位进 行综合性的健康询问抽样调查是两种重要而又互补的收集资料的方法。 一般来说，建立固定的、经 常性的登记报告制度固然能够提供十分有用的卫生信息，但需要花费大量的人力、物力和财力，而且 有时所收集的信息并不能满足研究的需要。例如，我国现行的常规登记报告系统提供不出总人口中 没有满足的卫生服务需要量、病人未就诊的原因及居民对卫生服务部门的意见与要求等。

通过精心设计、合理组织的家庭健康询问抽样调查，可以对调查人群的社会经济、人口学特征、 健康状况、卫生服务需要与利用及其影响因素、社会卫生状况，以及卫生费用等进行深人的了解，并 据此对目标人群的特征作出较准确的推断，因而这是一种调查信息量较多、较省时省力、可行性好的 调查方法。通常将家庭健康询问抽样调查划分为一次性横断面调查、重复性横断面调查和连续性横 断面调查，这3种调查方法均属回顾性调查的范畴。目前包括我国在内的大多数发展中国家均采用 一次性横断面抽样调查方法，仅少数发达国家(如美国、英国、加拿大、荷兰、日本等)采用连续性横 断面抽样调查方法。 一次性横断面抽样调查的主要缺陷是不能充分、准确反映疾病和病人就诊的季

100 第九章 卫生服务研究

节性变动差异。若通过扩大外延抽样调查的结果来推断目标人群全年患病率和卫生服务利用的特 征及其水平，可能会出现较大的偏差。重复性横断面调查是一次性横断面调查的扩展，即在一年内 重复进行若干次调查，调查结果比一次性横断面调查具有说服力。为进一步减少系统误差，提高样 本推断总体的准确性，更好的方法是采用连续性横断面抽样调查，即在一年内连续不断地进行调查。

需要强调在现代卫生服务研究中，除了采用上述研究方法外，一些在社会医学、卫生管理学、卫生 统计学、流行病学及人口学等领域采用的研究方法，均可以根据实际情况应用于卫生服务研究领域。

**第二节** **卫生服务需要、需求与利用**

**一、基本概念**

1. 卫生服务要求(health services want) 反映居民要求预防保健、增进健康、摆脱疾病、减 少致残的主观愿望，不完全是由自身的实际健康状况所决定。居民的卫生服务要求可以从两方面来 体现：一是公众对政府卫生与健康相关部门和机构的希望、要求和建议等。例如，在报刊杂志、广播 电视节目中经常看到和听到的公众对改进社会卫生工作的呼声、反映和关注的焦点问题。二是可以 在专门组织的健康询问调查中收集居民的卫生服务要求。例如，在一项农村卫生服务抽样调查中所 收集到的19万多居民意见中，43%的居民要求降低医疗费用，11%希望增添医疗设备、提高技术水 平，6%要求向农村输送高质量的医疗卫生人员，4%希望医疗卫生机构改善服务态度。农村居民的 意见集中反映了他们希望能够得到经济、有效、高质量医疗卫生服务的意愿。

2. 卫生服务需要(health services need) 主要取决于居民的自身健康状况，是依据人们的 实际健康状况与“理想健康状态”之间存在的差距而提出的对医疗、预防、保健、康复等卫生服务的 客观需要，包括个人觉察到的需要(perceived need)和由医疗卫生专业人员判定的需要，两者有时是 一致的，有时是不一致的。只有当一个人觉察到有卫生服务需要时，才有可能去寻求利用卫生服务。 例如，某个人实际存在健康问题或患有疾病，但尚未被觉察，通常不会发生寻求卫生服务的行为，这 种情况对其健康是极为不利的。发现未觉察到的卫生服务需要，最有效的方法是进行人群健康筛 检，以确定哪些是已经觉察到的需要，哪些是还没有被觉察到的潜在需要(potential need),这无论对 于医疗服务还是对于预防保健工作都具有积极的意义。

3. 卫生服务需求(health services demand) 从经济和价值观念出发，在一定时期内、一定

价格水平上人们愿意而且有能力消费的卫生服务量。 一般可分为2类：

(1)由需要转化而来的需求：人们的卫生服务需要只有转化为需求，才有可能去利用医疗卫生 服务。但在现实生活中，并不是人们所有的卫生服务需要都能转化为需求。需要能否转化为需求， 除了与居民本身是否觉察到卫生服务需要外，还与其收入水平、社会地位、健康保障、交通便利程度、 风俗习惯、健康意识，以及卫生机构提供的服务类型和质量等多种因素有关。例如，某个人由于未觉 察到自己已存在异常或患病，就不会有求医的行为发生，需要不可能转化为需求；或者一个病人由于 收入低、支付不起医药费用而看不起病，或者虽有支付能力，但由于交通不便、医疗卫生人员服务态

第九章 卫生服务研究 101

度差、技术质量差等原因不愿意去看病而得不到所需的服务，需要难以转化为需求。

(2)没有需要的需求：通常是由不良的就医行为和行医行为所造成。 一方面，有时居民提出的 一些“卫生服务需求”,可能经医学专家按服务规范判定后认为是不必要的或是过分的需求。例如， 有些病人就医时要求医生多开药、开高价药、延长住院时间等，这就过度利用了卫生服务。另一方 面，在不规范的卫生服务市场条件下，由医疗卫生服务人员诱导出来的需求。例如，受经济利益驱动 给病人做了一些不必要的检查、治疗和开大处方等。上述“求非所需”和“供非所求”的情况均可导 致没有需要的需求量增加，这类没有需要的需求者又常常与真正需要卫生服务的人竞争有限的卫生 资源，造成卫生资源的浪费和短缺。

4. 卫生服务利用(health services utilization) 需求者实际利用卫生服务的数量(即有效需 求量),是人群卫生服务需要量和卫生资源供给量相互制约的结果，直接反映了卫生系统为居民健 康提供卫生服务的数量和工作效率，间接反映了卫生系统通过卫生服务对居民健康状况的影响，但 不能直接用于评价卫生服务的效果。

5. 卫生服务需要、需求、利用之间的联系 卫生服务需求是由需要转化而来。理论上讲，如 果人们的卫生服务需要都能转化为需求，需求就有可能通过对卫生服务的实际利用得到满足，但现 实情况并非总是如此。 一方面，人们可能由于前述的种种主观和客观的原因，不能或没能使需要转 化为需求而未去寻求卫生服务利用；另一方面，由于卫生资源有限、配置不合理，以及存在服务质量 差、效率低的现象，导致卫生服务需求难以得到完全满足，实际满足与否及其满足程度取决于卫生服 务的供给量。当供给量大于需求量(供大于求)时，需求将会得到满足。但供大于求时，往往会导致 卫生资源利用不足，如人员、床位、仪器设备等的闲置造成的利用效率低下。当供给量小于需求量 (供不应求)时，需求不可能得到全部满足，就会出现等待就诊、等待住院以及得不到规范服务的现 象。为了改善广大居民卫生服务利用的能力和公平性，需要政府及有关职能部门在发展整个社会经 济的同时，通过建立适宜的健康保障制度、合理配置卫生资源、控制医疗卫生服务价格、提高服务效 率和质量、杜绝不良的就医和行医行为、开展公众健康教育和健康促进活动等措施和方法，使人们合 理的卫生服务需要能更多地转化为需求，才能在卫生资源投入不变的前提下最大程度地满足人们的 需 求 。

**二、卫生服务需要的测量与分析**

卫生服务需要是居民实际健康状况的客观反映，通常可以通过对人群健康状况的测量与分析来 判断人群的卫生服务需要，包括需要量的水平、范围和类型等。反映人群健康状况的指标很多，包括 疾病指标、死亡及其构成指标、残疾指标、营养与生长发育指标、心理指标、社会指标，以及由这些指 标派生出来的复合指标，如生存质量指数、健康期望寿命、无残疾期望寿命、伤残调整生命年等。目 前常用疾病指标和死亡指标来反映人群的卫生服务需要。

在死亡指标中，婴儿死亡率、孕产妇死亡率和平均期望寿命是综合反映社会发展水平、居民健康 水平及医疗卫生保健水平的敏感指标，因而常用这3项指标反映一个国家或地区居民的卫生服务需 要量水平。如果某个地区人口的婴儿死亡率和孕产妇死亡率高，而平均期望寿命低，则可说明该地

102 第九章 卫生服务研究

区居民的健康状况差，保健水平低，卫生服务需要量大。此外，死因顺位及构成也是反映居民卫生服 务需要量的重要指标。通过对死因顺位及构成的分析，可以找出危害居民健康的主要疾病和卫生问 题，从而确定居民的主要卫生服务需要。当然，还可以结合居民的死亡年龄、性别、职业、医疗保障、 受教育程度等进行单因素和多因素的深入分析。

与疾病指标相比，死亡指标比较稳定、可靠，资料也比较容易通过常规登记报告或死因监测系统 收集，并且可获得连续性资料。但是，死亡是疾病或损伤对健康的影响达到最严重时的结局，因而用 死亡指标反映居民健康问题不敏感，还需要结合疾病指标进行分析，特别是在了解人群卫生服务需 要中消耗资源最多的医疗服务需要时，疾病指标就显得更为重要。

反映居民医疗服务需要量和疾病负担的指标主要由疾病发生的频率(度)指标和严重程度两类 指标组成，通常需通过调查方能得到，如家庭健康询问抽样调查。

1. 疾病频率(度)指标 家庭健康询问调查所定义的“患病”是从居民的卫生服务需要角度考 虑，并非严格意义上的“患病”,主要依据被调查者的自身感受和经培训的调查员的客观判断综合确 定。常用的指标有：

(1)两周患病率=调查前两周内患病人(次)数/调查人数×100%

我国卫生服务总调查将“患病”的概念定义为：①自觉身体不适，曾去医疗卫生单位就诊、治疗； ②自觉身体不适，未去医疗卫生单位诊治，但采取了自服药物或一些辅助疗法，如推拿按摩等；③自 觉身体不适，未去就诊治疗，也未采取任何自服药物或辅助疗法，但因身体不适休工、休学或卧床1 天及以上者；上述3种情况有其一者为“患病”。

(2)慢性病患病率=调查前半年内患慢性病人(次)数/调查人数×100%

我国卫生服务总调查将“慢性病”的概念定义为：①被调查者在调查的前半年内，经过医务人员 明确诊断有慢性病；②半年以前经医生诊断有慢性病，在调查的前半年内时有发作，并采取了治疗措 施，如服药、理疗等；二者有其一者为患“慢性病”。

(3)健康者占总人口百分比，即调查人口中健康者所占的百分比。

“健康者”是指在调查期间无急、慢性疾病、外伤和心理障碍，无因病卧床及正常活动受限制，无 眼病和牙病等情况的人。

2. 疾病严重程度指标 居民的医疗服务需要不仅反映在患病频率的高低，同时还表现在所患 疾病的严重程度。通常家庭健康询问调查了解的疾病严重程度并不是临床医学上的概念，而是通过 询问被调查者在过去的某一个时期内患病伤持续天数和因病伤卧床、休工、休学天数来间接了解疾 病的严重程度和对劳动生产力的影响，以及推算因病伤所造成的经济损失。常用的指标有：

(1)两周卧床率=调查前两周内卧床人(次)数/调查人数×100%

(2)两周活动受限率=调查前两周内活动受限人(次)数/调查人数×100%

(3)两周休工(学)率=调查前两周内因病休工(学)人(次)数/调查人数×100%

(4)两周患病天数=调查前两周内患病总天数/调查人数

此外，还有失能率、残障率，以及两周卧床天数、休工天数、休学天数等。

从1993—2013年五次国家卫生服务总调查中城乡居民卫生服务需要量(表9-1)可见，城市居民

第九章 卫生服务研究 103

两周患病率、15岁及以上人口慢性病患病率、人均年患病天数均高于农村居民，而且基本上呈现上 升趋势，而人均年休工天数、休学天数和卧床天数基本上低于农村居民。

**表9-1我国城乡居民医疗服务需要量**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **指标** | **1993年** | | **1998年** | | **2003年** | | **2008年** | | **2013年** | |
| **农村** | **城市** | **农村** | **城市** | **农村** | **城市** | **农村** | **城市** | **农村** | **城市** |
| 两周患病率(%) | 12.8 | 17.5 | 13.7 | 18.7 | 14.0 | 15.3 | 17.7 | 22.2 | 20.2 | 28.2 |
| 慢性病患病率(%) | 16.5 | 31.5 | 15.5 | 32.1 | 15.3 | 27.7 | 21.0 | 32.0 | 29.5 | 36.7 |
| 人均年患病天数 | 25.7 | 38.9 | 29.3 | 42.8 | 27.1 | 32.2 | 37.2 | 47.9 | 48.5 | 68.3 |
| 人均年休工天数 | 6.8 | 4.5 | 9.0 | 4.0 | 5.7 | 2.2 | 2.5 | 1.5 | 4.6 | 2.4 |
| 人均年休学天数 | 2.1 | 3.0 | 2.5 | 1.8 | 1.4 | 0.9 | 1.2 | 0.8 | 0.8 | 0.5 |
| 人均年卧床天数 | 3.2 | 3.2 | 3.1 | 2.5 | 4.4 | 4.6 | 5.0 | 4.3 | 4.7 | 4.1 |

资料来源：1993-2013年国家卫生服务调查分析报告

预防保健的需要量通常可用传染病的发病率来反映。一般来说，传染病发病率高的地区，居民 对预防保健的需要量也是高的；反之则低。传染病发病资料一般可以通过疾病登记获得。

**三、卫生服务利用的测量与分析**

卫生服务利用的资料主要来源于常规卫生工作登记及报表。这类资料通常较易收集、长期积 累、系统观察，但由于居民常常在不同的机构利用卫生服务，仅仅根据卫生部门登记报告资料不易判 断人群利用卫生服务的全貌。对家庭进行抽样询问调查可以比较全面地了解与掌握人群健康和卫 生服务利用的状况。现阶段，卫生服务要取得满意的效果除了与社会经济大环境的改善之外，还需 要依靠医疗卫生人员和居民两个方面的主动性。医疗服务的主动性主要在于居民，预防保健服务的 主动性主要在于医疗卫生人员。卫生服务利用可分为医疗服务(包括门诊服务和住院服务)、预防 保健服务及康复服务利用等。

1. 门诊服务利用 掌握居民就诊的水平、流向和特点，分析其影响因素，可以为合理组织门诊 服务提供重要依据。居民门诊服务利用的指标主要有两周就诊率、两周就诊人次数或人均年就诊次 数(可根据两周就诊人次数推算得到)、病人就诊率及病人未就诊率(反映就诊状况的负向指标)等， 用来反映居民对门诊服务的需求水平和满足程度。

(1)两周就诊率=调查前两周内就诊人(次)数/调查人数×100%

(2)两周病人就诊率=调查前两周内病人就诊人(次)数/两周病人总例数×100%

(3)两周病人未就诊率=调查前两周内病人未就诊人(次)数/两周病人总例数×100%

2. 住院服务利用 反映住院服务利用的指标主要有住院率、住院天数及未住院率，可用于了解 居民对住院服务的利用程度，还可以进一步分析住院原因、住院医疗机构与科别、辅助诊断利用、病 房陪住率，以及需住院而未住院的原因等，从而为确定医疗卫生机构布局、制订相应的病床发展和卫 生人力规划提供依据。

(1)住院率=调查前一年内住院人(次)数/调查人数×100%

104 第九章 卫生服务研究

(2)人均住院天数=总住院天数/总住院人(次)数

(3)未住院率=需住院而未住院病人数/需住院病人数×100%

通过比较5次国家卫生服务总调查城乡居民医疗服务利用量(表9-2)可以发现：①20年间城乡 居民的两周就诊率上下波动，与2008年相比，2013年城市增加0.6个百分点，但农村减少2.4个百 分点。②城乡居民两周病人未就诊率除2008年两者很接近外，均是城市高于农村。③城乡居民年 住院率在1993—2003年间基本稳定，但2003—2013年间显著增加，与2003年相比，2013年分别增 加1.2倍和1.6倍。④住院者平均住院天数农村明显少于城市，但呈现减少趋势且城市减少速度更 快，已分别由1993年的30天和14天减少到2013年的12.5天和10.7天。⑤农村居民需住院而未 能住院的比例由1993年的40.6%下降到2013年的16.7%,平均每5年下降约6个百分点；城市居 民1993-2008年稳定在26%～28%之间，但2013年比2008年下降8.4个百分点。

**表9-2我国城乡居民医疗服务利用量**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **指标** | **1993年** | | **1998年** | | **2003年** | | **2008年** | | **2013年** | |
| **农村** | **城市** | **农村** | **城市** | **农村** | **城市** | **农村** | **城市** | **农村** | **城市** |
| 两周就诊率(%) | 16.0 | 19.9 | 16.5 | 16.2 | 13.9 | 11.8 | 15.2 | 12.7 | 12.8 | 13.3 |
| 两周病人未就诊率(%) | 33.7 | 42.4 | 33.2 | 49.9 | 45.8 | 57.0 | 37.8 | 37.3 |  |  |
| 年住院率(%) | 3.1 | 5.0 | 3.1 | 4.8 | 3.4 | 4.2 | 6.8 | 7.1 | 9.0 | 9.1 |
| 住院者平均住院天数 | 14.0 | 30.0 | 12.6 | 22.7 | 10.2 | 18.1 | 10.1 | 16.6 | 10.7 | 12.5 |
| 需住院而未住院率(%) | 40.6 | 26.2 | 34.5 | 27.5 | 30.3 | 27.8 | 24.7 | 26.0 | 16.7 | 17.6 |

资料来源：1993—2013年国家卫生服务调查分析报告

2013年两周新发病例未就诊率为27.3%,显著低于2008年的38.2%。对2013年两周患病未就 诊原因分析发现，主要原因是自感病轻，占69.8%;其次是经济困难，占7.6%;由于就诊麻烦和没有 时间而未就诊者分别占5.2%和4.5%。因经济困难未就诊的比例由2008年的11.5%降至2013年 的7.6%;未采取任何治疗措施的比例由2008年的10.6%降至2013年的1.4%。对需住院而未住院 的原因分析发现，2013年需住院病人中7.4%因为经济困难未住院，显著低于2008年的17.6%;2013 年城乡因经济困难而未住院的比例相近，分别为7.2%和7.5%。

3. 预防保健服务利用 预防保健服务包括计划免疫、健康教育、传染病控制、妇幼保健等。 与医疗服务相比，测量预防保健服务利用比较复杂困难。预防保健服务利用常常发生在现场，资 料登记收集有一定困难。有些预防保健服务利用率低，且又有一定的季节性，对少数人群进行一 次性横断面调查常常不易获得满意的结果。 一般采取卫生机构登记报告和家庭询问调查相结合 的方法收集资料，通过比较居民实际接受的服务与按计划目标应提供的服务量进行测量与评价。 例如，1名产妇应接受8次产前检查，结合某地孕产妇实际接受的产前检查次数，可以评价这一地 区围产期保健工作的质量。以5次国家卫生服务总调查中获得的部分妇幼卫生服务利用指标为 例来说明我国城乡妇幼保健服务的一般特征(表9-3)。可以看出，城乡妇幼保健服务存在明显差 别，但是这种差别在不断缩小，特别是到了2013年，除了妇科检查率、产前检查次数外，其他指标 城乡基本持平。

第九章 卫生服务研究 105

**表9-3我国城乡居民妇幼保健服务利用**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **指标** | **1993年** | | **1998年** | | **2003年** | | **2008年** | | **2013年** | |
| **农村** | **城市** | **农村** | **城市** | **农村** | **城市** | **农村** | **城市** | **农村** | **城市** |
| 妇科检查率(%) | 16.4 | 47.7 |  | - | 29.8 | 48.9 | 43.3 | 56.6 | 42.8 | 51.4 |
| 产前检查率(%) | 60.3 | 95.6 | 77.6 | 86.8 | 85.6 | 96.4 | 93.7 | 97.7 | 97.3 | 98.4 |
| 平均产前检查次数 | 1.6 | 6.3 | 3.2 | 6.4 | 3.8 | 7.8 | 4.5 | 8.1 | 5.4 | 7.4 |
| 孕早期检查率(%) | 24.2 | 63.5 | 50.9 | 70.2 | 54.7 | 69.9 | 63.2 | 73.8 |  |  |
| 住院分娩率(%) | 21.7 | 87.3 | 41.3 | 92.4 | 62.0 | 92.6 | 87.1 | 95.1 | 95.7 | 96.8 |
| 在家分娩率(%) | 76.6 | 10.7 | 55.9 | 6.5 | 33.9 | 4.2 | 9.9 | 1.2 | 1.6 | 0.8 |
| 产后访视率(%) | 48.3 | 39.6 | 50.2 | 61.4 | 51.7 | 59.6 | 54.3 | 61.0 | 63.5 | 64.9 |
| 婴儿出生体重(g) | 3180 | 3214 | 3270 | 3319 | 3293 | 3345 | 3284 | 3366 | 3313 | 3322 |
| 低出生体重率(%) | 3.3 | 3.8 | 3.7 | 3.4 | 3.8 | 3.1 | 2.8 | 2.1 | 3.3 | 3.4 |
| 儿童预防接种建卡率(%) | 56.0 | 89.2 | 91.8 | 97.3 | 87.3 | 94.7 | 97.8 | 98.4 | 99.4 | 99.4 |

资料来源：1993-2013年国家卫生服务调查分析报告

家庭健康询问调查中有关预防保健服务的利用，通常询问一定时期内接受服务的种类和数量。 如果服务项目是在全年内经常开展的工作，如计划生育、妇女保健、儿童保健、健康教育和家庭访视 等，以询问两周(或一月或半年)的结果来推算全年是可行的。预防接种、妇女病普查和某些传染病 防治服务等只发生在一年内特定的若干月份，这时应询问在一年或若干年内接受服务的次数，而不 宜询问在某个短时期内接受服务的次数，这一点在调查设计时应引起注意。

**四、卫生服务需要与利用指标的应用**

1. 测算目标人群卫生服务需要量和利用量 假设两周内一次性横断面抽样调查的结果对全 年有代表性，通过采用两周指标平均值乘26(1年按52周计),再除以调查人数，就可得出全年患 病、休工(学)及卧床人数或天数，因病伤门诊和住院人次数，以及医药费用等。两周抽样调查结 果从时间上延长可以测算全年卫生服务需要量和利用量，从调查人群可以推论一个区域内总人 群的卫生服务概貌。但是，由于疾病与就诊指标存在明显的季节性变动，用两周抽样调查结果来 推算居民全年疾病发生的频率、严重程度及医疗卫生服务利用情况会存在一定的偏差。如果能 够在一年内抽样调查若干次或采用连续性抽样调查方法， 一年内由调查员连续进行资料收集，计 算出的居民卫生服务需要量和利用量指标就更能准确地测算全年目标人群卫生服务需要量和利 用量的水平及其变动规律。

2. 为合理配置卫生资源提供依据 根据患病人数可以估算门诊服务需要量，根据因病伤休工 及卧床人数可以推测需住院人数，为分析医疗服务需要量提供依据。人群患病率、休工率及卧床率 指标不仅可以计算医疗服务需要量，还可以进一步计算病床需要量和医务人员需要量，作为设置病 床、配备人员和分配经费的依据。

3. 计算疾病造成的间接经济损失 每人每年因病伤休工天数乘以人均产值或利税，再乘以该 地区总人口数，可以得出因病休工而引起的间接经济损失数。

106 第九章 卫生服务研究

需要提醒的是，现阶段在制定卫生规划时应同时考虑需要和需求，要对不同地区、不同时期、不 同领域以及不同类型和层次的卫生服务区别对待，既要保证城乡居民获得基本的医疗卫生保健服 务，体现社会公平，又要适当地引入市场机制，提高卫生资源的配置效率和效益。例如，对于基本的 医疗卫生服务，在农村地区尤其是贫困地区，居民的支付能力较差，需要难以转变为需求，主要靠国 家提供保障，在制定卫生规划时要更多地考虑需要；对于超出基本医疗卫生服务的一些特殊服务，完 全可以依据需求制定卫生规划。此外，制定不同时期卫生计划的依据也应有所侧重。 一般来说，短 期卫生发展计划可相对多地考虑需求，而长期卫生发展规划则应更多地考虑需要。

**五** **、影响卫生服务需要与利用的因素**

研究影响卫生服务需要与利用的因素对于发现高危人群(包括病人),确定疾病防治重点，有针 对性开展健康教育和健康促进活动，合理组织卫生服务，有效发挥卫生资源的作用，提高卫生服务社 会公平性具有重要意义。居民自身的健康状况是影响卫生服务需要与利用的决定因素。凡是影响 居民健康和社会卫生状况的各种因素，都可直接或间接地影响居民的卫生服务需要和利用，主要影 响因素有：

1. 人口数量及其年龄性别构成 在其他因素不变的情况下，服务人口数越多，卫生服务需要量 和利用量越大。一般来说，老年人的患病率高，其卫生服务利用量也大；由于女性有月经期、孕期、产 褥期、哺乳期和更年期等特殊生理，女性对卫生服务需要的时间跨度以及对门诊和住院的利用量要 多于男性。

2. 社会经济因素 社会经济因素不仅可以直接影响居民健康状况，而且可以通过卫生服务间 接地对居民的健康产生影响，不同的社会经济发展水平是造成不同国家或地区居民健康水平差异的 一个重要原因。第五次国家卫生服务总调查结果显示，2013年低收入人口两周患病率和慢性病患 病率均高于全人口，特别是在农村地区；低收入人口两周就诊率和因病住院率略高于全人口，但是需 住院未住院比例显著高于全人口，并且更倾向于利用基层医疗机构。可见，低收入人口卫生服务需 要和利用程度高，但是未被满足的需要相对也较高。

3. 文化教育 受教育程度高者的预防保健意识、疾病自我认识能力及有病早治的愿望要强于 受教育程度低者。从短期看，这会增加卫生服务需要，但最终仍将会降低卫生服务需要和利用。家 庭健康询问调查中，城市居民自报的患病率往往高于农村居民，这与城市居民的受教育程度相对较 高、对疾病的自我认识能力相对较强有关。

4. 卫生服务质量及设施 提高服务质量可以缩短医疗时间，提高治愈率，进而减少病人对卫 生服务的需要和利用。积极开展预防保健服务的成效在短期内可能不会明显改变人群总的卫生 服务需要量，但从长远来看，预防保健工作奏效了，疾病得到控制或减少了，就势必会减少卫生服 务需要量和利用量。此外，在一个缺医少药的落后地区，居民获得规范的卫生服务量势必也是很 低的。

5. 医疗保险 国内外许多研究结果都表明，享受不同程度医药费减免者在利用的医疗卫生机 构级别及其利用量方面存在明显差异，医保者利用较高级别医疗卫生机构服务的比例、就诊率、住院

第九章 卫生服务研究 107

率、住院天数以及医药费用均明显高于自费医疗者，而且医保者能够获得定期的免费健康检查或疾 病普查的机会，有助于及时发现潜在的不良健康问题，从而认识到有卫生服务需要。我国有3类基 本医疗保险制度，分别是城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗。按不 同医疗保险类型分析，由患病率所测量到的卫生服务需要从职工医保、居民医保和新农合依次递减； 住院率是职工医保最高，居民医保最低；选择较低级别医疗卫生机构进行门诊和住院的比例从职工 医保、居民医保和新农合依次递增，次均住院费用依次递减(表9-4)。

**表9-42013年我国不同医疗保险覆盖居民的卫生服务需要和利用**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医保类型** | **两周患病** **率** **(** **%** **)** | **两周就诊** **率(%)** | **基层医疗机构** **就诊比例(%)** | **住院率(%)** | **县级及以下医疗** **机构住院比例(%)** | **次均住院** **费用(元)** |
| 职工医保 | 38.3 | 13.4 | 54.4 | 11.2 | 53.9 | 12467 |
| 居民医保 | 23.6 | 12.4 | 65.7 | 7.1 | 68.1 | 10013 |
| 新农合 | 19.7 | 13.3 | 81.3 | 9.0 | 86.3 | 6638 |

资料来源：2013年国家卫生服务调查分析报告

6. 气候地理条件 某些疾病的好发往往具有明显的季节性和地域性，从而影响居民的卫生服 务需要和利用。例如，夏秋季易发消化系统疾病，冬春季多发呼吸系统疾病和心脑血管疾病，克山 病、甲状腺肿、血吸虫病、龋齿等地方病和寄生虫病也只有在特定的气候地理条件下易于发生。

7. 行为心理 行为心理因素对疾病的发生发展及转归有明显作用，吸烟、过量饮酒是两个最为 突出的实例。同样，行为心理因素对就诊、住院也有影响。

8. 婚姻与家庭 有配偶者对医疗服务的需求少于独身、鳏寡及离婚者，即使患病住院，有配偶 者可以减少住院次数或缩短住院时间。有时家庭的护理照料可以代替一部分医院治疗，多人口家庭 可以减少医疗服务需求，特别对缩短住院天数更为明显。

当然，影响卫生服务需要与利用的因素远非以上所述，还包括生物遗传、职业、社会地位、卫生政 策、人口流动、交通、宗教信仰、风俗习惯、生活方式等众多因素。恰当运用多因素分析方法，将有助 于从众多可能的影响因素中找出主要因素，认识它们内在的多元性联系，从而实施有效的干预措施， 改善卫生服务状况，提高人群健康水平。

**第三节** **卫生服务资源**

卫生人力、经费、设施、装备、药品、信息、知识和技术是卫生资源的重要组成部分。一个国家或 地区拥有的卫生资源总是有限的，社会可能提供的卫生资源与实际需要也总是存在一定的、有时甚 至是很大的差距。合理配置和有效利用卫生资源是卫生服务研究的一项基本任务。

**一** **、卫生人力**

在卫生资源中，卫生人力是最宝贵且具活力的一种资源，是制定与实现卫生发展规划的重要组 成部分，需要长远规划、适当培养、加强管理，才能有效使用。卫生人力(health manpower)是指经过

专业培训、在卫生系统工作、提供卫生服务的人员，包括已在卫生部门工作和正在接受规范化医学教 育和培训的人员。就世界范围而言，卫生人力的数量、结构和分布的适宜性以及卫生人力规划是卫 生人力发展研究中最受关注的方面。

1. 数量 可用绝对数和相对数表示。绝对数表示卫生人力实际拥有量；为了表达和比较不同 时期、不同地区卫生人力的水平，通常用相对数来表示，如用每千人口医师数或每名医师服务人 口数。

2. 结构 反映卫生人力的质量。卫生人力作为一个人才群，需要有合适的年龄、专业和职称 结构。

3. 分布 反映一个国家或地区的卫生人力在地域间(如城市和农村)或在服务层级间(如基本 医疗和高端医疗)分布的适宜性。

4. 卫生人力规划 建立在对未来卫生人力需要量和供给量进行科学预测的基础上。

(1)卫生人力需要量：从社会和经济发展、科技进步、劳动力发展等多种因素出发，研究卫生部 门在目标年间需要卫生人力的数量和质量。经典的预测方法有：①健康需要法：依据应该提供的卫 生服务项目及其服务的数量计算卫生人力需要量；②健康需求法：根据过去和现在的实际卫生服务 需求量，考虑到未来一定时期内影响需求量的各种因素，计算出未来的服务需求量，再推算出卫生人 力需求量；③服务目标法：依据卫生服务产出量目标计算卫生人力需要量；④人口比值法：根据预测 的人口数及卫生人力与人口的比值计算目标年度卫生人力需要量。应该指出：各种卫生人力预测方 法都可以得出相应的结果，预测结果取决于选择的方法，不同方法有其不同的假设条件，选用不同的 工作量标准。

(2)卫生人力供给量：包括现有卫生人力拥有量、未来卫生人力增加量及流失量3个部分。卫 生人力规划要求卫生人力的需求与供给相匹配。

(3)卫生人力管理：科学管理和合理使用卫生人力是发展卫生事业的关键。卫生人力管理包 括：①制订卫生人力管理政策和规范；②调节卫生人力需要或需求；③卫生人力的监督和指导；④卫 生人力的激励；⑤卫生人力的使用和评价等。

**二、卫生费用**

研究卫生服务领域内经济活动的特征及规律，对合理分配卫生经费、提高卫生服务的经济效益 有重要意义。卫生费用(health expenditure)有广义和狭义两种概念。广义的卫生费用是指一定时期 内为保护人群健康直接和间接消耗的社会资源，包括一切人力、物力和财力的消耗，以货币来计量； 狭义的卫生费用是指在一定时期内为提供卫生服务直接消耗的经济资源。通常所指的卫生费用是 指狭义的卫生费用。

卫生费用研究的内容包括：卫生服务过程中需要多少资金，卫生费用的构成和特点，卫生费用的 分配和使用是否公平合理，卫生服务需要、卫生资源和卫生服务利用之间是否相对平衡，费用的来源 和流向，影响费用的因素及变动趋势，卫生费用增长的原因等。

1. 卫生费用来源 我国卫生费用主要来源于国家、社会和个人。例如，各级政府预算拨款的卫

第九章 卫生服务研究 109

生事业费；工矿企业从福利基金按职工工资总额的一定比例用于城镇职工医疗保险的费用，农村集 体公益金中提取的合作医疗费用；医保者支付的门诊挂号费、药品费，以及按一定比例由病人支付的 医药费；自费病人就诊支付的医药费等。

2. 卫生费用分类 卫 生费用可分为直接卫生费用和间接卫生费用。直接卫生费用是指利用卫 生服务而支付的费用，包括病人就诊支付的各种服务费、化验费、药费及材料费等；间接卫生费用包 括因病误工的工资、车旅费、营养费、照顾病人的误工工资等。在进行费用效益分析时，为了全面衡 量因病伤造成的社会经济损失，必须要计算并分析直接费用和间接费用，才能对卫生服务的投入与 产出作出全面的评价。从卫生服务角度，还可将卫生费用分为医疗服务费用、预防保健费用、妇幼卫 生费用、医学教育费用及科学研究费用等。

3. 卫生费用评价指标

(1)卫生总费用占国内生产总值百分比：说明一个国家或地区投人卫生事业的资金数量，反映 政府对卫生工作的支持程度以及全社会对国民健康的重视程度。

(2)人均卫生费用：说明一个国家或地区卫生费用的人均水平，是分析与评价不同国家或地区 人群卫生费用公平性的一个重要指标。

(3)政府财政预算卫生支出占卫生总费用百分比：反映各级政府对卫生工作的资金投人力度， 是进行卫生费用筹资结构分析的一个重要指标。

(4)卫生事业费占财政支出百分比：反映一个国家或地区政府财政部门对卫生事业发展的支持 和重视程度。

(5)卫生各部门的投资比例：反映卫生费用在各级各类医疗卫生机构中是否得到了合理的 分 配 。

(6)门诊和住院费用构成：反映医疗机构内部费用分配和使用的特征。

(7)医疗、预防保健的比例：医疗服务是利用最频繁、消耗卫生资源最多的服务，但从卫生服务 对健康的作用来看，预防保健的重要性不容忽视。确定医疗、预防保健服务费用分配的合适比例，不 仅要考虑人群需要、服务利用，还要结合社会经济发展及文化传统等因素进行综合平衡。

**第四节** **卫生服务综合评价**

一 、卫生服务综合评价概述

综合评价是将反映评价对象特征的多项指标进行系统加工、有机汇集，从整体上认识评价对象 的优劣；或将多个单项评价指标组合成一个包含各个成分的综合指标，藉以反映评价对象的全貌。 卫生服务综合评价是指围绕特定的评价目标、评价对象和评价阶段，对卫生服务的计划、进展、成效 和价值进行评判估量的过程。卫生服务的对象是社会人群，社会卫生状况和人群健康水平得到改善 与提高的程度是评价卫生服务社会效益和经济效益的最终尺度。然而，社会效益和经济效益的大 小，不仅受到卫生资源的投入、提供服务数量和质量等因素的制约，还受到社会、经济、文化、自然条

件等因素直接或间接的影响。处于不同的社会经济发展阶段，人们对卫生服务的需求不同，卫生资 源投入和服务水平也存在差异。因此，对一项涉及面较广的卫生服务项目进行综合评价时，需审时 度势、因地制宜地根据国情、地情或项目本身关于卫生服务的发展计划、目标以及评价工作所处的阶 段，运用多学科的适宜技术与方法，对其进行多方位、多层次、多环节、多因素的综合评价，即从卫生 服务的社会需要、卫生资源投入、提供的服务量及其效率、产生的社会效益和经济效益等方面做出评 价，才能较全面地反映卫生服务的成效及其影响。

自20世纪70年代以来，卫生服务评价在国内外日益受到重视，并开展了众多的研究与应用。 理念上，卫生服务综合评价是多方面的，可以从不同的角度着眼，既可应用于对一个国家或地区总的 卫生发展计划(或项目)、实施及结果的宏观评价，又可应用于对某个乡镇实施新型农村合作医疗的 运作机制的微观评价；既可以是定量评价，也可以是定性评价，但尽可能采用定量评价或定量与定性 相结合的评价方法，以增强评价结果的说服力。

由于评价性质、目的、角度、层次、侧重点等方面的不同，国内外至今尚未对卫生服务综合评价的 范围、内容和指标体系形成广泛的共识。但对于一项关于卫生服务的综合评价工作来说，若不与反 映居民健康状况的指标相联系，其局限性也是显而易见的。派克(Parker) 根据系统分析的观点，从 卫生服务系统的每一个要素的特征以及各个要素间的相互关系出发，提出从人群卫生服务需要量、 资源投入量、服务产出量、工作过程、结果、效益、效果等7个方面进行评价。劳埃姆(Roemer) 根据卫 生服务的内容，建议从8个方面进行评价：项目目标评价、医疗服务需要量评价、卫生服务利用接受 能力评价、卫生资源评价、工作活动和态度评价、工作过程评价、结果与效果评价、费用与效益评价。 萨盖特(Sackett) 根据卫生服务研究的对象，提出卫生服务评价应围绕卫生服务是否有效，公众能否 利用到有效的卫生服务，提供服务的数量和质量是否充分、可靠，费用是否低廉等4个方面进行 评价。

卫生服务综合评价(comprehensive evaluation on health services)是卫生规划和管理工作中的一个 重要手段，是一项社会性、政策性、连续性很强的系统工作。评价工作并不是在项目管理的结束阶段 才进行的，也不应将其看作是司法意义上的“最后宣判”,而应视为管理程序的一个连续过程，在每 个程序上都要注重评价工作。对于一项完整的卫生服务评价，在项目实施前，首先应做社区需求诊 断与计划评价，即评价项目是否符合卫生改革与发展的社会需要，制定的计划目标和指标是否切合 实际，实施时可能遇到的障碍，是否具备实施的主、客观条件等。在项目实施的不同阶段，要做进展 评价，即评价工作进程是否按预定的实施方案执行，检查计划目标和指标完成的情况，探讨存在的问 题及相应的改进对策和措施等。在项目实施结束阶段，要做结果评价，即通过比较实施前后结果的 变化，评价项目取得的社会效益和经济效益。卫生服务综合评价工作必须适应所在社区、政策制定 者和行政管理者的需要，并必须在一定时间内提供结果。因此，需要紧紧围绕评价的领域和具体的 评价问题，通过精心设计评价方法和指标，适时有效地开展评价工作，才能作出切合实际的判断，为 制订新的计划和下一步工作提出建设性的方案和措施。无论是业务部门还是行政管理部门都应将 评价工作视为管理与决策的一种重要手段，并能够建设性地运用评价技术与方法。

开展卫生服务综合评价工作的目的是了解卫生服务的社会需要和需求，探讨影响居民健康和卫

第九章 卫生服务研究 111

生服务利用的因素，使人们更好地理解卫生问题，更有效地配置与使用现有的卫生资源，更合理地组 织卫生保健服务，加强实施过程的监控和目标管理，提高卫生服务的效率、效益与效果，阐明卫生服 务工作的进展和成效，改进与完善各项卫生服务计划，必要时通过制定或调整相关政策以适应复杂 多变的形势，为卫生服务提供规划、管理及决策的科学依据，为人群提供效率更高、效果更好、更加公 平的卫生服务，改善社会卫生状况和提高人群健康水平。

**二、卫生服务综合评价内容的特征**

1. 适宜程度 所制订和执行的各项卫生服务计划是否适应社会、经济、文化、卫生发展水平和 现行的卫生政策，提出的目标和措施、配置的卫生资源是否适应居民的健康需要或需求，在经济、技 术、民意支持方面是否可行，由此评价计划、政策、活动、措施和卫生服务机构及其功能的合理性。

2. 足够程度 所制订的卫生服务计划对重要的卫生问题及其应对措施是否已经明确、是否给 予足够的重视，并在卫生资源配置上给予足够保证。

3. 进度 卫生服务计划实施的进展程度，即根据预期目标检查计划的实施与落实情况，卫生资 源提供与利用状况，总结成功经验，找出差距，提出需要引起重视的问题，并及时向决策者或项目组 织者反馈，必要时对计划和工作活动进行调整，以保证计划的顺利实施。

4. 效率 卫生服务计划实施后，卫生服务提供在数量和质量方面的产出与卫生资源(包括人 力、物力、财力等)投入之间的比值，即投入每单位资源所产出的符合规范要求的服务量。效率评价 的目的在于改善卫生服务系统的工作效率，提高管理水平。

5. 效果 卫生服务计划在实施中或结束阶段，对解决某个(些)卫生问题所取得的成效或计划 预期目标实际达到的程度。效果评价的目的是对一项卫生服务计划的价值作出科学评判。在可能 的情况下，尽量采用一些定量或半定量的指标对目标实际达到的程度进行测量，以确切地反映评价 目标，便于比较和分析。

6. 影响 一项卫生服务计划的实施对社会、经济、卫生发展和居民健康的贡献和影响，或对其 结果的可持续性做出评价。

**三、卫生服务综合评价指标的筛选原则**

科学合理地构建卫生服务综合评价指标体系是实施评价工作的前提。开展综合评价，就需要能 表达评价对象特征、水平的指标，这既是所有评价工作的基础，也是评价能否准确反映评价对象真实 水平的关键。因此，对卫生服务的计划、实施进展和效果进行客观、正确、可靠、综合地评价，必须建 立一套适宜的指标体系。综合评价指标体系所包含的指标既要能够较全面地反映卫生服务的整体 状况，指标数量又要尽量少而精，以免增加评价的难度和复杂性。为此，需采用专家咨询方法和数理 统计方法，从众多的指标中筛选出有代表性的指标。

筛选评价指标时，通常需满足下列要求：

1. 重要性和实用性 要求所选指标是较为公认的重要而又实用的指标，能反映某个(些)方面 的情况。

2. 有效性 要求所选指标能确切反映评价目标的内容和实现的程度， 一般可根据实际情况和 经验进行判断。

3. 特异性 要求所选指标有其特点，能从一定角度有针对性地反映某个方面的信息，而不能被 其他指标所取代。

4. 敏感性 要求所选指标灵敏，区分力好，能迅速识别事物的变化。

5. 代表性 要求所选指标包含的信息量大，能在一定程度上反映其他指标(如落选指标)的 信息。

6. 可靠性 要求所选指标能真实反映实际情况。

7. 可获得性 要求所选指标容易获得，并尽可能充分利用常规登记报告资料。

到目前为至，综合评价的方法虽较多，评价的范围和指标也不尽相同，但各种评价的实质都是将 反映评价对象各个组成部分的代表性指标有机结合起来，进行比较分析、综合评价。

四、卫生服务综合评价模式

卫生服务研究的目的不仅要了解居民利用卫生服务的数量和质量，还要研究卫生服务需要、卫 生资源和卫生服务利用三者之间的关系，分析“供求矛盾”的现况及其变动趋势，以此作为宏观调 控、配置卫生资源的决策依据。 WHO 曾对美国、加拿大、阿根廷、英国、荷兰、芬兰、前南斯拉夫等7 个国家的12个地区的卫生服务进行了综合评价，并提出了一个值得借鉴的综合评价模式(表9-5)。 其基本思路是将人群健康需要、卫生服务利用和卫生资源3个方面有机联系起来，以人群健康需要 量、卫生服务利用量和卫生资源投入量3类指标的平均数作为划分高低的标准，组成8种组合，以此 对一个国家或地区的卫生服务服务状况进行综合评价，为制定卫生服务发展规划、合理配置卫生资 源提供参考依据。

**表9-5** **卫生服务综合评价模式**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **卫生服务利用** | **高需要** | | **低需要** | |
| **高资源** | **低资源** | **高资源** | **低资源** |
| 高 | A型(平衡型) | B型 | E型 | F型 |
| 资源分配适宜 | 资源利用率高 | 过度利用 | 资源利用率高 |
| 低 | C型 | D型 | G型 | H型(平衡型) |
| 资源利用率低 | 资源投入低 | 资源投入过度 | 资源分配适宜 |

A 型：人群卫生服务需要量大，卫生资源投入充足，卫生服务利用量大，三者之间在高水平状态 下保持相对平衡。

B 型：人群卫生服务需要量大，卫生资源投人不足，卫生服务利用量大，低资源与高需要不相适 应。由于资源利用紧张，通过提高利用率保持平衡，但不能持久，应向A 型转化。

C 型：人群卫生服务需要量大，卫生资源投入充足，卫生服务利用量小，需研究人群卫生服务利 用的障碍因素，提高卫生服务的效益。

第九章 卫生服务研究 113

D 型：人群卫生服务需要量大，卫生资源投入不足，卫生服务利用量小，不能充分满足人群卫生 服务需要，应增加卫生资源投入，提高卫生服务利用量，以适应人群卫生服务需要。

E 型：人群卫生服务需要量小，卫生资源投入充足，卫生服务利用量大，很可能存在人群过度利 用卫生服务、浪费卫生资源的情况。

F 型：人群卫生服务需要量小，卫生资源投入不足，卫生服务利用量大，虽然服务效益良好，但建 立在低资源与人群的低卫生服务需要相适应的基础上。

G 型：人群卫生服务需要量小，卫生资源投入充足，卫生服务利用量小，卫生资源投入过度，应向 H 型转化。

H 型：人群卫生服务需要量小，卫生资源投人不足，卫生服务利用量小，三者之间在低水平状态 下保持相对平衡。

**(冯学山)**

思考题 1.简述卫生服务研究的概念，卫生服务研究主要内容包括哪些?

2.简述卫生服务需要、需求与利用的概念，它们之间存在什么样的关系?

3.简述卫生人力资源的定义，卫生人力资源有哪些评价指标?

4.简述WHO提出的卫生服务综合评价模式的基本思路。



**第十章**

· 笔 记

**卫生项目评价**

项目评价起源于欧美国家，早期主要应用于教育和卫生领域，已有100多年的历史，真正大规模 的社会项目评价是近几十年的事。项目由多个项目阶段组成，每个阶段又可进一步细分为若干个过 程，这些过程既相互独立又紧密联系。一个完整的项目过程通常包括项目概念、项目计划、项目实施 和项目评价4个阶段。评价或项目评价在国外基本上等同于社会项目评价。项目评价研究被视为 “美国社会科学界最有活力的前沿阵地”。我国开展大规模社会项目及其评价始于20世纪80年代。 近年来，随着我国经济社会的发展和医药卫生体制改革的深化、卫生领域的国际交流和合作的增加， 以及国家对卫生与健康事业的高度重视，卫生经费投入大幅度增加，旨在促进卫生事业发展、增进全 体居民健康的卫生项目的数量也越来越多，大量的资源投入到卫生项目中。这些资源是否得到合理 的利用，是否发挥了维护与促进健康的作用，必须通过项目评价才能得到准确的回答。因此，项目评 价工作在我国也越来越受到重视，在卫生项目和卫生政策实施中得到了广泛的应用。

**第一节** **卫生项目评价概述**

**一、基本概念**

**(** **一)卫生项目**

项目是指有组织、有资源(人力、财力、物力)投入来解决一个或多个问题或实现一个或多个目 标所确定的方案、计划、程序等的总称。项目来源于各种需求和要解决的问题。所谓有组织不仅指 是有组织的活动，还指每个项目都由一定的组织机构负责管理、协调、实施项目的相关活动。有资源 投入则是指在项目活动范围内，相关资源在现有的水平上会有增量投入或者按照项目活动要求进行 相应的调整。

卫生项目(health program)的范围很广，可以是一项卫生政策，也可以是一种研究课题或特定的 服务提供活动，或者一个具体的干预项目。只要是为解决卫生领域存在的特定问题、开发特定的卫 生产品或服务而开展的一系列活动，均属于卫生项目的范畴。

(二)项目理论

项目是一种复杂现象，是经验和专业知识的结合体。项目理论要研究的是什么样的构想和假设 把项目的投入和产出联系起来?如何解释项目运作过程和项目结果之间的因果联系?项目设计者 就是根据项目理论中的假设来设计项目。

例如，一个项目或政策是通过提高医务人员的工资来改善医疗服务质量。这其中，就存在项目

第十章 卫生项目评价 115

理论中的假设，用什么样的理论来解释医务人员的收入会影响医疗服务质量。第一种理论假设是高 工资可以提高医务人员的士气(精神状态),高昂的士气导致他们工作更努力，花更多的时间和精力 来提高服务能力，从而更好地帮助病人，这样可以提高对病人的治疗效果；第二种理论假设是高工资 提高医务人员的士气，精神状态好更容易与病人相处，医患关系更加融洽，从而会减少病人的抱怨和 对医务人员的指责，提高病人的依从性，所以治疗效果也会改善。

**(三)卫生项目管理过程**

项目的性质不同，项目实现过程的阶段划分也不相同， 一般卫生项目可划分为以下4个项目 阶 段 ：

1. 卫生项目概念阶段 即卫生项目的形成阶段或项目的起始阶段。各类社会组织在实现其战 略目标的过程中，会遇到各种各样的卫生问题，需要通过项目的方式来解决，从而形成项目的概念。 本阶段项目管理的要点是：通过需求分析，确定优先解决的卫生问题；通过问题分析与目标分析，确 定卫生项目目标；通过构建项目理论，形成实现项目目标的逻辑路径；按照项目管理的一般程序，完 成项目的立项。

2. 卫生项目计划阶段 也称为项目的设计、规划或开发阶段。本阶段项目管理的目的是：依据 项目概念阶段确定的项目目标、实现项目目标的思路，形成一份详细的、具有可操作性的解决方案， 即制定出项目的实施计划。具体内容主要包括对项目活动及项目活动的时间、资源进行合理的安 排，提出项目的质量、信息沟通的要求，评估项目可能存在的风险，确定项目资源的采购方式等，即形 成一份详细、具体和可操作性强的卫生项目实施方案。

3. 卫生项目实施阶段 项目生命周期的第三阶段是具体实施项目。本阶段项目管理的目的

是：严格执行项目计划，及时发现和纠正在实施项目计划过程中出现的各种偏差，使项目执行与计划 保持一致。具体内容包括：制定严格的规章制度，使项目严格按照计划实施；比较计划与实际执行情 况，及时识别、分析项目在范围、时间、成本、质量等方面出现的偏差，采取有效措施纠正偏差。虽然 修订项目计划不是项目管理者所希望看到的，但在偏差无法纠正时，应随时做好修订项目计划的准 备。本阶段项目管理的核心是项目控制，通过制定详细的项目目标控制标准、严格执行项目计划、开 展各种各样的项目控制工作，以保证实现项目目标。该阶段的主要工作包括：制定项目实施与控制 计划、建立督导组织、开展督导活动、发现问题并及时纠正。

4. 卫生项目评价阶段 评价，简言之就是评定价值高低，广义上即按照一定的评判标准，对某 一事物或人进行对比分析，从而确定其价值的过程。在国际评价研究领域，评价主要指项目的评价。

本章所讨论的评价主要是指卫生项目评价。

卫生项目评价(health program evaluation)就是系统地收集卫生项目的目的、执行过程、结果、效 益和影响等方面的有效信息，进行客观的比较分析，以全面了解项目干预措施与产出的因果关系和 作用机制，对项目的价值进行科学全面的判断。并通过及时有效的信息反馈，为未来新的卫生项目 决策、改善决策质量、提高项目管理水平提供参考，同时对卫生项目实施过程中出现的问题提出改进 建议，从而达到提高卫生项目投资效益的目的。从项目实施过程来看，在项目立项时、项目实施过程 中和项目结束后，均需要进行项目评价，实现不同阶段的项目目标。因此，可以说项目评价贯穿于项

116 第十章 卫生项目评价

目活动的全过程。

**二、卫生项目评价的目的**

每个卫生项目都会有相应的时间进度和进展阶段，如项目启动前、实施初、实施中、结束时、结束 后。项目评价人员可能在上述任一时间段进入到项目中开展评价工作，根据项目利益相关者对项目 的信息需求，评价可以是判断项目可行性、形成项目理论、改进项目理论、监测项目进展、总结项目结 果、跟踪项目后期效果等。项目评价是将知识付诸于实践的过程，是一种有效的管理工具，它通过系 统地收集项目活动、项目特点、项目结果等方面的资料，作出关于项目的综合判断，以提高项目的有 效性和影响力，引导项目活动朝向预定的项目目标而努力。

通过卫生项目评价，可以判断项目的适宜性、项目活动是否按计划实施、项目活动的效果等，从 而对项目做出全面综合的判断，为项目设计提供依据，为项目的完善提供参考，从而更好地总结和推 广项目经验。因此，根据项目不同阶段的特点，评价的目的主要包括以下3个方面。

1. 评价项目基础条件，判断项目的可行性 在项目立项和计划阶段，项目评价主要围绕项目 的可行性展开。通过对项目环境和项目计划的评价，了解项目实施的基础条件、项目运行所需要的 环境条件、项目的资源条件、项目计划的可行性等，从而判断项目是否具有可行性。

2. 收集分析项目运行信息，判断项目的运行情况 项目付诸实施后，项目管理者和监督方要 对项目的运行情况进行监测，收集项目运行信息，包括项目活动进展、项目中间产出、项目是否出现 偏离计划及原因、影响项目的各种因素等，从而对项目的运行情况做出综合判断，并为及时处理影响 项目运行的不利因素提供客观依据。

3. 评价项目产出，判断项目目标实现程度 项目的产出包括项目的结果和项目结果所产生的 中长期影响。通过对卫生项目干预效果的综合判断，可为项目成果是否能够在更大的范围推广应. 用，或是否放弃、扩大或修改项目干预措施或卫生政策等提供参考依据。此外，对项目成果的中长期 影响的评价，可以更进一步完善项目成果和相关政策，从而促进项目成果的应用和政策转化。

**三、卫生项目评价的原则**

卫生项目评价的类型多种多样，目的和方法也各不相同，但评价过程有一些基本原则，是项目评 价时必须遵守的。

1. 公正性原则 任何项目评价都需要保证其公正性，只有评价的公正性，才能保证评价结果的 客观性，从而评价结论才可以作为判断项目进展和成效的客观依据。要实现评价的公正性，保证评 价的独立性非常重要，要特别避免项目决策者或项目管理者自己评价或影响评价结果的情况发生。

2. 系统性原则 无论是与卫生项目相关的各方面因素和资源，还是项目的效应，都不是孤立 的，而是存在着相互作用、相互影响，甚至相互依赖；同时任何卫生项目的运行都是在特定政治、经 济、文化等社会环境中，会受到环境因素的影响和制约。因此，开展卫生项目评价时必须持全面系统 的观点，全方位地评价项目，才能获得客观公正的结论。

3. 可行性原则 要顺利实施评价并获得可靠的结果，评价方案、评价方法和评价程序必须可

第十章 卫生项目评价 117

行，只有这样，评价所依赖的资料信息才可能准确可靠。

4. 结果导向原则 尽管卫生项目评价在项目不同阶段其评价内容、评价方法均不相同，但项目 评价最重要的判断依据仍然是项目结果，无论在项目的哪个阶段，对项目关注的重点总是项目的结 果，即使是项目的过程评价，也会将项目的预期结果实现的可能性作为评价的最主要依据。

5. 公平优先原则 卫生领域的特殊性决定了公平性是绝大多数卫生项目的主要目标之一。无 论是大型卫生政策项目，还是具体的卫生技术项目，其最终目的都是以改善卫生服务、增进人群健康 为目标。而要评价项目的健康产出，公平性是首要原则。因此，进行卫生项目评价时，不仅要评价项 目的效益、效果、效率，更重要的是要关注目标群体受益的公平性。

**第二节** **卫生项目评价的内容、程序与类型**

一 、卫生项目评价的内容

不同的卫生项目，目标不同，项目活动也不尽相同，因此，项目评价的具体内容也有较大的不同。 美国公共卫生学会认为“卫生项目评价是判定预定卫生项目目标取得的数量、进展和价值的过程”。 因此，对于卫生项目的评价，主要围绕5个方面内容展开，即测定项目目标、描述项目取得的进展、测 量与判断项目所取得的效果、衡量项目所取得的社会与经济效益、对今后的工作提出建议。综合不 同项目评价的对象、目的和评价具体内容， 一般来说，以下几个方面是几乎所有卫生项目评价都需要 开展的内容。

1. 测定项自目标 尽管在项目立项后，作为后续的项目评价者没有责任去评价项目目标的适 宜性，但从项目评价本身考虑，尤其是在对项目成效及影响因素分析时，必须要衡量项目目标的适宜 性，即通过项目背景和现状的分析，判断项目所确定的目标是否适宜，包括对问题的针对性、实现目 标的可能性等。这一评价内容在项自早、中期时，对预防和降低项目风险、合理调整项目干预措施具 有重要意义；在项目终末评估中，也会有利于评价者对项目成果和成效作出正确的判断。

2. 描述项目取得的进展 在项目启动后的任何时间点的评价，都需要关注项目的进展，如项目 计划完成进度、项目取得的中间成果或最终成果、项目实施对问题解决的促进作用等，这通常是项目 过程评价的重要内容。在项目终末评估中，也需要描述所有计划活动的完成情况。项目进展评估， 不仅可以让项目的各利益相关方了解项目的实施状况，更重要的是让各利益相关方了解项目面临的 各种问题和挑战，以及项目目标预期完成情况，从而为调整和完善项目计划提供依据。

3. 测量与判断项目所取得的效果 项目评价者需要对项目的所有产出进行测量，对所有活动 结果进行分析，尤其要分析所有的产出与干预措施的关联，据此对干预措施的作用和效果做出判断， 进而还要判断所有结果中有哪些具有成果价值，从而对项目的效果做出判断。

4. 衡量项目所取得的社会与经济效益 卫生项目的产出，要注重其社会效益，同样也要重视经 济效益，尤其是项目成本投入的经济性。因此，在卫生项目评价中，需要衡量项目的实施为社会和人 群带来了哪些好处，如人群健康状况的改善，健康危险因素的消除等，也需要衡量项目投入的经济产

118 第十章 卫生项目评价

出，测量其经济效益，在保证社会效益不受影响的前提下，实现经济效益最大化，是每个项目都希望 追求的目标。通过投入产出分析，找到最符合成本效益或成本效果的干预措施，进行总结推广。

5. 对今后的工作提出建议 这部分内容对被评价项目自身来说，不是最主要的，但对于项目投 资者来说却是比项目本身更加重要。因为在实际工作中多数项目都是具有试点性质的，即实施项目 的目的是为在更大的范围内实施相关干预。因此，通过项目评价，在评估、总结项目成果的基础上， 还需要为在更大范围的干预实施提供建议，如哪些因素会影响干预的成效，如何预防和消除不利因 素的影响等，都是项目评价者提供的评价结论中不可缺少的内容。

**二、卫生项目评价的程序**

一般来说，开展卫生项目评价需要遵循以下基本步骤，即明确评价目的、制定评价方案、实施项 目评价、做出评价结论。

**(一)明确评价目的**

开展项目评价，首先需要了解项目评价的目的，即通过评价要回答什么问题。不同的评价目的， 评价内容和评价方法都会存在明显的差别。项目评价是一个含义宽泛的概念，针对不同的评价对 象、在项目不同阶段、出于不同的目的，评价的内容都会有很大的差别，评价方法也会因内容的不同 而有所不同。

其次，需要明确评价结果的使用者。不同的使用者，对项目的期望和要求不同，因而也有不同的 信息需求。通常来说，卫生项目评价结果的使用者主要包括卫生政策制定者、项目资助者、项目管理 者、项目受益者。项目评价者在开展项目评价前，必须知道谁会使用这些评价结果，从而在评价目标 的设定、评价信息的收集和评价结论的重点方面，才会更具有针对性，评价结果才会更有价值。对于 政策制定者，更关注的是项目结果的政策价值，即评价发现对政策制定或完善的参考意义。而项目 资助者更关心的项目产出，即所投入的资源是否取得预期产出。

再次，需要明确项目所处的阶段特征。在项目的不同阶段，项目评价类型不同，评价的目的也会 有很大的差别。在项目立项阶段，主要是开展项目的结构评价，要回答的问题通常是项目是否具有 可行性。在项目实施阶段，主要开展的是过程评价，要回答项目进展是否正常。而项目结束则要进 行结果评价和影响评价。因此，评价者在开展卫生项目评价前，必须要明确项目所处阶段，从而确定 本次评价的类型和目的。

**(二)制定评价方案**

开展卫生项目评价，必须要有一个完善的项目评价方案，或称为项目评价计划。在制订项目评 价方案时，要重点关注以下4个方面的内容：

1. 了解项目 首先必须要了解这个项目，对项目的背景、目的、目标、内容要有一个深入的了 解，对项目计划的内容、措施及可能产生的作用进行系统掌握，从而让评价者能全面了解项目。只有 对项目有了全面的了解，才有可能做出有目的、有针对性的评价，评价结果才能客观、真实地反映项 目。除了了解项目总体情况外，还应该了解项目的进展，从而根据项目不同阶段的进展目标，确定评 价的目的和方法。

第十章 卫生项目评价 119

2. 确定评价内容 需要确定从哪些方面实现项目评价的目的和目标。评价内容实际也就是通 过评价需要回答的问题，所以也有人用评价问题代替评价内容。卫生项目评价不仅需要回答“项目 是否有效果”,而且还要回答“哪些干预使项目有效”“为什么项目成功或失败”“怎么做才能使项目 的效果更好”等问题。根据不同的评价目的，评价的内容也会存在一定的差别；评价的不同用户，对 评价结果需求不同，因而评价内容也会不同。对于拟立项或项目计划的评估，其目的主要是评估可 行性，因此需要分析项目环境是否满足项目的实施，项目实施需要的相关资源条件是否具备，项目的 实施计划是否可行，要实现项目目标，还有哪些问题需要解决等。对于项目实施过程评价，通常目的 是要看项目的进展是否顺利，了解项目的进度和出现的问题等。因此，项目评估内容也要围绕这些 目的，需要分析项目计划完成情况，对照计划进度看哪些活动存在延后及原因，项目阶段性目标是否 实现，制约项目活动推进的因素有哪些等。对于项目终末评估，主要目的是看项目活动的完成情况 和项目取得的成果。因此，项目评价的内容通常需要包括项目的直接产出，项目形成的相关经验的 政策价值，项目预期目标的实现情况，项目成果的推广价值等。无论是何种项目评价，都需要准确识 别评价结果的使用者，并根据使用的需求，确定评价的重点内容，从而提高评价结果的应用价值。在 确定了评价内容后，要将评价内容具体化成评价信息收集工具，如调查问卷、访谈提纲、现有资料收 集清单等，从而为实施评价提供工具。

3. 拟定评价指标 所有的评价内容，最后都需要归到具体的评价指标。在制定项目评价方案 时，就要明确用什么指标反映评价结果。在具体指标的选择时，要结合评价内容，选择适宜的指标。 例如，为了反映医疗保险制度的效果，通常会看参保者的医疗服务利用量、费用负担减轻情况、医疗 服务利用的公平性等。因此，具体指标的选择也应该围绕这些目的和内容来选择，如可以用人均就 诊次数、住院率来反映医疗服务利用量；用医疗费用补偿比反映负担减轻情况，用医疗费用负担占家 庭收入的比例、未满足的医疗服务需要等来反映服务利用的公平性等。评价指标应该在制定评价方 案时就已确定，而不能根据具体评价信息收集结果来确定，以减少人为的选择性。 一般来说，项目评 价指标的确定需要遵循客观性、独立性、可测量性、可比性、简易可行性、时间性等基本原则。

4. 选择评价方法 卫生项目评价的方法选择非常重要，不同的方法，对信息的需求不同，所能 回答的问题也不同。例如，开展横断面调查与评价，只能回答项目地区的现状如何，而不能回答这种 状态与项目干预措施之间的关系；要回答干预措施与结果之间的因果关联，应该采用有对照的干预 设计，进行纵向调查与评价。通常来说，卫生项目评价应该与项目方案同时设计，根据项目的性质、 评价目的、项目内容和特点，以及要回答的问题，确定具体的评价方法，才能更好地保证评价的有 效 性 。

**(三)实施项目评价**

卫生项目评价方案确定后，即可组织实施。在实施评价时，要严格按照评价内容、评价方法，使 用相关的评价工具，进行评价信息收集。在组织实施评价时，要对评价的工作进行准确的估计，并安 排必须的评价调查人员，保证项目评价工作能按计划完成。

1. 数据收集 主要包括定性资料和定量资料的收集。定性资料收集的方法有多种，目前在卫 生领域较为常用的方法包括深入访谈法、专题小组讨论法、选题小组讨论法、观察法等。定量资料收

120 第十章 卫生项目评价

集则主要通过问卷调查法。

2. 分析和解释证据 对所收集到的相关数据进行整理与分析，为项目的结论提供证据。在数 据分析时，根据数据类型的不同，分析方法也有相应的差别。对于定性资料的分析主要应用归纳法， 在数据或主题间互动，构建和检验概念。定性资料的分析往往是重复进行的，分析人员通常采用逻 辑推进和演绎的方法对定性资料进行分类分析，并返回数据以检验这些分析结果的外推性。而定量 资料的分析通常需要对比干预前和干预后数据，或实验组和对照组的结果数据，并利用统计学分析 检验样本呈现的差异是否具有显著性，从而判断干预的效应，并计算变量间的关联强度。

(四)形成评价报告和传播评价结果

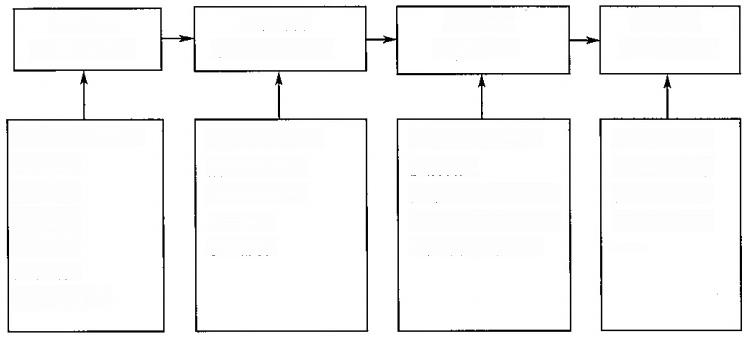
在评价资料分析基础上，评价人员必须根据评价要求对评价结果进行具体解释，说明每个结果 的含义。评价结果的解释必须具有现实意义，并使利益相关者积极参与评价结果的转化，通过与确 定的项目标准进行比较，判断项目价值和意义，做出评价结论，撰写评价报告和传播评价结果。评价 报告应该是什么样的?这个问题的回答取决于这个评价报告的读者是谁，不同的读者对项目会有不 同的期待，因此评价报告内容将依读者不同有所侧重。作为项目评价报告，既要展示、总结项目的成 效、经验、价值等，更要反映在项目实施过程中出现的问题和不利因素，并提出解决问题、提高项目成 果推广价值的建议。必要时，可形成针对不同读者的评价分析报告或摘要，如项目进展情况报告、项 目结果或影响摘要、项目的公平性报告、政策建议摘要、项目经济学评价报告等。

**三、卫生项目评价的类型**

卫生项目评价类型的划分，没有统一的归类，依据不同的划分标准，项目评价的分类也不 同。一般来说，项目评价的类型划分多是根据项目的具体特征进行的，同时也是为了满足不同 的评价目的。因此，可以说没有最好的分类，只有最适合的分类。根据评价的侧重点和功能划 分，分为目标评价、决策评价、评价研究、应答评价、用途评价等；根据项目内容所涉及的领域划 分，分为教育项目评价、卫生项目评价、福利项目评价等；根据评价者的价值取向、项目结果的影响及 主要评价指标的学科来源划分，分为社会学评价、经济学评价、卫生(健康)学评价等；根据评价者与 利益相关者之间关系划分，分为自我评价、独立评价、合作评价等；根据评价者身份划分，分为外部评 价和内部评价。

在项目评价的类型分类中，最经典、应用最广泛的是Donabedian 分类法。该方法以项目进程 为依据，将项目评价划分为结构评价、过程评价和结果评价三类。这种项目评价的划分方法可用 于任何项目评价的分类，具有很强的可操作性。从医学审查，医疗评价，医疗质量控制和管理，质 量保证，到新近流行的持续性质量提高等评价大多应用此分类法。学术界在 Donabedian 分类的框 架基础上，提出卫生项目成果不仅应该包括直接结果，还包括对未来发展的长期效应，两者都是项目 的产出，但在性质上存在较大的差别。因此，对Donabedian分类加以改良，将结果解释为项目的直接 产出，而对未来发展的长期效应则界定为项目的影响，从而又形成了“结构-过程-结果-影响”的评价 模式(图10-1)。

第十章 卫生项目评价 121



结构评价

(改革与投入)

人、财、物等资源

管理体制

运行机制

补偿机制

监督机制

人事制度

分配激励机制

结果评价

(患者体验)

患者就医过程体验 疾病转归

生命质量状况与改善 医疗费用水平与负担 医疗服务的满意度

过程评价

(医疗服务实施)

病人就诊、住院 病人会诊转诊 病人出院随诊 医疗质量

护理服务

影响评价

(良性发展)

转变服务模式 实现服务整合

实现内涵发展 提高卫生公平

.

图10-1

医疗服务绩效“结构-过程-结果-影响”评价模式示意图

1. 结构评价 (structure evaluation) 通常是在项目立项前或项目启动所开展的评价，其目 的是了解项目的内涵、目的、目标、资源状况、环境条件等，通过结构评价，来论证项目实施的可行性 等。在开展结构评价时，需要对项目的背景、项目实施的环境和项目所具备的条件进行充分的调查 分析和评价。若项目的实施可能影响到特定的人群时，还需要对人群的经济、社会、文化背景等进行 分析，了解人群对项目干预措施的接受程度，也称为项目的社会学评估。通过结构评价通常需要回 答“项目的内涵是否清楚”“项目的目的和目标是否明确、可实现”“项目所需资源是否具备”“人群 对项目干预的接受程度如何”和“顺利实施项目还需要哪些条件保障”等。

2. 过程评价(process evaluation) 也称进展评价或项目实施评价，主要目的是对项目的实 施过程进行监测和监督，检查项目计划干预措施的实施与落实情况，对覆盖率及其质量进行测量。 每个项目都有一定的时间进度计划，所有项目活动都要按计划进度开展，才能保证项目在计划的时 间内完成并取得成效。因此，项目过程评价，即是要检查项目活动计划的完成进度，项目计划活动的 完成情况，项目活动的质量，影响项目总体进展的主要因素等。通过过程评价，可以为项目管理者解 决项目问题和调整项目计划提供依据。

3. 结果评价 (outcome evaluation) 是在项目结束后或干预措施落实一段时间后的阶段性 结果出现时进行，主要目的是判断项目成功与否，通常以效率或效果来反映项目的结果。项目的效 率评价非常重要，卫生资源的稀缺性决定了效率是所有项目组织者都要关心的重要问题，尤其是从 项目成果的可推广性考虑更是重要问题。因此，卫生项目效率评价不仅要评价项目单位的工作效 率，更要关注项目所计划的活动和措施，在资源利用方面的效率，从而通过项目实施探索更具有成本 效益和(或)成本效率的项目活动与措施，以保证项目成果可以在更大范围推广应用并取得成效。 项目的效果通常是指项目具体目标的实现情况，即通过项目活动的开展，取得了哪些直接成果，包括 卫生问题的解决、项目经验的形成、政策开发等。项目效果是项目的直接产出， 一般在项目进行到一 定时间有结果产出时进行，或在项目结束时进行，通常是对照项目计划和目标，分析项目所产生的效 果，测量项目效果的量，并与计划目标对比，以判断目标的实现程度。

4. 影响评价 (impact evaluation) 通 常是在项目结束一段时间后，评价项目干预措施的可

122 第十章 卫生项目评价

持续性或项目干预措施所产生的长期改变。这里的“影响”指间接的、长期的效果，也指对社会或社 区的影响效果。项目影响评价， 一是针对项目实施后对项目实施地区整体社会经济发展的贡献和影 响；二是针对项目实施后所产生的结果的可持续性，即干预措施是否继续存在并发挥作用，以及影响 项目可持续性的因素；三是评价人群对项目的认同程度与参与程度。

**第三节** **卫生项目评价设计与方法**

**一** **、卫生项目评价设计**

为了保证项目评价的可信度和干预措施效果判断的准确性，项目评价和项目实施应该同时设 计、同步实施。但在实际工作中，由于各种原因，项目评价往往是独立进行，项目评价者与项目管理 者无法实现同步开展工作。项目评价者与项目管理者的关系，也决定了项目评价设计的类型。

卫生项目评价设计根据评价者与项目实施的关系密切程度和评价者对评价对象的控制程度划 分，分为实验性评价设计、准实验性评价设计和观察性评价设计。这种分类取决于项目评价人员是 否参与项目设计与实施，如果参与项目设计，并且能够控制干预对象和干预措施，那么项目评价可采 用实验性；如果评价者参与项目设计和实施，但评价者或项目管理者对干预对象的控制不完全，则可 采用准实验性评价；如果评价者没有参加项目设计和实施，项目评价是独立进行的，在这种情况下， 只能采用观察性评价。

**(** **一** **)实验性评价设计**

实验性评价设计是将人群随机分为干预组和对照组，比较两组间于预措施结果的评价设计。于 预组是指实施项目干预措施的组，对照组是指不实施项目干预措施的组。该评价设计特点之一是随 机化分组，使干预组和对照组的非干预因素基本均衡，保证统计结论的正确性。实验性评价设计的 基本思想，就是保证干预组和对照组基本条件均衡的情况下，实施干预策略，观察干预组和对照组变 化的差异，从而确定干预措施的有效性和干预效应。由于卫生项目实施主要应用于现实环境和人 群，因此，要实现严格的干预组与对照组齐同可比，干预过程完全按实验设计要求进行，就必须保证 评价者或项目管理者对干预对象能实现严格控制。例如，评价以改变人群的生活行为、饮食习惯、加 强锻炼为目的的一级预防措施效果的项目，如果能找到两个条件完全齐同的社区，就可以采取实验 性评价设计，以评价干预的效果。

(二)准实验性评价设计

若无法保证评价者对实验对象的严格控制，或无法实现干预组和对照组的条件齐同，实验性评 价设计就无法实施，只能采用准实验性评价设计。在社区项目实施中，由于很难真正实现干预组和 对照组的齐同可比，研究者也无法严格控制干预对象的行为，因此，准实验性干预是最常见的社区干 预实验类型。准实验性评价的干预对象没有进行或不能进行随机化分组，难以保证干预组和对照的 均衡，但干预因素的给予是评价者确定的，仍可以对干预组与对照组干预效果进行比较评价。例如， 在评价公立医院改革政策效果时，选择两个条件相近的地区， 一个地区执行改革政策要求，另一地区

第十章 卫生项目评价 123

维持现行政策不变，通过比较两地公立医院相关指标的变化，以评价改革政策的效果。

(三)观察性评价设计

观察性评价设计是指干预对象和措施在实施评价时已经存在，评价对象不可能进行随机化分 组，只能通过案例和合理设置对照组的方法比较和分析干预措施效果的评价设计。常用的观察性评 价设计方法有案例分析、设立对照组的评价。由于评价设计不是与干预实施同步开展，而是在干预 结束后进行，因此评价信息主要依靠回顾性调查方法收集，尤其是对照的信息，通常会缺乏基线资 料，难以准确判断干预与对照间的差异是归因于干预措施，还是自然发展的差异。

**二、卫生项目评价方法**

卫生项目评价的具体方法通常与项目评价设计相关，不同的评价设计，评价方法不同，同时也取 决于评价的目的和内容。本节主要依据评价设计的类型来介绍项目评价方法。

( 一 ) 实 验 性 评 价

1. 实验性评价的特点 所有卫生项目都是在社区现实环境下开展干预活动，无论从伦理学角 度还是现实可控性考虑，社区干预实验都不可能像实验室那样严格控制实验条件，因而实验性项目 评价有其自身的特点。

(1)遵循实验设计的基本原则：虽然不可能像实验室那样严格控制实验条件，但实验性项目评价设计 仍必须遵循和贯彻对照、随机化和重复三个原则，以保证实验组(于预组)和对照组均衡可比。

(2)谨慎使用空白对照：社区干预实验是在现实环境下开展干预，会直接影响到目标人群的健 康。因此，在设立对照时，根据伦理学原则要求，是不允许阻止对照组获得改善的机会，即不允许设 置空白对照，除非观察期较短，所产生的差异可以较容易弥补。

(3)不能直接证明因果联系：尽管实验研究理论上是可以直接回答因果联系，但由于社区实验设计 中，除了前述空白对照设置限制外，可能还存在对照组与实验组间干预的效应污染，从而使得项目实施 前后，干预组和对照组的差异只能反映严格按照项目干预要求所产生的效应与未按项目严格要求或采 取与项目不同的其他措施所产生效应的差异。这种情况下，干预组与对照组的差异可能是不同干预措 施的效应差，而不是干预与无干预相比的净效应。若以这种结果证明因果联系，还存在明显不足。

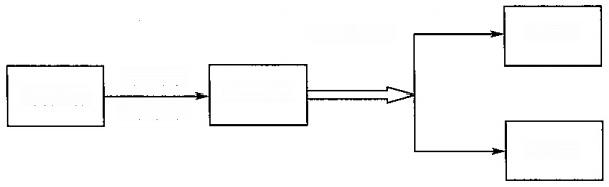
2. 实验性评价基本步骤 实验性评价是探明干预效果最客观的一种评价，但由于前述原因，实 验性评价的应用受到很多限制，在卫生项目评价中应用较少。这里仅简单介绍实验性评价的基本 步骤。

(1)建立评价主题：根据项目的目的、内容和实施计划，以及评价的目的和要求，明确要评价的 重点目标和要回答的评价问题，从而建立项目评价的主题。

(2)设计干预评价：对于实验性评价设计， 一般都应该与项目计划同时设计，有时项目评价者可 能就是项目执行者。①明确干预对象：按照项目计划的目的和要求，确定干预目标人群，并通过建立 纳人标准和排除标准，规定适宜进入实验的所有对象，并随机分配到干预组和对照组(图10-2);

②确立干预措施：卫生项目干预措施即是项目要开展的具体活动，这些活动会影响到干预对象特定 方面；③明确测量干预效果指标：指标应具有特异性、可测性、归因性、可行性和时间性。

**124** 第十章 卫生项目评价



随机化分配

评价对象

对照组

纳入标准 排除标准

评价总体

干预组

图10-2

随机对照设计方案示意图

(3)实施项目活动：在干预组实施所有计划的项目活动；对照组与干预组接受相同的管理和观 察，除了不实施项目活动。在观察实施项目活动和项目效应时，要认识到那些对干预结果产生影响 的一些非干预因素即混杂因素。例如，评价县级医院临床路径实施对医务人员服务行为的影响，可 能的混杂因素有同期推进的支付方式改革、医疗机构等级、规模和业务能力等。这些混杂因素在评 价设计时要准确识别出，并在设计和统计分析阶段进行控制，以提高评价的准确性。

**(二)准实验性评价**

准实验性评价的主要特点是评价对象不必随机化分组，当卫生项目评价遇到社会伦理和实际操 作挑战时，准实验评价显得适用和可靠，从而得以广泛应用。本节介绍两个主要的准实验性评价方 法：自身前后比较和中断时间序列。

1. 自身前后比较 按一定的纳人标准选取干预对象，在干预前测量基线指标，再开展项目活 动，经过一段时间后测量项目实施后的相关指标(干预结果),对比项目实施前后指标值的变化，以 测量项目效果。自身前后对照的基本思想是，在干预前后，干预对象的基本条件未变，干预前后的差 异就可以归因为干预效应。

对于观察时间较短、观察对象在观察期内不会有大幅度变化的情况，可以采用自身前后对照。 若观察时间较长，干预对象的部分测量指标可能会出现自然发展变化，从而会影响干预效应。为了 消除这类因素的影响，常常会增加对照，进行有对照的观察和评价。对照组与干预组的相关条件要 尽量均衡可比，例如，在一个县开展医疗卫生改革试点，选择另一个县作为对照，则要求对照县在地 理、人口、经济等可能影响医疗卫生发展相关指标的因素尽可能与试点县齐同可比。对于有对照的 项目评价，可运用倍差(difference in difference,DID)分析。倍差法的基本思想是，在对照组和实验组 是非随机分组时，可能存在两组间相关指标的不均衡，需要消除两组基线的差别，无法直接比较于预 结束时两组指标差来判断干预效应，倍差法通过比较干预前后干预组和对照组的差别的变化(即 “差别的差别”)来评价干预效应(表10-1)。

**表10-1** **倍差法基本原理示意**

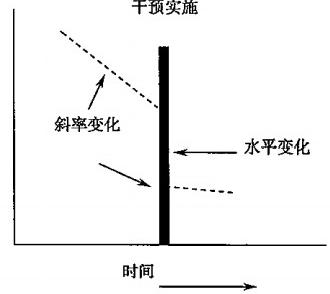
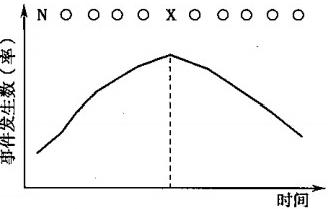
|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **后** | **前** | **差值** |
| 干预组 | B | A | B-A |
| 对照组 | D | C | D-C |
| 差值 | B-D | A-C | DID=(B-A)-(D-C) |

第十章 卫生项目评价 125

2. 中断时间序列 收集项目评价指标在干预前后多个时间点的结果数据，在控制了结果变量 干预前的下降或上升趋势后，用统计学模型评价干预措施的效果，包括干预点前后的水平变化和趋 势变化。从研究设计的角度，中断时间序列设计属于准实验设计，在缺少有效对照的情况下，能够得 到较为稳定的估计结果。中断时间序列多应用常规收集的数据，使用干预前后对比，并不需要平行 对照，因此当某些政策或项目需要大范围推广，无法设立空白对照的情况下，中断时间序列可以较好 地应用于评价。

中断时间序列可分为单组中断时间序列和带有比较组的中断时间序列。由于中断时间序列主 要用于常规收集时间间隔相等点的干预前后指标的比较，所以单组中断时间序列更为常用。中断时 间序列设计原理如图10-3所示，横坐标为时间点，测量间隔相等，以“○”代表，如日、月、年等，“X”表 示干预的时间点；纵坐标为测量某项目效应的指标值。

在统计分析时，中断时间序列分析对干预实施前和实施后两个时间段进行线性回归分析，通常 应用间断线性回归模型，分析干预因素作用的水平改变和斜率改变(图10-4)。此分析可检验试验 前后在干预点水平下降或升高的幅度是否有统计学意义，及在干预实施后某事件发生率或数量随时 间下降或上升的斜率是否与试验前不同，其主要优势是控制了试验前某事件发生率或数量已随时间 下降或上升的趋势。当时间序列数据在干预前和干预后呈现线性趋势时，可应用线性回归模型来拟 合数据，探讨干预措施对结果变量的影响。



干预效果

图10-3 图10-4

中断时间序列设计示意图 干预因素作用的水平改变和斜率改变

此外，还可在单组(试验组)中断时间序列的基础上，再增加一个平行对照组，干预组在干预前 后比较的同时，还可与对照组比较，以控制同期非干预因素的干扰，得到干预因素与结果联系的可靠 结论。

**(三)观察性评价**

观察性评价是指干预措施在评价时已存在，评价人员客观地观察和收集干预对象的现状及其相 关指标变化信息的一种评价方法。观察性评价主要特点是评价人员作为独立评估者，不参与项目设 计，不对干预因素和非干预因素进行改变，也不对干预对象随机化分组，仅仅通过观察、访谈、问卷调 查及数据提取等方式了解、收集干预措施、实施环境、实施过程和结果信息。近年来第三方独立评价

126 第十章 卫生项目评价

日益受到重视，很多卫生项目都采用观察性评价。观察性评价主要有案例分析和设立对照组的 评 价 。

1. 案例分析 将一些典型事例的数据组织在一起，以便深入分析和比较，发现干预因素与结果 间关系的评价方法。案例分析对案例的大小或复杂程度没有限制，可以是个体、小组、邻里、项目、机 构、社区的案例，也可以是区域或是国家案例。选择什么样的案例通常是由案例评价设计来确定，而 且是定性调查中目的抽样的基础。定性分析中的案例评价有其特殊的数据收集、组织和分析方式， 展示分析过程，目的就是收集综合的、系统的和深层次的案例信息，探究干预措施在某环境下实施的 效果及成因，从而验证项目理论。开展案例分析，通常需要收集个案及其所处的情景条件两方面的 信 息 。

案例评价可分为单案例分析和多案例分析。单案例评价设计可以对某典型案例或具有代表性 案例进行分析，目的是了解分析某一案例出现的环境和条件，及发现干预因素和非干预因素与案例 结果出现的关系。当案例分析包括多个案例时就是多案例分析。多案例分析由于所观察的情境更 多，可以评价相同的干预在不同的情境下的作用，或为了实现项目目标，在不同情境下所采取的不同 干预措施的效果，总结出的结论更具有普遍价值。

在案例分析中需要注意以下问题：①案例选择和样本量：在多案例分析中案例选择和数量取决 于项目利益相关者的信息需求和评价目的。可选择能产生相同结果的2~3个案例，或选择可预知 的产生不同结果的6~10个案例。每个案例都是独立的分析对象，在开展案例评价前，必须对案例 本身有清晰界定。例如，基层卫生综合改革的案例，是以区域(市、县、区)还是以社区为单位选案 例，或是以基层卫生机构为案例，既要听取利益相关者的建议，也要考虑改革效应的特点和评估需 求，以确保选择的案例与评价问题具有关联性。②案例分析的信息收集：包括访谈数据、观察数据、 专题调查、文件(项目记录或文件、简报等)、利益相关者对案例的反映、实物证据及案例背景信 息等 。

2. 设立对照组的评价 主要设立对照组的比较分析有两种类型：一是自身对照设计，即比较一 组干预对象在干预实施前后的结果；二是同期对照设计，即比较干预组和对照组某些特定结果指标。 前一种设计因没有控制干预措施以外因素对干预结果的影响，因此这样的结果测量不能准确估计干 预措施所带来的真实结果，尤其是在干预期间较长的情况下；后一种设计考虑了与千预措施并行的 其他外部因素，从而比较好地控制了外部因素对干预结果的影响，能够对干预结果进行比较准确地 估计。这种评价设计思路与前述的准实验性评价设计非常相似，唯一的区别在于评价者没有参与项 目设计，不能够控制干预对象和干预措施，只好采取观察性的方法进行评价。

设立对照的评价设计从数据收集时间上可以分为前瞻性评价设计和回顾性评价设计。这种设 计的选择取决于卫生项目评价介人时间。如果开展评价时，卫生项目已经实施并接近尾声，这时可 采用回顾性评价设计，即收集评价伊始的干预结果信息，并收集干预实施前某一时间点(如一年前 或更长时间)的基线信息，比较这两个时间点结果指标变化。无论是自身对照还是同期对照都需要 测量干预前基线信息，以控制基线水平对干预结果的影响。这种回顾性评价设计的优势在于评价时 间短，费用相对低，可在较短时间内完成评价工作，是目前大多数卫生项目评价常用的设计方法；缺

第十章 卫生项目评价 127

点是依赖于已有的记录， 一些个体信息可能会丢失或不存在，收集的信息不能始终如一，也会产生回 顾性偏倚，并且干预结果不能标准化。如果卫生项目启动初期，就开始了评价工作，可以采用前瞻性 评价设计。即项目启动时收集基线信息，跟踪项目，收集阶段性干预结果信息，并对基线和结果信息 进行比较分析。这种评价设计优势在于可以同时评价多个效果，干预和效果的时间顺序能够更清楚 建立；缺点是评价时间长，跟踪费用高。

**第四节** **卫生项目评价指标**

由于卫生资源的稀缺性，卫生领域的投人必须追求效率，投入方向必须进行合适的选择，而卫生 项目评价即是要帮助决策者确定适宜的项目和最佳的投人领域。不同的卫生项目有不同的目的和 目标，项目内容也不尽相同，因此评价指标也会相应有差别。但无论是哪一种项目评价模式，特定的 价值取向都会贯穿始终，因此评价的每一阶段都有其评价标准以及具体的评价指标。评价指标是评 价标准的详细、具体的体现，包括定性指标和定量指标两类，分别反映“有或无”的状态和“多或少”

的状态。

卫生项目属于社会公共事业的一部分，关系到社会公众的利益。但由于公众利益客观上存在着 差异，不同利益群体对项目的绩效水平可能会根据各自的利益得失或喜好的不同而做出不同的评 价。因此，应按照符合社会公众整体利益的要求，构建合理的评价标准及指标，对卫生项目作出客观 的评价。

一 、结构评价标准及指标

结构评价主要是为了了解项目内涵、目的、目标、资源状况、环境条件等，论证项目设计的可行性 和适宜性。

1. 人口和经济 常用的人口学指标有人口数量、构成等；常用的经济指标包括国内生产总值、 居民人均纯收入等。

2. 社会与自然环境 首先，卫生项目的顺利实施需要当地政府的支持，当地政府是否愿意开展 项目成为项目可行性评价至关重要的内容；其次，考虑当地的已有政策措施或其他项目对项目实施 的影响；此外，自然环境也是影响项目实施和项目评价的重要因素之一，如在山区开展项目和项目评 价，需要考虑如何克服交通问题。

3. 卫生服务机构的软硬件 卫生服务行业关系到人的生命与健康，卫生服务提供者必须是经 过专业的系统的医学教育，具备法律规定的资质；同时对提供卫生服务的药品和设备也有严格的要 求。常用的指标包括卫生人力数量、构成、每千人医生数、每千人床位数、医疗设备种类与数量、卫生 机构房屋面积等。

4. 项目内容的可操作性和适宜性 评价干预方案与措施可操作性是指考察项目覆盖的范围是 否合适、干预的具体措施是否可行等。项目设计适宜性包括项目干预内容和强度的适宜性：评价项 目干预内容的适宜性主要是考察项目干预内容同期望的项目结果之间的因果联系性，评价项目干预

128 第十章 卫生项目评价

强度的适宜性则是考察项目的干预强度能否较好地平衡项目目标与有限项目的投人。

5. 项目的时间安排和财务预算 主要考察时间、人力、资金的投人与项目预算是否与项目目标 相匹配。

**二、过程评价标准及指标**

过程评价的最主要功能是了解项目的运行情况，判断项目实施在多大程度上完成了预定的计 划，发现项目实施过程的问题和障碍，及时地进行调整和改进。日常工作记录通常是开展过程评价 的主要资料来源，同时开展小规模或非正式的定性调查，两者相互补充。过程评价指标一般包括：影 响干预实施的背景或环境、个人水平及社区水平参与者的招募情况、干预提供者的干预强度、干预到 达目标人群的渠道畅通程度、干预对象接受干预的强度、实际干预内容同原计划的符合程度等。

**三、结果评价标准及指标**

结果评价主要是针对项目的近期结果，主要评价指标包括：人口学指标、疾病统计指标、死亡统 计指标、儿童生长发育指标、复合型健康评价指标、卫生服务利用指标等(参见第九章卫生服务研究 和第十三章社会卫生状况)。

**四、影响评价标准及指标**

影响评价主要针对项目的中远期效果和社会影响，常用评价指标包括社会与心理学评价指标和 经济学评价指标。

1. 社会与心理学评价指标 主要包括公平性指标和幸福相关指标。公平性评价指标有基尼系 数，集中指数，健康差异指数等。测量幸福感有多种量表可供选择，如生活满意度量表、情感平衡量 表、幸福感指数、总体幸福感量表和纽芬兰纪念大学幸福量表等。

2. 经济学评价指标 主要从成本和效果两个方面对不同的备选方案进行分析比较，主要包括 成本-效果分析、成本-效用和成本-效益分析等。

(1)成本-效果分析(cost-effectiveness analysis,CEA):主要评价使用一定量的卫生资源(成本)后 的健康产出，产出表现为健康的结果，用非货币单位表示。在卫生项目评价中，项目效果是指相关于 预措施在解决项目问题方面的直接结果，通常也是评价者最为关注的项目产出。 一般来说，卫生项 目的效果主要表现为健康危险因素的消除、疾病流行的控制、健康的改善等。不同的项目要解决的 问题不同，目标也不同，因而反映项目效果的指标也不同。项目效果指标的选取通常要求这些反映 效果的指标要尽量符合有效性、数量化及特异性的要求，也就是说这些指标的变化能体现干预措施 的效应，指标要尽可能地量化，且与干预措施有直接关联。卫生项目的效果指标总体上可以归为4 类：①中间健康问题，通常是指干预对象所存在的影响健康的危险因素或健康问题的前期状态，如生 活行为习惯、就诊等；②最终健康问题，即健康结果状态，如患病、死亡、期望寿命等；③生存率，在针 对某种或某些疾病的干预时，疾病病人的生存率；④生命质量，反映人群与健康相关的生存状态，即 健康相关生命质量。有学者建议不要采用减少的中间健康问题作为效果指标，在减少的中间健康问

第十章 卫生项目评价 129

题与最终健康问题之间关系已经确定时，建议最好使用最终健康问题作为效果指标。如评价健康教 育项目效果时，不建议使用健康知识知晓率作为结果指标，而是采用健康行为形成率。

(2)成本-效益分析(cost-benefit analysis,CBA):用于判断项目的经济产出和投入的经济性，用货 币单位表示。在开展卫生项目成本-效益分析时，需要对项目的成本进行归集，对项目的效益进行测 量。项目成本一般是指为实施项目所投入的资源总量，包括人力、财力、物资等，而效益则多指项目 的实施所带来的社会经济效益，包括直接效益、间接效益和无形效益。成本-效益分析通过比较不同 备选方案的全部预期成本和全部预期效益来评价备选方案，为决策者选择计划方案和决策提供参数 和依据。常见的成本-效益分析方法有净现值法、内部收益率法、效益成本比率法等。

(3)成本-效用分析(cost-utility analysis,CUA):以效用作为评价指标，实际上是成本-效果分析的 特例，它反映了单位效用量所支付的项目成本代价。当不同项目方案的成本相等时，以效用量高的 方案为优；当不同项目方案的效用量相等时，以成本低的方案为优。卫生项目的效用一般指干预对 象对不同健康水平和生活质量的满意程度。效用值的大小一般由卫生服务需方对一定成本投入情 况下所获得的健康状况改变的满意度来决定。效用指标综合了生命数量和生命质量、健康状态的主 观感受和客观水平，是综合反映健康效果价值的指标。常用的效用指标有质量调整生存年、伤残调 整生命年等，它们比单一的健康状态指标(如平均期望寿命、患病率、死亡率等)更综合地反映健康 状态，近年来得到越来越广泛地应用。

**(陈家应** **樊** **宏** **)**

|  |  |
| --- | --- |
| **思考题** | 1.卫生项目评价的重要意义何在?  2.开展卫生项目的影响评价，需要考虑哪些方面的问题? |

· 笔

记

**第十一章**

**健康危险因素评价**



在人类的生存环境中存在着许多健康危险因素，它们与健康和疾病形成各种复杂的关联关系。 研究健康危险暴露水平与疾病及死亡之间的因果关系，确定健康危险因素对健康的危害程度，能够 对个体或群体进行健康危险因素评价，从而进行有效的健康干预，降低健康危险因素暴露水平，达到 提高个体和人群健康水平的目的。

**第一节** **健康危险因素概述**

一 、健康危险因素的概念

健康危险因素(health risk factors)是指能使疾病或死亡发生的可能性增加的因素，或者是能使 健康不良后果发生概率增加的因素，包括环境、生物、社会、经济、心理、行为诸因素。预防疾病和伤 害发生的关键在于控制健康危险因素，拥有可靠的、可比较的、不同人群健康危险因素暴露程度以及 危害程度等方面的信息对于决策者制定重点干预策略，指导卫生政策和医学实践具有重要意义。

二、健康危险因素的分类

健康危险因素分类可以有多种形式，有直接健康危险因素和间接健康危险因素；有群体健康危 险因素和个体健康危险因素等。引起人类疾病和死亡的危险因素包含了极其广泛的内涵，概括分为 以 下 4 类 。

( 一 )环境危险因素

由于人类对自然环境的过度改造，不仅严重地破坏了人们赖以生存的生态系统，而且导致了大量人为 的危险因素进入人们的生存环境，各种环境健康危险因素对人类的整体生存带来极其严重的影响。

1. 自然环境危险因素

(1)生物性危险因素：自然环境中影响健康的生物性危险因素有细菌、病毒、寄生虫、生物毒物 等，它们是传染病、寄生虫病和自然疫源性疾病的直接致病原。

(2)物理、化学危险因素：自然环境中的物理性因素有噪声、振动、电离辐射、电磁辐射等；化学 性危险因素有各种生产性毒物、粉尘、农药、交通工具排放的废气等。理化污染是工业化、现代化带 来的次生环境危险因素，成为日益严重的健康杀手。

2. 社会环境危险因素 一个社会的政治、经济、社会秩序以及社会成员思想情绪的稳定程度构成了 社会环境的稳定性。如果社会发展失衡，社会的稳定性被破坏，导致社会矛盾加剧乃至引起社会冲突，将

第十一章 健康危险因素评价 131

直接影响社会成员的生活质量、幸福感和健康状况。社会环境因素对人类健康的影响越来越大，国家间、 地区间、群体间的健康差距呈现加大趋势。由于贫困导致教育机会减少，从而在一定程度上又造成对其 发展能力的剥夺，进一步导致社会地位的低下，引起精神压抑、社会隔离、就业困难及生存压力。这 些健康危险因素相互叠加、互为因果，最终落入贫困影响健康，不健康又导致更贫困的恶性循环。

(二)心理、行为危险因素

心理因素以情绪为中介变量影响人的神经、内分泌和免疫调节平衡，进而导致健康损害和疾病。 现代研究表明，长期情绪压抑是所有肿瘤的重要危险因素。此外，心理因素还通过影响人的行为生 活方式而危害健康。现代社会竞争日益加剧、职业紧张和生活压力加大等因素所导致的心理和精神 疾患不断增加。

行为危险因素又称自创性危险因素，是由于人类不良的行为生活方式而造成的健康危害。随着疾 病谱的改变，与不良行为生活方式密切相关的慢性病越来越成为人类健康的主要威胁。据统计，前四 位死亡原因是心脏病、肿瘤、脑血管病和意外伤害，占总死亡数的70%以上，而造成前四位死亡原因的 危险与人类的行为生活方式密切相关。在北美、欧洲和亚太地区工业化程度高的国家，全部疾病负担 中至少有1/3归因于烟草、酒精、高胆固醇和肥胖。仅烟草就造成每年将近500万人的早死。

(三)生物遗传危险因素

随着医学的发展及对疾病认识的不断深人，人们发现无论是传染病还是慢性病的发生都与遗传 因素和环境因素的共同作用密切相关。随着分子生物学和遗传基因研究的发展，遗传特征、家族发 病倾向、成熟老化和复合内因学说等都已经在分子生物学的最新成就中找到客观依据。

(四)医疗卫生服务中的危险因素

医疗卫生服务中影响健康的危险因素是指医疗卫生服务系统中存在各种不利于保护并增进健 康的因素。例如，医疗行为中开大处方、诱导过度和不必要的医疗消费；医疗程序中院内感染，滥用 抗生素和激素；医疗服务质量低下、误诊漏诊等都是直接危害健康的因素。广义上讲，医疗资源的不 合理布局，初级卫生保健网络的不健全，城乡卫生人力资源配置悬殊、重治疗轻预防的倾向和医疗保 健制度不完善等都是可能危害人群健康的因素。

**三、健康危险因素的特点**

了解健康危险因素的共同特点，对危险因素的分析和评价及慢性病的预防有着非常重要的 意义 。

1. 潜伏期长 在危险因素暴露与疾病发生之间常存在较长的时间间隔，人们一般要经过多次、反 复、长期的接触后才会发病，潜伏期因人、因地而异，并且受到很多因素的影响。例如，吸烟导致肺癌一 般要经历数十年时间；高盐、高脂肪、高热量饮食，更是要长年累月地的不断积累，最后才会引发心脑血 管疾病。潜伏期长，使危险因素与疾病之间的因果联系不易确定。这对于病因判断和疾病预防工作是 不利的，但由于潜伏期长，可在其间采取有效的防治措施，这又为阻断危险因素的危害提供了时机。

2. 特异性弱 由于许多危险因素的广泛分布及混杂作用，在一定程度上削弱了危险因素的特 异性作用。特异性弱，使一种危险因素与多种疾病相联系，如吸烟既是肺癌的危险因素，又是支气管

132 第十一章 健康危险因素评价

炎、心脑血管疾病和胃溃疡等疾病的危险因素。特异性弱也可以表现为多种危险因素引起一种慢性 病，如高脂、高热量饮食、盐摄入量过多、吸烟、紧张、静坐作业方式和肥胖等都对导致冠心病的发生 起到重要作用。由于危险因素与疾病之间特异性弱，加上存在个体差异，容易引起人们对危险因素 的忽视，针对这些危险因素的健康促进显得尤为必要。

3. 联合作用 随着大量危险因素越来越多地进入人们的生产和生活环境，导致健康危险因素 的多重叠加。一因多果、多因一果、多因多果、因果关系链和因果关系网络模型的提出，提示多种危 险因素联合作用的大量存在。如高血压、高血脂和吸烟等危险因素的联合作用可以数倍、甚至数十 倍地增加冠心病的发生概率。

4. 广泛存在 危险因素广泛地存在于人们日常生活和工作环境之中。同样，各种社会环境因素交 互作用，广泛地影响着全体居民的身心健康。各种危险因素紧密伴随、相互交织，其健康危害作用往往是 潜在的、不明显的、渐进的和长期的。这无形中增加了人们对危险因素的发现、识别、分析和评价方面工作 的难度，尤其是当不利于健康的价值观念已经内化成为人们的文化习俗和行为习惯之后，对这种危险因素 的干预将会非常困难。因此，深人、持久、灵活、有效的危险因素干预策略将变得非常重要。

四、健康危险因素的作用过程

了解危险因素对人体健康的作用过程，能有效促进对慢性非传染性疾病危害因素和前驱症状采 取有效的预防与控制措施。当疾病尚未形成前，采取积极的预防措施，减少危险因素的危害，防止疾 病发生；在疾病已经形成的情况下，及时治疗，降低疾病诱发因素的作用，控制疾病的发展，促进病人 恢复正常功能，减少劳动能力的损失。目前将危险因素对人体健康的影响分为6个阶段。

1. 无危险阶段 此阶段是假设人们的周围环境和行为生活方式中不存在危险因素，预防措施 是保持良好的生产生活环境和健康行为生活方式。通过健康教育使人们认识危险因素的有害影响， 防止可能出现的危险因素。

2. 出现危险因素 随着年龄增加和环境改变，在人们的生产生活环境中出现了危险因素，由于 作用时间短暂及程度轻微，危险因素并没有产生明显的危害，或者对人体危害作用还不易被检出。 如果进行环境因素检测或行为生活方式调查，可发现危险因素的存在。

3. 致病因素出现 随着危险因素数量增加及作用时间延长，危险因素转化为致病因素，对机体产 生危害的作用逐渐显现。这一时期人们处在可能发生疾病的危险阶段，由于机体防御机制的作用使致病

因素弱化，疾病尚不足以形成。如果及时采取干预阻断措施，停止危险因素的作用，可以阻止疾病的发生。

4. 症状出现 此阶段疾病已经形成，症状开始出现，组织器官发生可逆的形态功能损害，用生 理生化的诊断手段可以发现异常的变化。常用筛检手段在正常人群中及时发现无症状病人是有效 的预防策略，通过早期发现、早期治疗，及时阻止危险因素的作用，使病程逆转恢复健康是可能的。

5. 体征出现 症状和体征可能并行或程度不一地先后出现。病人明显感觉机体出现形态或功 能障碍，并因症状和体征明显而主动就医。即使停止危险因素的继续作用， 一般也不易改变病程。 积极采取治疗措施可以改善症状和体征，推迟伤残和减少劳动能力的丧失。

6. 劳动力丧失 疾病自然发展进程的最后阶段。由于症状加剧，病程继续发展，丧失生活和劳

第十一章 健康危险因素评价 133

动能力。这个阶段的主要措施是康复治疗。

**第二节** **健康危险因素评价**

**一、健康危险因素评价的概念**

健康危险因素评价(health risk factors appraisal,HRA)是研究危险因素与慢性病发病及死亡之间 数量依存关系及其规律性的一种技术方法。它研究人们在环境、生活方式和医疗卫生服务中存在的 各种危险因素对疾病发生和发展的影响程度，以及通过改变生产生活环境，改变不良的行为生活方 式，降低危险因素的作用，可能延长寿命的程度。通过开展危险因素的评价，促进人们改变不良的行 为生活方式，降低危险因素，提高生活质量和改善健康水平。

**二、健康危险因素评价的步骤**

健康危险因素的评价方法主要包括临床评价、健康过程与结果评价、生活方式和健康行为评价、 人群健康评价等。下面以个体健康危险因素评价为例介绍健康危险因素评价的基本步骤。

( 一)健康危险因素评价的资料收集

1. 当地性别、年龄别和疾病分类的发病率(患病率)和死亡率 这些资料可以通过死因登记 报告、疾病检测等途径获得，也可通过回顾性调查获得。健康危险因素评价要阐述疾病的危险因素 与发病率及死亡率之间的数量联系，选择哪一些疾病及有关的危险因素作为研究对象，对取得结论 及合理解释非常重要。 一般应选择主要疾病、选择一种疾病而不是一类疾病作为调查对象，因为前 者的危险因素比较明确，易于评价，如选择冠心病，而不选心血管系统疾病；有的疾病目前还不能找 到明确因果关系的危险因素，也不宜列入评价的疾病之列。 一般选择当地该年龄组最重要的、并具 有确定危险因素的10~15种疾病作为评价对象。

表11-1列举了某地某41岁男性健康危险因素评价，表中第(1)、(2)项是疾病别每10万人口的 平均死亡概率，如冠心病死亡概率为1877/10万，车祸为285/10万等。

2. 个人健康危险因素 采用问卷调查、询问疾病史、体格检查和实验室检查收集有关个人的健 康危险因素，可以分成下列5类：

(1)行为生活方式：吸烟、饮酒、体力活动和膳食等。

(2)环境因素：经济收入、居住条件、家庭关系、生产环境、心理刺激和工作紧张程度等。

(3)生物遗传因素：年龄、性别、种族、疾病遗传史、身高、体重等。

(4)医疗卫生服务：是否定期体格检查、X 线检查、直肠镜检查、乳房检查和阴道涂片检查等。

(5)疾病史：详细了解个人的患病史、症状、体征及相应检查结果。包括个人疾病史；婚姻与生 育状况(初婚年龄、妊娠年龄、生育胎数等);家庭疾病史(家庭中是否有人患冠心病、糖尿病、乳腺 癌、直肠癌、高血压和自杀等)。

表11-1中第(3)、(4)项列举各种疾病的相应危险因素及其指标值。

**表11-1某地某41岁男性健康危险因素评价表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **死亡** | **死亡概率** | **疾病诱发** |  | **危险** | **组合危险** | **存在死** | **根据医生** | **新危险** | **新组合** | **新存在** | **降低量** | **危险程度** |
| **原因** | (1/10万) | **因素** | **指标值** | **分数** | **分数** | **亡危险** | **建议改变**  **危险因素** | **因素** | **危险分数** | **死亡危险** | (%) | **降低百分**  比 ( % ) |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) |
| 冠心病 | 1877 | 血压(kPa)  胆固醇(mg/dl)  糖尿病史  体力活动  家族史  吸烟  体重 | 16.0/9.3  192  无  坐着工作  无  不吸  超重30% | 0.4  0.6  1.0  2.5  0.9  0.5  1.3 | 1.91 | 3585.07 | 一  -  一  定期锻炼  一  一  降到平均体重 | 0.4  0.6  1.0  1.0  0.9  0.5  1.0 | 0.11 | 206.47 | 3378.6 | 47 |
| 车祸 | 285 | 饮酒  驾车里程  安全带使用 | 不饮  25000km/年 90% | 0.5  2.5  0.8 | 1.9 | 541.5 | 一  -  100% | 0.5  2.5  0.8 | 1.9 | ·541.5 | 0 | 0 |
| 自杀 | 264 | 抑郁  家族史 | 经常 无 | 2.5  1.0 | 2.5 | 660.0 | 治疗抑郁 | 1.5  1.0 | 1.5 | 369.0 | 264.0 | 4 |
| 肝硬化 脑血管病 | 222 | 饮酒 | 不饮 | 0.1 | 0.1 | 22.2 |  | 0.1 | 0.1 | 22.2 | 0 | 0 |
| 222 | 血压(kPa)  胆固醇(mg/dl) 糖尿病史  吸烟 | 16.0/9.3 192  无  不吸 | 0.4  0.6  1.0  0.8 | 0.19 | 42.18 | 一  -  一 | 0.4  0.6  1.0  0.8 | 0.19 | 42.18 | 0 | 0 |
| 肺癌 | 202 | 吸烟 | 不吸 | 0.2 | 0.2 | 40.4 | 一 | 0.2 | 0.2 | 40.4 | 0 | 0 |



第十一章健康危险因素评价

**续表**

第十一章健康危险因素评价

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **死亡**  **原** **因** | **死亡概率**  **(1/10万)** | **疾病诱发** **因素** | **指标值** | **危险**  **分数** | **组合危险** **分数** | **存在死**  **亡危险** | **根据医生**  **建议改变**  **危险因素** | **新危险** **因** **素** | **新** **组** **合** **危险分数** | **新** **存** **在** **死亡危险** | **降低量** **(%)** | **危险程度** **降低百分** **比** **(** **%** **)** |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) |
| 慢性风湿 | 167 | 心脏杂音 | 无 | 1.0 |  |  |  | 1.0 |  |  |  |  |
| 性心脏病 | 111 | 风湿热  症状体征 饮酒 | 无  无  不饮 | 1.0  0.1  1.0 | 0.1 | 16.7 |  | 1.0  0.1  1.0 | 0.1 | 16.7 | 0 | 0 |
| 肺炎 | 111 | 肺气肿 吸烟  肠息肉 | 无  不吸 无 | 1.0  1.0  1.0 | 1.0 | 111.0 | 一  一 | 1.0  1.0  1.0 | 0.1 | 111.0 | 0 | 0 |
| 肠癌 |  | 肛门出血 肠炎  直肠镜检查 | 无  无  无 | 1.0  1.0  1.0 | 1.0 | 111.0 | -  每年检查一次 | 1.0  1.0  0.3 | 0.3 | 33.3 | 77.7 | 1 |
| 高血压心 脏病 | 56  56 | 血压(kPa)  体重  X线检查 | 16.6/9.3  超重30% 阴性 | 0.4  1.3  0.2 | 0.7 | 39.2 | 降到平均体重 | 1.0  0.2 | 0.4 | 22.4 | 16.8 | 0.2 |
| 肺结核 |  | 结核活动 | 无 | 1.0 | 0.2 | 11.2 |  | 1.0 | 0.2 | 11.2 | 0 | 0 |
| 其他 | 1987 | 经济和社会地位 | 中等 | 1.0 |  | 1987 | 一 | 1.0 | 1.0 | 1987 | 0 | 0 |
| 合计 | 5560 |  |  |  |  | 7167.45 |  |  |  | 3430.35 | 3737.1 | 52.2 |

135

136 第十一章 健康危险因素评价

(二)健康危险因素评价的资料分析

1. 将危险因素转换成危险分数 这是评价危险因素的关键步骤，只有通过这种转换才能对危 险因素进行定量分析。危险分数是根据人群的流行病学调查资料(如各种危险因素的相对危险度 及其人群中的发生率),经过一定数理统计模型(如logistic回归模型、综合危险因素模型等)计算得 到(详见本章融合教材);还可以采用专家经验评估方法，由相关专业的专家参照病因学与流行病学 研究的最新成果，结合危险因素与死亡率之间联系的密切程度，将不同水平的危险因素转换成各个 危险分数。总之，危险因素与死亡率之间的数量依存关系是通过危险分数转换这个中间环节来实现 的。当被评价个体的危险因素相当于某地人群的平均水平时，其危险分数定为1.0。危险分数为 1.0时，个体死于某病的概率相当于当地的平均死亡率；危险分数大于1.0时，个体的疾病死亡概率 大于当地的平均死亡率，危险分数越高，死亡概率越大；反之，危险分数小于1.0时，个体的疾病死亡 概率小于当地的平均死亡率。如果个体危险因素值在表上介于相邻两组之间，可以选用两个相邻值 或用内插法计算。例如，胆固醇值为192mg/dl,40~44 岁男性危险分数转换表(表11-2)中没有 192mg/dl 这一等级，根据规定220mg/dl 与180mg/dl 对应的危险分数分别为1.0与0.5,用内插法计 算得出192mg/dl 的危险分数为0.65。

**表11-2** **冠心病危险分数转换表**(男性40~44岁组)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **死亡原因** | **危险指标** | **测量值** | **危险分数** |
| 冠心病 | 收缩压kPa(mmHg)  舒张压kPa(mmHg)  胆固醇(mg/dl)  糖尿病史  运动情况 | 26.6(200) 23.9(180) 21.3(160) 18.6(140) 16.0(120) 14.1(106) 13.3(100) 12.5(94) 11.7(88)  10.9(82) 280  220  180  有  已控制  无  坐着工作和娱乐  有些活动的工作  中度锻炼  较强度锻炼 | 3.2  2.2  1.4  0.8  0.4  3.7  2.0  1.3  0.8  0.4  1.5  1.0  0.5  3.0  2.5  1.0  2.5  1.0  0.6  0.5 |

第十一章 健康危险因素评价 137

续表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **死亡原因** **危险指标** | **测量值** | **危险分数** |
| 家庭史 | 坐着工作，有定期锻炼 | 1.0 |
| 其他工作，有定期锻炼 | 0.5 |
| 父母二人60岁以前死于 冠心病 | 1.4 |
| 父母之一60岁以前死于 冠心病 | 1.2 |
| 父母健在(<60岁) | 1.0 |
| 父母健在(≥60岁) | 0.9 |
| ≥10支/日 | 1.5 |
| 吸烟 | <10支/日 | 1.1 |
| 吸雪茄或烟斗 | 1.0 |
| 戒烟(不足10年) | 0.7 |
| 不吸或戒烟10年以上 | 0.5 |
| 体重 | 超重75% | 2.5 |
| 超重50% | 1.5 |
| 超重15% | 1.0 |
| 超重10%以下 | 0.8 |
| 降到平均体重 | 1.0 |

2. 计算组合危险分数 许多流行病学调查结果证明，一种危险因素有可能对多种疾病产生作 用；多种危险因素对同一种疾病产生联合作用，这种联合作用对疾病的影响程度更趋强烈。越来越 多的研究表明：高血压与吸烟对冠心病发病具有明显的联合作用。将不吸烟无高血压史者冠心病发 生的相对危险度定为1.0;有吸烟史无高血压者冠心病发病的相对危险度为3.3;无吸烟史有高血压 者冠心病发病的相对危险度为5.9;两种危险因素并存者冠心病发病相对危险度为18.4。因此，在 多种危险因素并存的情况下，计算组合危险分数可以较好地反映危险因素之间的联合作用。计算组 合危险分数时分为两种情况：

(1)与死亡原因有关的危险因素只有一项时，组合危险分数等于该死因的危险分数；如40～44 岁组男性每天吸烟20支时，肺癌的危险分数和组合危险分数都是1.9。

(2)与死亡原因有关的危险因素有多项时，要考虑到每一项危险因素的作用。计算组合危险分 数时，将危险分数大于1.0的各项分别减去1.0后的剩余数值作为相加项分别相加，1.0作为相乘 项；小于或等于1.0的各危险分数值作为相乘项分别相乘；将相乘项之积和相加项之和相加，就得到 该疾病的组合危险分数。例如，表11-1中冠心病的危险因素有7项，组合危险因素要考虑每一项危 险因素对冠心病死亡率的综合作用。从第(5)项可以看到，冠心病相关的危险因素中，危险分数大 于1.0的有体力活动中的坐着工作，危险分数为2.5;体重超过正常体重的30%,危险分数为1.3。 其余危险分数小于1.0。计算组合危险分数，2.5-1.0=1.5,1.3-1.0=0.3,1.5和0.3就是相加项；

138 第十一章 健康危险因素评价

相乘项则包括所有危险分数小于或等于1.0的危险分数值以及坐着工作和超重被减去的1.0共有7 项。相加项之和：1.5+0.3=1.8。相乘项之积：0.4×0.6×1.0×1.0×0.9×0.5×1.0=0.108。冠心病组 合危险分数值为相加项之和与相乘项之积的和：1.8+0.108=1.91,即表11-1第(6)项。

3. 计算存在死亡危险 存在死亡危险表明在某一种组合危险分数下，因某种疾病死亡的可能 危险性。存在死亡危险=疾病别平均死亡率x该疾病危险分数，即表11-1第(2)项和(6)项之乘积， 结果列于第(7)项。例如，40~44岁男子冠心病平均死亡率为1877/10万，某41岁男子冠心病组合 危险分数为1.91,则该男子冠心病死亡存在危险值为1877×1.91=3585/10万，是当地平均水平的 1.91倍。

进行评价的主要疾病因有明确危险因素，可以评价存在死亡危险；其余的死亡原因都归人其他 原因一组，因无明确危险因素可以评价，因而用平均死亡率表示其他这一组的存在死亡危险，即将其 他死因的组合危险分数视为1.0。

4. 计算评价年龄 (appraisal age) 依据年龄和死亡率之间的函数关系，按个体所存在的危 险因素计算的预期死亡率水平求出的年龄。具体的计算方法是将各种死亡原因的存在危险因素求 和，得出总的死亡危险值。用合计存在死亡危险值查健康评价年龄表(表11-3),可得出评价年 龄值。

**表11-3** **健康评价年龄表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **男性存在** | **实际年龄最末一位数** | | | | | **女性存在** | **男性存在** | **实际年龄最末一位数** | | | | | **女性存在** |
| **死亡危险** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **死亡危险** | **死亡危险** | **0** | **1** **2** | | **3** | **4** | **死亡危险** |
| (1/10万) | 5 | **6** | **7** | **8** | 9 | (1/10万) | (1/10万) | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | (1/10万) |
| 530 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 350 | 4510 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 2550 |
| 570 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 350 | 5010 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 2780 |
| 630 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 350 | 5560 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 3020 |
| 710 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 360 | 6160 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 3280 |
| 790 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 380 | 6830 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 3560 |
| 880 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 410 | 7570 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 3870 |
| 990 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 430 | 8380 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 4220 |
| 1110 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 460 | 9260 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 4600 |
| 1230 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 490 | 10190 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 5000 |
| 1350 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 520 | 11160 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 5420 |
| 1440 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 550 | 12170 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 5860 |
| 1500 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 570 | 13230 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 6330 |
| 1540 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 600 | 14340 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 6850 |
| 1560 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 620 | 15530 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 7440 |
| 1570 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 640 | 16830 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 8110 |
| 1580 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 660 | 18260 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 8870 |
| 1590 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 690 | 19820 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 9730 |
| 1590 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 720 | 21490 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 10680 |

第十一章 健康危险因素评价 139

续表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **男性存在** | **实际年龄最末一位数** | | | | | **女性存在** | **男性存在** |  | **实际年龄最末一位数** | | | | **女性存在** |
| **死亡危险** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **死亡危险** | **死亡危险** | 0 | 1 | **2** | **3** | **4** | **死亡危险** |
| (1/10万) | **5** | **6** | 7 | **8** | 9 | (1/10万) | (1/10万) | 5 | **6** | **7** | **8** | **9** | (1/10万) |
| 1590 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 750 | 23260 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 11720 |
| 1600 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 790 | 25140 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 12860 |
| 1620 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 840 | 27120 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 14100 |
| 1660 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 900 | 29210 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 15450 |
| 1730 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 970 | 31420 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 16930 |
| 1830 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 1040 | 33760 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 18560 |
| 1960 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 1130 | 36220 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 20360 |
| 2120 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 1220 | 38810 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 22340 |
| 2310 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 1330 | 41540 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 24520 |
| 2520 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 1460 | 44410 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 26920 |
| 2760 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 1600 | 47440 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 29560 |
| 3030 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 1760 | 50650 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 32470 |
| 3330 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 1930 | 54070 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 35690 |
| 3670 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 2120 | 57720 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 39250 |
| 4060 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 2330 | 61640 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 43200 |

健康评价年龄表左边一列是男性合计的存在死亡危险值；右边一列是女性合计的存在死亡危险 值；中间部分的上面一行数值是个体实际年龄的末位数，主体部分是评价年龄值。例如，41岁男子 总的存在死亡危险为7167.45/10万。查健康评价年龄表，在表左边一列接近这一数值在6830/10 万和7570/10万之间。6830/10万的评价年龄为43岁，7570/10万的评价年龄为44岁，因而得出该 男子的评价年龄为43.5岁。

5. 计算增长年龄 (achievable age) 通过努力降低危险因素后可能达到的预期年龄。这是 根据已存在的危险因素，提出可能降低危险因素的措施后预计的死亡水平求出的评价年龄。表11-1 中第(8)~(11)项都用于计算增长年龄，计算方法与计算评价年龄相似。第(8)项是医生根据评价 对象存在危险因素的性质和程度所建议的可能改变的危险因素。危险因素中有些是属于可改变的 危险因素，如吸烟、饮酒、体力活动等；有些是不可改变的因素，如生化测定值及疾病史、家族史等。 第(9)项、第(10)项是根据去除可改变危险因素后，计算出新的危险分数和新的组合危险分数。第 (11)项是第(2)项乘第(10)项得出的新存在死亡危险值。该41岁男子如果遵照医嘱，完全去除可 改变的危险因素，重新计算的合计死亡危险为3430.35/10万，查健康评价年龄表得增长年龄为 36岁。

6. 计算危险因素降低程度 如果根据医生的建议改变现有的危险因素，危险能够降低的程度 用存在死亡危险降低百分比表示。表11-1中第(12)项是危险降低的绝对数量，由第(7)项存在死亡 危险减去第(11)项新存在死亡危险求得。第(13)项是危险降低的数量在总存在死亡危险中所占的

百分比，由每种死因的危险降低量第(12)项除以总存在死亡危险。例如：冠心病的危险降低量= 3585.07-206.47=3378.60(/10万),危险降低百分比=3378.60/7167.45×100%=47%。

**第三节** **健康危险因素评价的应用**

肖恩巴赫(Schoenbach) 将健康危险因素评价定义为：运用流行病和生命统计学提供的数据信息 为个人提供个性化的死亡风险预测的技术方法，其目的在于降低健康风险从而改善人们的健康行 为。它反映了健康危险因素评价的三个基本核心内容：估计、评价和教育。健康危险因素评价通常 通过自填调查表，或通过生物医学测量的方式来评价个体的疾病或死亡风险，通过评价结果为人们 指明降低健康风险、改变不健康行为的具体健康教育信息。健康危险因素评价按其应用的对象和范 围，可以分为个体评价和群体评价。

**一、个体评价**

个体评价主要通过比较实际年龄、评价年龄和增长年龄三者之间的差别，以便了解危险因素对 寿命可能影响的程度及降低危险因素之后寿命可能延长的程度。 一般来说，评价年龄高于实际年 龄，表明被评价者存在的危险因素高于平均水平，即死亡概率可能高于当地同年龄性别组的平均水 平。增长年龄与评价年龄之差，说明被评价者采取降低危险因素的措施后，可能延长的寿命年数。 根据实际年龄、评价年龄和增长年龄三者之间不同的量值，评价结果可以分为4种类型：

1. 健康型 个体的评价年龄小于实际年龄。例如，个体的实际年龄为47岁，评价年龄为43 岁，说明个体危险因素低于平均水平，预期健康状况良好，亦即47岁的个体可能处于43岁年龄者的 死亡概率，健康水平优于47岁的同龄人群。当然，进一步降低危险因素并不是没有可能，但进展 有限。

2. 自创性危险因素型 个体的评价年龄大于实际年龄，并且评价年龄与增长年龄的差值大，说 明个体危险因素高于平均水平。例如，个体的实际年龄为41岁，评价年龄为43.5岁，增长年龄为36 岁，评价年龄与增长年龄相差较大。由于这些危险因素多是自创性的，可以通过自身的行为改变降 低或去除，可较大程度地延长期望寿命。

3. 难以改变的危险因素型 个体的评价年龄大于实际年龄，但评价年龄与增长年龄之差较小。 例如，个体实际年龄为41岁，评价年龄为47岁，增长年龄为46岁，评价年龄与增长年龄之差为1 岁。这表明个体的危险因素主要来自既往疾病史或生物遗传因素，个人不易改变或降低这些因素， 即使有改变，效果也不明显。

4. 一般性危险型 个体的评价年龄接近实际年龄，死亡水平相当于当地的平均水平，个体存在 的危险因素类型和水平接近当地人群的平均水平，降低危险因素的可能性有限，增长年龄与评价年

龄接近。

健康危险因素的个体评价除了上述方式外，还可以针对某一特殊危险因素进行分析。例如，仅 减少吸烟的危险因素，或控制超体重的危险因素，用同样方法计算增长年龄，从它与评价年龄的差值

第十一章 健康危险因素评价 141

大小说明某一种危险因素对个体期望寿命可能影响的程度。危险因素对个体期望寿命影响的程度 同样可以用改变危险因素后危险因素降低程度来说明。例如，表11-1列举的结果，如接受医生建议 改变行为生活方式，降低危险因素，总危险因素的严重程度可能降低52.2%,冠心病的危险程度可能 降低47%。

**二、群体评价**

健康危险因素群体评价是在个体评价的基础进行的， 一般可以从以下方面开展评价和分析：

1. 不同人群的危险程度 首先进行个体评价，根据实际年龄、评价年龄和增长年龄三者之间关 系将被评价者划分为上述4种类型的某种。进行不同人群的危险程度分析时，可以根据不同人群危 险程度的性质区分为健康组、危险组和一般组3种类型。然后，根据人群中上述3种类型人群所占 比重大小，确定不同人群的危险程度，将危险水平最高的人群列为重点防治对象。 一般而言，某人群 处于危险组的人越多，危险水平则越高。可以根据不同性别、年龄、职业、文化和经济水平等人群特 征分别进行危险水平分析。

2. 危险因素的属性 大多数与慢性病有关的危险因素是由行为生活方式所致，是自我行为选 择的结果。这一类危险因素是可以通过健康教育和行为干预发生转变和消除的。计算危险型人群 中难以改变的危险因素与自创性危险因素的比例，可以说明有多大比重危险因素能够避免，以便有 针对性地进行干预，提高人群的健康水平。例如，某社区居民健康危险因素调查显示(表11-4),男 性的危险因素多属于自创性的危险因素，可以通过改变不良行为生活方式而去除；而女性则主要是 不易消除的危险因素。因此，对男性居民进行健康教育以建立健康的行为生活方式比女性更为适宜 和重要。

**表11-4** **不同性别人群危险因素的属性**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 男 **女** | | | |
| **人数** | % | **人数** | % |
| 不易去除危险因素 | 15 | 13.51 | 78 | 70.27 |
| 可去除危险因素 | 96 | 86.49 | 33 | 29.73 |
| 合计 | 111 | 100.00 | 111 | 100.00 |

3. 分析单项危险因素对健康的影响 计算某一单项危险因素去除后，人群增长年龄与评价年 龄之差的平均数，将其作为危险强度，以该项危险因素在人群中发生比例作为危险频度，将危险强度 乘以危险频度作为危险程度指标，来表示该项危险因素对健康可能造成的影响。例如，某社区男性 健康状况研究(表11-5)显示，去除饮酒这一危险因素后，被评价者的增长年龄与评价年龄之差的均 数为1.73岁，在被调查人群中饮酒者所占比例为44.78%,因此，饮酒的危险程度为1.73×44.78%= 0.78(岁)。由此可以看出，某一单项危险因素对整个人群健康状况的影响程度，不但与它对个体的 影响程度有关，还与其在人群中的分布范围有关。有些危险因素虽然对个体影响较大，但这一因素 在人群中分布范围有限，它对人群总体的危险程度并不严重；相反，有些危险因素对健康影响并不十

分严重，但由于其在人群中分布范围较广，就成为值得重视的因素了。

**表11-5** **单项危险因素对男性健康状况的影响**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **危险因素** | **危险强度(岁)** | **危险频度(%)** | **危险程度(岁)** |
| 饮酒 | 1.73 | 44.78 | 0.77 |
| 吸烟 | 0.84 | 60.70 | 0.51 |
| 缺乏常规体检 | 0.33 | 83.08 | 0.27 |
| 常感压抑 | 0.94 | 17.91 | 0.17 |
| 常生闷气 | 0.89 | 12.44 | 0.11 |
| 血压高 | 0.34 | 11.44 | 0.04 |
| 缺乏锻炼 | 0.07 | 43.28 | 0.03 |

三、大数据与健康危险因素评价

健康危险因素评价的局限性主要表现为个体健康危险因素改变与健康结局的预测之间存在的 不确定性。其主要原因如下。

1. 健康危险因素评价的局限性及其原因 环境和生物遗传因素交互作用对健康影响的诸多机 制尚不十分清楚。目前已经能够被定量的危险因素占全死因危险因素的比例仍较小，所建立的危险 因素模型对疾病的解释力不高，因而评价结果存在一定的误差，还不能很准确地预测某些疾病的发 生。目前所评估的危险因素范围还局限在生活行为方式和遗传因素上，社会环境与自然环境因素对 健康和疾病影响的研究还不够深人。

2. 精准医学与健康危险因素评价 尽管目前医学以及健康危险因素评价还不是一门精准的科 学。但是，近20年来，基因组学、蛋白组学、代谢组学和遗传药物组学等学科的快速发展，人类对健 康和一些重大疾病的认识正在不断深入和精细。随着对基因变异、蛋白变异和代谢变异与疾病因果 关系研究的进展，医学开始步入精准医学时代。随着健康危险因素精准评价的发展，必将推进精准 预防和精准医疗，能够快速、高效、准确地制定最佳的医学干预方案。

3. 大数据与健康危险因素评价 大数据或称巨量资料，是指需要新处理模式才能具有更强的 决策力、洞察力和流程优化能力的海量、高增长率和多样化的信息资产。大数据具有大量、高速、多 样和价值的特征。早期的医疗相关数据是以纸张化的形式存在，现在的趋势是医疗数据快速激增和 电子数字化，进入了大数据时代，如电子健康档案，电子病历、大量电子化的在线健康信息和危险因 素信息等。这些电子化信息的存在和数据分析手段的发展为从大数据中挖掘和提取有价值的健康 相关信息提供了可能，为流行病预测、疾病诊断、治疗方案确定、医学科研和药物副作用分析等医学 研究及应用提供了可靠的科学依据。随着强大的数据存储能力、云计算平台及移动互联网的发展， 为探索环境与生物遗传交互作用与健康和疾病关联的机制研究提供了强大的支持，推动健康危险因 素评价的快速发展。

**(** **王** **烈** **)**

**第十一章** **健康危险因素评价** 143

**思考题** **1.如何认识健康危险因素作用过程六个阶段中的“无危险阶段”假设?**

2.健康危险因素评价中危险分数是如何确定的?

3.如何理解健康危险因素评价的局限性?

4.怎样理解大数据对健康危险因索评价的作用?

· 笔

记

**第十二章**

**生命质量评价**



尽管死亡率和患病率是重要的健康指标，但并非是人类全部的健康体验。在健康监测和卫生服 务评价中，由个体主观报告的疾病及其治疗对于功能和良好适应影响的信息正在日益受到关注。

**第一节** **生命质量评价概述**

**一** **、生命质量研究的发展**

生命质量(quality of life,QOL),又称为生活质量、生存质量，最初是社会学概念，由美国经济学 家加尔布雷思(Galbraith)在20世纪50年代末提出。生活质量多应用在社会学领域，主要用一些社 会和环境的客观条件指标来评价，如收入与消费水平、受教育程度、就业率、人均住房面积等。20世 纪70年代末医学领域广泛开展了生命质量的研究工作，探索疾病及其治疗对生命质量的影响，形成 了健康相关生命质量(health related quality of life,HRQOL)的范畴。生存质量多用在临床研究，评价 慢性病病人生存期的生命质量。社会医学的研究对象除了病人之外，更多涉及普通人群、健康人群 等，研究对象广泛，故常用生命质量。本章生命质量名词均指健康相关生命质量。

健康相关生命质量的提出，与疾病谱的转变和对健康观念的重新认识有关。随着疾病谱的改 变，心脑血管疾病、肿瘤等慢性非传染性疾病成为威胁人类生存的主要疾病。这些疾病很难治愈，治 疗手段对延长生命的效果并不十分肯定，而且治疗本身对病人常常存在副作用。此外，作为评价疗 效的传统终点，生理指标常常与病人的感觉脱节。想了解干预对病人关心的结果(如功能、症状等) 产生了何种影响，有必要通过主观评价和报告的方法评价病人的疾病体验。生命质量全面评价疾病 及其治疗对病人造成的生理、心理和社会生活等方面的影响。它不仅关心病人的存活时间，而且关 心病人的存活质量；它不仅考虑客观的生理指标，而且强调病人的主观感受；它不仅用于临床结局评 价，而且还用于保健康复和卫生决策。

医学正在进入一个新的时代，病人的功能状态、良好适应和其他重要的卫生保健信息被常规收 集，用以克服传统信息不足所带来的问题。希望优化使用卫生投入的管理者、希望给予病人最佳健 康结局的医生，以及评价新的治疗方案和技术的临床研究者都试图利用这些信息比较不同卫生服务 的成本和效益。生命质量评价的发展是多因素共同作用的结果，包括健康健消费者和照料者的诉 求，公共政策部门、卫生服务提供者和研究者面对控制卫生费用上涨、医疗技术发展超越延长生存时 间的需要，对健康结局多角度测量等的兴趣。

生 命 质 量 评 价 可 追 溯 到 2 0 世纪40年代末。1948年卡诺夫斯基(Karnofsky) 和 布 亨 纳

第十二章 生命质量评价 145

(Burchenal)用机能状况量表测量癌症化疗病人的身体功能状况。1976年普利斯特曼(Priestman)等 用线性模拟自我评估量表对乳腺癌病人化疗前后的健康感觉、情绪、活动水平、疼痛、恶心、食欲、家 庭事务能力、社会活动和焦虑水平进行测定。生命质量的研究发展至1977年，医学索引(index me- dicus,IM) 第一 次用“quality of life”取 代“philosophy”, 并收入医学主题词。1985年美国食品与药品 管理局(Food and Drug Administration,FDA)开始在接受新药时要求同时递交药物对病人生存质量和 生存时间影响的资料。1992年出版了专门的生命质量研究杂志(Quality of Life Research),1994年 成 立了国际生命质量研究协会(Intermational Society for Quality of Life Research,ISOQOL),推动生命质量 领域在概念模型、测评工具发展、基础研究与临床应用等方面深人发展。

**二、生命质量的概念与构成**

**(** **一** **)生命质量的概念**

多年来，不少学者对生命质量的概念进行了探讨，但往往从各自的专业出发加以理解，从而导致 了生命质量的多义性和复杂化。例如，里维(Levi) 认为：生命质量是对个人或群体所感受到的躯体、 心理、社会各方面良好适应状态的一种综合测量，而测得的结果是用幸福感、满意感或满足感来表 示。塞拉(Cella)认为：生命质量是病人对现在的功能状态与其预期或认为可达到的功能状态相比 时产生的赞同感和满足感。卡茨(Katz) 认为：生命质量是完成日常工作、参与社会活动和追求个人 爱好的能力，是病人对生活环境的满意程度和对生活的全面评价，包括认知、情感和行为方面。 WHO 将生命质量定义为：不同的文化和价值体系中的个体对与他们的生活目标、期望、标准，以及所 关心事情有关的生活状态的体验。

研究者普遍认为，疾病给病人的日常生活带来生理、心理和社会生活诸方面的损害，这种损害会 影响个体对生活的满意度。生命质量体现了个体对疾病损害的反应，包括生理状态，也包括各种良 好适应的感觉、基本的满意度和总的自我价值感。生命质量的概念抽象、复杂，包含的领域多样化， 但最终指向个体满意度和自尊。生命质量是在疾病、意外损伤及医疗干预的影响下，测定与个人生 活事件相联系的主观健康状态和个体满意度。生命质量是一种病人报告结果(patient-reported out- comes,PROs), 区别于实验室检查、临床医生评价和照料者报告。病人报告结果是指直接来自于病 人或病人群体的任何有关健康的报告，不仅仅包括生命质量，也包括治疗和保健的满意度、依从性和 任何其他从病人或病人群体获得的与健康状况和治疗有关的感受。就个体而言，生命质量是被个体 的主观概念和期望所过滤的健康状态。老年人随着生理功能的退化，会逐渐降低对于功能状态的期 望或调整功能状态的评价标准。慢性病病人发病前后，不仅对生命质量的领域，而且对这些领域的 相对重要性的评价都会发生变化。生命质量的自我评价的变化，或称为生命质量测评的“反应转 移 ”(response shift)现象，在自我管理项目、姑息护理中可能是一种期望结果，而在另外一些情况下 可能是对干预或治疗效果的混淆因素。在生命质量测评中识别和测量反应转移，可以帮助理解生命 质量的变化，更准确地反映疾病影响和治疗效果。就群体而言，生命质量建立在一定的文化价值体 系基础上，具有文化依赖性(culture-dependent)。

146 第十二章生命质量评价

**(二)生命质量的构成**

生命质量测定的内容应由什么项目构成?对于生命质量的不同理解导致了生命质量构成的差 异。例如，阿隆森(Aaronson) 认为生命质量是 一 个多维的概念，主要包括机能状态(functional status)、心理和社会的良好状况(psychological and social well-being)、健康意识(health perception)和 疾病及治疗的相关症状(disease and treatment related symptoms)。其中机能状态包括生理、心理、个人 角色的机能，良好的心理健康状况涉及精神健康、情绪积极有活力。莫拉雷斯(Morales)认为生命质 量主要由4个方面组成：生理和职业功能(physical and occupational function)、心理状态(psychological state)、社会互动状况(social interaction)和经济状况或因素(economic status or factors)。费雷尔(Fer- rell) 提出一个生命质量四维模式结构，即身体健康状况、心理健康状况、社会健康状况和精神健康状 况。霍伦(Hollen) 等认为生命质量的研究范围大致如表12-1所示。WHO 生命质量测定包括生理状 况、心理状况、独立能力、社会关系、生活环境、宗教信仰与精神寄托6个领域，涉及24个方面。

**表12-1** **霍伦的生命质量的研究范围**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **生理(physical)** | **功能(functional)** | **心理(psychological)** | **社会(social)** | **精神(spiritual)** |
| 疾病症状 | 活动水平 | 情绪良好 | 社会关系 | 生活意义 |
| 治疗副作用 | 认知状态 | 情绪压抑 | 工作角色 | 宗教问题 |
| 症状感知 | 角色状态 |  | 业余休闲 |  |
| 性功能 |  | 财政状况 |  |

尽管目前对生命质量的构成尚未形成共识，但绝大多数研究者认同生命质量的测定包括：生理问 题(症状、疼痛)、功能(活动)、家庭良好适应、精神、治疗满意度、对未来的取向、性及亲密行为、社会功 能和职业功能。在实际应用过程中，生命质量的测定逐渐形成两种方法： 一是统一界定生命质量的各 个方面，发展一个代表不同人群共性的多维量表，再根据需要附加一个较短的特异问卷来评价特定人 群的生命质量，使得研究结果既有可比性又有针对性。另一种方法是限定只测量某一层次的生命质 量，这样可在较少的工作量下解决实际问题，而且相同限定条件下，不同群体间研究也具有可比性。

**第二节** **生命质量的评价内容与方法**

一 、生命质量的评价内容

根据生命质量的基本概念和构成，生命质量评价是指具有一定生命数量的人在一定时点上的生 命质量表现。健康或疾病是一个连续变动且不能截然区分的状态，生命质量随时间推移显示出平 衡、改善和下降的状态。

生命质量通常包括生理状态、心理状态、社会功能状态、主观判断与满意度，此外针对具体疾病 的量表还包括疾病症状等内容(表12-2)。生理、心理和社会功能状态是生命质量的重要内容。任 何一种疾病或损伤，都会导致这3方面功能的改变。主观判断和满意度评价反映了个体对健康状态 的自我评判以及需求，或期望得到满足时所产生的主观认可程度，是生命质量的综合指标。

第十二章 生命质量评价 147

**表12-2** **生命质量评价的基本内容**

|  |  |
| --- | --- |
| **概念/分类** | **定义/指征** |
| 满意度与幸福感 | 健康需求满足程度的判断及综合感觉 |
| 对健康总的感受 社会状态 | 自我判定健康、感到健康或担忧健康 |
| 社会交往 | 与人们、亲人和朋友交往的频率 |
| 社会融合 | 以成员身份参与社会组织活动 |
| 社会接触 | 与亲友交往，参加集体活动 |
| 亲密关系 | 获得亲密感和支持感 |
| 机会 | 因健康而达成机会平等 |
| 社会资源  心理状态 | 社会关系、网络的数量和质量 |
| 情绪反应 | 对事物的体验，包括压抑、忧虑、痛苦和恐惧 |
| 认知功能  生理状态 | 意识、机智、定向、推理及记忆力 |
| 活动受限 | 在躯体活动、移动和自我照顾方面受限 |
| 体力适度 | 进行一般的体力活动无疲劳感和虚弱感 |
| 角色受限 疾病 | 如工作、学习和家务等通常角色活动受限 |
| 主诉 | 病人自述生理和心理症状、感觉、疼痛或其他不能直接观察的 |
|  | 感受 |
| 体征 | 体检发现的缺陷与异常表现 |
| 自我报告疾病 | 病人自述有病或损伤 |
| 生理测定 | 生理测定读数及临床解释，如脉搏、血压等 |
| 组织改变 | 病理学证据 |
| 诊断 | 临床判断的证据 |
| 失能 | 因健康问题带来的工作能力丧失 |
| 死亡 | 死亡率、生存率 |

( 一 ) 生 理 状 态

生理状态反映个体体能和活动能力的状态，通常包括活动受限、角色受限和体力适度等3方面 的内容。

1. 活动受限 指日常生活活动能力因为健康问题而受到的限制，包括3个层次：躯体活动受 限，如屈体、弯腰、行走困难等；迁移受限，如卧床、不能驱车、不能利用交通工具等；自我照顾能力下 降，如不能自行梳洗、穿衣和进食等。通常所说的基本日常生活活动能力包括穿衣、进食、洗澡、上厕 所、室内走动等5项指标，这是康复评价最常用的指标。

2. 社会角色受限 人的社会角色表现为担当一定的社会身份、承担相应的社会义务、执行相应

的社会功能。健康问题常引起角色功能受限，包括主要角色活动的种类和数量受限、角色紧张和角 色冲突等。角色功能反映了躯体健康状况和对通常角色活动的需求，因此，不仅反映病人的生理状 态，而且还受心理状态和社会生活状态的影响，是反映病人生命质量的一个综合性指标。

3. 体力适度 主要指个体在日常活动中所表现出的疲劳感、无力和虚弱感。许多疾病并不导 致躯体活动受限，但通过降低病人的体力而使其角色功能下降。体力适度是一个相对概念，不同的 社会角色在日常活动中所消耗的体力是不同的，因此，病中或病后所表现出的体力适度也是不同的。

( 二 ) 心 理 状 态

所有的疾病都会给病人带来不同程度的心理变化，主要是情绪和意识。情绪反应和认知功能的 测定是生命质量评价又一重要组成成分。

1. 情绪反应 情绪是指个体感知外界事物后所产生的一种体验，包括正向体验如愉快、兴奋、 满足和自豪等，以及负向体验如恐惧、抑郁、焦虑和紧张等。情绪反应是生命质量测量中最敏感的部 分，不仅直接受疾病和治疗措施的影响，病人的生理状态和社会功能状态的变化，也会间接地从情绪 反应中表现出来。

2. 认知功能 包括时间与地点的定向、理解力、抽象思维、注意力、记忆力以及解决问题的能力 等，它们是个体完成各种活动所需要的基本能力。认知功能障碍常常发生于特定的疾病或疾病的特 定阶段，以及到达一定年龄段的老年人。任何疾病的晚期，都伴有认知功能的障碍，包括机智、思维、 注意力和记忆力的损失。由于认知功能的改变是渐进的，因此，认知功能在生命质量测量中不是一 个敏感的指标，是否纳入生命质量测量内容要依研究目的和对象而定。

(三)社会功能状态

社会功能包含两个不同的概念：社会交往和社会资源。社会交往根据其深度，可分为3个层次： 一是社会融合，即指个体属于一个或几个高度紧密的社会组织，并以成员身份参与活动；二是社会接 触，即指人际交往和社区参与，如亲友交往和参加集体活动等；三是亲密关系，即指个人关系网中最 具亲密感和信任感的关系，如夫妻关系。许多疾病和治疗都会给病人造成主观上或客观上的社交困 难。这些社会交往功能的下降最终导致社会支持力下降，心理上的孤独感和无助感及个人机会的 丧失。

社会资源不能被直接观察。社会资源的质量只能由个体来判断并通过向个体直接询问来进行 测量。社会资源的测量代表了个体对其人际关系充足度的评判，包括与能够倾听私人问题并提供实 质性帮助和陪伴的亲友的联系。对社会资源感到满意的个体往往感觉与别人“连线”或“接合”,感 受到被关照、关爱和需要。

(四)主观判断与满意度

1. 自身健康和生活判断 指个体对其健康状态、生活状况的自我评判，是生命质量的综合性指 标。这类指标在生命质量评价中非常重要，它反映在疾病和治疗的影响下，病人生命质量的总变化， 同时也反映病人对未来生活的期望与选择。由于指标是建立在自我意识的基础上，影响因素很多， 在实际情况下常常不很敏感。

2. 满意度与幸福感 二者同属于当个体需求得到满足时的良好情绪反应。满意度是对待事件

第十二章 生命质量评价 149

的满意程度，是人的有意识的判断。幸福感是对全部生活的综合感觉状态，产生自发的精神愉快和 活力感。在生命质量评价中，满意度用来测定病人的需求满足程度，幸福感用来测定病人整体生命 质量水平。

(五)其他内容

一些针对特殊人群或特定疾病的生命质量评价量表，常常包括反映特殊人群特征或症状等疾病 特异的内容。评价内容应选择研究问题所涉及的目标，体现被评价对象的特征及其所关注的问题。 如对麻风病病人来说，社会歧视和自卑心理应纳入心理状态的测定。此外评价内容应敏感、操作 性强。

**二** **、生命质量的评价方法**

按照目的和内容不同，生命质量的测定可有不同的方法，常见的有访谈法、观察法、主观报告法、 症状定式检查法、标准化的量表评价法。这些测定方法是在生命质量研究的发展过程中使用过的， 测定的层次和侧重点不同，适用条件也不相同。目前，标准化量表测定是主流。

**(** **一** **)选择或建立量表**

生命质量评价的主要工具(即量表)来源于两种途径： 一是利用现成的量表，二是重新制定新的 量表。随着医学模式和健康观念的转变，生命质量研究在国际范围内迅速发展。 一般说来，针对某 一研究需要如果存在适宜的外文量表，应将外文量表规范引进作为首选，这样研究成果便能和国际 同类工作进行比较。

根据测定目的和对象的不同，生命质量测定量表的构成略有不同， 一般包括条目、维度、领域和 总量表4个层次。条目是量表最基本的构成元素，所有备选的有关条目的集合称为条目池。维度， 由若干反映同一特征的条目构成，如生理职能、活力、抑郁、焦虑等。领域指生命质量中一个较大的 功能部分，由若干密切相关的维度构成，如生理领域、心理领域等。若干领域构成一个完整的量表。

1. 选择量表 量表选择应考虑以下因素：

(1)设计者的测量主题和测量目的：每一种生命质量量表建立在设计者对生命质量定义的基础 上，所包含的内容不尽相同。因此，在选择量表时，首先要考虑该工具设计者对测量概念所下定义是 否科学，是否符合应用者的要求。另外，因为每一种量表都是按照一定目的设计和完善的，同样一个 主题可能因目的差异而产生完全不同的量表。因此，应用者应检验相应的测量目的，以明确其能否 满足应用要求。

(2)评价的层次：绝大多数生命质量量表针对生命质量的各个构成内容如生理状态、心理状态 和社会功能状态等分别予以评价，以便了解服务对象生命质量各个方面的变化情况，从而采取针对 性措施改进生命质量。有的生命质量量表测量的是生命质量的综合值，如良好适应状态指数，主要 用于卫生经济学评价；还有一些生命质量量表仅仅测量生命质量的一个方面，如日常生活自理能力、 疼痛等。

(3)通用型量表与特异型量表：通用型工具主要反映人们生命质量中共同的特性，测定对象是 一般人群或不同疾病或状况的人群，用于描述一般人群的生命质量状况和不同人群的生命质量的差

150 第十二章 生命质量评价

异。相反，特异型工具包含很多与人群特征或疾病密切相关的内容，测定对象是特殊人群或特定疾 病病人，用于测量特定人群的生命质量状况。对于不同的评价对象应该选用不同类型的量表。

(4)量表的特性：好的量表应具有较好的性能。信度、效度、反应度和可解释性是评价量表性能 的基本指标。信度是指测量结果反映非随机误差引起的变异程度。效度是指量表测定待测特质或 功能的程度。反应度是指量表检测生命质量随时间变化的能力和程度。可解释性是指解释量表分 数意义的难易程度。此外，量表特性的全面考评还包括对量表的应答负担、调查方式和文化适应性 进行分析比较。信度、效度、反应度和可解释性等特性随着样本的不同而改变，研究人群发生变化， 需要重新评价。

(5)内容的文化适应性：目前大部分的生命质量测定工具都产生并应用于英语或法语国家。将 西方的量表应用于中国不失为一条捷径。但由于文化差异，不能将量表翻译过来就直接使用，而要 进行适当的改造，使之成为适合中国文化背景的新量表，并经过预试和性能测试后才能使用，即汉 化。汉化步骤主要包括翻译和回译、文化调适和等价性考察。即便是本国自行开发的量表，如果应 用于不同的亚文化人群，也要考虑文化适应性问题。

2. 建立新的量表 生命质量量表的制定是一个复杂的系统工程，包括从概念及操作化定义的 确立、条目的形成及筛选、量表的考评及修订等一系列过程。

(1)明确研究对象及目的：确定所测的人群，从而决定制定通用型量表还是特异型量表，以及量 表的使用目的。

(2)建立研究工作组：通常选取一定数量的与生命质量主题有关的人员，如病人、医生、家属和 研究者等，组成议题小组和核心工作组负责量表的制定与考评。其中，议题小组的成员来源较广泛， 提供与待测人群生命质量有关的信息；核心工作组一般由专业人员组成，负责具体的量表研制工作。

(3)测定概念的定义及分解：由核心工作组完成，给出所测概念的操作化定义及构成。如所测 生命质量指什么,可能包含哪些领域和维度及其含义。

(4)提出量表条目形成条目池：由核心工作组阐释概念的含义，然后主要通过量表目标人群的 个别和(或)焦点组访谈，了解目标人群的日常生活感受以及特定健康问题对他们的影响。其他相 关人员如医生、照料者的访谈也可补充有价值的信息。核心工作组通过访谈内容的整理分析，包括 归类、筛除和合并等，识别其中独特的概念设计成条目，构成条目池。

(5)确定条目的形式及回答选项：多半采用线性和等级记分法。线性记分法一般给出一定长度 (通常0~10cm) 的线段，并定出两端的选项，适用于一些反映心理感受和社会功能状态的条目。等 级记分法，主要根据状态的强度赋予一定的分值，各回答选项原则上通过反应尺度分析来确定，适用 于测量客观功能状态和行为。反应尺度分析通过对可作回答选项的各种措辞进行定位，选出合适的 措辞使选项间等距，从而方便条目的量分及统计分析。如果未作定位分析，各选项间不一定等距，应 用时需再作各措辞的定位试验以便调整各选项的得分。

(6)条目分析及筛选：对条目池中的各条目进行考察和预试验，并根据结果进行条目的选择和 改良，制定出初始量表，包括考察条目的困难度、反应分析、辨别力、独立性和代表性等。如用主观评 价法考察条目的重要性，条目反应理论考察条目的难度和区分度，逐步判别分析考察条目的辨别力，

第十二章 生命质量评价 151

相关系数法考察条目的独立性，考察代表性可使用相关系数法和因子分析法。

(7)量表的量分方法： 一般生命质量测定量表条目均很多，若对每个条目直接进行分析，工作量 很大而且不能揭示规律性，通常先进行适当的降维处理，把多个变量综合为少数几个主要的指标，即 维度、领域和总量表。常用两种综合方法。 一是直接累加，将条目的得分按照构成层次的所属关系 进行累加，从而得到各维度、各领域甚至总量表的得分。采用相加法量化的问卷，在设计时要特别注 意问卷中每一个维度组成条目的数量，重要维度的条目数应该多些，以强调这一维度对整个问卷得 分值的贡献。二是加权累加，每个条目给一个权重值，再进行加权累加。权重值的确定可以通过统 计学方法(如因子分析法)和决策分析中的一些方法(如标准博弈法、时间权衡法)来获得，也可采用 管理学常用的德尔斐法等。加权累加由于权重难以确定，在实际工作中不易实行，直接累加法用得 较多。上述计算所得的分值为初评分，有时需要计算转化分，以消除条目多少的影响，并且使得分在 相同的范围内取值以便于比较。

(8)预试与修改：初始量表可以在小样本调查对象中试用，考察量表内容是否与调查对象密切相 关，描述是否清晰，理解有无困难，问题和答案的排列是否合适等问题，根据预试结果，修改初始量表。

(9)量表性能评价：量表是否适用于待测人群需要通过性能测试，主要的评价指标有信度、效 度、反应度和可解释性等。常用的信度评价方法有内部一致性信度、复测信度、复本信度和折半信 度。常用的效度评价方法有内容效度、结构效度和准则效度。反应度一般采用效应量或与某种外部 标准相比较的方法。例如，从专业知识上讲，某病在治疗前后各功能状态会发生较大变化，如果量表 没有反映出这种变化，说明反应度不佳。可解释性需要采用人们较熟悉的定性描述或外部测量作为 比较基准，如最小重要变化是指从病人或医生角度认为最小有意义改变的量表分数或分数范围。

(二)生命质量研究的设计与实施

1. 样本量 如果测评目的是反映普通人群的健康状况，样本量应大一些，这样结果比较稳定。 如果测评目的是分析临床治疗前后差异，样本量可小一些，只要能显示差异就可以了。生命质量资 料包含多个领域、维度和条目，是多终点资料，可借鉴一般多变量分析的样本量估计的经验和方法。 肯德尔(Kendall) 认为作为一个粗糙的工作准则，样本量可取变量数的10倍。 一般认为至少是变量 数的5~10倍。必要时可用多变量多组比较的样本量估计法计算，但需对生命质量的变异大小有所 了解。如果样本获取比较困难，宜以维度、领域甚至总量表作为分析变量。分层分析需保证每层都 有足够的样本量。

2. 研究对象的依从性 依从性是指人们对所要求做的事情采取的响应性行为及其程度。这里 指被测者按要求完成量表的程度。依从性如果太低，结果就会有偏倚。因此，依从性是测定中一个 很重要的问题。量表简短、从病人角度出发设计整个测定过程，以及亲友等相关人员的支持配合有 助于提高依从性。测量次数应尽量减少，以避免出现过多的缺失数据。

3. 研究对象的代理者 代理者是指代替病人进行生命质量测定的其他人，包括家庭成员、亲 属、照料者、护士和医生等。在生命质量研究的发展过程中，由于生命质量没有完全界定为个体的主 观评判，因而出现了大量的代理评价的量表和实践。从目前生命质量的发展趋势以及对其内涵的界 定来看，生命质量是不能由代理者评价的。然而年幼、年老、病重或者精神疾病病人不能自行评价其

152 第十二章 生命质量评价

生命质量，此时代理者评价可为了解其生命质量提供一定的参考。

(三)生命质量资料的统计分析

1. 生命质量资料的特点 生命质量资料是不可直接观察的主观资料。生命质量的分析不同于一 般客观指标的分析，开始时需进行很多的过渡性预处理，如量化记分、逆向指标的正向化等。生命质量 包括多个领域，每个领域又分为多个维度和条目，因此，生命质量资料是一种多指标多终点的资料。

2. 生命质量资料的评价目的 根据生命质量资料的特点，其分析评价可概括为3大类：同一时 点的横向分析、不同时点的纵向分析，以及生命质量与客观指标的结合分析。横向分析用于比较某 个时点不同特征组人群的生命质量。纵向分析可以比较同一组人群不同时点的生命质量，揭示生命 质量在时间上的变化规律；也可以比较两组或多组人群的生命质量在时间上的变化规律是否相同。 在生命质量作为结果变量之一的临床研究中，除了生命质量，还同时得到多项指标。因此，将生命质 量与一些客观指标结合分析，可以起到取长补短，综合衡量病人的健康状况的作用，尤其是与生存时 间的结合分析具有重要意义。

3. 生命质量分值的意义 生命质量分值是一个没有单位的相对数字，它代表的意义要根据正 常人群分值的分布状态来解释。不同量表测量结果以及同一量表不同维度的得分值不能直接进行 比较。在对分析结果作解释时，除了统计学检验结果，还要综合考虑生命质量变化的临床意义、量表 的信度和反应度。

**第三节** **生命质量的测量工具**

生命质量的测定多数采用量表评定的方法。各种量表的适用对象、范围和特点各异，但都是从 生命质量的基本概念和内容出发，提出问题、构建问卷。目前，已有大量的生命质量测定量表。根据 量表使用对象的不同， 一般可将量表分为两大类，即通用型量表和特异型量表。以下介绍每种类型 的常用量表。

**一** **、通用型量表**

( 一 )良好适应状态指数

1976年卡普尔(Kaplan) 提出良好适应状态指数(quality of well being index,QWB)。死亡的生命 质量为“0”,功能与感觉的良好状态为“1”,生命质量反映为1~0频谱时点状态。 QWB 量表能概括 各种功能或症状水平，是一个从正向角度反映病人特定健康状态效用的量表。

QWB 量表包括两个部分：第一部分是有关病人日常生活活动方面的内容，包括：移动(mobility, MOB)、生理活动(physiological activity capability,PAC)和社会活动(social activity capability,SAC)3个 方面，每个方面下设3~5个等级描述；第二部分包括21个症状及健康问题综合描述(complex, CPX), 几乎涵盖了所有疾病可能出现的问题。最后按公式综合所有评价指标的权重值，得出对生命 质量的评价(W) 。 计算公式为：

W=1+(CPX)+(MOB)+(PAC)+(SAC)

第十二章 生命质量评价 153

(二)36条目简明健康量表

36条目简明健康量表(the MOS 36-item short form health survey,SF-36)是美国波士顿健康研究所 在医疗结果研究调查表(medical outcomes study,MOS)的基础上开发出来的通用型简明健康调查问 卷，它适用于普通人群的生命质量测量、临床试验研究和卫生政策评价等。

SF-36 量表包括36个条目，评价健康相关生命质量的8个维度(表12-3),分别属于“生理健康” 和“精神健康”两大类。此外，SF-36 还包括一项健康变化(reported health transition,HT)指标，用于评 价过去一年内健康状况的变化。每个维度的最终评分值均以0分为最低值，100分为最高值，分数 越高，表示生命质量越好。

**表12-3** **SF-36 量表各维度的解释**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **维度** | **英文名称** | **相关性**  **生理健康** **心理健康** | **含义** |
| 生理功能 | physical functioning,PF | 强 弱 | 因健康原因生理活动受限 |
| 社会功能 | social functioning,SF | 中 强 | 因生理或情感原因社会活动受限 |
| 生理职能 | role-physical,RP | 强 弱 | 因生理健康原因角色活动受限 |
| 躯体疼痛 | bodily pain,BP | 强 弱 | 疼痛程度及其对日常活动的影响 |
| 精神健康 | mental health,MH | 弱 强 | 心理压抑和良好适应 |
| 情感职能 | role-emotional,RE | 弱 强 | 因情感原因角色活动受限 |
| 活力 | vitality,VT | 中 中 | 个体对自身精力和疲劳程度的主观感受 |
| 总体健康 | general health,GH | 中 中 | 个体对自身健康及发展趋势的评价 |

1991年，由国际生命质量评价项目(international quality of life assessment,IQOLA)发起，制定标准 程序，包括翻译、性能测试、常模制定3个阶段，研究SF-36 量表在其他国家的适用情况，以利于多国 临床试验和国际比较研究，同时使SF-36 量表在各国的运用达到统一 的程序化管理。 SF-36 量表有 超过60个国家不同的语言版本，是一个被普遍认可的生命质量测评量表，它的改良版SF-36 V2 和 简化版SF-12 也已被开发并广泛使用。浙江大学社会医学研究所首先在全国年会上报告了大陆版 SF-36 量表研制成果，近年来被国内外医疗科研机构广泛应用。

(三)世界卫生组织生存质量测定量表

世界卫生组织生存质量测定量表(the WHO quality of life assessment instrument,WHOQOL)是 WHO组织20余个处于不同文化背景、不同经济发展水平的国家和地区的研究中心共同研制的，用 于测量个体与健康有关的生存质量。目前，已经研制成的量表有 WHOQOL-100 和 WHOQOL-BREF。

WHOQOL-100 包含100个条目，覆盖了6个领域的24个方面(表12-4),每个方面由4个条目构成， 分别从强度、频度、能力和评价4方面反映同一特质。此外，还包括4个关于总体健康状况和生存质 量的问题。 WHOQOL-BREF 是在WHOQOL-100基础上发展起来的，保留了量表的全面性，仅包含26 个条目，简表各个领域的得分与 WHOQOL-100 量表相应领域的得分具有较高的相关性，适用于生存 质量是众多兴趣变量之一的大型研究。中山大学卫生统计学教研室主持研制了中文版 WHOQOL- 100和WHOQOL-BREF。

**表12-4** **世界卫生组织生存质量测定量表的结构**

|  |  |
| --- | --- |
| I.生理领域  1.疼痛与不适 | IV.社会关系领域  13.个人关系 |
| 2.精力与疲倦 | 14.所需社会支持的满足程度 |
| 3.睡眠与休息  Ⅱ.心理领域 | 15.性生活  V.环境领域 |
| 4.积极感受 | 16.社会安全保障 |
| 5.思想、学习、记忆和注意力 | 17.住房环境 |
| 6. 自尊 | 18.经济来源 |
| 7.身材与相貌 | 19.医疗服务与社会保障：获取途径与质量 |
| 8.消极感受  Ⅲ.独立性领域 | 20.获取新信息、知识、技能的机会  21.休闲娱乐活动的参与机会与参与程度 |
| 9.行动能力 | 22.环境条件(污染/噪声/交通/气候) |
| 10. 日常生活能力 | 23.交通条件 |
| 11.对药物及医疗手段的依赖性 | VI.精神支柱/宗教/个人信仰 |
| 12.工作能力 | 24.精神支柱/宗教/个人信仰 |

(四)欧洲生存质量测定量表

欧洲生命质量组织成立于1987年，是一个多学科的国际研究网络，现在该组织的研究人员已扩 展到北美、亚洲、非洲、大洋洲等地区。欧洲生存质量测定量表(EuroQoL five-dimension questionnaire, EQ-5D) 是欧洲生命质量组织发展起来的一个简易通用型生命质量自评量表，目前已有100多个正 式的语言版本。该量表由两部分构成：第一部分，应答者回答在移动性、自我照顾、日常活动、疼痛或 不适、焦虑或压抑等5个方面存在问题的程度；第二部分，应答者在视觉模拟尺度(visual analogue scale,VAS)上标记他们总的健康感觉。 EQ-5D 量表可补充疾病专门化问卷或其他通用型问卷使用， 也可在卫生经济学评价和人群健康调查中单独使用。

**二、特异型量表**

特异型量表一般分为疾病特异型量表和特定人群的生命质量量表。疾病特异型量表中以癌症生命质 量量表为主，又可分为测定癌症病人生命质量共性部分的量表和专门针对不同癌症病人的特异性量表。

( 一)癌症病人生活功能指数量表

癌症病人生活功能指数量表(functional living index cancer scale,FLIC)由加拿大学者施佩尔 (Schipper) 等研制，包括22个条目，用于癌症病人生命质量的自我测试，也可作为鉴定特异性功能障 碍的筛选工具。 FLIC 量表从癌症病人在日常生活中可能面临的问题入手，比较全面地描述了病人 的活动能力、执行角色功能的能力、社会交往能力、情绪状态、症状和主观感受等。

FLIC 量表面向一般的癌症病人，尤其适用于预后较好的癌症病人，如乳腺癌、宫颈癌等病人，在 癌症病人的临床疗效评价中得到了广泛的应用。内容的描述围绕癌症特性，心理方面着重表现癌症

第十二章 生命质量评价 155

病人常有的对死亡的恐惧和对健康的忧虑等，对疾病和治疗的描述着重围绕癌症病人常有的眩晕、 疼痛等症状。

FLIC 量表每个条目的回答均在一条1~7的线段上划记，根据所划的位置即可得到条目得分，将 所属条目的得分相加，可计算5个领域及总量表的得分(12-5)。

**表12-5** **FLIC量表各领域及其计分方法**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **领域** | **条目数** | **计分方法(所属条目得分相加)** |
| 躯体良好和能力 | 9 | 4+6+7+10+11+13+15+20+22 |
| 心理良好 | 6 | 1+2+3+9+18+21 |
| 因癌造成的艰难 | 3 | 8+12+14 |
| 社会良好 | 2 | 16+19 |
| 恶心 | 2 | 5+17 |
| 总量表 | 22 | 全部条目 |

(二)慢性病治疗功能评价系统

慢性病治疗功能评价系统(the functional assessment of chronic illness therapy,FACIT)由美国结局 研究与教育中心(Center on Outcomes,Research and Education,CORE)的塞拉(Cella)等研制。该系统 是由一个测量癌症病人生命质量共性部分的一般量表(共性模块)FACT-G 和针对一些特定癌症、某 些慢性病、治疗和症状的特异模块所构成的量表群。第4版的FACT-G由27个条目构成，分为4个 维度：生理状况(7条)、社会/家庭状况(7条)、情感状况(6条)和功能状况(7条)。特异量表则由 共性模块加各自的特异模块构成。特异模块的条目数不一，如乳腺癌病人的特异量表 FACT-B 由 FACT-G 和乳腺癌的特异模块(9个条目)构成，慢性病治疗相关疲劳功能评估 FACIT-F 包含 FACT-G 和评价疲劳的13个条目。

(三)癌症病人生命质量测定量表EORTC QLQ系列

欧洲癌症研究与治疗组织(the European Organization for Research and Treatment of Cancer, EORTC)研制的癌症病人生命质量测定量表QLQ 系列是由针对所有癌症病人的核心量表(共性模 块 )QLQ-C30和针对不同癌症的特异性条目(特异模块)构成的量表群。第3版的 QLQ-C30由 5 个 功能维度(躯体、角色、认知、情绪和社会功能)、3个症状维度(疲劳、疼痛、恶心呕吐)、1个总体健康 维度和6个单一条目(呼吸困难、食欲减退、睡眠障碍、便秘、腹泻和经济状况)组成。每一个维度包 含2~5个条目，整个量表共30个条目。在此基础上增加不同癌症的特异条目(模块)即构成不同癌 症的特异量表，如QLQ-H&N35由 QLQ-C30 和附加针对头颈肿瘤病人的35个条目构成。该量表系 列已有较多语言版本，应用于多国的肿瘤临床试验，对不同癌症人群、治疗效果和健康变化敏感。

**三、我国自主研制的量表**

我国生命质量的研究工作始于20世纪80年代中期，起初的工作主要是翻译和综述国外的有关 文献及研究进展，随后也通过一些翻译的量表进行普通人群及某些病种的测定。但生命质量测定是

深深扎根于本民族文化土壤中的，带有明显的文化烙印。国外对宗教信仰、个人隐私、性生活等远较 国人重视，而国人比较重视饮食文化、家庭和职业稳定等。因此，研制和应用具有中国文化特色的生 命质量测定量表十分必要。

(一)中国人生活质量通用量表

中国人生活质量通用量表(the 35-item QOL questionnaire,QOL-35)由中国医学科学院/中国协和 医科大学阜外心血管病医院流行病学研究室研制，包括35个条目，分别属于总体健康和生活质量、 生理功能、独立生活能力、心理功能、社会功能、生活条件等6个领域和1个反映生活质量变化的条 目组成。适用于中国一般人群生活质量测评。

(二)癌症和慢性病病人生命质量测定量表系列

癌症病人生命质量测定量表系列(quality of life instruments for cancer patients,QLICP)和慢性病 病人生命质量测定量表系列(quality of life instruments for chronic diseases,QLICD)由昆明医科大学公 共卫生学院研制，该系列包括我国常见癌症和慢性病的生命质量测定量表。

(三)2型糖尿病病人生活质量量表

2型糖尿病病人生活质量量表(quality of life scale for patients with type Ⅱ diabetes mellitus, DMQLS)由中南大学流行病与卫生统计学系研制，包含疾病、生理、社会、心理、满意度等5个维度共 87个条目，其中疾病维度构成2型糖尿病病人特异条目子量表，生理、社会、心理、满意度4个维度构 成正常成年人群共性条目子量表。

**第四节** **生命质量的应用**

生命质量已广泛应用于临床医学、预防医学、药学和卫生管理学等领域，研究对象包括各年龄和 各疾病人群。生命质量在临床医学的应用主要集中在肿瘤和慢性非传染性疾病。近年来，生命质量 已作为评价不同医疗干预的临床试验的重要结果指标。美国食品与药品管理局自1985年起将生命 质量用于新药评价，2009年建议将病人报告结果指标用于医疗产品的功能评价。

**一、人群健康状况的评定**

一般人群的生命质量评定需要采用通用型的测定量表，如SF-36 量表、WHOQOL量表和 EQ-5D 量表等，测评的目的在于了解一般人群的综合健康状况，或者作为一种综合的社会经济和医疗卫生 指标，比较不同国家、不同地区、不同民族人群的生命质量和发展水平，以及对其影响因素进行研究。 1992年韦尔(Ware) 等 用SF-36 量表进行人群调查，了解美国人的健康状况，调查方式为信访(80%) 和电话调查(20%),共调查2474人，应答率分别为77%和68.9%。该调查分年龄、性别制定了美国 人各维度的正常值。1993年詹金逊(Jenkinson) 等在英国进行了同样的调查，调查方式为信访，最终 调查9332人，得到了英国人分性别、年龄、社会阶层的健康正常值。1996年沃森(Watson) 等报告了 SF-36 量表在澳大利亚的全国调查，制定了各年龄、性别人群健康正常值。1998年德国全国健康调 查包括SF-36 量表，共调查7124人，与1994年SF-36 量表的常模样本比较，老年组的维度分数上升，

第十二章 生命质量评价 157

提示4年来老年人健康状况的改善，与人群平均期望寿命的延长相符。2008年我国国家卫生服务 调查采用EQ-5D 量表调查12万15岁以上城市和农村居民，分年龄、性别建立了普通人群常模，提供 了量表在不同社会经济地位和患病人群中的效度。

鉴于肿瘤和慢性病病程长、较难治愈，很难用延长生存时间、提高治愈率来评价治疗效果，因此， 肿瘤与慢性病病人的生命质量测评成为医学领域生命质量研究的主流。波士顿健康研究机构的医 疗结果研究调查组比较了在生理和(或)精神疾患严重程度不等的病人组的SF-36 量表维度分数。 病情较轻的慢性病人(包括无合并症的高血压)被归入“轻病组”;病情严重的病人(如充血性心力衰 竭、慢性阻塞性肺病和(或)进展性糖尿病)被归入“重病组”;精神障碍病人(如抑郁症)被归人“精 神障碍组”。“重病组”与“轻病组”相比，描述生理健康的维度(包括生理功能、生理职能、躯体疼痛 和总体健康)得分低，而在心理健康维度的差别则小得多。轻病组与精神障碍组相比，精神健康、情 感职能、社会功能和活力等维度的差别较大，这些维度对心理健康方面的差别敏感。“重病组”合并 “精神障碍组”,8个维度得分均低于“轻病组”。

特殊人群的生命质量评定，用以了解其健康状况及其影响因素，并解决某些相关问题，如评价参与 不同保险业或服务项目收费系统的老年人、贫困者、慢性病人的健康状况。在亚健康人群中，如测量超 重或肥胖者的生命质量，作为体重管理的一个重要方面。研究发现，有酗酒行为的妇女生命质量(生理 职能、情感职能、社会功能、躯体疼痛和精神健康等维度)下降，自感健康较差，更容易感到压抑。

二、卫生服务的效果评价与方案选择

传统的健康状况指标如死亡率和平均期望寿命等曾是评价卫生服务效果的主要指标。近年来， 除了传统意义上的医学终点，不同疗法或干预措施对于病人功能和良好适应的影响正在越来越多地 得到评价。美国国立健康研究所利用SF-36 量表进行乳腺癌干预试验和前列腺癌干预试验，以更好 地理解癌症预防的效益与治疗副作用。每一项试验跟踪观察了5~7年，调查人数达1.5万~2万 人，从100~300个医疗点中抽样，得到了极其丰富的第一手资料。菲利普斯(Phillips)等评价心脏病 的负担和心脏瓣膜移植术的效益，分别在术前、术后1个月、术后6个月调查100名病人。术前病人 所有8个维度分数均低于正常值，其中生理功能、生理职能、活力、社会功能和情感职能维度的得分 尤其低。术后1个月，总体健康维度得分与正常值一致，其余7个维度仍低于正常值；术后6个月， 除了生理职能和情感职能维度外，病人其余维度得分均等于或高于正常值。

长期以来，有关药物或治疗方法的选择都以医生的专业知识和经验判断为基础。生命质量可帮 助医生判断具体治疗方案或预防康复措施的实施与否，除了临床指征还需考虑会对病人今后的生活 产生多大的影响。通过测定与评价病人在不同疗法或措施中的生命质量，为治疗和预防康复措施的 比较与选择提供新的参考依据。

例如，为了预防高血压病人心、脑、肾等器官并发症的发生，对病人进行药物治疗是必要的。布尔 比 特(Bullpitt) 等观察了477例高血压病病人采用不同的降压药治疗后的副作用。通过应用自评量表， 了解到各种降压药(如甲基多巴、普蔡洛尔、胍乙啶、利血平以及利尿剂等)对病人体力和脑力方面的影 响，了解同性能的药物具有不同的副作用，如记忆能力减退、思维能力降低、心情压抑、性功能失调、体

力渐衰、睡眠失调和工作能力降低，从而帮助临床医生选用适宜药物。波吉利(Pozzilli) 等研究多发性 硬化症家庭保健的成效。201名多发性硬化症病人随机分成家庭保健组(133例)和常规医院治疗组 (68例),分别评价研究起点和一年后的生理、心理损害和生命质量。两组病人在功能状态方面没有差 异，但家庭保健组在 SF-36 量表总体健康、躯体疼痛、情感职能、社会功能等维度得分显著优于常规 医院治疗组。此外，家庭保健组还减少人院开支，费用比医院治疗组节省822欧元/人年。

又如，对于肢体肉瘤的治疗方法通常有两种： 一是截肢；二是保留疗法并辅以大剂量的放射治 疗。按传统的观点，认为能不截肢尽量不截肢。苏格贝尔(Sugarbaker) 等对26名肢体肉瘤病人开展 了生命质量评价，其中9名截肢，17名采取保留疗法。比较发现，两组病人总的生命质量没有差异， 但在情绪行为、自我照顾和活动、性功能等方面差异具有统计学意义(表12-6)。保留疗法对病人的 情绪行为、自我照顾和活动、性功能的损害较截肢疗法严重。由此得出结论：从生命质量的观点出 发，保留疗法并不优于截肢疗法；从减少复发的愿望出发，更应考虑截肢。

**表12-6** **肢体肉瘤病人截肢与保留疗法的生命质量比较**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **评价内容** | **截肢疗法** | **保留疗法** | **P值** |
| 情绪行为 | 3.60 | 11.2 | <0.05 |
| 自我照顾和活动 | 2.45 | 24.5 | <0.01 |
| 性功能 | 0.40 | 3.50 | <0.01 |

注：低分表示生命质量较好

**三、卫生资源配置与利用的决策**

卫生决策的重要任务是科学选择重点投资目标，合理优化地分配卫生资源。成本-效果分析是 配置卫生资源的基本依据。传统的成本-效果分析中的效果指标往往比较单一、局限，如生存年数、 死亡率、患病率等，不能综合反映卫生服务对人群健康的影响。生命质量评价为完善成本-效果分析 提供了有效的途径，采用生命质量效用值和质量调整生存年等作为效果指标，将成本-效果分析又推 进了一步，称为成本-效用分析。对卫生部门来说，最大的效益就是给人群带来更多的生存年数和更 好的生存质量。

**(** **一** **)质量调整生存年**

在传统寿命计算方法中，把健康人的生存时间和病人的生存时间等同看待。长期失能或卧床的 病人，其生命质量是不完善的，应该从他(她)的生存时间中扣除不完善部分，由此获得健康生存时 间。生命质量评价提供了衡量生存时间质量的方法，如质量调整生存年(quality-adjusted life years, QALY) 的计算综合反映了个体或人群生命质量和生存数量。

计算质量调整生存年，通常用生命质量得分充当一种权重值，计算公式如下：

E=∑W×Y

其中，E 为质量调整生存年，W. 为处于k 状态的生命质量权重值，Y 为处于k 状态的年数。

例如，某养老院全体老人的平均寿命是71.6岁，其中：健康生活了65.2岁，非卧床活动受限生活了 4.5年(生命质量权重值为0.59),卧床功能丧失又生活了1.9年(生命质量权重值为0.34),计算质量

第十二章 生命质量评价 159

调整生存年为68.5年。即该养老院老人因功能丧失使人均健康寿命损失3. 1年(表12-7)。

**表12-7** **质量调整生存年计算表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **状态** | **Yk** | **Wk** | **Wk×Yk** |
| 健康 | 65.2 | 1.00 | 65.2 |
| 非卧床功能丧失 | 4.5 | 0.59 | 2.7 |
| 卧床功能丧失 | 1.9 | 0.34 | 0.6 |
| 总计 | 71.6 |  | 68.5 |

注：E=∑W×Y =65.2+2.7+0.6=68.5(年),健康寿命损失为：71.6-68.5=3.1(年)

**(二)效果评价**

医疗干预的效果评价，通过接受某治疗和未接受该治疗的病人作配对研究，比较相同生存时间 内的生命质量的差异，其差值便是该治疗带来的效果。

(三)成本-效用评价

单凭效果评价还不足以构成决策的依据，还需考虑单位成本所带来的效果。目前，西方医学界 用每拯救1个质量调整生存年所需要的费用(成本)作为成本/效用指标(COST/QALY) 。 相 同 成 本 产生最大的QALYs 或 相 同QALY 对应的最小成本就是医疗卫生决策的原则，如冠心病预防的成本 效用分析(表12-8)。

**表12-8** **冠心病三种预防措施的成本效用分析**

|  |  |
| --- | --- |
| **措施** | **cOST/QALY(美元)** |
| 戒烟 | <180 |
| 控制高血压 | ≤1700 |
| 控制血脂水平 | ≥1700 |

**(** **王** **红** **妹** **李** **鲁** **)**

|  |  |
| --- | --- |
| 思考题 | 1.病人的生命质量可以由医生或照料者来评价吗?  2.国外量表可以直接拿来使用吗?  3.健康相关生命质量评价包括哪些方面的内容?  4.解释评价量表性能的基本指标。  5.生命质量评价有哪些方面的应用? |



**第十三章**

C2 n9GMa-

· 笔 记

社会卫生状况

社会卫生状况是社会医学的主要研究内容之一。通过社会卫生状况研究，寻找主要的社会卫生 问题，发现健康高危人群及弱势人群，确定防治工作的重点，分析诸社会因素对人群健康产生的积极 和消极的作用，对发现的社会卫生问题进行社会病因学分析，为制定社会卫生策略与措施提供依据。

**第一节** **社会卫生状况概述**

一、社会卫生状况的概念

社会卫生状况(social health status)是指人群的健康状况，以及影响人群健康的诸社会因素的 状况。

人群健康状况是一个复杂的概念。按照WHO 提出的健康概念，应从生理健康、心理健康和社 会健康等三个维度测量人群健康状况，涉及死亡、疾病、残疾、生长发育等生理健康，也与心理状况、 社会功能相联系。测量人群生理健康的经典指标有平均期望寿命、婴儿死亡率和孕产妇死亡率等。 这些指标定义明确，标准可靠，计算简便，数据易得，成为国际公认的衡量一个国家或地区人群健康 水平的主要指标。相对而言，测量心理健康和社会健康的指标有较大争议。 WHO 的《2000年世界 卫生报告》界定了一些相对重要的维度，如认知能力、情绪反应、社会功能、沟通能力等。

影响人群健康的社会因素主要包括社会状况、经济状况、卫生政策、卫生体制、卫生资源、卫生服 务、健康保障、健康行为、健康公平性等众多因素。

二、社会卫生状况的评价

社会卫生状况评价主要包括两大方面：人群健康状况评价和与人群健康有关的影响因素评价。

( 一)社会卫生状况评价资料来源

社会卫生状况评价资料来源包括文献资料和调查监测资料。

文献资料包括生命统计资料、人口普查资料、卫生服务常规登记、疾病登记和卫生相关部门的资 料。其中，生命统计资料包括出生、死亡、结婚等；人口出生率、死亡率、人口自然增长率、15岁及以 上人口识字率和平均期望寿命等指标可以从人口普查资料中获得；有关人群健康状况的指标，如疾 病别发病率、患病率和死亡率，儿童生长发育指标和卫生服务提供指标等可以通过查阅卫生服务常 规登记资料获得；疾病登记常常可以提供某个系统或某种疾病的发病、死亡、治疗和其他信息；卫生 相关部门资料是指卫生部门以外与健康相关的其他部门的资料，或者是非卫生专业人员协助搜集的

第十三章 社会卫生状况 161

资料。

调查监测资料分为调查资料和监测资料。有些资料无法从常规登记资料中获得，需要组织专题 现场调查，如居民医疗服务需要和利用情况需要通过卫生服务调查获得。有一些传染病和慢性非传 染性疾病(如结核、高血压、肿瘤等)的控制是疾病防治工作的重点，要获得这些疾病的发病和患病 的资料，就必须建立疾病监测点，及时获得有关这些疾病的发生、流行情况。

(二)社会卫生状况评价程序

1. 确定社会卫生状况的内涵 例如，对于人群健康状况的评价，应依据 WHO 提出的生理-心 理-社会三维健康的概念全面地进行评价，而不是单纯评价生理健康；对于健康影响因素，应当侧重 社会因素。

2. 把社会卫生状况的概念进一步具体化，形成若干范畴 例如，WHO 提出健康状况评价应包 括：①核心范畴，涉及听力、疼痛、认知能力、行动能力等方面；②核心边缘范畴，包括社会职能、交流 能力等方面；③健康相关范畴，如自理能力、人际关系等方面。

3. 根据所确定的范畴，寻找适宜的、有针对性的指标 社会卫生状况评价的指标选择有两个 渠道：①参考权威专家的意见，可以通过召开专家论证会，或者专家咨询法对指标进行筛选；②参考 现有文献，在有关文献中寻找适宜的指标。

4. 根据所选定的指标，制订收集有关资料的计划，开展资料收集工作。

5. 分析指标，归纳结果 把来自调查和文献的资料加以整理形成指标，把指标归类形成结果。 通过对结果的综合分析，评价社会卫生状况，得出评价结论。

(三)社会卫生状况评价的意义

1. 充分认识人群健康状况和社会因素对人群健康的影响，找出主要的社会卫生问题、发现重点 保护的人群及重点防治的对象。

2. 了解人群的健康现状、问题和差距，了解社会经济环境的现状，了解卫生服务和卫生资 源的提供，有助于科学地制定社会卫生策略与措施，动员有限的卫生资源，最大限度地促进人 群健康。

3. 社会卫生状况评价的结果本身就是重要的卫生信息，可以用来有针对性地配置卫生资源，实 施干预措施；也可以有效地评价某一个地区社会卫生的需要和需求，评估卫生系统的绩效，促进卫生 系统自身的改革和发展。

**三、社会卫生状况的指标**

( 一 )人群健康指标

健康是连续的、三维的，存在着不同的中间状态，健康评价的统一标准难以确定，所以人群健康 指标也处于不断发展和完善当中。选择指标时应遵循资料易得、敏感度高、计算简便、广为接受、重 复性好等原则。

1. 单一型指标 仅测量健康某一个方面的指标，常用的有：①生长发育统计指标，主要包括新 生儿低体重百分比、6岁以下儿童年龄别性别低身高百分比、6岁以下儿童年龄别性别低体重百分比

162 第十三章 社会卫生状况

等；②疾病统计指标，主要包括发病率、患病率、疾病构成、疾病顺位、病死率、因病休工(学)天数、因 病卧床天数、治愈率、生存率等；③死亡统计指标，主要包括死亡率、年龄别死亡率、婴儿死亡率、新生 儿死亡率、围生儿死亡率、5岁以下儿童死亡率、孕产妇死亡率、死因别死亡率、死因构成比和死因顺 位、平均期望寿命等。

2. 复合型指标 由两个或两个以上指标组成的综合指标，常用的有：①减寿人年数(potential years of life lost,PYLL),某一人群在一定时期内(通常为1年)在目标生存年龄(通常为70岁或出生 期望寿命)以内死亡所造成的寿命减少的总人年数。它是指“早死”的全体死者共损失的人年数。

②无残疾期望寿命(life expectancy free of disability,LEFD),以残疾作为观察终点，代替普通寿命表中 的死亡。它运用现实寿命表的计算原理，通过扣除处于残疾状态下所消耗的平均寿命，从而得到无 残疾状态下的预期平均生存年数。无残疾期望寿命综合了死亡率和残疾与活动受限率两个指标。

③活动期望寿命(activity life expectancy,ALE),以日常生活自理能力的丧失作为观察终点，代替普通 寿命表中的死亡。它指的是人们能维持良好的日常生活活动功能的年限。④伤残调整生命年(disa- bility adjusted life year,DALY),疾病死亡损失健康生命年与疾病伤残(残疾)损失健康生命年相结合 的指标，是生命数量和生活质量以时间为单位的综合性指标。⑤健康期望寿命(healthy life expectan- cy,HALE), 扣除了死亡和伤残影响之后的平均期望寿命，可以理解为“完全健康期望寿命”。

(二)健康影响因素指标

1. 人口学指标 主要包括人口数量(如总人口数)、人口分布(如人口密度)、性别构成(如性别 比)、年龄构成(如抚养比)、社会构成(如职业构成)、人口出生(如总和生育率)、人口自然增长(如 出生率)、人口素质(如受教育程度)等。

2. 自然环境指标 主要包括年空气污染天数比例、公共场所卫生监督率、有毒有害作业点年监 测覆盖率、自来水人户比例、二次供水点水监测合格率、垃圾管理合格率、卫生厕所普及率、每万人拥

有公共厕所数、人均占有公共绿地面积、人均居住面积等。

3. 社会发展指标 单一型指标主要包括人均国内生产总值、劳动人口就业率、恩格尔系数、15 岁以上人口识字率等。综合性指标主要有人类发展指数、美国社会卫生协会指标、物质生活质量指 数、社会和人口统计指数体系、国民幸福指数等。

(1)人类发展指数(human development index,HDI):联合国开发计划署用以衡量各国社会经济 发展程度的标准，并依此区分已开发(高度开发)、开发中(中度开发)、低度开发国家，也用来衡量经 济政策对生活质量的影响。人类发展指数涵盖经济收人、健康和教育等3个方面，收入用实际人均 国内生产总值(购买力平价美元)来衡量，平均期望寿命用出生时期望寿命来衡量，教育程度用成人 识字率(2/3权重)及小学、中学、大学综合入学率(1/3权重)共同衡量。其计算公式为：

HDI= (平均期望寿命指数×教育指数×收入指数)³

(2)美国社会卫生协会指标(American Social Health Association,ASHA):衡量社会发展的综合指 标，包括就业率、识字率、平均期望寿命、人均国民生产总值增长率、出生率和婴儿死亡率等。其计算 公式：

第十三章社会卫生状况 163



(3)物质生活质量指数(physical quality of life index,PQLI):衡量一个国家或地区居民的营养、卫 生保健和教育水平的综合指标，突出强调了卫生与教育质量在社会经济发展中的作用，弥补了仅用 国内生产总值指标的不足。PQLI大于80为高素质人口，PQLI小于60为低素质人口。其计算公式：



(4)社会和人口统计指数体系(SSPS): 以社会、经济、生态为基点，以人的生命周期为主线，将人 们从出生到死亡的整个生命过程的主要活动联系起来，通过对生命周期各阶段具体情况的描述和分 析，评价整个社会发展水平的变化趋势。其指标顺序为：①人口；②学习和教育服务；③有益的经济 活动人口和非经济活动人口；④收入、分配、消费和积累；⑤健康保健服务；⑥住房及其环境；⑦家庭 形成、家庭和住户；⑧时间利用、闲暇和文化；⑨社会保险和福利服务；⑩社会流动和阶层，以及公共 秩序和安全。

(5)国民幸福指数(national happiness index,NHI):综合衡量一个国家或地区生态环境、政府管理、经 济发展、社会进步、居民生活与幸福水平的指标，最早是由不丹国王提出并付诸实践的。其计算公式：

公式一：

NHI= 收入的递增/基尼系数×失业率×通货膨胀

公式二：

NHI= 生产总值指数×a%+ 社会健康指数×b%+ 社会福利指数×c%+

社会文明指数×d%+生态环境指数×e%。

其中，a、b、c、d、e分别表示生产总值指数、社会健康指数、社会福利指数、社会文明指数和生态 环境指数所占的权数，具体权重的大小取决于各政府所要实现的经济和社会目标。

4. 卫生服务指标 包括卫生服务需要指标、卫生服务利用指标和预防保健服务指标等(参见第 九章卫生服务研究)。

5. 卫生资源指标 主要包括卫生人力资源指标、卫生物质资源指标和卫生经济指标等。其中， 卫生人力资源指标包括每千人口医师数、每千人口护士数、每千人口药剂师数等；卫生物质资源指标 包括每千人口病床数、每千人口医疗机构数等；卫生经济指标包括卫生总费用、人均卫生费用等。

6. 卫生政策与保障指标 主要包括卫生政策指标、财政投入指标和健康保障指标等。其中，卫 生政策指标包括政府将医药卫生发展纳人当地社会经济发展规划，政府成立卫生专门委员会，有办 公机构和专人负责具体的医疗卫生事务，这些专门的机构和人员配备编制、经费、办公场所，可以遵 循相关的政策、规定、规章开展工作等；财政投入指标包括卫生总经费占国内生产总值的百分比，政 府财政预算卫生支出占卫生总费用的百分比，卫生事业经费占政府支出的百分比等；健康保障指标 包括各级各类健康保障制度的人群覆盖率，健康保障服务内容，名义报销比例和实际报销比例，健康 保障基金结余占当年收缴总额的百分比等。

7. 健康行为指标 包括有助于健康的行为指标(如体育锻炼率、平衡膳食率等)和危害健康的

·164 第十三章 社会卫生状况

行为指标(如吸烟率、有害饮酒率等)。

8. 健康公平指标 通常通过基尼系数(Gini coefficient)法、健康差异指数法、人群归因危险度 法、集中指数法、极差法与比率法等方法测量健康公平性。

(1)基尼系数法：将洛伦兹曲线(Lorenz curve)纵轴的“收入的累计百分比”转换为“健康的累计 百分比”,计算人群的健康分布；也可以将横轴的“人口的累计百分比”转换为“收入的累计百分比” 或“受教育程度的累计百分比”,计算出在不同收入人群、不同受教育程度人群的健康分布。其计算 公式为：

Gini=S/C

其中，S 表示对角线与洛伦兹曲线之间面积，C表示对角线下的面称。该系数的取值范围为(0,

1),数值越大，说明不公平程度越高。

(2)健康差异指数法：用于计算不同社会经济特征(如收入、教育、职业等)人群的健康水平差 异。其计算方式为：

*ID=1/2IS -S1*

其中，ID 表示健康差异指数；S, 代表某个社会经济特征第j 个水平的人口比重；S; 代表某个社会 经济特征第j 个水平的患病比重。该系数的取值范围为(0,1),数值越大，说明不公平程度越高。

(3)人群归因危险度法：将全人群健康问题中归因于某一个社会经济特征的部分，即当全人群 的患病率或死亡率等于最高社会经济状况人群的患病率或死亡率时，全人群所减少的患病率或死亡 率。其计算方式为：

*PAR=I,-I₀*

*PAR%=(I,-I₀)/I,×100%*

其中，PAR代表人群归因危险度；PAR%代 表PAR 占总人群全部发病(或死亡)的百分比；I, 代表 全人群的率；I₀ 代表最高社会经济状况人群的率。

(4)集中指数法 世界银行推荐的用于测量不同社会经济状况地区间的健康和卫生服务公平 性，其计算方式为：



其中，CI代表集中指数；H 代表健康变量；H 代表 H 的均值；R; 代表第i 个人的累积秩次。该指 数取值范围为(-1,1),当健康变量在不同社会经济水平区域的分布没有差异时，集中指数为0,说明 绝对公平；当健康变量集中在社会经济发展程度高的地区时，集中指数为正值，越接近于1,表明区 域不公平程度越高；反之亦然。

(5)极差法与率比法：极差法是利用最高社会经济水平人群(地区)与最低社会经济水平人群 (地区)的健康水平(或卫生服务利用与分配情况)的差异大小反映不公平的程度。率比法是指以最 高社会经济水平人群或地区的健康水平(或卫生服务利用与分配情况)为参照，其他社会经济水平 人群或地区的相关指标与其的比值。这两种指标分别测量不同社会经济水平人群健康状况的绝对 差异和相对差异。

第十三章 社会卫生状况 165

**第二节** **我国社会卫生状况**

一 、人群健康状况

随着社会经济的发展和医药卫生改革的深入，我国居民的健康水平得到显著提高。2015年，我 国居民平均期望寿命达到76.34岁，婴儿死亡率为8.1%,孕产妇死亡率为20.1/10万，均提前实现 了“十二五”规划和联合国千年发展目标，居民健康水平总体上处于中高收入国家平均水平，部分地 区已经达到或接近高收入国家的水平。但我国人群健康水平存在着明显的地区差异，表现在城镇明 显优于农村、东部地区明显优于中西部地区，居民健康水平与社会经济发展水平呈正相关。

我国同时面对多重疾病负担的巨大挑战。随着传染病得到有效控制，人群疾病谱和死因谱发生 改变，主要疾病由传染性疾病过渡到慢性非传染性疾病，恶性肿瘤、心脑血管疾病、代谢性疾病、精神 疾病的患病率持续升高，发病年龄逐年降低，带病生存时间延长。我国慢性非传染性疾病占健康生 命年损失的77%和死亡原因的85%,仅心血管疾病和癌症就占到死亡的2/3;卒中、缺血性心脏病、 慢性阻塞性肺炎是过早死亡的三大原因；糖尿病、肌肉骨骼障碍和抑郁症成为失能的主要原因。同 时，一些曾经得到有效控制的传统传染病(如性传播性疾病、结核病等)发病率出现反弹，严重急性 呼吸综合征、甲型 H1N1 流感等新型传染病的流行，人群普遍易感，传播速度快，病死率高。 一些地 方病(如地方性氟中毒、地方性甲状腺肿等)仍未得到完全控制。各种急、慢性职业病(如尘肺病、铅 及其化合物中毒等)居高不下。

二、影响人群健康的因素

1. 经济状况 我国社会经济快速发展，已成为世界第二大经济体。2015年，我国国内生产总值 达到67.7万亿元，全国居民人均可支配收入21966元。随着经济水平的提高，卫生费用总量也快速 增长。2015年全国卫生总费用为40587.7亿元，其中政府卫生支出占30.88%,社会卫生支出占 39. 15%,个人卫生支出29.97%。但我国人均国内生产总值和人均卫生费用仍远远落后于发达国 家，而且不同经济发展水平地区的差异大。

2. 人口状况 我国人口老龄化、城市化进程加快。2015年我国人口总数达到13.7亿，全年人 口出生率为12.07%o, 死亡率为7. 11%o,自然增长率为4.96%,但比上年下降0.25个千分点。60岁 及以上人口超过2.1亿，占总人口15.5%;65岁及以上人口13,755万人，占总人口的10.1%。我国 进一步完善计划生育管理，2013年启动实施“单独二孩”政策，2015年全国共约200万对单独夫妇提 出再生育申请，2016年实施全面两孩政策。2015年城镇常住人口为77,116万人，占总人口比重(常 住人口城镇化率)为56. 10%。

3. 卫生服务 我国已建立了覆盖城乡居民的公共卫生服务和基本医疗服务体系。2015年，全 国医疗卫生机构总数达983528个，其中医院27587个，基层医疗卫生机构920770个，专业公共卫 生机构31927个；每千人口执业(助理)医师2.21人、注册护士2.36人、医疗卫生机构床位5. 11张：

166 第十三章 社会卫生状况

全国医疗卫生机构总诊疗人次达77.0亿人次，人院人数为21054万人；包括慢性病在内的十二大类 基本公共卫生服务已实现免费覆盖。但医药费用增长过快，居民“看病难、看病贵”现象仍十分突 出；卫生资源总量不足，千人床位数和千人医生护士数偏低，且分布存在显著的城乡、地区、人群差 异；基层卫生服务能力亟待加强。

4. 医疗保障 我国已建立了覆盖城乡居民基本医疗保障体系。2015年，参加职工基本医疗保 险人数为2.9亿人，参加城镇居民基本医疗保险人数为3.7亿人，参加新型农村合作医疗人数达6.7 亿人，基本实现了医保全民覆盖。但需逐步提高筹资水平和统筹层次，缩小保障水平差距；完善城乡 居民大病保险和医疗救助制度；推进支付方式改革，控制医疗费用不合理增长。

5. 健康行为 我国以爱国卫生运动为指导的全民卫生行动持续了半个多世纪，广泛开展健康 宣教，改善居民的健康行为。城乡居民日益重视改善和保持环境卫生，防止传染病的传播；日益重视 保持良好的个人卫生习惯，防止病从口人；日益重视食品卫生与营养，提高机体免疫功能，预防疾病； 日益重视疾病的早期发现和诊治，防止病情恶化或传染他人。但当前我国居民仍存在一些导致慢性 病发生发展的不良行为生活方式，如吸烟、过量饮酒、饮食高油、高盐、高糖、缺乏运动、作息不规 律等。

**三** **、健康中国**

新中国成立特别是改革开放以来，我国健康领域改革发展成就显著,人民健康水平持续提高，但 同时，我国也面临着工业化、城镇化、人口老龄化以及疾病谱、生态环境、生活方式不断变化等带来的 新挑战，面对多重疾病威胁并存、多种健康影响因素交织的复杂局面，需要统筹解决关系人民健康的 卫生战略问题。

为了有效应对健康挑战、进一步提高全民健康水平，党中央、国务院作出了“推进健康中国建 设”重大战略部署。2016年召开了全国卫生与健康大会，习近平总书记强调，没有全民健康，就没有 全面小康。要把人民健康放在优先发展的战略地位，加快推进健康中国建设，努力全方位、全周期保 障人民健康。2016年发布了《“健康中国2030”规划纲要》。这是我国首次在国家层面制定的健康 领域中长期战略规划，是到2030年推进健康中国建设的行动纲领，对全面建成小康社会、加快推进 社会主义现代化具有重大意义。同时，这也是我国积极参与全球健康治理、履行我国对联合国“2030 可持续发展议程”承诺的重要举措。

**(** **一** **)** **战** **略** **目** **标**

提出健康中国2020年、2030年、2050年“三步走”的目标。

1. 到2020年，建立覆盖城乡居民的中国特色基本医疗卫生制度，健康素养水平持续提高，健康 服务体系完善高效，人人享有基本医疗卫生服务和基本体育健身服务，基本形成内涵丰富、结构合理 的健康产业体系，主要健康指标居于中高收入国家前列。

2. 到2030年，促进全民健康的制度体系更加完善，健康领域发展更加协调，健康生活方式得到 普及，健康服务质量和健康保障水平不断提高，健康产业繁荣发展，基本实现健康公平，主要健康指 标进人高收入国家行列。

第十三章 社会卫生状况 167

3. 到2050年，建成与社会主义现代化国家相适应的健康国家。

针对上述目标，围绕总体健康水平、健康影响因素、健康服务与健康保障、健康产业、促进健康的 制度体系等方面具体设置了若千可操作、可衡量、可考核量化指标。

(二)基本原则

1. 健康优先 把健康摆在优先发展的战略地位，将促进健康的理念融入公共政策制定实施的 全过程，加快形成有利于健康的生活方式、生态环境和经济社会发展模式，实现健康与经济社会良性 协调发展。

2. 改革创新 坚持政府主导，发挥市场机制作用，加快关键环节改革步伐，清除体制机制障碍，

发挥科技创新和信息化的引领支撑作用，形成具有中国特色、促进全民健康的制度体系。

3. 科学发展 把握健康领域发展规律，坚持预防为主、防治结合、中西医并重，转变服务模式， 构建整合型医疗卫生服务体系，推动健康服务从规模扩张的粗放型发展转变到质量效益提升的绿色 集约式发展，推动中医药和西医药相互补充、协调发展，提升健康服务水平。

4. 公平公正 以农村和基层为重点，推动健康领域基本公共服务均等化，维护基本医疗卫生服 务的公益性，逐步缩小城乡、地区、人群间基本健康服务和健康水平的差异，实现全民健康覆盖，促进 社会公平。

( 三 ) 战 略 主 题

明确“共建共享、全民健康”是建设健康中国的战略主题。

“共建共享、全民健康”的核心是以人民健康为中心，坚持新形势下卫生与健康工作方针，针对 生活行为方式、生产生活环境以及医疗卫生服务等健康影响因素，坚持政府主导与调动社会、个人的 积极性相结合，推动人人参与、人人尽力、人人享有，落实预防为主，推行健康生活方式，减少疾病发 生，强化早诊断、早治疗、早康复，实现全民健康。

将“共建共享”作为建设健康中国的基本路径。坚持政府主导与调动社会、个人的积极性相结 合，从供给侧和需求侧两端发力，统筹社会、行业和个人3个层面，实现政府牵头负责、社会积极参 与、个人体现健康责任，不断完善制度安排，形成维护和促进健康的强大合力。促进全社会广泛参 与，强化跨部门协作，调动社会力量的积极性和创造性，有效控制影响健康的生态和社会环境危险因 素，形成多层次、多元化的社会共治格局。推动健康服务供给侧结构性改革、优化要素配置和服务供 给、补齐发展短板、推动健康产业转型升级，满足人民群众不断增长的健康需求。强化个人健康责 任，提高全民健康素养，引导形成自主自律、符合自身特点的健康生活方式，有效控制影响健康的生 活行为因素，形成热爱健康、追求健康、促进健康的社会氛围。

将“全民健康”作为建设健康中国的根本目的。立足全人群和全生命周期两个着力点，提 .供公平可及、系统连续的健康服务，实现更高水平的全民健康。惠及全人群、覆盖全生命周期， 不断完善制度、扩展服务、提高质量，分别解决提供“公平可及”和“系统连续”健康服务的问 题。做好妇女儿童、老年人、残疾人、低收入人群等重点人群的健康工作，使全体人民享有所需 要的、有质量的、可负担的预防、治疗、康复、健康促进等健康服务。强化对生命不同阶段主要 健康问题及主要影响因素的有效干预，实现“从摇篮到坟墓”的全程健康服务和健康保障，全面维

护人民健康。

( 四 ) 战 略 任 务

坚持以人民健康为中心，站在大健康、大卫生的高度，紧紧围绕健康影响因素，按照从内部到外 部、从主体到环境的顺序，依次针对个人生活与行为方式、医疗卫生服务与保障、生产与生活环境等 健康影响因素，提出普及健康生活、优化健康服务、完善健康保障、建设健康环境、发展健康产业等5 个方面的战略任务。

1. 普及健康生活 从健康促进的源头人手，强调个人健康责任，发展健康文化，提高全民健康 素养。加强健康教育，将健康教育纳入国民教育体系，加大学校健康教育力度；塑造自主自律的健康 行为，引导合理膳食，开展控烟限酒，促进心理健康，减少不安全性行为和毒品危害；提高全民身体素 质，完善全民健身公共服务体系，广泛开展全民健身运动，加强体医融合和非医疗健康干预，促进重 点人群体育活动。

2. 优化健康服务 坚定不移贯彻预防为主方针，强化覆盖全民的公共卫生服务，防治重大疾 病，完善计划生育服务管理，推进基本公共卫生服务均等化；提供优质高效的医疗服务，完善医疗卫 生服务体系，创新医疗卫生服务供给模式，提升医疗服务水平和质量；充分发挥中医药独特优势，提 高中医药服务能力，发展中医养生保健治未病服务，推进中医药继承创新；加强重点人群健康服务， 提高妇幼健康水平，促进健康老龄化，维护残疾人健康。

3. 完善健康保障 健全以基本医疗保障为主体、其他多种形式补充保险和商业健康保险为补 充的多层次医疗保障体系；健全医保管理服务体系，全面推进医保支付方式改革，形成总额预算管理 下的复合式付费方式；积极发展商业健康保险，鼓励开发与健康管理服务相关的健康保险产品；完善 药品供应保障体系，深化药品、医疗器械流通体制改革；完善国家药物政策，巩固完善国家基本药物 制度，完善药品价格形成机制。

4. 建设健康环境 深人开展爱国卫生运动，加强城乡环境卫生综合整治；建设健康城市和健康 村镇；加强影响健康的环境问题治理，深人开展大气、水、土壤等污染防治，实施工业污染源全面达标 排放计划，建立健全环境与健康监测、调查和风险评估制度；完善食品安全标准体系，加强食品安全 风险监测评估，健全从源头到消费全过程的监管格局；深化药品(医疗器械)审评审批制度改革，完 善国家药品标准体系，实施医疗器械标准提高计划，形成全品种、全过程的监管链条；完善公共安全 体系，强化安全生产和职业健康，促进道路交通安全，预防和减少伤害，提高突发事件应急能力，健全 口岸公共卫生体系。

5. 发展健康产业 区分基本和非基本，激发市场在非基本医疗卫生服务领域的活力。优化多 元办医格局，优先支持社会力量举办非营利性医疗机构，推动非公立医疗机构向高水平、规模化方向 发展；积极促进健康与养老、旅游、互联网、健身休闲、食品融合，催生健康新产业、新业态、新模式；引 导发展专业的医学检验中心、医疗影像中心、病理诊断中心和血液透析中心等；积极发展健身休闲运 动产业，引导社会力量参与健身休闲设施建设运营；促进医药产业发展，加强医药技术创新，提升产 业发展水平，实现医药工业中高速发展和向中高端迈进。

**第十三章社会卫生状况** 169

**第三节** **全球卫生状况**

**一、全球健康状况**

进入21世纪，伴随着全球经济的发展和联合国千年发展目标的实施，人类在健康状况改善方面 取得长足的进步，从2000年到2015年期间，全球人口平均期望寿命从66.4岁提高到71.4岁，5岁 以下儿童死亡率从78%降低到43‰,孕产妇死亡率从330/10万降低到216/10万。

全球贫困状况得到显著改善，全球生活在极端贫困(每天生活费不足1.25美元)中的人数从 1990年的19亿下降到2015年的8.36亿。发展中地区居住在贫民窟的城市人口比例从2000年的 39.4%下降至2014年的29.7%。2015年全球91%的人口使用经改善的饮用水源，而1990年只有 76%。发展中地区营养不足的人口比例从1990—1992年的23.3%下降到2014—2016年的12.9%。 全球15~24岁青年识字率从1990年的83%上升到2015年的91%,全球小学适龄儿童失学人数从 2000年的1亿人下降到2015年的5700万人。全球孕产妇由熟练医护人员接生的比例从1990年的 59%提高到2014年71%。全球15~49岁已婚或有伴侣的妇女，采取措施避孕的比例从1990年的 55%上升到2015年的64%。2013年全球约84%的儿童获得至少一剂麻疹疫苗，比2000年的73%明 显增长，2000—2013年期间，麻疹疫苗接种使全球儿童死亡人数减少了将近1560万，同期报告的麻 疹病例数下降67%。2000—2013年间，新感染艾滋病病毒的人数下降了约40%,从估计350万下降 至210万。1995年至2013年间，抗逆转录病毒疗法治疗使因艾滋病死亡人数减少了760万。 2004—2014年间，向撒哈拉以南非洲疟疾盛行的国家发放了9亿多顶驱虫蚊帐。2000—2015年间， 全球疟疾发病率下降了约37%,疟疾死亡率下降了58%。

全球健康状况取得了明显改善，但仍面临诸多问题。人群健康状况存在不公平性，以2015年平 均期望寿命为例，29个国家超过80岁，但同时22个国家低于60岁，这些国家都来自撒哈拉以南非 洲；高收入国家与低收入国家之间的差距是17.5岁。即使同在发展中地区，最贫穷家庭的5岁以下 儿童死亡率几乎是最富裕家庭的两倍；由熟练医护人员接生的比例，农村只有56%,而城市有87%。 在降低孕产妇死亡率、儿童死亡率、改善营养、防治传染病(如艾滋病/性传播疾病、结核病、疟疾、被 忽视的热带病、病毒性肝炎)等任务仍然艰巨。应对非传染性疾病及其危险因素(如吸烟、精神健康 问题、道路交通、伤害、环境健康问题)也面临严峻挑战。在改善水、卫生设施和空气质量以降低对 健康的风险方面需要付出更多的努力。薄弱的卫生体系是许多国实现最基本卫生服务全民覆盖的 一个重要障碍。

**二、全球卫生**

全球卫生(global health)的兴起与全球化密切相关。全球化是当今世界最显著的特征，对人类 健康产生了深刻影响，给传统国际卫生体系提出了巨大挑战。首先，全球化使得跨越国界的健康风 险剧增，其传播速度之快、覆盖地区之广前所未有，模糊了国境的界限。其次，许多健康决定因素也

170 第十三章 社会卫生状况

越来越全球化，应对这些健康决定因素已不能再局限于医疗卫生部门，而是涉及外交政策、国际关 系、经济贸易、社会发展等多个领域，需要多部门协同努力和联合行动，模糊了卫生与非卫生的界限。

第三，全球化的纵深发展给非国家行为体参与国际卫生行动提供了更多的政治空间和物质条件，这 包括大量的非政府组织、基金会以及公私合作伙伴型机构等。这些新兴行为体迅速崛起，并在国际 卫生上的作用日益重要，变革了国际卫生体系中以民族国家为主体的传统，行为主体呈现多元化，模 糊了国家与非国家行为体作用的分界。正是在积极应对全球化挑战过程中，全球卫生从其前身“国 际卫生”脱胎而出来，并逐步取代成为国际公共领域的主流概念和通用术语。

全球卫生是指那些超越国家边界和政府的界限，需要采取行动影响那些对健康起决定作用的全 球各种力量(既包括国家，也包括诸多新兴行为体)来解决的卫生问题。它与国际卫生的区别主要 体现在：①国际卫生处理以国境界定的卫生问题，全球卫生处理超越国界的卫生和影响健康的风险 问题；②国际卫生关注他国、特别是贫穷国家的卫生问题，全球卫生关注所有国家(包括本国)和全 球性的卫生问题；③国际卫生涉及国家与国家之间的卫生合作，WHO 是无可争议的领导协调者；全 球卫生需要全球各种力量的参与和合作，WHO是众多行为体中的重要成员；④国际卫生是以民族国 家为中心的体系，全球卫生中民族国家依然重要，但非政府组织作用突显。

随着世界各国对全球卫生认识的不断加深，以及全球卫生在国家事务中发挥日益重要的作用， 许多国家积极着手制定全球卫生国家策略，加大对全球卫生投入，拓展新的参与全球卫生途径。主 权国家参与全球卫生的方式主要包括：①援助，主要是发达国家为中、低收入国家提供卫生相关的发 展援助，包括资金援助和技术援助；②参与国际卫生机构的管理，WHO、UNICEF、联合国艾滋病规划 署、世界银行等成为重要平台；③发展全球卫生外交，构建全球卫生伙伴关系，如国家或组织机构间 建立双边或多边全球卫生策略。

长期以来，我国在履行国际义务、参与全球卫生治理方面取得重要进展，全面展示了我国国际人 道主义和负责任大国形象。开展的主要工作有：①在卫生援助方面，主要面向亚洲和非洲地区，包括 派遣医疗队、援建设施、赠送药品和医疗器械、培训人员以及支持疟疾、埃博拉等的控制。②在卫生 安全方面，2003年暴发的严重急性呼吸综合征(“非典”)疫情推动了我国对控制传染病及其他健康 风险的跨境传播的重视，包括传染病控制、进出口产品安全、大气污染治理等。③在卫生治理方面， 我国加入了联合国及相关的国际组织，并开始向集资型多边基金注资。④在学术交流方面，我国分 享自身卫生成就的经验和教训，发展中医，并投资于药品研发，培训外国来华的医学留学生。

当前，我国积极参与健康相关领域国际标准、规范等的研究和谈判，完善我国参与国际重特大突 发公共卫生事件应对的紧急援外工作机制，加强同“一带一路”建设沿线国家卫生与健康领域的 合作 。

**三、全球卫生策略**

全球卫生策略是针对全球面临的主要卫生问题，由WHO 倡导的总体卫生发展战略目标以及基 本实现途径。全球卫生策略主要包括21世纪人人享有卫生保健、初级卫生保健，千年发展目标、可 持续发展目标等。

第十三章 社会卫生状况 171

**(** **一** **)21世纪人人享有卫生保健**

在1998年召开的第51届世界卫生大会上，WHO各成员国发表了题为21世纪人人享有卫生保 健(health-for-all policy for the twenty-first century)的宣言。

1. 主要内容与政策基础 21世纪人人享有卫生保健的主要内容是：①重申健康是每个公民的 一项基本人权，每个公民都有相同的权利、义务和责任来获得最大可能的健康；②人类的健康水平提 高和幸福，是社会经济发展的终极目标。其政策基础包括两个方面：①健康是人类发展的中心。个 人健康是家庭、社会和国家实现社会和经济目标的前提，以健康为中心，更多地重视躯体、精神和社 会健康，才能够保证个人、家庭、社区和国家实现其社会和经济目标。不仅要重视生命数量，更要重 视生活质量。弱势人群的健康状况是衡量健康公平性和卫生政策正确性的重要指标， 一个社会的健 康状况能够对社会问题起到预警作用。②卫生系统的可持续发展。可持续发展的概念在于加强基 础建设，目标是使当代和后代受益。基础建设的概念不仅仅是结构，更重要的是宗旨和功能，例如， 原有设施的改建，原有人力资源的重组，新领域人力的吸收，某些功能的增加或减少，筹资体制的改 革，服务提供方式的改变，人们为维护自己健康而观念变革等。要求卫生系统对人的一生健康和社 会需求做出反应。卫生系统的改革，必须与整个国家的改革有机地结合，既不能超前，也不能滞后。

2. 总体目标与具体目标 21世纪人人享有卫生保健的3个总体目标：①提高平均期望寿命的 同时提高生活质量；②在国家内部和国家之间改善健康的公平程度；③卫生系统可持续发展，保证人 民利用这一系统所提供的服务。其具体目标包括：到2005年，在各国和国家间确定并实施健康公平 性评估；各成员国制定具体的行动计划，并开始实施和评估。到2010年，消灭麻风病；全体居民获得 终生的综合、基本、优质的卫生服务；建立适宜的卫生信息系统；实施政策研究和体制研究的机制。 到2020年，确定孕产妇死亡率、婴儿死亡率、5岁以下儿童死亡率和平均期望寿命的具体目标；全球 负担大大减轻，与结核病、艾滋病、烟草、暴力相关的发病和残疾上升趋势得到控制；消灭麻疹、丝虫 病和沙眼；部门间行动的协调加强，重点在安全饮用水、环境卫生、营养和食品卫生以及住房环境方 面；社区建立综合健康行为促进计划并予以实施。

3. 实施策略 WHO 建议的4项重大行动是：①与贫困做斗争，不仅仅是为贫困人口提供他们 赖以生存所必需的物质，更重要的是寻找一种机制让他们能够通过自救改变生存的环境。采取卫生 干预措施，打破贫困和不健康的恶性循环。②在所有的环境中促进健康，包括生活、工作、娱乐和学 习所需的环境。通过社会行动促进健康，通过媒体形象倡导健康。③部门间的协调、协商和互利。 卫生部门要敏感地意识到各个部门的动机，以便与之协调，实现在促进人类健康目标上的一致性。

④将卫生列入可持续发展规划。要使发展可以持续，必须使当代和后代受益；要使健康成为发展的 中心内容，健康必须在可持续发展计划中优先考虑。

“人人享有卫生保健”是一个全球公平、正义的目标，它将全球卫生事业推向了一个新阶段，实 现了从面对病人到人群、从单纯防治疾病到预防保健、从微观行动到宏观计划的整体性转变。这一 目标也推动了许多国家和地区的政府制定各自的行动纲领、规划并加以实施，同时也增强了卫生在 政府工作中的重要性和部门、地区间的协同性。

172 第十三章 社会卫生状况

(二)初级卫生保健

初级卫生保健(primary health care,PHC),又称基本卫生保健，是指普及适宜的、技术可靠、社会 能接受和负担的技术，使全体人民公平地获得基本卫生服务。它是在1978年 WHO 的《阿拉木图宣 言》中提出的，是实现“人人享有卫生保健”战略目标的基本途径。

1. 内涵 初级卫生保健的内涵可以从以下方面来理解：①服务对象是全体居民，它使卫生保健 服务最大限度地深入到人们工作和生活的场所；②服务方法是经过实践检验、有科学依据，并且其费 用能够为个人和政府负担；③工作重点是预防疾病，增进健康，控制和消灭一切危害人民健康的各种 因素；④目的是使全体人民公平地获得基本的卫生保健服务，从而促使全体社会成员达到与社会经 济发展水平相适应的最高可能的健康水平；⑤初级卫生保健不代表低水平、低成本和简单，而是强调 公平合理地分配和利用卫生资源，注重成本投入的效率和效果。

2. 基本原则①社会公平原则，体现卫生服务、卫生资源配置与利用、卫生服务机会获取的公 平性；②参与原则，强调社区、居民的高度参与，包括社区筹资、生活方式等方面，消除存在于社区的 潜在健康危险因素；③部门协同原则，由政府领导、各部门共同参与、与卫生部门协调一致的工作；

④成本效果和效率原则，卫生资源的配置、采取的方法和技术必须强调效率和效果，以最小的投入获 得最大的健康产出。

3. 基本任务 ①促进健康：加强自我保健，增强体质和心理健康；②预防：在发病前期采取措 施，防止疾病的发生；③治疗：在发病初期采取措施，防止疾病继续发展，早期发现、早期诊断、及时治 疗；④康复：病人症状和体征已经出现，防止并发症和残疾，防止病残，加强康复。

4. 基本要素 ① 增进必要的营养和供应充足的安全饮用水；②基本的环境卫生；③妇幼保健， 包括计划生育；④主要传染病的预防接种；⑤地方病的预防和控制；⑥当前主要卫生问题及其预防控 制方法的宣传教育；⑦常见病和创伤的恰当处理；⑧保证基本药物的供应。

初 级卫生保健在20世纪的后20年里取得了很大的成就，成为人类有史以来持续时间最长、开 展范围最广、参与人数最多的全球卫生战略。但由于政府投入不足、全社会参与卫生行动不足，以及 自然和人为灾害等，初级卫生保健的全球目标在2000年未能完全实现。

**(三)千年发展目标**

2000年联合国首脑会议上签署了《联合国千年宣言》,就消除贫穷、饥饿、疾病、文盲、环境恶化 和对妇女的歧视，商定了一套有时限的目标和指标。这些目标和指标被置于全球议程的核心，统称 为千年发展目标(millennium development goals,MDGs)。这是一幅由全世界所有国家和主要发展机 构共同展现的蓝图，是一项旨在将全球贫困水平降低一半(以1990年的水平为标准)的行动计划， 全力以赴地满足全世界最穷人的基本需求。千年发展目标包括8项总目标，分别是：①消灭极端贫 穷和饥饿；②普及小学教育；③促进两性平等并赋予妇女权力；④降低儿童死亡率；⑤改善产妇保健；

⑥对抗艾滋病病毒/艾滋病、疟疾以及其他疾病；⑦确保环境的可持续能力；⑧全球合作促进发展。

所有成员国都承诺到2015年实现目标。

千年发展目标引发了有史以来最为成功的反贫困运动，8项目标转化为各个领域的实际行动， 从全球范围改变了人们的生活和未来，帮助10亿多人摆脱了极端贫困，挽救了数百万人的生命，并

第十三章 社会卫生状况 173

改善了更多人的境遇，也保护了我们的地球。千年发展目标在卫生领域具体指标方面成绩显著,中 低收入国家在孕产妇和儿童保健、对抗艾滋病、疟疾和结核病等传染病方面取得了巨大进展，全球健 康状况取得明显改善。千年发展目标的成功证明了全球行动行之有效，只要具备针对性的干预措 施、合理的战略、充足的资源和政治意愿，即使最贫穷的国家也能取得前所未有的巨大进步。

千年发展目标也存在局限性， 一些具体目标没有实现，如儿童与孕产妇死亡率；各国进展不均 衡，特别是非洲地区和受冲突影响地区；关注总量而不是均衡的发展，没有对健康公平给予足够重 视；促成强大的垂直卫生和疾病项目，但却忽视卫生体系建设。

(四)可持续发展目标

2015年联合国可持续发展峰会评估了千年发展目标落实情况，并制定了2030年可持续发展议 程。该议程应对当前正在转型的国际政治经济格局和国际发展合作新形势，在理念构建、形成方式、 内容范围、适用对象和实施手段等五大方面超越了千年发展目标，是对千年发展目标的升华和扩展。

与千年发展目标落实过程中采取“一刀切”的方式不同，2030年可持续发展议程在落实进程中 强调重视各国具体情况的重要性；强调要特别关注最弱势国家的需求，特别是非洲国家、最不发达国 家、内陆发展中国家和小岛屿发展中国家；强调将宏伟的全球发展目标与针对不同国家具体情况的 发展指标结合起来，从而使可持续发展目标更具可操作性。

可持续发展目标(sustainable development goals,SDG)指导2015—2030年的全球发展工作，以综 合方式解决社会、经济和环境3个维度的发展问题，转向可持续发展道路。可持续发展目标包括17 个大项的总体目标和169个分项的具体目标，标准更高，覆盖面更广，指标之间的关联性更强，实施 难度也更大，特别是广大发展中国家，将面临更加严峻的挑战，需要做出更大的努力。

可持续发展目标将健康卫生再次放在了全球发展的重要位置。在17项总目标中，第3项总目 标是“确保健康的生活方式，促进各年龄段人群的福祉”,与卫生领域直接相关，具体目标包括：①到 2030年，全球孕产妇每10万例活产的死亡率降至70人以下；②到2030年，消除新生儿和5岁以下 儿童可预防的死亡，各国争取将新生儿每1000例活产的死亡率至少降至12例，5岁以下儿童每 1000例活产的死亡率至少降至25例；③到2030年，消除艾滋病、结核病、疟疾和被忽视的热带疾病 等流行病，抗击肝炎、水传播疾病和其他传染病；④到2030年，通过预防、治疗及促进身心健康，将非 传染性疾病导致的过早死亡减少三分之一；⑤加强对滥用药物包括滥用麻醉药品和有害使用酒精的 预防和治疗；⑥到2020年，全球公路交通事故造成的死伤人数减半；⑦到2030年，确保普及性健康 和生殖健康保健服务，包括计划生育、信息获取和教育，将生殖健康纳人国家战略和方案；⑧实现全 民健康保障，包括提供金融风险保护，人人享有优质的基本保健服务，人人获得安全、有效、优质和负 担得起的基本药品和疫苗；⑨到2030年，大幅减少危险化学品以及空气、水和土壤污染导致的死亡 和患病人数；⑩酌情在所有国家加强执行《世界卫生组织烟草控制框架公约》;①支持研发主要影响 发展中国家的传染和非传染性疾病的疫苗和药品，根据《关于与贸易有关的知识产权协议与公共健 康的多哈宣言》的规定，提供负担得起的基本药品和疫苗，《多哈宣言》确认发展中国家有权充分利 用《与贸易有关的知识产权协议》中关于采用变通办法保护公众健康，尤其是让所有人获得药品的 条款；⑫大幅加强发展中国家，尤其是最不发达国家和小岛屿发展中国家的卫生筹资，增加其卫生工

174 第十三章 社会卫生状况

作者的招聘、培养、培训和留用；⑬加强各国，特别是发展中国家早期预警、减少风险，以及管理国家 和全球健康风险的能力。

此外，还有8项总目标与健康卫生间接相关，分别是：消除贫困，消除饥饿，性别平等，清洁饮水 和卫生设施，廉价和清洁能源，可持续城市和社区，和平、正义与强大机构，促进目标实现的伙伴关 系，这些目标的实现将有助于提高全球人群的健康状况。

**(姜敏敏)**

|  |  |
| --- | --- |
| **思考题** | **1.开展社会卫生状况评价的重要意义是什么?**  2.列举三个用于人群健康评价的复合型指标，并简述其涵义。  3.《“健康中国2030”规划纲要》提出了哪些战略任务?  4.全球卫生与国际卫生的区别是什么?  5.初级卫生保健的基本内涵是什么? |



**第十四章**

笔 记 

**卫生政策**

卫生政策(health policy)是推动卫生事业发展的重要手段，是实现基本卫生保健的重要支柱，对 于提升国家整体健康水平具有重要意义。卫生政策作为公共政策的一个重要分支，与其他公共政策 既有共性，又有基于卫生服务的特点，受经济发展水平、社会价值取向、人群健康状况、卫生发展战 略、医药卫生体制以及全球卫生治理环境等因素影响。

**第一节** **卫生政策概述**

**一** **、基** **本** **概** **念**

**(一)政策与公共政策**

政策的定义很多，《辞海》将政策定义为国家、政党为实现一定历史时期的路线和任务而规定的 行动准则。国外有学者认为，政策是一种含有目标、价值与策略的大型计划。现代政策科学认为，政 策是指政党、国家机关和其他政治团体在特定环境和一定历史时期，以特定价值取向为引导，为实现 特定目标或完成某项任务而制定的行为规范和指南，是一系列法律、法规、路线、方针、战略、策略、计 划和措施等的总和。

公共政策是公共权力机关经由政治过程所选择和制定的为解决公共问题、达成公共目标、以实 现公共利益的策略方案，用于规范和指导有关机构、团体或个人行动，主要以政府的法律、法规、决策 和行动为表现形式，是政策范畴中最重要的分支。公共政策是政府行使职能的主要手段，可以被视 为一种公共产品，涵盖了政府在经济、政治、社会、文化等各个领域的计划与行动。公共政策针对的 是公共问题或群体性较强的问题，一般来讲，公共政策与政策有很大程度的重合，通常难以区分。

**(二)社会政策**

社会政策是指通过国家立法和政府行政干预，解决社会问题，促进社会安全，改善社会环境，增 进社会福利的一系列政策规定、行动准则、计划和措施的总称。广义的社会政策可以包括除经济政 策以外所有与政治、社会、文化相关的议题，狭义上的社会政策通常关注与公民社会福利相关的问 题，也常被称为社会福利政策，如社会保障、养老、健康、教育、贫困以及公共住房等。近年来，社会政 策正在成为最受关注的公共政策领域。

**(三)卫生政策**

卫生政策是社会政策的一个重要领域，从国家政策体系中派生，体现国家保障公民健康的目标、 策略与行动，是最受人们关注的社会政策之一。卫生政策是指一个国家或地区政府为保障公众健康

176 第十四章 卫生政策

和实现特定卫生目标而采取的行动方案和行动依据，主要包括卫生发展的目标、法律、法规、战略、方 针、策略、计划和措施等。

由于角度不同，对卫生政策也有各种理解。WHO将卫生政策定义为，在一个社会中为实现特定的 卫生保健目标而采取的决定、计划与行动。从政策主体政府的角度出发，卫生政策是指政府为保障人 民健康而制定并实施的以规范政府、卫生服务机构、公民等组织和个人的目标、行为指南、策略与措施 的总和。从权力和过程的角度，卫生政策又可以看作是影响相关的卫生决策者与决策方式的总和。

**二、卫生政策的主要功能**

( 一 )规制功能

卫生政策的规制功能就是通过各种规范化的手段，将与卫生相关的各种行为规范制约在法律、 法规以及道德伦理许可范围内，并最大限度地保证各种卫生服务供给与分配的公平性、可及性与效 率，最终确保政策目标的有效实现。由于卫生工作专业性强、卫生服务信息不对称等特点，需要对卫 生服务机构和人员的准人、卫生服务的质量安全、服务行为等进行规制。

**(二)导向功能**

政策能够引导组织及个人的行为和事物的发展方向，卫生政策的制定和实施会引导卫生人力、 物力、财力等资源在空间和流向上的变动。这些变动影响人们的预期和行为，进而影响卫生政策目 标的最终实现。卫生政策的导向功能可分为正导向和负导向。正导向是政策能够最大限度的符合 人民群众的健康利益，有助于保障和提升健康水平；而负导向则与保障人民群众健康利益、提升健康 水平的政策目标背道而驰。

(三)分配功能

卫生政策的基本目的之一就是将有限的卫生资源进行公平合理的分配。卫生政策的分配功能 体现在价值和技术两个方面。价值意义上的分配要求政策制定时的价值理念和执行过程要遵循公 平、合理的原则，技术意义上的分配是通过有效的机制设计和监督保障，实现分配的合理与公平。卫 生资源有限，但人们健康需求不断提高，如何实现卫生资源的公平合理分配，对卫生政策的制定和实 施提出了很高要求。

(四)协调功能

卫生政策的制定与实施有很多利益相关者，包括政府、公众、服务提供者、保险组织、企业、社会组 织等。不同利益相关者在价值取向、目标和利益等方面不同，利益相关者之间的关系既有协调一致的 方面，也有可能冲突。卫生政策的一项重要功能就是要协调不同方面的利益关系，使政策过程中的各 个环节、各个利益相关者尽可能协调一致，充分发挥各自能力，形成政策合力，实现政策既定目标。

三 、卫 生 政 策 的 基 本 特 点

(一)价值取向或政治性

政策主体包括政党、政府和社会团体，政策主体的价值取向必然影响政策的制定，政策目标和采 取的行动代表政策主体的利益。卫生政策与公众利益密切相关，对保护人民健康、维护社会公平正

第十四章 卫生政策 177

义、促进社会和谐与政治稳定、实现人民幸福等具有重要意义。健康权是公民的基本权利，卫生政策 不仅关系国民健康，也关系着经济社会发展和执政者政治目标的实现。

(二)合法性、权威性和强迫性

政策的制定必须经过一定的严格程序方可出台实施，任何一项政策都必须具有合法性，否则就 不能成为政策。同时，政策必须具有权威性，作为对社会、团体和个人行为的规范和指导，必须得到 所涉及对象的认可和接受，不管其是出于自愿还是被迫。

**(三)公益性**

卫生政策以保障人民健康为根本目的，而人民健康水平的改善具有极强的公益性。卫生服务体 系建设、医疗保险筹资、政府职责等方面都应充分体现公益性，努力减轻公众、尤其是弱势群体的疾 病经济负担，提高居民健康水平，不应以追求经济利益为目标。

(四)系统性

卫生政策的系统性体现在政策层级和执行体系两个方面。政策层级的系统性表现为卫生政策 通常是在统一框架内从总体政策到具体政策发展形成的；卫生政策的执行体系包括中央政府及其相 关部门和机构、各级地方政府及其相关部门和机构，构成了政策执行的完整体系。

(五)阶段性

卫生政策的制定和执行与当时的经济社会发展水平、公众健康状况和主要卫生问题等因素密切 相关。当环境变化时，卫生政策的内容、手段甚至政策本身等都需要相应调整。从政策实践看，无论 是全球卫生治理，还是中国的各项卫生政策，都经历了若干发展阶段，具有明显的阶段特征。例如， 改革开放初期，针对当时的医疗卫生资源严重不足、政府负担较重、服务效率不高等问题，卫生政策 的出发点主要是减轻财政负担、调动医院积极性，宏观上引入市场机制、微观上简单效仿企业改革。 这一时期，在取得成效的同时，让医院像企业一样自负盈亏、自我发展，造成医疗卫生资源配置不合 理、公平性和公益性下降等问题。从本世纪初开始，“看病难、看病贵”日益成为公众和政府高度关 注的热点，明确提出了“加大政府投入力度，认真解决群众看病难、看病贵的问题”,坚持公共医疗卫 生的公益性质成为这一时期卫生改革政策的最重要特征。

(六)复杂性

卫生政策的制定实施涉及卫生体制、卫生筹资、服务提供、卫生人力、监管规制等复杂因素，还隐 含着政治导向、价值观念、文化习俗等诸多深层次影响。通常，这些复杂因素交织在一起，使卫生政 策成为世界各国都面临的难题。

**第二节** **卫生政策的制定与执行**

卫生政策是一个复杂的动态系统，包含了从问题提出与确认、问题议程设定、政策制定、政策实 施、政策评价等一系列的行动。不是所有的卫生与健康问题都会成为卫生政策问题，政策问题的提 出、确认以及如何进入决策议程是制定卫生政策的前提。卫生政策的功能与特点影响着卫生政策的 制定与执行。

178 第十四章 卫生政策

**一、卫生政策问题的提出与确认**

**(** **一** **)政策问题的提出**

所谓问题，就是社会事实状态与期望之间的差距。当社会大多数人就某种现实情况感觉到与其 利益、期望有较严重的矛盾和冲突，进而通过团体或组织活动，要求政府或其他公共部门采取行动加 以解决，这一问题就可能成为一个政策问题。

政策问题的提出是政策过程的起点，标志着该问题已引起决策部门的注意，并有可能以相应的 政策手段加以解决。政策问题的提出受国内外环境变化、社会预期、重大突发事件、领导人更替与执 政理念变化、宏观改革等多种因素影响。政治环境，问题的严重性、可控制性、有无解决方案，政策行 动者的能力、观念等因素影响问题优先次序的确定。政策问题主要由政府部门、政治领袖、政党组织 和利益集团、大众传媒、各类政策研究组织等提出。例如，2009年新一轮医改政策的出台就是社会 问题向政策问题转化过程的生动实例。2003年“非典”的暴发、天价医疗费的典型事件、2005年国务 院发展研究中心关于医改的研究报告，引发社会对卫生改革问题的讨论，并为政府所重视。医疗卫 生问题逐渐从一个社会问题向政策问题乃至政治问题转化，促使政府进行更大范围的改革行动。

**(二)政策问题的确认**

当一个政策问题被提出后，需要政府或相关公共组织加以确认和分析，目的在于明确问题边界、 分析问题根源，以推动议程设定和政策制定、实施等后续环节。

首先要确认问题边界，弄清问题的本质属性、实际范围、问题的严重性、影响因素和作用机制等， 分析不同利益相关者的行为、价值取向和态度等。卫生政策问题的确认需要做好几方面的工作，主 要包括：对卫生政策问题进行分类，明确问题的严重程度、优先次序，分析问题的影响因素和根源，掌 握问题责任部门的权限、所拥有或者能获取的卫生资源，以及政策所要实现的目标等。

**(三)政策议程设定**

政策议程是有关公共问题受到政府及公共组织的高度重视，并被正式纳入其政策讨论以及确定 为需要加以解决的政策问题的过程。政府面临的社会问题很多， 一些问题能够进入政策议程，而另 一些问题则难以进入或被排除在政策议程之外，通常由问题的性质、政策方案的可行性以及政治上 的合法性等方面决定。例如，“看病难、看病贵”等被社会公众长期高度关注的问题，成为社会各界 公认的热点；该问题具有解决的可能性及相应的思路与手段；同时，符合政治导向、社会氛围等要素。 从医改政策形成过程可以清晰看出， 一个改革政策是如何在政治考量、技术层面讨论以及社会舆论 压力影响下被提上议事日程的。这一过程中，社会团体、研究机构、智库等政策倡导者应善于把握有 利的政策时机、收集和恰当运用有说服力证据，并提出相对妥当的解决方案，才能更有力地推进议程 设定。卫生服务高度的循证特点使得以专家为主体的证据供给者与倡导者的作用尤为突出。

**二、卫生政策的制定**

卫生政策制定是指针对决策议程之内的卫生问题提出一系列可接受的方案或计划(即备选方 案),并经过分析、论证、合法化等程序之后，最终形成正式政策的过程。

第十四章 卫生政策 179

**(** **一** **)卫生政策制定的原则**

1. 一致原则 卫生政策的目标和方案应与国家法律、法规和宏观政策保持一致，以《宪法》关于 发展卫生事业、保障人民健康的要求为基础，以国家法律法规和党中央、国务院关于卫生改革发展的 政策为重要依据。

2. 信息原则 政策制定依赖全面而准确的信息，以保证决策的科学性和合理性。充分、及时和 准确的信息是卫生政策制定的前提条件。

3. 系统原则 政策制定过程是一个复杂系统，政策制定要统筹考虑系统内部各要素、各层次之 间的关系，以及外部环境的影响。卫生政策制定要有系统观点，要将解决当前人民群众看病就医的 突出问题与建立可持续发展的科学合理的卫生制度体系紧密结合。

4. 可行原则 政策实施要具备许多现实条件，卫生政策制定要综合考虑社会环境、决策成本、 社会大众的接受等因素，要对其在政治、经济、社会、科技、伦理等方面的可行性进行充分评估。

5. 动态原则 虽然政策内在要求稳定，但是社会环境和政策问题在不断变化，政策需要保持一 定的弹性，依据外部环境和执行过程中出现的问题进行适当调整。

6. 参与原则 政策是面向公众的，政策制定必须遵循法定的、科学的、民主的程序和方法，确保 政策制定过程中有人民群众或政策目标群体的充分参与。

(二)卫生政策制定的过程

1. 确定政策目标 政策目标是政策制定者期望通过政策实施所要达到的解决问题的社会效果 或要避免的消极社会影响。政策目标是确立政策方向、引导备选方案的设计和筛选、政策执行和政 策评估的前提和依据。卫生政策的目标要具体明确，既要有前瞻性也要有可行性，要注意多个政策 目标的统一协调，避免目标之间的冲突。

2. 设计政策方案 备选方案是指政策制定者为解决政策问题、实现政策目标而设计和拟定的 方案与途径。良好的备选方案应包括两个或以上，并且必须说明各自的优劣和得失，以供上级决策 者考虑和选择。备选方案应该尽可能地把所有方案包括进去，并依据现实，适当超前。

3. 选定备选方案 主要是论证评估现有备选方案的价值、方案可行性、方案效果和方案风险 等，比较常用方法如效用分析、层次分析、决策树法等。在初步选定方案后，通常还要通过试点或试 用，以进一步完善备选方案。选择备选方案的标准主要包括：①政治合法性，即要与国家政治理念与 治理思路相一致，体现社会大多数人的利益；②成本-效益原则，即能以相对较少的资源获取最大预 期的社会整体效益；③伦理道德标准，即符合社会普遍认同的道德规范和伦理准则。

4. 政策方案确定与合法化程序 在评估、论证各种备选方案的基础上进行比较，最后选择出最 佳政策方案的过程。不同政策方案的提出者，其价值取向和利益不同，掌握的知识和对卫生问题的 看法也不同，在政策方案确定的过程中，通常要视不同情况而采纳不同的方式作出选择，如一致同意 原则、多数抉择原则或者赞成投票原则等。获选方案还要由权力机关按照一定的法定程序予以审议 和批准，才能转化为正式的政策而具有合法性，才能得到社会的认可与遵循。取得了合法性的方案 具备了强制力，可以交付执行机关去贯彻落实。

**三** **、卫** **生** **政** **策** **的** **执** **行**

卫生政策执行又称为卫生政策实施，是指政策执行者通过建立组织机构，运用各种资源，采取解 释、宣传、实验、协调与控制等各种行动，将已制定的政策内容转化为实际效果，从而实现既定政策目 标的活动过程。在当前深化医药卫生体制改革的背景下，越来越多的决策者和研究者认识到，政策 的制定只是实现政策目标的前提，有效贯彻执行才是更为关键的环节。

**(** **一** **)** **预** **备** **阶** **段**

预备阶段的主要任务是明确政策内涵，确定具体实施目标，对政策实施中可能存在的动力与阻 力进行分析。

明确政策内涵，是指实施部门需要充分领会政策包含的信息，如政策问题的性质、根源，政策要 达到的直接目标和最终目标，解决政策问题的权限范围、基本途径、主要手段，以及该政策与其他相 关政策间的依从或辅助关系等。这些信息有的是显示在政策文本中，有些则是隐含的，需要实施者 根据经验领会。

政策实施者要对实施政策过程中的动力和阻力进行分析，关键是辨识出实施过程中的主要利益 相关者及其能力、权威、资源以及利益偏好和取向，分析政策实施会对这些利益取向产生哪些影响， 这些影响将如何推动或阻碍政策的实施。同时，政策总体目标、自身的权责范围、资源拥有程度等也 是分析时要考虑的重要因素。只有对政策实施的动力与阻力有了清晰认识，才能制定出合理可行的 实施方案。

**(二)制定实施方案**

制定实施方案是政策有效实施的第一步和关键环节。根据实际情况，在全面分析政策内涵、潜 在动力与阻力以及各种外部条件等因素的情况下，设计或选择实施策略，对政策实施过程中的时间、 任务、范围、程度以及相应的人力、财力、物力资源等做出具体规定，并提供实施的监督和保障措施。 实施方案也是时间、任务、资源和具体措施之间的一个统筹安排，良好的实施方案能够充分考虑并合 理安排这些要素之间的逻辑关系，实现效率和效果的最大化。

实施方案通常为一个多层次的目标体系，次一级目标是上一级目标的分解和具体化。例如， 2009年中共中央、国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》颁布后，国务院随即出台了《医药卫 生体制改革近期重点实施方案(2009—2011年)》,对医改任务进行明确和细化，各级地方政府及相 关部门和机构也制订了具体实施计划。

**(三)配置实施资源**

政策实施需要调动大量资源，卫生政策也是如此。要依据实施工作与资源之间的依赖关系确定 政策实施所需资源的种类、数量和渠道，筹集所需资源，并分配给具体执行者。卫生政策实施资源既 包括组织资源、人力、财力、基础设施等“有形”资源，也包括信息、政治支持、社会舆论等“无形”资 源。卫生资源非常有限，是各利益相关者追逐的对象，应尽量将资源配置给那些没有特别利益偏好， 或至少利益偏好与政策目标相一致的实施人员。卫生资源配置还要在政治导向、组织管理、制度保 障等诸方面加以配合，以保障资源的合理分配和有效利用。

第十四章 卫生政策 181

( 四 ) 组 织 实 施

卫生政策实施是按照既定方案，调动各种资源实现政策目标的过程。由于卫生政策体系和过程 的复杂性，卫生政策的实施往往被分解为很多具体目标和任务，并指派给不同层级的实施者。在这 一过程中，有效的协调和控制至关重要。

协调是围绕政策目标，对各项工作任务、时间、资源和具体实施者进行合理安排，以保证任务的 完成和整体政策进程的推进。有效的协调通常需要明确的制度和有力的领导予以保障，常用手段有 规章制度、指令、沟通、工作机制等。

控制是指为保障卫生政策目标实现，按一定标准对执行行为进行考核、检查、监督的过程，目的 是确保政策在正确的方向上执行。有效控制的前提是清晰、合理的政策实施方案，同时在执行过程 中充分运用监督、激励、奖惩机制，辅之以沟通与宣传教育，以实现对政策实施的有力把握。由于卫 生政策的专业性较强，监督考核难度高，专业人员的支持和信息化支撑非常必要。例如，在制定实现 公共卫生服务均等化的政策时，选择什么样的公共卫生项目作为优先重点，既需要公共卫生人员，也 需要临床医务人员提供专业化的支持；同时，还要有及时、准确的数据信息的支撑。

**第三节** **卫生政策的分析与评价**

一 、卫生政策分析的目的与原则

卫生政策分析是将复杂的卫生政策系统分解为可识别的要素和环节，对卫生政策过程的问题、 动力、阻力和实施效果等方面有深层次的认识，以确定政策走向，为卫生决策提供合理的思路和科学 的证据。政策分析是一个符合科学规律的认识过程，同时还要进行规范性的价值判断。

( 一 )卫生政策分析的目的

卫生政策分析是为了提高卫生决策和执行的质量，减少决策失误，进而改善卫生体系的运行。 按执行时间，可以将其分为前瞻性分析和回顾性分析，以实现不同的政策分析目的。前瞻性分析是 一种事前分析，在已有信息与经验的基础上，对卫生政策所处的环境、动力与阻力机制、资源拥有程 度等因素做出整合性把握，进而对政策发展前景和效果做出一定程度的预判，帮助决策者制定和优 化政策方案，并对备选方案进行合理选择。回顾性分析则是一种事后分析，对已发生的政策个案进 行剖析，通过事实描述、要素分析、效果评价、价值判断等方式，分析政策目标的完成情况及其原因， 并将这些信息转化为未来相关政策制定的证据。

(二)卫生政策分析的原则

1. 系统原则 卫生政策系统是社会大系统中的一个子系统。卫生政策系统中，各项具体的政 策相互联系，彼此协调，形成了具有一定结构、层次、功能的开放性体系。卫生系统内部包含筹资、服 务提供体系、人力资源、信息、药物供应等基本组成部分，同时又通过行政、市场、国家计划等形式与 外部环境进行人力、资金、物质和信息的交流。因此，卫生政策分析要对卫生系统的结构、要素间关 系，以及与外部环境的关系等有充分认识和把握。

2. 预测原则 政策系统是面向未来预期效果的，卫生政策分析具有一定的前瞻性，也就是在充 分获取过去和当前信息的基础上，依据科学的方法对政策实施后可能发生的预期效果和走向加以 预测。

3. 协调原则 政策的协调性原则有两层含义：一是指政策指向的社会利益与价值的协调，二是 指政策系统中各层次、各类型的要素和参与者的协调。卫生政策关系到公众的健康权利与保障，应 与社会治理的总体价值相一致，但由于卫生资源的稀缺以及人们对于卫生服务需求的不断增加，卫 生政策过程中难免出现利益的不一致甚至冲突。卫生政策分析要求保持政策系统的平衡和稳定，通 过增加投入、改善分配等方式协调不同的利益关系，减少政策的阻力与不确定性，以相对平稳的方式 推进实施。

4. 信息原则 政策分析要求对政策信息进行搜集、加工、传递、使用、反馈，进而将各种信息转 化为决策依据。这一过程中，对信息全面准确把握至关重要，这有赖于完善的信息收集与传递渠道， 以及对信息来源与质量的把握与判断。

5. 科学原则 政策科学是一门综合性、应用性极强的科学，其对社会生活的影响力高于一般科 学研究。卫生服务是关乎生命健康的事业，对服务过程和保障措施要求更高。卫生政策分析应更加 遵循科学的规律和卫生事业发展的规律，按照科学的原则和方法来进行，尽量避免由于决策失误造 成的损失。

**二、卫生政策分析的要素与步骤**

**(** **一** **)卫生政策分析的要素**

政策分析是对政策过程的深层次认识，包括政策主体、政策客体、政策价值、政策环境、政策 形式等要素，这些要素构成了政策分析的系统框架。卫生政策分析与一般政策分析在原则、要素 和方法等方面基本一致。但由于卫生系统在管理体制、服务提供、卫生筹资、人力资源、信息系 统、医疗产品与技术等方面有显著特点，卫生政策分析应结合卫生领域的专业知识和卫生事业内 在规律进行。

1. 政策主体 指参与政策制定、执行和评价的核心组织或人，主要解决谁来制定、实施、监督和 评估政策的问题。政策主体在政策过程中起主导作用，他们对政策问题的认识、把握和态度在很大 程度上影响着政策的过程。卫生政策的主体通常包括立法机构、政党、行政部门、利益团体、大众媒 体、研究者以及公众等。这些政策主体通过行政系统、市场机制、交流合作等不同方式联系在一起， 形成了具有共同目标、观念意识与向心力的政策共同体。

2. 政策客体 相对于政策主体而言，指政策发生作用的对象，包括社会事实、社会问题或特定 的社会群体等。政策目标就是使政策客体的某些状态按照期望的状态发展。但政策客体，特别是政 策所针对的人群并不是被动的政策接受者，他们有自身能动性和利益。在政策设计和实施过程中， 要充分注意运用技术和制度手段对政策主客体间的关系加以协调。例如，在新型农村合作医疗推行 的初期，很多农村居民出于对政策的陌生和未来不确定的预期而不愿意参合，面对这种情况，地方政 府进行了多种形式的宣传动员，逐步提高政府补助水平，鼓励农村居民参合。

第十四章 卫生政策 183

3. 政策价值 价值取向是政策最本质的规定性，是政策基本要素的核心，是政策内容的灵魂。 主要解决政策的功能问题，包括政策要求、政策标准等。政策价值解释了整个政策活动围绕何种目 的来开展，政策的价值取向直接影响政策的内容和结果。尽管价值取向日益多元，但卫生政策的价 值取向必须与国家治理理念相一致，坚持以人为本，坚持以保障人民健康为根本目的，坚持公平与效 率的统一，坚持政府主导与市场机制相结合。这些基本的价值取向应贯穿卫生政策制定与实施的 始终。

4. 政策环境 指影响政策产生、存在和发展的外部因素的总和，在很大程度上制约着政策的执 行、走向和效果。政策环境包括自然环境、政治环境、经济环境、社会文化环境、国际环境等方面，国 家政治理念、经济发展水平、社会文化等都对卫生政策的内容和过程产生影响。近年来，在党和政府 倡导关注民生及全面建设小康社会的执政理念影响下，卫生事业与卫生政策受到更多重视，更加突 出公平性和公益性。

5. 政策形式 政策是以一定形式表现出来的。有的政策表现为成文的政策文本，如各种法律、 法规、规划和规范性文件等；有的政策则表现为具有特定目标的行动计划，如国家降消项目(我国为 了提高孕产妇住院分娩率、降低孕产妇死亡率、消除新生儿破伤风而实施的卫生项目)、世界银行贷 款加强中国农村穷困地区基本卫生服务项目等。

**(二)卫生政策分析的步骤**

卫生政策分析步骤可概括为收集政策信息、明确政策问题、界定政策主体和客体、辨识影响政策 过程的因素、分析政策运行机制、形成政策预判与政策主张等环节，是一个将客观事实转化为决策支 持证据的过程。

1. 收集政策信息 政策资料的收集整理是政策分析的第一步。政策信息通常分散在政策文 本、卫生统计数据、工作报告、媒体评论、学术文献、个人体验等载体中，是政策分析的基础依据。这 些信息资料可以通过现场收集、访谈、卫生信息系统、网络等多种途径获取。对于二手的资料数据还 需要鉴别整理，以保证政策资料的准确并能够被有效转换成政策信息。

2. 明确政策问题 在掌握政策信息的基础上，分析者要明确政策问题，并分析其内在根源。与 政策起始阶段的问题确认不同，在政策分析阶段明确政策问题的目的在于对问题的性质、发生机制 和解决方案有客观的认识，进而更加合理地设计或调整政策方案、改进政策实施。

3. 界定政策主体和客体 围绕政策问题，应清晰界定政策过程中的主体、客体，特别是不直接 参与政策行动，但发挥着重要作用的利益相关者，如财政部门、新闻媒体、社会团体等。同时，要对政 策主体、客体在互动中形成的各种关系有所认识。

4. 辨识影响政策过程的因素 明确政策主客体后，要对政策过程中的影响因素做出分析。影 响政策过程的因素包括政策环境、管理体制、社会氛围、关键事件等多方面，在辨识过程中还要注意 分析不同影响因素的层次、相互之间的因果关系等，以实现对政策过程的深层次认识。

5. 分析政策运行机制 政策运行机制可以理解为在特定的政策环境下，政策主体、客体及其相 互之间的互动方式。卫生政策的主体和客体存在于卫生政策体系中， 一般由信息系统、咨询系统、决 策系统、实施系统和监督系统等构成，这些系统内在的运行方式与规则形成政策运行机制。卫生政

184 第十四章 卫生政策

策的运行机制关系到卫生政策的制定、实施、控制、调整和终结等政策运行质量和效果。

6. 形成政策预判与政策主张 在把握了政策问题、主要参与者、影响因素、运行机制的基础上， 可以形成对政策前景、政策可控程度、预期收益与风险、技术与经济可行性，以及评估方法等方面的 基本判断，以调整政策方案和行动。政策知识必须转化为政策主张，才能被决策者和利益相关者采 用。政策主张分为指示性、评价性和倡议性三类。指示性政策主张主要涉及事实判断，如政策行动 的结果是什么;评价性政策主张主要涉及价值判断，如政策行动的价值是什么;倡议性政策主张主要 涉及规范判断，如应该实施什么样的政策行动。这些主张经过合法化程序，通过相关政策文件表现 出来，也可为其他相关政策制定提供借鉴。

**三、卫生政策分析的方法**

政策科学具有多学科综合的特点，政策分析的方法结合了政治学、经济学、管理学、社会学等多 个学科的思路和手段，形成了一系列具有不同特点和适用性的分析方法，如利益相关者分析、政策图 解法、政策网络分析法、SWOT分析法等，这些方法也适用于卫生政策分析。

**(一)利益相关者分析**

利益相关者分析是指运用定性和定量的工具，了解与政策议题有切身相关利益的人、机构或团 体的立场及对其他群体的影响，以完善政策制定、促进政策执行的方法。该方法通常从以下维度考 虑，即利益相关者的地位、影响能力(权力)、利益相关程度、不同利益相关者之间的关联等。这些维 度可通过文献资料收集、专家咨询、直接与利益相关者访谈等方法获得。

利益相关者分析的步骤包括：确定利益相关者，估计利益相关者的利益及政策目标对其利益的 可能影响，评价利益相关集团动用资源的能力，判断各个利益相关集团的立场等。

**(二)政策图解法**

政策图解法指借助条线化的图形，标注出利益相关者之间以及与政策制定者之间的相互关系， 达到简化环境因素，精简信息量的目的。一个政策图形的中心是决策者，周围围绕着各种利益相关 者或集团，利益相关者相对于决策者的位置体现了不同政策参与者之间的关系。通过政策图解分析 可以回答支持者的立场，政策的支持程度，支持的凝聚和摇摆程度等。

通过政策图解分析可以形象地了解拟制定政策的处境，发现潜在的反对和支持联盟，了解政策 的权威性，清楚政策实施者的能力，明确政策的方向等。

**(三)政策网络分析法**

政策网络是指参与政策过程的各种组织、团体或个人由于利益、资源、偏好而形成的相互关联的 体系，是政策参与者的意向、需求、资源等的表达途径。政策网络作为行动者之间沟通的中介，有助 于搭建接近决策制定过程的渠道，进行资源或信息交换、协调，进而影响政策的制定与实施过程。

政策网络分析是以结构化互动的方式认识政策过程的参与者之间相互关系，以及这些关系如何 影响政策过程的方法。该方法超越了传统的以科层化政府组织为基础的政策参与者关系框架，将政 策领域中的多元主体，如公共部门、私人部门以及第三方组织等众多行动者以个体或者组织形式通 过资源的相互依赖、正式与非正式关系的交错运用以及利益诉求等方式进行统和。

第十四章 卫生政策 185

( 四 )SWOT 分析法

SWOT 分析模型是指从内部条件与外部环境两个方面，分析一个组织自身实力和外部环境变化 对组织的影响，明确组织可利用的机会及可能面临的风险，并将这些机会和风险与组织的优势和弱 点结合起来分析，形成组织发展的战略措施。 SWOT 模型中，S 代表优势(strength),W 代表弱点 (weakness),0 代表机会(opportunity),T 代表威胁(threat), 其中，S、W 是内部因素，0、T 是外部因 素。SWOT 分析法源于企业管理，目前也被广泛运用于卫生组织的战略规划与决策分析。

SWOT分析的基本步骤包括：①分析组织的内部优势、弱点，这些优势与弱点既可能是相对组织 目标而言的，也可能是相对竞争对手而言的；②分析组织面临的外部机会与威胁；③将外部机会和威 胁与组织内部优势和弱点进行匹配，形成可行的战略。

**四、卫生政策的评价**

卫生政策评价是指在卫生政策执行后，按一定的标准，由评价主体对政策效果及政策实施过程 进行客观考察、分析和评价的过程。其目的在于检验卫生政策效果，总结分析政策实践中的经验和 问题，提出完善政策的建议，并决定政策去向。

(一)卫生政策评价的类型

按照评价者在政策过程中所处位置划分，卫生政策评价可分为内部评价和外部评价。内部评价 是指政策系统内(通常是卫生行政部门)的评估者对政策本身的评价，该方式的优点是评估者掌握 大量第一手资料，同时能够根据评价结论对政策做出迅速调整，而缺点则是客观性容易受到影响。 外部评价是指评估者来自政策系统以外，以受委托或独立的方式对卫生政策过程进行的评价，优点 是客观性相对较高，但资料和信息获取受到一定限制。

按照评价时间节点划分，卫生政策评价可以分为预评价、执行评价和终末评价。预评价是在卫 生政策执行之前的评价，目的在于评价执行方案的可行性，并对执行前景做出预判。执行评价是在 执行过程中(通常是中期)对政策执行的评价，目的在于及时发现问题，并在可能的范围内对政策方 案做出调整。终末评价是指政策结束后的回顾性评价，目的在于反思政策制定与执行过程中的经验 和教训，确定政策走向，并对其他类似政策提供借鉴。

(二)卫生政策评价的主要环节

1. 确定评价主体 评价主体可以是参与政策过程的政府部门，也可以是独立的第三方机构。 选择评价主体要考虑到资质、客观性、成本、可操作性、评价者与政策制定者之间的关系等多种因素。

2. 明确评价目的 评价者需要对评价的目的和要求有明确的把握。评价的基本目的在于检验 政策效果、总结经验与问题、提出改进政策的建议，并确定政策走向。而具体的评价目的和侧重点需 要评价者和政策制定者通过协商确定。

3. 界定评价内容 政策评价的主要内容包括政策成本、政策收益和政策效果。政策成本是指 实现政策目标过程中所消耗的各种资源。政策收益是指政策执行过程中取得的与政策目标相关的 结果，包括直接与目标相关的收益和目标以外其他方面的影响。政策效果是指政策目标的完成程 度，以及完成现有目标与成本之间的对比关系。

186 第十四章 卫生政策

4. 选择评价标准 政策评价标准是评判政策效果的依据，主要包括：①投入标准，即考察投入 资源的质与量、分配状况；②绩效标准，即预期(量化)目标的实现程度和政策主客体的主观满意度；

③效率标准，即从技术效率和配置效率两方面进行与成本和收益相关的评价；④可及性，即政策能否 最大限度地满足目标人群在卫生服务利用方面的需求或机会；⑤公平性，即评价卫生资源分配和绩 效在不同社会群体间分布的公平程度；⑥适当性，即评价卫生政策是否体现社会价值期望；⑦执行 力，即评价卫生政策执行机构的组织、功能和能力。

5. 制定评价方案 评价方案是评估实施过程的具体指南，主要包括：①设计评价框架，即将评 价目标、评价内容、评价标准等要素以符合逻辑的方式组织起来，作为选择具体指标、工具、资料来源 的依据，如通常采用的“结构-过程-结果”的政策评价框架等；②确定资料来源与收集方法，即明确评 价所要依据的文献档案、卫生统计资料、主观感受等多方面的资料来源，并选择合适的收集工具与方 法；③确定资料分析方法，即对于待收集的资料选择适当的分析方法，如前后对照法、逐步分析法、个 案分析法等；④组织安排，即对评价执行的时间、人力、物力、组织协调等问题做出统筹安排。

6. 实施政策评价 政策评价的实施是依据评价方案开展具体评价工作，关键在于如何收集全 面而准确的信息，如何保证评价的客观公正。具体要做好以下方面工作：①形成评价制度，有必要从 制度上确立政策评价的原则，并建立相应的评价工作机制，在组织上予以保障；②重视评价方案设 计，在评价实施开始之前要制定完善的计划，确保评价工作的顺利进行和评价目标的实现；③建立第 三方评价机制，以研究机构为代表的第三方评价者是卫生政策评价的主要力量，在理论能力、专业知 识、评价技术、评价客观性等方面有较大优势。对于专业知识要求较高的卫生政策来说，相关专家学 者的角色应受到更大的重视，但要处理好评价者与决策者的协调，以保证资料的可得和结论的客观。

(三)卫生政策评价的总结

评价总结是将卫生政策评价中的发现与结论以合适的方式(通常是评价报告)传递给决策者以 及其他政策利益相关者。评价总结要注重事实描述的客观性、分析过程的科学性、结论的确定与明 晰，以及政策建议的合理可行等方面。

**第四节** **我国卫生工作方针与医药卫生体制改革**

卫生发展策略是卫生政策制定的基本方向和依据，卫生工作方针是卫生发展策略的集中体现， 卫生体制改革是推进卫生政策制定和实施的重要手段和方式。本节主要分析中国卫生工作方针的 演变，推动中国医药卫生体制改革和健康中国建设。

**一、卫生工作方针**

卫生工作方针(health work principles)是不同时期卫生发展策略的集中体现，是针对某一特定历 史时期和社会经济发展水平的不同阶段，对卫生发展趋势和全局性卫生问题做出的总体判断，是对 卫生发展理念、优先发展重点、基本要求与对策措施等的高度概括，是政府领导卫生工作的基本指导 思想。卫生工作方针是中国各项卫生政策制定和实施的基本依据，是卫生政策的“元政策”,同时具

第十四章 卫生政策 187

有鲜明的时代特征。

**(** **一)新中国成立后至改革开放初期的卫生工作方针**

1949年9月，原中央人民政府卫生部和原中共中央军事委员会总后勤部卫生部在北京召开第 一届全国卫生行政会议，针对旧社会遗留下来的全国严重缺医少药、医疗卫生条件极差和传染病、寄 生虫病流行猖獗的状况，初步确立了“预防为主，卫生工作的重点放在保证生产建设和国防建设方 面，面向农村、工矿，依靠群众，开展卫生保健工作”的卫生工作方针。1952年12月，原中央人民政 府卫生部在北京召开第二届全国卫生工作会议(注：是1950年8月召开的第一届全国卫生会议的延 续，后更名为全国卫生工作会议),会议总结了开展爱国卫生运动的经验，并根据毛泽东主席题词和 周恩来总理重要报告精神，将“卫生工作与群众运动相结合”纳人原卫生工作方针中，从而确定了 “面向工农兵，预防为主，团结中西医，卫生工作与群众运动相结合”的卫生工作方针，后经政务院第 167次会议批准，并一直沿用到20世纪80年代。

在这一方针指引下，我国实施一系列有力的政策措施，主要有：逐步建立农村县、乡、村三级医疗 卫生网；加强疾病控制和妇幼保健，集中力量解决传染病、寄生虫病、地方病等严重危害人民健康的 问题；相继建立起劳保医疗、公费医疗和农村合作医疗；发展药品生产和流通体系，坚持药品服务健 康的原则，实行药价从低政策；形成了以政府投入为主，企业和集体经济组织共同支持卫生事业发 展，体现福利性的计划经济卫生政策。经过30余年的发展，我国初步建立起了遍布城乡的医疗卫生 网络，培养了一支专业齐全的医药卫生技术队伍，继承发扬了祖国医学遗产，消灭或基本消灭了严重 危害人民健康的传染病，人民健康水平得到显著改善，加强初级卫生保健和三级卫生服务网络建设 的做法得到国际社会认可。

**(二)改革开放后的卫生工作方针**

1990年3月，原中华人民共和国卫生部和国家中医药管理局组织制定《中国卫生发展与改革纲 要(1991—2000年)》,把“贯彻预防为主，动员全社会参与，依靠科技进步，中西医协调发展，为人民 健康服务”确定为卫生工作方针。又经过数年的实践与调整，1997年1月，中共中央、国务院《关于 卫生改革与发展的决定》确定了“以农村为重点，预防为主，中西医并重，依靠科技与教育，动员全社 会参与，为人民健康服务，为社会主义现代化建设服务”的卫生工作方针。

该方针是在认真总结新中国成立以来卫生工作的历史经验，结合经济社会和卫生工作的新形 势，提出的卫生工作行动指南。在这一方针指引下，国家制定了一系列支持农村卫生、公共卫生、中 医药事业发展的举措，如建设农村卫生三级网、建立新型农村合作医疗、妇幼保健目标纳人国家总体 发展规划、大力开展爱国卫生运动等，卫生事业的改革发展取得了新进展，人民健康水平得到显著 提高。

**(三)新时期的卫生与健康工作方针**

2015年10月，党的十八届五中全会提出推进健康中国建设，对未来一个时期发展卫生事业和 更好维护国民健康做出制度安排。

2016年8月，中共中央、国务院召开的全国卫生与健康大会指出，没有全民健康就没有全面小 康，在推进健康中国建设过程中要坚持中国特色卫生与健康发展道路，坚持“以基层为重点，以改革

创新为动力，预防为主，中西医并重，将健康融入所有政策，人民共建共享”的卫生与健康工作方针。 要把人民健康放在优先发展的战略地位，以普及健康生活、优化健康服务、完善健康保障、建设健康 环境、发展健康产业为重点，加快推进健康中国建设，努力全方位、全周期保障人民健康，为实现“两 个一百年”奋斗目标、实现中华民族伟大复兴的中国梦打下坚实健康基础。

**二、医药卫生体制改革**

医药卫生体制(简称卫生体制)亦可称为卫生保健制度，是一个国家或地区为解决居民防病治 病问题、实现国民健康，在卫生筹资、卫生服务提供、卫生监管以及要素保障等方面形成的综合性制 度安排，是政府对国家卫生事业实行宏观管理的集中体现。根据侧重点不同，卫生体制又可分为卫 生筹资制度、医疗保障制度、卫生服务提供制度、卫生监管制度、卫生人力资源管理制度等。

卫生体制改革(health system reform)是为改善卫生系统绩效而进行的有目的、可持续、战略性的 变革，基本目的是完善卫生服务系统、改善健康水平、提供健康风险保护、提高公众满意度。具体内 容有：改革卫生服务结构、数量和质量；公平有效地筹资，降低个人基本负担；合理引导和配置资源， 提高系统运行效率；确保享受卫生服务的机会均等；改革卫生支付机制，鼓励低价格、高效率的服务； 增强卫生系统对卫生服务需求的反应性，提高服务满意度。卫生体制改革不仅仅是技术问题，也是 政治问题、社会问题，不仅是卫生部门单独的职责，还需要政府相关部门乃至全社会的努力，只有政 府领导、多部门协调、全社会共同参与才能有效推进。

近几十年来，世界政治经济格局发生深刻变化，生态环境、生产生活方式变化对人类健康带来前 所未有的挑战。人口老龄化速度不断加快，新发传染病不断出现、慢性非传染性疾病发病率持续增 长，医疗费用快速上升，健康不公平日益加剧，使得传统卫生体制受到严重冲击。国际社会日益认识 到人类健康不仅是经济发展的结果，更是促进经济发展的重要因素，人类健康和卫生发展受到前所 未有的关注。这也成为各国推进卫生体制改革的重要原因。当前，中国医药卫生体制改革逐渐步人 深水区和攻坚期，改革难度加大，机遇与挑战并存。

(一)卫生体制改革的国际经验

1. 发达国家的卫生体制改革 按筹资和组织方式，发达国家卫生体制可划分为三种主要模式： 英国为代表的国民卫生服务模式的主要特点是政府通过税收筹集资金，直接举办公立医疗卫生机构 并实行预算制管理，向国民提供近乎免费的医疗卫生服务，这种模式体现了广泛性和公平性的优点， 但也造成政府负担较重、微观效率不高；德国为代表的社会健康保险模式的主要特点是通过国家立 法，强制企业雇主和雇员按照工资的比例缴纳医疗保险费，由保险机构向医疗机构支付费用，为参保 人员提供医疗服务，政府对无力缴纳保险费的弱势人群提供补贴，社会保险模式在卫生服务效率、公 平性和减少资源浪费等方面都有比较好的作用，但保障程度受经济水平影响较大；美国为代表的商 业健康保险模式的主要特点是由商业保险公司把健康医疗服务作为商品提供给社会，由雇主为雇员 购买，或个人自愿购买，保险水平与缴费多少挂钩，该模式有助于提供高质量、高水平的医疗服务，但 其公平性与资源利用效率也受到较多争议。大多数国家的卫生体制不是单一模式，而是以一种基本 模式为主体、其他为补充的混合型模式。不同发达国家由于历史传统、政治理念和社会文化不同，其

第十四章 卫生政策 189

卫生体制也不同，同时不同国家面临的社会卫生问题也不尽相同，但卫生体制改革的总方向是更加 注重成本控制，提高公平性，改善服务质量和效率，提高国民健康满意度。

2. 发展中国家的卫生体制改革 发展中国家卫生改革最活跃的地区相对集中在拉美和东亚。 20世纪90年代经济危机之后， 一些拉美国家左翼政党取得政权，以社会公平为执政理念，把卫生改 革作为缓解社会矛盾、巩固执政地位的重要手段。同时，东亚一些国家经济发展迅速，健康需求增 加，原有体制问题凸显，迫切需要通过改革完善卫生体制。发展中国家卫生改革的主要特点是增加 政府投人、保障基本服务、加强供方建设、关注弱势人群。大多数发展中国家把建立低成本、广覆盖 的基本医疗卫生制度作为改革重点，针对不同收入人群设计不同卫生保健制度，加强卫生法制建设， 不断完善卫生服务体系，鼓励非公立医疗机构和商业健康保险发展，注重适宜人才培养和适宜技术 应用，建立和实施基本药物制度，保障居民基本用药。

3. 前苏联和东欧等转型国家的卫生体制改革 20世纪90年代，前苏联和东欧国家政局剧变， 经济出现严重衰退，全民免费医疗制度受到很大冲击。但是，与经济领域私有化不同，大部分国家仍 然保留原有的卫生服务体系和组织管理体系。卫生体制改革的方向由全民免费医疗服务向社会医 疗保险制度逐步过渡，重点是变革筹资体系、下放权力。俄罗斯、波兰、捷克等22个国家先后通过立 法，采取政府、企业和个人共同筹资，建立强制性社会健康保险。同时，规范中央与地方事权，扩大医 院自主经营权力，鼓励和发展非公立医疗机构。

(二)我国医药卫生体制改革历程

计划经济时期中国卫生事业取得了很大成就，卫生事业全面发展，人民群众健康水平显著提高， 卫生工作基本经验得到国际社会高度赞誉。计划经济体制下以单位保障和人民公社为基础的社会 管理体制为居民提供了较大范围的健康保障，政府对卫生事业与卫生工作有着较大的投入力度和很 强的掌控能力。同时，计划经济体制下卫生事业发展也存在体制僵化、机制不活、供给短缺、能力不 强等问题。

改革开放后至本世纪初，我国经济体制改革的总体方向是建设社会主义市场经济体制。受此大 环境影响，卫生改革主要是简单套用企业改革思路，政府投入水平逐年下降，卫生发展越来越多依靠 市场筹资，利用市场机制提高医疗机构的服务效率。主要改革措施是放权让利、扩大医院自主权、放 开搞活等。在扩大医疗卫生服务资源总量、提高服务能力、调动医务人员积极性等方面产生了积极 作用，但也引发了医疗机构过度追求经济利益的现象，同时，由于政府责任的缺位和不到位致使公立 医院公益性淡化，公共卫生服务严重削弱。此外，受经济体制变革影响，农村合作医疗、劳保医疗、公 费医疗等医疗保障受到很大冲击。

1997年，面对市场条件下卫生工作中出现的诸多问题，中共中央、国务院《关于卫生改革与发展 的决定》着重强调了卫生事业的公益属性，对卫生领域存在的问题提出了明确的改革和发展思路， 但因重要的配套政策未能及时出台，政策执行情况较差。这一时期“看病难、看病贵”问题再次凸 显，成为人民群众反映强烈的社会问题。2000年，国务院颁布《关于城镇医药卫生体制改革的指导 意见》,提出“用比较低廉的费用提供比较优质的医疗服务，努力满足广大人民群众基本医疗服务的 需要”的总体改革目标。城镇职工基本医疗保险制度蓬勃发展，新型农村合作医疗和医疗救助开始

启动。卫生体制改革开始注重改革的整体设计，开始触动制约卫生改革发展的一些深层次矛盾和体 制机制问题，这一阶段改革积累的宝贵经验，为新一轮的卫生体制改革的转折和调整奠定了宝贵的 理论和实践基础。

2003年的“非典”疫情，充分暴露了我国公共卫生体系建设严重滞后于经济发展的问题，加快卫 生事业改革发展成为全社会的广泛共识。2005年国务院发展研究中心医改课题组“我国医改基本 不成功”的结论激起关于医改的激烈争论。政府和社会各界对近30年卫生改革进行了系统而客观 的评价与反思，也对一直以来众说纷纭的卫生改革目标进行了新的思考，卫生改革的目标模式和体 制框架渐趋清晰。

**(三)我国新** **一轮医药卫生体制改革**

进人21世纪，我国医药卫生事业发展水平与人民群众健康需求及经济社会协调发展要求不适 应的矛盾还比较突出。城乡和区域医疗卫生事业发展不平衡，资源配置不合理，公共卫生和农村、社 区医疗卫生工作比较薄弱，医疗保障制度不健全，药品生产流通秩序不规范，医院管理体制和运行机 制不完善，政府卫生投入不足，医药费用上涨过快，个人负担过重等问题日益严重，人民群众对改善 医药卫生服务的要求更高，工业化、城镇化、人口老龄化、疾病谱变化和生态环境变化等给医药卫生 工作带来一系列新的严峻挑战。深化医药卫生体制改革，成为加快医药卫生事业发展的战略选择。

2009年4月，中共中央、国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》和国务院《深化医药卫生 体制改革近期重点实施方案(2009—2011年)》颁布，新一轮医药卫生体制改革(简称“医改”)全面 展开。其基本理念是把基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供，实现人人享有基本医疗卫生服 务。政策设计的基本思路是保基本、强基层、建机制、全民享有。改革的基本原则是：坚持以人为本， 把维护人民健康权益放在第一位；坚持立足国情，建立中国特色医药卫生体制；坚持公平与效率统 一，政府主导与发挥市场机制作用相结合；坚持统筹兼顾，把解决当前突出问题与完善制度体系结合 起来。此次医改突出强调了公平性、广覆盖、可及性以及高效、安全、优质等卫生工作的核心价值与 导向。

此轮医改的主要内容可以概括为“一个目标、四大体系和八项支撑”。 一个目标是：到2020年， 建立健全覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度，为居民提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务。 “四位一体”的四大体系包括公共卫生服务体系、医疗服务体系、医疗保障体系和药品供应保障体 系。八项支撑的目的是通过完善体制机制，保障医药卫生体系有效规范运转，主要包括：建立协调统 一的医药卫生管理体制、高效规范的医药卫生机构运行机制、政府主导的多元卫生投入机制、科学合 理的医药价格形成机制、严格有效的医药卫生监管体制、可持续发展的医药卫生科技创新和人才保 障机制、实用共享的医药卫生信息系统和健全的医药卫生法律制度。

医改的政策目标和措施体现了当前与长远相结合，分阶段、有重点、逐步推进的思路，对于完善 我国医药卫生政策，提升和保障全民健康水平有着重要而深远的意义。四大制度体系和八项支撑机 制涵盖了医药卫生体制改革的主要方面，通过解决当前中国医药卫生体制中存在的深层次问题，努 力满足人民群众的健康需求，不断提高健康水平。同时，医药卫生体制改革也是一项复杂的社会系 统工程，涉及各级政府及相关部门、卫生服务提供机构、医疗保险机构、社会大众等不同组织和群体

第十四章 卫生政策 191

之间利益关系的调整，需要统筹兼顾、协调推进，以多层次的具体政策措施逐步落实。

2009年以来的新一轮医改总体上取得了阶段性成效，主要表现在：居民健康状况指标持续改 善，城乡居民健康差距不断缩小；卫生总费用结构不断优化，城乡居民抵御疾病风险的能力有所增 强；医疗卫生服务可及性显著增强；国际社会高度关注中国医改。重点领域改革取得明显进展：基本 医疗保障体系基本建立，为实现全民医保奠定重要基础；基本药物制度作为一项制度创新，获得较快 发展；基层卫生综合改革成效明显，运行机制和服务模式开始转变；公共卫生服务均等化项目全面实 施，落实预防为主的理念；公立医院改革试点稳步推进，积累了有益经验；积极促进健康服务业发展， 鼓励社会办医；卫生监督管理、医学教育、卫生人才队伍建设、医药卫生科技和卫生信息化建设等重 点支撑领域改革持续推进。尤其是十八大以来医改呈现新特点：深化医改与国家全面深化改革的总 体部署结合更加紧密；更加注重顶层设计和政策措施的系统性、整体性、协同性；重点领域改革逐步 从试点向全面推开转变；更加注重法制建设，积极鼓励创新。

新形势下，深化医改进入深水区和攻坚期：①老龄化速度加快，全方位、全周期健康需求增加； ②医疗卫生事业的发展模式与健康中国建设的目标不相适应；③医改政策措施的系统性、整体性、协 同性仍需加强，深层次的体制机制改革不够；④符合行业特点的人事薪酬制度建设困难重重，对 “人”的重视不够，影响改革效果实现；⑤卫生法制建设滞后等。今后一个时期要以全面深化改革精 神统领医改，着力推进基本医疗卫生制度建设。加快法治建设，加强顶层设计与鼓励基层创新相结 合，更好地发挥政府主导作用与市场机制调节作用，努力在分级诊疗制度、现代医院管理制度、全民 医保制度、药品供应保障制度、综合监管制度等制度建设上获得突破。

**(代涛)**

|  |  |
| --- | --- |
| **思考题** | **1.简述卫生政策的主要功能和基本特点。**  2.简述卫生政策制定程序以及如何有效贯彻执行。  3. 自行选择一项卫生政策设计评价计划书。  4.什么是卫生工作方针?简述新时期的我国卫生与健康工作方针。  5.简述新一轮医改的主要内容，并谈谈你对当前医改的看法。 |



**第十五章**

 笔 记

**卫生保健制度**

卫生保健制度(health care system)是政府对卫生事业实行宏观管理的重要形式和卫生政策导向 的体现，是国家的文化、经济和政治特征的综合反映。 一个国家的卫生保健制度恰当、完善与否，直 接影响着卫生服务的质量和效益，以及国民健康水平，对国民经济和社会发展也具有基础性作用。

**第一节** **卫生保健制度概述**

**一、卫生保健制度的概念**

不同政治制度、经济水平、文化背景的国家，其卫生保健的特点不同，对卫生保健制度的称谓也 不同，如医疗保健制度、医疗保险制度、健康保健制度、健康保险制度、疾病保险制度等。 一般认为， 卫生保健制度是指一个国家或地区为满足居民健康需求、防病治病的综合性政策和措施，包括卫生 费用筹集、分配与支付方式以及卫生服务提供方式和管理措施等基本要素。

一个国家实行什么样的卫生保健制度，受到诸多因素的影响，包括社会政治制度、经济水平、文 化传统、历史条件、卫生服务的组织及现状等，而且这些因素又是相互交织、不断变化的，在不同的时 期，不同的地区，其影响方式和结果不一样。也就是说，卫生保健制度是在不断发展变化的，需要不 断改革、修正、完善。

**二、卫生保健制度的分类**

目前，国际上对卫生保健制度有多种分类方法，而且每一种方法所依据的分类标准不一样，以致 分类形式和结果也不一样。因此，区别和比较不同国家卫生保健制度，必须在同一分类标准下进行。 第一种是以国家的经济水平为分类标准，分为发达国家型、发展中国家型、不发达国家型；第二种是 由美国国际卫生学专家、WHO 顾问罗默(Roemer) 结合国家的政治制度和经济发展水平而提出的分 类标准，分为自由企业型、福利国家型、不发达国家型、过渡型、社会主义国家型；第三种是克氏 (Kleczkowski) 分类法，根据卫生服务的组织程度及经济水平分为九类(表15-1);第四种是经典分类 法，根据卫生保健费用的支付方式来进行分类，即自费医疗、集资医疗和免费医疗。

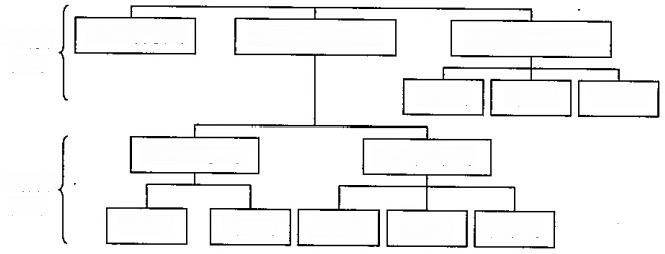
前3种分类方法的一个共同特点是根据影响卫生保健制度存在形式的主要因素进行分类。第 一种分类法单纯以经济水平分类，不够全面，因为经济水平相同的国家，卫生保健制度仍然存在较大 差异。后两种分类方法虽然考虑的因素较全面，但因为种类太多，过于复杂，而且没有考虑卫生保健 制度的主要内容及其特点，如卫生费用的筹集与负担等，因此不能全面体现卫生保健制度的实质。

第十五章 卫生保健制度 193

第四种分类方法考虑到了卫生费用的支付，曾在卫生保健制度研究中发挥了积极的作用，但随着卫 生保健制度的发展，该分类方法已不适应现代卫生保健制度复杂的多重支付方式的需要，因此世界 银行和 WHO 等众多机构，受经典分类方法的启发，从居民与筹资的联系方式和卫生服务费用的补 偿机制两个维度，研究并提出了第五种分类方法(图15-1),成为目前最富代表性的分类方法。

**表15-1克氏卫生保健制度分类**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **国家经济水平** | **卫生系统的组织程度** | | |
| **低组织** | **中间型** | **高组织** |
| 发达国家 | 1 | 2 | 3 |
| 发展中国家 | 4 | 5 | 6 |
| 不发达国家 | 7 | 8 | 9 |



自费医疗模式 强制公共保险模式 商业医疗保险模式

集成式 合同式 赔款式

国家税收模式 社会保险模式

按补偿 方式

集成式 合同式 集成式 合同式 赔款式

按筹资 方式

图15-1

世界银行和世界卫生组织卫生保健制度分类法

**三、卫生保健制度的基本模式**

世界各国的卫生保健制度各具特点，没有任何两个国家的卫生保健制度是完全相同的，但卫生 保健制度具有其自身的规律，各个国家卫生保健制度有许多共同的特征。根据世界银行等提出的卫 生保健制度新的分类方法，国家卫生保健制度的主要模式包括自费医疗模式、国家医疗保险模式、社 会医疗保险和商业医疗保险模式。根据这种分类方式，将目前各个国家所存在的卫生保健制度进行 归类、分析，比较其优缺点，探讨其发展趋势，将有利于进一步改进和完善卫生保健制度。

( 一 ) 自 费 医 疗 模 式

自费医疗模式，即病人自己出钱看病。在自费医疗制度下，病人与医生之间纯属商品交换关系， 卫生保健服务为盈利性的。目前，世界上没有一个国家的卫生保健制度是单一的自费医疗模式，以 自费医疗占主导地位的国家也为数不多，但这种制度几乎在每个国家都不同程度地存在。非洲一些 经济水平较低的国家以自费医疗制度为主。

在自费医疗保健制度下，低收入人群往往难以支付医疗费用，而依靠救助所能得到的卫生保健 服务又十分有限，而富有阶层则可以得到现代化的、高质量的医疗服务。由于医生及医疗机构以盈 利为目的，开大处方，过分使用医疗技术，造成巨大的浪费，这也是自费医疗模式下卫生服务公平性 差、效率低下的重要原因。

194 第十五章 卫生保健制度

**(二)国家医疗保险模式**

国家医疗保险模式，即政府通过国家税收的方式来筹集卫生费用。这是一种公共筹资的方式， 对全体公民，无论其职业、社会地位、经济水平、健康状况如何，都必须提供卫生服务，其优点是卫生 服务的覆盖面广。目前采用这一卫生保健制度的国家有英国、澳大利亚、加拿大、俄罗斯、新西兰、瑞 典、丹麦、挪威、芬兰、葡萄牙、西班牙、冰岛、爱尔兰等。

按卫生服务的费用支付方式不同，国家医疗保险模式又分为两种方式： 一种是集成式，即卫生服 务的提供者是国家的雇员；另外一种是合同式，即卫生服务的提供者与政府之间是一种合同关系，卫 生服务的提供者是该合同的一方当事人。

1. 集成式 在以国家税收为主要筹资方式的集成式的卫生保健制度中，医生是政府的雇员，医 院归国家所有，卫生服务的提供者(医生)和卫生服务的接受者(病人)是在同一个集体中，即国家政 府职能部门的管理下进行的，因此将这种方式称为集成式。医生无论其治疗的病人数量多少，都由 政府统一支付固定的工资。医院的资金则是由政府每年的总额卫生预算(global health budgets, GHB) 提供。根据预算，政府每年划拨给医院一定的预付资金，使其能够进行正常的医疗保健服务。 对于医院而言，无论其提供的卫生服务量多少，都能从政府的总额预算中获得固定的收入，而病人也 可以获得免费的医疗保健服务。在此模式下，病人不能自由选择医生或挑选卫生服务的种类，而必 须由家庭医生转诊，才能到各专科医生、诊所或综合医院接受进一步的诊断和治疗。

由于该模式只有一个管理机构，且提供卫生服务的机构也是固定的，因此可以减少过多的行政 管理费用。但这种方式也存在明显不足之处： 一方面是对提高医生的工作积极性几乎没有或很少有 激励作用，因为医生和医院都不会因为其提供的卫生保健服务的数量增多和质量提高而得到更多的 薪水或补偿；另一方面是病人等候接受医疗保健服务的时间过长。此外，医生的工资和医院的总额 预算，是根据前一年的水平来测算的，因此医生和医院都不会主动地提高效率，以降低医疗保健服务 的成本。

2. 合同式 在以国家税收为主要筹资方式的合同式的卫生保健制度中，为居民提供卫生服务 的是与政府签订了合同的公立或私立的医疗卫生机构。病人在接受医疗保健服务时，只需承担卫生 服务成本中极小的一部分，或根本不用承担任何费用，加拿大是采用该模式的典型国家。政府与公 立或私立医疗卫生服务机构签订的合同，是在服务项目收费的基础上签订的，即卫生服务的提供者 在每次完成卫生服务后，可获得与所提供的服务项目相应的经济补偿，在其他条件不变的情况下，提 供的服务项目越多，得到的补偿也就越多。因此，如果政府缺乏得力的控制措施，很容易产生诱导需 求。如果让病人承担一部分医疗保健费用，将有利于减少诱导需求。

此外，还可以采用按人头包干预先支付的方式，即在一段时间内，医生在给病人提供医疗保健服 务时，政府预先一次性支付一定的费用，而不管病人在将来就诊的次数和病情严重程度。通过“预 付包干”来鼓励医生只提供必需的医疗保健服务，从而减少诱导需求的发生，而且这种方法也能保 证医疗保健服务的质量，因为如果医疗保健质量过低，反而导致医疗成本的上升。

**(三)社会医疗保险模式**

社会医疗保险模式的资金筹集方式是将社会与个人利益相结合而建立的，该模式通过法律的手

第十五章 卫生保健制度 195

段，强制要求雇主和雇员向保险基金管理机构缴纳薪金税用以购买医疗保险。它是对市场机制失灵 的一种补救方式，同时也是社会为促进卫生保健的公平性以及保护弱势人群利益的体现。在组织管 理上，由保险基金管理部门与医疗卫生机构进行谈判，要求医疗卫生机构按规定向参保者提供医疗 保健服务。失业人员、退休人员以及其他非就业人员也可以通过社会保险基金获得医疗保障，不同 的是其保险费来自政府部门的有关基金，如国家失业基金、养老基金等。在这一模式下，医疗卫生机 构多数是私立的，因此政府有责任对其服务价格和服务质量进行规范和监控。大多数发达国家采用 的是社会医疗保险模式，其中代表性的国家有德国、法国、意大利、西班牙、日本、巴西、阿根廷、奥地 利、比利时、卢森堡等。

根据卫生费用的支付方式或卫生服务的补偿方式的差异，社会医疗保险模式又可以分为集成 式、合同式和病人赔偿式3种。其中，集成式和合同式与国家医疗保险模式中的集成式和合同式相 似。集成式的代表性国家是意大利和西班牙，合同式的代表性国家是德国和法国。与国家医疗保险 模式相似的是，合同式的补偿方式也可分为按服务项目补偿和按人头预付两种。在病人赔偿式的社 会医疗保险模式下，病人已向卫生服务的提供者支付了医疗保健服务费，医疗保险基金则按有关规 定报销后退还给病人。这种方式的缺点是管理成本过高，而且容易引起争议和诉讼，此外还会产生 诱导需求，因为医生通过诱导服务可获得更多的收入。只有比利时等少数国家选择这种卫生保健服 务模式。

**(四)商业医疗保险模式**

商业医疗保险模式是通过商业性和自愿性的医疗保险方式来筹集卫生服务费用。来自雇主和 雇员的医疗保健服务基金占商业医疗保险基金的大部分，且一般情况下是雇主提供全部或大部分保 费。与社会医疗保险模式不同的是，雇主与雇员参与保险的规定不是强制性的。 一般来说，小雇主 不大愿意为雇员提供医疗保险金，因为医疗保险成本相对较高。对这些没有由雇主提供医疗保险基 金的雇员，可以在商业医疗保险市场上自己投保，但对于一些收入水平相对较低的雇员来说，商业医 疗保险的费用可能相对较高，使得他们无力参加保险而无法得到医疗保健服务。商业医疗保险模式 代表性的国家主要是美国和瑞士。此外，按卫生服务的补偿方式不同，商业医疗保险模式又可以分 为3种：集成式、合同式和病人赔偿式。

从近些年的发展来看，商业医疗保险模式在私营的基础上将保险公司和卫生服务提供者的功能 结合起来，形成了新的统筹医疗服务模式，也就是所谓的管理型医疗保健(managed care)。在美国， 这种模式的代表是健康维护组织(Health Maintenance Organization,HMO)。健康维护组织是参保者 在预付费用的基础上，由健康维护组织提供综合性的医疗保健服务，医生是健康维护组织的雇员，参 保者可以在该组织内的医疗卫生机构接受服务，且不用支付任何医疗费用，但病人对医生的选择是 受限制的。

集成式的商业医疗保险模式与集成式的国家医疗保险模式相似，可以节约管理费用，同时还有 利于鼓励卫生服务的提供者尽可能合理地利用医疗服务资源，但商业医疗保险模式的集成式的服务 质量和工作效率都较国家医疗保险模式高，因为健康维护组织必须要在商业医疗保险市场中竞争， 以稳定和赢得更多的参保者。商业医疗保险模式中的合同式与国家医疗保险模式中的合同式也非

196 第十五章 卫生保健制度

常相似，其区别只是合同的强制性程度不同而已。

**(五)储蓄积累型模式**

新加坡于1977年实行的保健储蓄医疗保险制度是储蓄积累型模式的典型代表，马来西亚、印度 尼西亚等发展中国家也相继采用了这种卫生保健制度。新加坡以保健储蓄(medisave) 为主体，医保 双 全(medishield) 和保健基金(medifund) 为补充。法律规定：每个劳动者必须参加保健储蓄，根据年 龄来确定卫生费用的提取率，并以银行储蓄的方式进行管理，利率与公积金利率一致，不得低于 2.5%。筹资额度为：35岁以下为本人工资总额的6%,36岁至44岁为7%,45岁以上为8%,雇主和 雇员各承担一半。储蓄账户只限于支付住院费用和少数昂贵的门诊费用，由一家三代(父母、子女、 夫妻)共同使用。新加坡的住院费用由国家补贴、个人医疗账户支付和个人自付3种形式按比例负 担。保险储蓄账户虽属个人所有，但有严格的提取限额，超额部分由个人自理。

**四、卫生保健制度的发展趋势**

为了控制卫生服务成本，提高效率和公平性，大多数国家特别是发达国家正在不断地对其卫生 保健制度进行改革。过去主要是从宏观经济学的角度进行改革，如总额预算等，但收效甚微，所以目 前各国卫生保健制度的改革，就其实质而言，重视从微观经济学的角度入手。这些改革的目的是在 保持成本不变的前提下，提高卫生服务的质量，如缩短候诊时间、增加选择机会等。尽管各国的改革 情况存在差异，但也存在一些共同之处：一是在筹资方式上，减少集成式，增加合同式，因为合同式能 引入竞争机制，提高服务效率。例如，英国通过引入卫生服务合同方式，增进了卫生服务提供者之间 的竞争。二是允许第三方付款者在与医疗保健服务提供者协商卫生服务合同时，享有更多的控制 权，实际上是付款者充当了为病人购买卫生服务的代理人角色，并通过其自身的影响力来控制卫生 服务成本。由于第三方付款者比单个病人或小集团更容易获得有关的卫生服务质量和价格的信息， 而且更具有讨价还价的实力，在控制卫生服务成本上能发挥更大的作用。例如，德国的疾病基金会 通过积极参与和卫生服务提供者的谈判，在保护病人的利益方面发挥了重要作用。

在微观经济学方面进行的另一项重要的改革举措是允许医院在其经营管理方面享有更大的独 立性。传统的集成式卫生保健模式，对医院提高其服务质量和降低医疗成本方面，没有发挥有效的 激励作用，也无法为病人提供可以选择的医疗服务。因此，现行的改革将医院推向市场，适当放开其 经营权，让医院在市场上自主确定自身的地位和目标，这将有利于提高服务效率。但需要防止无序 竞争和技术垄断。

围绕着卫生费用的筹集和分配，卫生保健服务模式改革的另外两个重要举措： 一是统筹医疗服 务，即管理型保健；二是增加参保者自付费用的比例。不管是发达国家，还是发展中国家，在其公共 或私立卫生保健筹资模式中都引进了统筹医疗模式，即把保险组织与医疗服务提供者有机地结合起 来，强调购买者与提供者之间、提供者与付款者之间的协调配合，以减少不必要的卫生服务，并通过 经济因素来制约提供者、付款者和病人3方的行为，从而保证医生将高质量的、必要的卫生保健服务 提供给病人，病人也在不断地调整和规范就医行为和需求。从某种逻辑上讲，这可能会导致病人选 择医生的机会减少，但是从现实来看，其所产生的社会效益和经济效益远大于其局限性。

第十五章 卫生保健制度 197

参保者支付部分医疗费用的方式在美国非常普遍，但在其他国家并未得到广泛实行，因为许多 国家的传统文化认为病人看病不应该承担任何费用。然而，随着人口老龄化日趋严重，居民对医疗 保健服务的需求越来越多，国家财政赤字越来越大，全社会卫生费用的负担越来越重，控制卫生总费 用和提高卫生服务效率的要求也就显得越来越紧迫。因此，现在许多国家卫生保健制度的改革方案 已逐渐开始采用病人分担部分医疗费用的措施，强调卫生服务利用者在控制卫生费用方面的责任。

总之，卫生保健制度的改革一直聚焦于保障、公平、效率等方面。凸显政府责任，扩大健康保障 覆盖面，这不仅是卫生保健制度改革的大趋势，而且强化了卫生保健制度的政治属性。实现公平和 效率兼顾目标的障碍广泛存在，但它是卫生保健制度需要建立的核心机制。

**第二节** **西方发达国家卫生保健制度**

在一个国家内，往往不只是存在一种医疗保健制度，而是多种医疗保健制度并存的互为补充的 “复合体”。因此，很有必要从整体的角度分析卫生保健制度的构成以及相互关系。现将英国、德 国、美国、日本等代表性国家卫生保障制度的基本情况简要介绍。

**一** **、英国国家卫生服务制度**

英国与其他西方国家在卫生保健制度上的最大区别是国家推行福利政策，实行国家卫生服务制 度(national health services,NHS)。英国早在1911年就通过了《全国保险法》,对健康保险及失业作 了法律规定，并正式建立了全科医师制度。1948年正式颁布的《国家卫生服务法》规定，凡英国居民 均享受免费医疗服务，其卫生服务经费全部或大部分从国家税收中支出。

英国国家卫生服务制度的主要特点体现在3个方面：①国家卫生服务的资金：绝大部分来自公 共基金，包括中央和地方的卫生经费(约占全部资金的87%)、营利与非营利的自愿保险，以及一些 基金会、财团、宗教组织等捐赠的慈善经费，也有少量来自卫生服务的直接收费，即由病人在接受卫 生服务时支付的服务费用，如挂号费、超标准的自费病床费等；②卫生服务的提供：全科医生是卫生 保健服务的“守门人”,按规定，病人可以选择自己的全科医生，但选择专科服务或医院的余地很小， 因为专科服务需经全科医生同意和推荐才能获得，非急救服务需要预约；③支付系统：医师的报酬是 在国家卫生服务中按月薪支付，其中全科医生服务的报酬由人头费(签约居民数)、行医补贴、定额 目标费用和少量有偿服务等组成；④居民保险覆盖范围：全英国有近5700万人选择国家卫生服务， 服务利用以免费为主，政府主办的医疗机构是服务的主要提供者。大约12%的人口拥有其他特殊专 科服务的私人保险。

英国国家卫生服务制度主要存在的问题是：①医务人员工作积极性不高，医疗服务效率较低，其 主要原因是医院由政府举办，医务人员领取的是国家固定工资，报酬与付出劳动的数量和质量无关； ②医疗服务供需矛盾较大，医院服务严重不足，医院服务不及时的问题严重，如非急诊手术经常要等 待半年以上；③私人医疗机构和私立医疗保险事业的发展对国家卫生服务制度的冲击越来越大。 一 方面是公立医院的服务效率低下，另一方面是居民的卫生保健需求的提高，导致私人医疗机构和私

198 第十五章 卫生保健制度

立医疗保险事业的发展。2001年11月，英国政府不得不同意利用民营医院的资源为国家卫生服务 系统的病人服务，病人的福利待遇不变。

英国正在进行国家卫生服务制度的改革，其目的是提高医疗服务的公平性和效率，主要采取了 如下措施：①利用市场经济的运行机制，实施了由地方政府向私立医院投资，来鼓励公立医院和私立 医院竞争；通过允许集体开业医生提供住院服务，鼓励集体开业医生之间竞争、集体开业医生与医院 之间竞争；允许国民自由选择全科医生，形成全科医生之间竞争等。②建立医疗质量评价制度，将医 疗质量评估与报酬挂钩等。③完善基本医疗服务制度，由过去的卫生部和医院管理委员会管理逐步 过渡到地方卫生局管理，提高全科医生的收入，建立标准药品预算制度，对超额或节余的实行奖惩措 施。④适当提高病人自付费用的比例，包括门诊处方费、药品费、牙科治疗费等。

**二** **、德国医疗保健制度**

德国是现代社会保障制度的起源地，是世界上第一个建立医疗保险制度的国家。1883年德国 首次通过了《国家疾病义务保险法》,随后又制定了工业事故保险、老年人和长期残疾保险、失业保 险等，建立了比较完善的社会医疗保险模式。

德国的社会健康保险按经营方式可分为国营和私营两种，保险金由投保者、雇主和国家三方承 担；按保险的对象分类，其形式包括疾病保险、工伤事故保险、养老金保险、失业和失业救济保险、儿 童津贴保险、农民养老金保险等；按强制性程度分类，可分为法定强制性医疗保险和自愿医疗保险两 种，前者主要是社会疾病保险(social sickness insurance)、工伤事故和养老保险(accident and pension insurance),后者主要是私人疾病保险(private sickness insurance)。

**(一)社会疾病保险**

社会疾病保险分普通疾病保险和农民疾病保险。法律规定，凡年收入未超过法定界限的就业 者、失业者、领取养老金的退休人员、大学生和就业前的实习生等，都必须参加普通疾病保险。但年 收入高于法定界限的就业者、公务员、自由职业者、律师、军人等，可以选择社会医疗保险或私人医疗 保险。凡农民、农民家属、退休农民等都必须参加农民疾病保险。从参加者人数来看，85%属于强制 性参加，15%属于自愿参加。

社会疾病保险的范围非常广泛，包括：①疾病的预防和疾病的早期诊断；②门诊治疗和住院治 疗，以及各种康复治疗；③疾病确诊费用；④怀孕与分娩时的经济与医疗资助；⑤资助合法的受孕、绝 育和流产；⑥资助既有子女需要医疗和继续农业劳动的家庭的经济收入；⑦受保人和共同受保人死 亡者的经济利益。

**(二)工伤事故和养老保险**

工伤事故和养老保险是社会医疗服务费用保险的另一种类型。工伤事故保险必须在事故发生 后，向受害者或家属、赡养者赔偿损失。这种赔偿不仅是恢复受害者适当工作和补偿事故经济损失， 而且还应该向其家属或赡养者赔偿。根据现行法律规定，各种职业的雇员必须加入工伤事故保险， 一旦发生事故，向受害者或者家属、赡养者赔偿损失。

工伤事故受害者健康维持和改善，以及恢复适当工作能力的费用也属于工伤事故和养老金保险

第十五章 卫生保健制度 199

范畴，其保险费用根据改善受害者健康和工伤事故养老保险允许的标准而定。这些费用不仅付给受 保人自己，而且还部分支付给其家属。所有企业雇员和受训者都必须加入养老金保险。

**(三)私人疾病保险**

私人疾病保险包括疾病费用保险、住院费保险、住院治疗补偿费保险、选科服务费用保险等。全 国约12.8%的人投保疾病费用保险，9.7%的人投保住院费保险，7.0%的投保住院治疗补偿费保险。

德国医疗保健制度存在的主要问题是：①对预防保健重视不够；②由于采用第三方付费方式，缺 乏费用制约措施，医疗费用上涨较快，卫生经费占国民收入的11.3%(2014年);③政府不负责对医 疗质量的监督检查。近几年来，德国已采取一些改革措施，包括实行限定药价(固定费用制),差额 部分由病人自负；定期抽查处方；实行新的财务激励办法，如实行保费退还制度，对全年未使用保险 费的参保者退还一定比例的保费；对不注意节约医疗费用的服务提供者解除保险合同等措施。

**三、美国医疗保险制度**

美国的医疗保险制度是在高度自由的市场经济体制下建立的、以自由医疗保险为主的多元医疗 保险制度。美国的医疗保险公司大多是私营的，医疗保险内容多，居民自愿参加，政府不干预，也不 补贴。政府仅负担特殊人群(退伍军人、老年人、残疾人、低收入者等)的医疗保险费用，没有全面的 国家医疗保险制度，政府支出占卫生总费用的47.1%(2013年),而发达国家的政府支出占比一般都 在65%~85%之间。美国医疗保险制度以市场机制为法则，大多以盈利为经营目的，存在明显的贫 富差距。对于那些健康条件差、收入较低的居民，既无能力参加医疗保险，也得不到政府的医疗补 贴，其公平性较差。美国的医疗保险具有如下特性：①医疗保险组织多，有公立的非经营性的，更多 的是私立经营性的；②医疗保险内容多，有单项保险，也有多项保险和全面的综合保险；③医疗保险 支付方式多，有预先支付后扣除险、合作保险，也有限额保险和最高额保险等。

**(一)社会医疗保障**

美国的社会医疗保障主要有3种形式：①老人医疗保险(medicare),为65岁以上的老年人以及 因残疾、慢性肾炎等而接受社会福利部门救济者提供的医疗保险，由国家卫生和人类服务部直属的 社会保险总署直接管理，经费由联邦财政支出，个人负担较少；②医疗救助(medicaid), 向低收入人 群、失业人群、残疾人群直接提供各种程度不等的部分免费医疗服务，贫困线标准根据各州经济情况 确定；③少数民族免费医疗，仅对印第安人和阿拉斯加州的少数民族提供。

**(二)私人医疗保险**

美国的私人医疗保险主要有两种形式：①非营利性的健康保险公司，主要有成立于1930年的蓝 盾(blue shield)保险计划和蓝十字(blue cross)保险计划，覆盖了美国人口的46.52%。其中，蓝盾提 供门诊服务保险，由医生发起；蓝十字提供住院服务，由医院协会发起；②营利性商业保险公司，主要 提供住院保险，内容范围与蓝十字保险计划相同，以费用分担方式降低保险金的策略与蓝十字竞争， 但只提供费用较低的住院服务，对费用昂贵的服务项目则设立了单项保险，参保人数达5000万人。

美国医疗保健制度存在的主要问题是医疗市场缺乏统一有效的管理措施，政府调控的能力和力 度都很弱，突出反映在以下3个方面：①第三方付费制度容易造成过度的医疗需求，投保人每月向保

200 第十五章 卫生保健制度

险公司支付一定保险金额后(包括雇主支付部分),患病时可自由选择医师或医院就诊，然后向保险 公司报销，大部分由保险公司支付，这种按服务项目偿付的方式方便了病人，满足了病人的自由选择 需求，但缺点是医疗费用难以控制。②缺乏控制医疗费用的动力机制，为了增加收入，医生和医院一 方面诱导病人扩大医疗需求，造成大处方、滥用检查；另一方面又把无利可图的或疑难病人推向非营 利性医疗机构，前者增加保险公司的支出，后者加大政府的开支。③享受卫生保健的不公平性，穷人 和富人的差距很大。2010年通过《患者保护与平价医疗法案》即奥巴马医疗保健制度改革议案确定 了医保人群覆盖率达到95%的十年期目标，覆盖全美国3200多万享受不到任何医疗保险的人群。

针对上述存在的问题，美国政府和社会都把控制医疗费用不合理上涨的希望寄托于管理型医疗 保健模式上。确切地说，管理型医疗保健是一种集医疗服务提供和经费管理为一体的医疗保险模 式，关键点是保险人直接参与医疗服务体系的管理。它具备以下基本要素：①根据明确的选择标准 来挑选医疗服务提供者(医院、诊所、医生);②将挑选出的医疗服务提供者组织起来，为被保险人提 供医疗服务；③有正式的规定以保证服务质量，并经常复查医疗服务的使用情况；④参保人按规定程 序到指定的医疗服务机构就医可享受经济上的优惠。

采用管理型医疗保健模式的医疗保险机构和公司很多，如健康维护组织、优先选择提供者组织 (Preferential Provider Organizations,PPOs)、专 有 提 供 者 组 织(Exclusive Provider Organizations,EPOs)、 定点服务计划(Point of Service,POS)等，甚至部分政府提供的老年人医疗保障和穷人医疗保障机构 也采用管理型医疗保健模式。

**四、日本医疗保健制度**

日本的医疗保险制度始建于20世纪20年代初，随着1922年《健康保险法》的颁布，日本首先建 立了以受雇者为对象的医疗保险制度，其后又于1938年颁布了《国民健康保险法》,建立了以自营 业者、农民、森林工人等为对象的国民健康保险制度。1961年全面修订了《国民健康保险法》,提出 所有国民都有义务加入国民健康保险，从而在日本实现了全民保险，目前日本的参保人数占总人口 的99 . 5%。

日本的医疗保险种类繁多，构成复杂。从医疗保险制度本身来看，分为国家健康保险和受雇者 保险两大类。国家健康保险又称为地区保险，是依照《国民健康保险法》而建立的，之所以被称为地 区保险，是由于它适用于日本所有的行政区和特区。该制度的组织管理机构是全国3249个市、町、 村(特区)和166个国民健康保险组织，保险的对象包括两大部分： 一部分是普通国民，如农民、自营 业者、个体劳动者、无职业者、极小企业(5人以下)的职工等；另一部分是一般受雇者保险的退休人 员。国民健康保险的被保险者人数占整个社会医疗保险人数的40%左右。与国家健康保险相比，受 雇者保险的被保对象经济收入和条件相对较好，根据被保对象的职业，受雇者保险可分为4种：①健 康保险，被保对象是受雇于5人以上企业的劳动者及其家属；②船员保险，被保对象是船员及其家 属；③国家公务员和地方公务员互助组织，被保对象是公务员本人及其家属；④私立学校教职员互助 组织，被保对象是私立学校的教职员及其家属。

日本医疗保险的运行机制：①在筹资方式上，主要来自两部分， 一是个人缴纳保险费(按工资比

第十五章 卫生保健制度 201

例的8.5%,个人和单位各负担50%);二是国家和地方政府财政税收的补贴。②在卫生服务的提供 上，凡参加健康保险的人员有权凭证任意选择就诊医院或门诊，但并非均可到开业医生处就诊。 ③在卫生费用的支付上，除了国民健康保险只负担一般国民医疗费的70%、退休人员住院费的 80%、门诊费的70%外，其他制度都规定只要在社会保障指定医院看病，其诊疗费本人只负担20%, 医疗保险负担80%;受雇者医疗保险参保的家属均可享受住院费的80%、门诊费的70%由医疗保险 负担的待遇，这样国民健康保险的参保者则不存在家属医疗的问题。此外，对无工作能力、无收入来 源、无法交纳保险者，经核实可划为生活保障范围，免交保险费，享受免费医疗服务，低收入农民和自 营业者可享受免交一半保险费的待遇。

日本医疗保险制度存在的主要问题是：①医疗费用增长趋势明显，其中增长幅度最大的是老年 医疗费，国民医疗费每年增长2%~3%,而老年医疗费增长6.2%;②医疗保险的公平性差，特别是以 农民和低收入者为主参加的国家健康保险基础比较薄弱；③医疗保险体制难以满足病人的多种需 求，即日本的医生收入和医药费是政府定价、全国统一，每个公民接受的是同样的医疗服务，在这种 体制下，即使愿意多付钱也很难享受到额外服务。

目前，日本医疗保险制度改革的主要思路是通过多种途径控制医疗费用的增长速度，提高卫生 服务的公平性。例如，进行老年医疗费的改革，增加个人负担医疗费用的比例；根据医院的技术水平 实行医疗报酬打分制，对医院的医疗行为实行定额承包制；限定国民医药费中药费比例，同时对药品 价格决定机制进行改革，强化国家对药品价格的监督管理；整顿全国具有医疗保险资格的医院、诊 所，减少床位数，对医院和诊所进行分工调整等。

**第三节** **我国卫生保健制度**

新中国成立以来，我国的卫生事业取得了举世瞩目的成绩，居民健康状况得到了明显的改善，我 国的卫生保健制度也曾得到WHO 和许多国家的高度评价。随着我国社会经济体制改革的逐步深 入，研究我国卫生保健制度存在的问题，探索改革措施，对于完善社会保障体系，促进经济社会全面 协调可持续发展，实现健康中国的目标，都具有非常重要的现实意义。

一般认为，我国的卫生保健制度改革前可以分为自费医疗、公费医疗、劳保医疗和集资医疗(医 疗保险)四种形式。目前实施的卫生保健制度主要有公费医疗、职工基本医疗保险、城镇居民基本 医疗保险、新型农村合作医疗等，基本实现医疗保障全人群覆盖，但参保者自付比较高，保障水平有 待提高。

**一、公费医疗制度**

1952年政务院发布了《关于全国各级人民政府、党派、团体及所属事业单位的国家工作人员实 行公费医疗制度的指示》,据此，全国各地开始实施国家干部公费医疗制度。享受公费医疗的对象 主要是各级政府机关、党派、人民团体及文化、教育、科研、卫生等事业单位的工作人员，二等乙级以 上革命残疾军人和高等学校的在校学生。经费由各级财政预算内安排，按每年人均定额支付。服务

202 第十五章 卫生保健制度

范围包括疾病预防和治疗、非责任伤害、妇女生育等内容。

享受公费医疗人员的就医范围有一定的限制，需在指定的医院就医，跨医院就医需要经过有关 部门批准，其报销范围也有具体的规定。公费医疗的特点是：①享受公费医疗人员的门诊、住院所需 要的诊疗费、手术费、住院费、门诊或住院中经医师处方的药费，均在国家的公费医疗经费中支付，经 过批准转诊治疗、疗养的就医路费，亦可在公费医疗经费中报销；②实行分级诊疗和转诊制度，享受 公费医疗人员一般须在指定的门诊部或医院就诊，并且逐级转诊；③享受公费医疗人员离休、退休后 待遇不变。

目前，享受公费医疗的人群大幅度减少，主要是军人、部分公务员及少数事业单位职工。由于原 有的公费医疗制度对供需双方缺乏有效的制约机制，费用难以控制，采取了一系列的改革措施，如增 加个人负担比例、对医疗机构实行总额预算、费用包干等。

**二、城镇职工基本医疗保险制度**

城镇职工基本医疗保险制度的前身是劳保医疗制度。1951年政务院正式颁布了《劳动保险条 例》,建立了劳保医疗制度。享受劳保医疗制度的对象主要是全民所有制企业职工，城镇集体企业 参照执行。职工个人不缴纳任何费用，由企业行政方面或者资方负担，企业职工直系亲属按规定享 受部分项目半费医疗的待遇。

1994年初，国务院决定在江苏镇江和江西九江进行新型职工医疗保险制度试点。经过两年的 试点探索，形成了“单位、个人共同筹资，社会统筹和个人账户相接合”的社会医疗保障模式。1996 年4月，国务院颁发了《关于职工医疗保障制度改革扩大试点的意见》,阐明了建立职工基本医疗保 障制度的发展目标和十项基本原则。

城镇职工基本医疗保险制度规定的筹资标准为职工工资的8%左右(单位6%、个人2%),有的 地方政府财政提供一定的补贴。单位缴费的60%左右纳人社会统筹基金，其余列入职工个人账户。 职工医疗费用分3段支付，即账户段、自负段和共负段。职工就医先由个人账户支付，个人账户不足 时，由职工自负，全年自负费用超出职工年工资总额5%后，社会统筹基金和个人共同支付，社会统筹 基金支付比例随费用额度增加而增大。2015年参加城镇职工基本医疗保险的人数为2.9亿人。

**三、新型农村合作医疗制度**

20世纪50年代初，随着农业合作化的发展，农民群众创造了合作医疗制度，亦称为集体保健医 疗制度。1959年11月，在山西省稷山县召开的全国农村卫生工作会议予以肯定之后，该制度发展 迅速，初步探索出适合我国农民医疗保健制度的一种可行办法。

合作医疗是在农业集体经济基础上发展起来的一种农村福利性质的医疗保健制度。在自愿互 助的基础上，以较低的费用保障农民的基本医疗保健服务，受到农民的欢迎。各地根据自己的经济 条件，管理水平和农民的意愿，因地制宜举办合作医疗，合理制定享受医疗待遇的范围、标准和医疗 费用的报销比例，形成适合农村经济状况和农民认识水平的合作医疗制度。其特点是：筹资水平低， 保障水平低，农民受益面大，易受到农民支持。合作医疗制度对维护广大农民的健康发挥了重要

第十五章 卫生保健制度 203

**作** **用** **。**

由于长期存在的二元经济结构，导致我国农村集体经济极其脆弱。以农村基层集体筹资为主的 合作医疗制度的发展遇到了极大的困难，并且相继瓦解。2002年10月，中共中央、国务院发布了 《关于进一步加强农村卫生工作的决定》,提出发展新型农村合作医疗制度。2003年1月，原卫生 部、财政部、农业部联合颁发《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》,确定了到2010年新型农村 合作医疗基本覆盖全体农村居民的目标。

与传统农村合作医疗制度比较，新型农村合作医疗制度的基本特点是：政府引导，自愿参加，以 收定支，保障适度，以大病统筹保障为主；最突出的特点是以政府各级财政筹资为主，农村居民从中 能得到实惠。2015年参加新型农村合作医疗人口数达6.7亿人，参合率超过98%。

**四、城镇居民基本医疗保险制度**

随着医疗保障制度覆盖面不断扩大，尤其是城镇职工基本医疗保险和新型农村合作医疗的普 及，绝大多数城镇职工和农村居民都享有基本医疗保障。医疗保障未覆盖人群主要集中在城市无正 式职业者及中、小学生。为了实现全民医保的目标，2007年7月，国务院颁发了《关于开展城镇居民 基本医疗保险试点的指导意见》,正式启动了城镇居民医疗保险试点工作。我国城镇居民基本医疗 保险制度享受对象主要是两类人群： 一是在城镇居住且拥有城镇户籍的无正式工作者或低收入居 民；二是大、中、小学生。城镇居民基本医疗保险基金来自中央及地方财政、参保人，居民自愿参加， 筹资额度及保障水平高于新型农村合作医疗。2015年城镇居民基本医疗保险参保人数为3.7

亿 人 。

**五、补充医疗保险制度**

补充医疗保险是指在国家和社会建立的基本医疗保险制度以外的所有医疗保险形式，包括：职 工个人在参加基本医疗保险之后，再交费投保商业性质的医疗保险；企业行业在参加基本医疗保险 之外又为本单位职工建立的其他形式的医疗保险；儿童、农民工等未被基本医疗保险涵盖的特殊群 体所实行的医疗保险形式等多种形式。补充医疗保险既可由社会医疗保险机构承办，也可由商业医 疗保险机构经营，具有补充性、非福利性、自愿性和多样性等特点。由于医疗费用快速上涨，大病风 险不断增加，有必要大力发展补充医疗保险。

我国补充医疗保险是伴随医疗制度改革而产生的。1994年原国家经济体制改革委员会、财政 部、原劳动部、原卫生部颁发的《关于职工医疗制度改革的试点意见》规定“发展职工医疗互助基金 和商业性医疗保险，作为社会医疗保险的补充，满足国家规定的基本医疗保障之外的医疗需求，但要 坚持自愿参加、自由选择的原则”。2005年根据《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决 定》和《国务院关于印发完善城镇社会保障体系试点方案的通知》的有关规定，对企事业单位建立补 充医疗保险的主办形式、资金筹集方式、保险范围、补偿办法等有关问题作出了具体规定和说明。

在国家宏观政策的指导下，各地对各种补充医疗保险进行了积极的探讨。许多地区积极筹建和 制定多种形式的补充医疗保险，并制定有关政策和具体实施办法。目前，补充医疗保险主要有职工

大额医疗费用补助、公务员医疗补助和其他补充医疗保险3种形式。2015年这3种补充医疗保险的 参保人数分别为22878万人、1939万人和4198万人。

**六、我国卫生保健制度的改革与发展**

卫生保健制度改革是医疗卫生体制改革的重要方面。分析卫生保健制度的改革与发展应该从 卫生费用筹集、分配与支付方式以及卫生服务提供方式和管理措施等基本要素入手。近年来，随着 医改工作的不断深入，我国卫生保健制度的改革与发展主要体现在以下方面。

1. 制度调整 我国的公费医疗、劳保医疗、合作医疗等是适应新中国成立后实行的计划经济体 制需要而建立起来的城乡居民卫生保健制度，并在计划经济体制下对保障居民健康、促进经济发展、 维护社会稳定发挥了重要的作用。改革开放后，随着我国城乡经济体制改革的不断深化，原有的卫 生保健制度与建立社会主义市场经济体制和现代企业制度的要求愈来愈不相适应，其存在的缺陷日 益突出。就公费医疗和劳保医疗而言，若将有限的经费再分配到各单位管理，从全社会的角度看，就 无法通过社会机制对分散包干到单位的卫生经费进行合理的分配和调剂，难以实现社会横向共济的 目标，从而使承担疾病风险能力随着有限经费的再分配和分散而大大降低。因此，公费医疗、劳保医 疗等转向社会医疗保险制度是必然趋势。2003年启动建立的新型农村合作医疗以政府筹资为主， 保障水平远高于传统的合作医疗，对维护广大农村居民的健康发挥了重要作用。2007年启动的城 镇居民基本医疗保险，对于提高我国人群医疗保险覆盖率作用重大。这两种制度的共同特点是：国 家和地方财政筹资比例高，个人筹资比例小，居民自愿参加。但由于资格审核缺乏刚性条件，加之城 市化速度加快和户籍制度改革，部分居民城乡身份模糊，导致重复参保问题严重。因此，新型农村合 作医疗制度与城镇居民基本医疗保险制度并轨势在必行。

2. 经办主体 我国的卫生保健制度的主要形式是各种形式的医疗保险，在医、患、保三方利益 形成的三角体系中，经办机构的枢纽作用至关重要。近年来，经办机构主体的改革主要体现在两个 方面：从“小”到“大”,从卫生部门到社保部门。职工基本医疗保险、居民基本医疗保险等都由政府 直属的医疗保险机构经办，不仅抵御疾病风险和基金风险的能力大大加强，而且有利于规范管理及 居民在较大的区域内就医结算。农民跨省务工人数巨大，但不能进行医保跨省异地结算。因此，国 家有关部门正致力于统一相关标准，并借助互联网技术，全面开通新农合异地结算。“管办分开”一 直是与医保经办机构相关的议题。以新型农村合作医疗制度为例，制度建立初期，由卫生行政部门 设立的新农合管理机构管理，即卫生部门“自己管钱，自己用钱”,以致“管办分开”的呼声高涨。新 型农村合作医疗已逐步由卫生部门经办转向社保部门管理。目前，各种社会医疗保险主要由社会保 障部门经办管理。社会保障部门设立相对独立于行政部门的医疗保险经办机构，积极探索“管办分 开”“政事分开”的医疗保险制度管理模式。

3. 筹资模式 我国主要的卫生保健制度的筹资都来自政府、社会(单位)、个人3个方面，筹资 渠道并未改变，但筹资结构与筹资比例、整体筹资资水平变化较大，不同制度的筹资侧重点差别较 大。新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险覆盖的主要是农村居民和低收入居民，以政府筹资 为主，体现了社会公平的原则；职工基本医疗保险则以单位和个人筹资为主，充分发挥社会共济的作

第十五章 卫生保健制度 205

用。由于我国医疗保险制度筹资水平较低，提高筹资水平是加大健康保障的基础，也是医疗卫生体 制改革的重要目标。据人力资源与社会保障部的统计资料，2010—2015年，职工基本医疗保险和城 镇居民基本医疗保险基金总量年平均增长速度分别为18.1%和42.9%,明显高于参保人数的增长速 度(分别为3.7%和14. 1%)。这表明我国主要卫生保健制度的人群覆盖率和保障水平都在快速 提高。

4. 资源配置 2009年启动的新一轮医药卫生体制改革，逐步确定了“保基本，强基层，建机制” 的改革重点，确立了基层优先的医疗卫生服务体系建设策略。在卫生经费的分配和使用方面有了很 大的调整，对基层卫生机构及基本公共卫生投入显著增加。2015年，各级财政投人基本公共卫生经 费农村居民每年人均35元，城市居民每年人均45元，而且是直接打包拨付给乡镇卫生院、村卫生室 和城市社区卫生服务机构。同时，政府对新型农村合作医疗和居民基本医疗保险的大量财政投入， 也有利于基层卫生机构的发展，调整医疗卫生资源配置。然而，由于医疗市场的技术强势与垄断作 用，大医院“虹吸现象”十分突出，卫生资源配置的“倒三角”问题仍然严重。

5. 服务管理 卫生经费和卫生服务是卫生保健制度的两大核心要素，只有综合地认识卫生经 费与卫生服务的重要作用和密切关系，才能正确理解和把握“保基本”“促公平”“控费用”“提效率” 的卫生保健制度改革的价值和目标。从新医改的发展趋势和成效分析可以看出，“碎片化”的举措 难以取得理想成效，卫生保健体制改革必须置于卫生体制综合改革之中。例如，近些年国家大力推 进的“三医联动”(医疗、医保、医药联动),典型代表是福建“三明模式”,其起因是医保基金出现巨额 赤字，改革措施是公立医院综合改革，核心是规范管理医疗服务，包括切断药品及服务利润与医务人 员利益之间的联系、拉大不同级别就医报销比例的差距、降低虚高药价、规范医疗行为等。这些措施 本身并非创新，关键是顶层设计，部门联动，有机结合，落实到位，保障有力，所以取得了显著成效。

**(卢祖洵)**

|  |  |
| --- | --- |
| **思考题** | **1.如何理解卫生保健制度?**  2.试述我国城镇职工医疗保险、城镇居民医疗保险、新型农村合作医疗的 特点。  3.如何促进我国城镇职工医疗保险、城镇居民医疗保险、新型农村合作医疗 的制度整合，达成“三险合一”,确保我国城乡居民公平享有健康保障 权利? |



**第十六章**

· 笔 记

**健康管理与治理**

**第一节** **健康管理产生的背景**

**一、健康观的演变**

人类对健康的认识经历了一个不断发展和变化的历史过程。最初，人们主要从生物医学角度来 研究和定义健康，认为没有疾病就是健康。后来，不同专业领域学者对健康的研究推动了多领域健 康观的形成。社会学家帕森斯(Parsons) 认为：健康不应仅以生理功能失调为根据，还应纳入社会角 色和能力失调视角，应以测量个体的社会常态而非其生理常态为主来反映其疾病和健康状况。经济 学家认为，健康不仅是一种经济物品，给人们带来效用和收益，也是一种资源。诺贝尔奖获得者阿马 蒂亚(Amartya) 认为：健康是一项有着深刻内在价值的、人类最重要的可行能力，它是人类从事其他 一切活动的前提和基础。舒尔茨(Schultz) 认为：健康是人力资本的重要组成部分。政治学家认为， 健康是人的一种基本自由和权利，是人类社会普遍认同和追求的价值和目标取向之一。健康概念内 涵和外延的不断拓展和深化，在很大程度上拓展了人类健康管理活动的领域和边界。现代健康观及 其内涵经历了从个体到群体，从单维到多维、从消极到积极、从个体健康到家庭、组织、社区、城市、国 家和全球健康等多方面的拓展(图16-1)。因此，要求健康管理也做出相应调整，更加重视群体健康 管理，关注生命周期不同阶段的健康保护，将单纯的疾病管理，拓展到对亚临床、亚健康、健康等不同 生命状态的健康管理。

**二、健康社会决定因素**

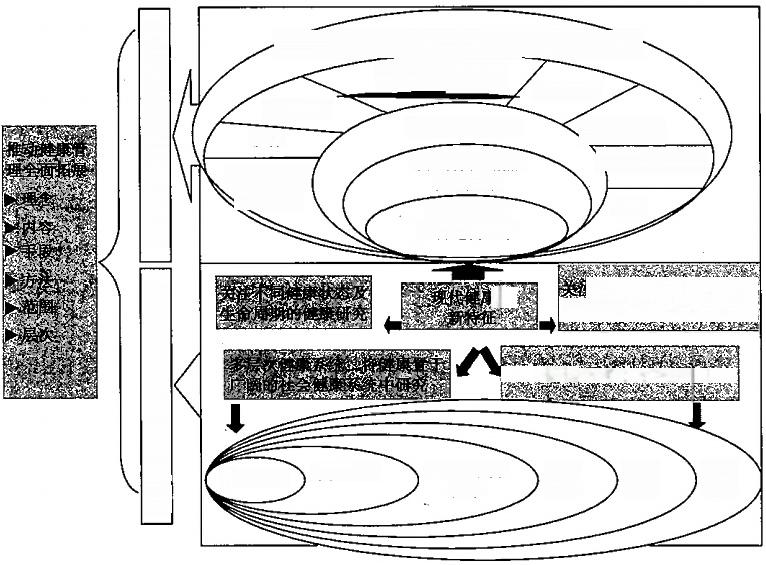
大量研究证明，人类健康除了受生物遗传因素影响外，还在很大程度上受社会生活环境因素的 影响。达尔格林(Dahlgren)和惠特海德(Whitehead)提出了多水平健康影响因素模型，认为人类健康 不平等的产生是微观、中观、宏观不同层次健康影响因素和条件共同作用的结果。 WHO 提出的健康 社会决定因素论进一步提示人们，单纯依赖医学手段难以有效根治健康问题产生的深层次社会根 源，需要卫生系统内外、政府内外多部门的协调行动，共同推动健康管理与治理政策研究和实践的全 面开展。

三、健康管理系统的构建与发展

现代健康观内涵和外延的不断拓展以及多层次健康社会决定因素理论的提出，使得人类的健康

第十六章健康管理与治理 207

管理活动从个体健康管理逐步拓展为涉及其工作、生活场所、社区、城市乃至国家甚至更大范围的健 康管理行动(图16-1)。人们从最初只重视个体健康，逐步转向重视群体及其生活的社会环境系统 的健康，并逐步提出了家庭健康、组织健康、社区健康、城市健康、社会和生态健康等新的健康概念， 从而形成了个人-家庭-组织-社区-城市-国家-地区-全球健康管理系统。其每一个子系统都是更大环 境健康系统的一个组成部分，它们之间相互依存、互为因果、相互影响。



宏观社会、经济、文化环境条件及社会结构因素 **生活工推条件** 就业状况

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 工作环境 教育  农业及食品 生产安全 | 社会和社区网络  个人行为、生活 方式因素  年龄、性别 | 饮水和卫生  医疗保健服务  住房 |

生物遗传因素

观

个体健除 用体磁一壮会山康

个体健康 家庭、组 **社区、城市** 国家 地区 全球

多 层 次 健 康 影 响 因 素 现代健康观的新特征

康结果转向关主健 南 因 童视二者的结

健康 健康 健康 健康

图16-1

现代健康管理的拓展及其推动因素

**第二节** **健康管理与治理概述**

**一、健康管理**

1. 健康管理的演变 健 康 管 理(health management)概括来讲是指针对个体、群体生命全过程以 及健康和疾病不同状态的多样化需求提供全方位服务，并对其健康影响因素进行干预和管理等系列 活动的统称。在这一概念产生之初，健康管理的内容主要围绕个体健康危险因素的测量、评价和管 理等活动展开。随着健康管理研究和实践活动的不断拓展，其管理对象、内容、范围和管理手段开始 向多方面拓展(详见本章第三节)。

健康管理活动最早起源于美国、加拿大等西方国家开展的临床预防性服务，并伴随着一系列健 康风险评估技术和方法的开发和运用而逐步发展起来。随着相关理论和实践活动的不断拓展以及 越来越多机构和部门的参与，健康管理受到了众多企业、保险公司、医疗机构以及政府部门的重视，

208 第十六章 健康管理与治理

并借助于多种内外因素的推动而得到快速发展。

健康管理是在个体临床预防服务基础上发展起来的，因此对个体健康危险因素的评价和干预活 动，始终是健康管理的基础和核心内容之一。随着现代医学技术和管理信息技术的发展，健康管理 越来越依赖现代生物医学和信息技术的运用，从生理、心理、社会等多维角度对个人和群体进行全面 健康管理的健康保障服务。伴随人们健康认识的不断深化，健康管理又在多方面内容上做了延伸和 拓展，不仅重视对个体健康危险因素、行为和生活方式的干预，同时也日益重视和强化对工作、生活 环境、社区、城市、国家的健康管理行动，探索对各种社会条件和结构影响因素进行干预的有效手段， 进而从内容、层次、范围、方法、策略、手段等方面全方位推动了健康管理的拓展。

2. 健康管理概念与内涵 在理论和实践层面，健康管理有狭义和广义之分。人们通常所谈及 的是一种狭义上的健康管理，是指以人们的健康需要为导向，通过对个体和群体健康状况以及各种 健康危险因素的全面监测、分析、评估及预测，向人们提供有针对性的健康咨询和指导服务，通过制 定健康管理计划，协调个人、组织和社会行动，对各种健康危险因素进行系统干预和管理。其宗旨是 更好地调动和整合个人、集体和社会的健康管理资源和行动，通过有效的计划、组织、协调和控制等 管理活动来获取最大的健康效果。

而广义的健康管理则是以现代健康观为指导，运用医学、管理学、政治学、经济学和社会学等多 学科技术和管理手段，协调微观、中观、宏观不同层面的健康维护和促进行动，通过对家庭、组织、社 区、城市、国家、全球等范围内各种健康管理资源的充分调动、协调和整合，实现对群体健康危险因素 及不良社会环境因素的监测、分析、评价和干预，通过推动健康组织、健康社区、健康城市等不同健康 环境支持系统的建设行动，实现在所有环境中促进和改善健康的目标。

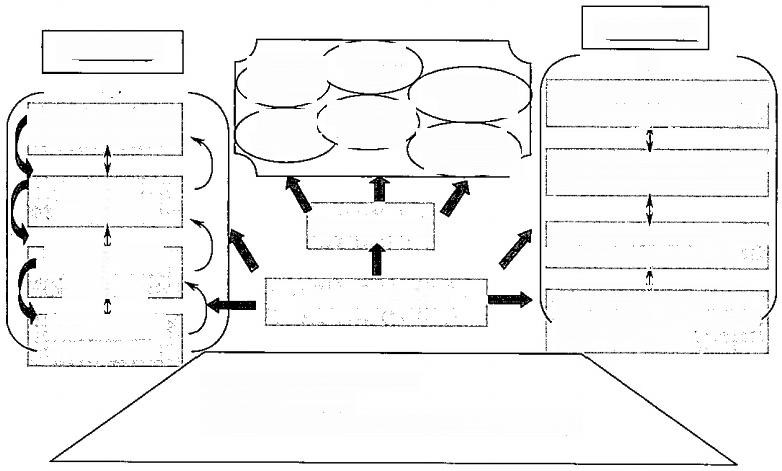
随着健康管理实践活动的不断深入，人们越来越认识到：如果忽略对宏观社会条件和结构因素 的干预，个体、社区层面的健康管理行动就难以取得预期效果。 WHO 健康社会因素决定理论的提 出，要求人们在重视微观生物、行为、生活方式等危险因素干预的基础上，更加重视对各种社会条件 和结构性健康影响因素的干预和管理。

3. 现代健康管理的新特点 受多种因素的影响以及健康管理自身的不断发展变化，健康管理 呈现许多新的特点(图16-2),不断认识和了解这些特点，有助于人们更好地开展健康管理活动。

(1)健康管理呈现多层次化，形成了多水平的健康管理系统：健康管理不再局限于微观个体管 理，而是由微观、中观、宏观等多个层次的健康管理活动通过有机组合而形成的健康管理系统。其核 心是对个体、群体的不良行为和生活方式的干预与管理；其基础是对家庭、单位、社区等人们生活和 工作场所的健康问题及影响因素的综合管理；其支撑是对国家及全球范围内影响全体居民健康的宏 观社会条件和结构因素的干预和管理。此外，不同层次的健康管理活动互为依托，相互影响和制约。 个体的健康依赖其家庭和组织的健康，而家庭和组织的健康又在很大程度上依赖其生存的社区和城 市、甚至国家和全球的健康，反之亦然。

(2)健康管理的内容、对象和范围不断拓展：健康管理内容从患病后的被动治疗和管理，逐步发 展到对各种健康危险因素的主动监测、干预和管理；从对个体不良行为和生活方式的管理逐步拓展 到对各种健康社会决定因素的管理。管理对象从病人拓展到全人群，并关注对不同健康状态、不同

第十六章 健康管理与治理 209



|  |  |
| --- | --- |
| 管理与治 政策法律 理手段 法规手段  规划与( 医学、公共  组织手段 卫生手段 经济、社会、 文化手段等  健康管理的手段 | 健康管理内容 段  疾病、行为生活方式、危险因 素监测、分析、评价、干预  全人群、全周期以及健康-亚健 康亚临床-疾病不同状态管理  导致健康问题产生的社会健康 决定因素与社会条件管理 |

家庭、组织、社区、城市、 生态环境等影响人类健康的 自然社会环境管理

●横向管理与纵向管理相整合

●管理与治理相依托

●政府部门+专业机构+非政府机构+公民社会相配合

健康管理层级

黑

个体、家庭健康管理

工作场所、

社区健康管理

城市、国家层面 的健康管理

国家间、全球范 图的健康管理

制度、体制、 机制手段

**现代健康管理新特征**

图16-2

现代健康管理的新特点

生命周期人群的健康维护以及长期动态管理。健康管理从关注健康结果转向关注对影响健康的自 然、社会环境和条件的管理。 WHO 在《渥太华宪章》中提出，应重视人们居住、工作和生活场所的健 康管理，因为他们与人们的健康密切相关。因此，创建各种健康支持性环境具有极端的重要性，只有 通过大力倡导构建健康组织、健康社区、健康城市、健康生态等健康环境的创建行动，才能从根本上 铲除滋生各种健康不良结果的土壤。

(3)健康管理手段日趋多样化：随着健康管理人群和范围的扩大，健康管理的策略和手段也发 生了很大变化，健康管理所运用的手段从最初针对个体的临床医学和预防医学手段，到针对群体的 公共卫生手段，后来又拓展到社会、经济、文化、政策、法律、制度等综合干预手段，健康管理越来越依 赖专业技术之外的多种管理策略和手段，更重视技术手段与管理手段的有机结合。

(4)强调横向与纵向健康管理和协调机制的建立。现代健康管理重视和依靠卫生行政部门和 专业医疗卫生机构在实施健康管理中的作用，并在此基础上，不断探索将健康目标和健康管理纳入 所有部门的有效路径，期望通过跨部门协调一致的政策和策略行动，推动健康管理的有效开展。为 实现这一 目标，它强调横向、纵向健康管理行动的有机结合，致力于通过多种协调机制的建立推动合 作管理的实现。

**二、健康治理**

1. 治 理 联合国全球治理委员会认为：治理是各种公立或私立机构、组织或个人管理其共同事 务诸多方式的总和，是确保人们相互冲突的利益得以有效调整，确保人们协调一致采取联合行动的 过程。它既包括正式制度和规则，也包括非正式制度安排。因此，治理是一个社会为实现共同目标， 通过一系列正式与非正式制度、策略和行动以推动集体决策和行动来共同解决问题的过程。它包括

210 第十六章 健康管理与治理

了个人和组织为实现共同目标而组织在一起的多种方式，并就相关的一系列事务达成共同协议，如 建立合作伙伴关系，确定彼此的责任和义务、决策共享方式、资源动员和分配方法、冲突解决机制以 及相关的正式和非正式制度。

2. 健康治理 (health governance) 指政府不同部门、卫生服务提供者、企业与社会组织、医 疗服务使用者、公众等众多利益主体，为保障其健康共识和一致性行动目标的达成，而制定的一系列 正式和非正式制度和规则安排，以推动协调一致的健康政策、策略落实以及公共健康问题解决的联 合行动过程。实现健康治理目标需要强有力的政治领导和持久的政治承诺，需要明确公民、社会有 效参与的途径和方式，鼓励人们通过不断的政策、制度、组织、机制创新来解决人们的利益冲突，并促 使不同政策领域之间达成健康共识。健康治理的范围可大可小，既可以是省市等次国家层面，也可 以是国家、地区或全球层面。健康治理既可以由公共部门来执行，也可以由私立部门或者通过公私 合作等形式来实现。健康治理概念、理论和相关策略的提出将有助于人们更好地协调和处理多重利 益相关者的关系，并通过各种制度和机制安排，落实公众健康参与机制、应对机制和问责机制，帮助 人们更好地应对多重健康挑战。

3. 健康治理的特点 见图16-3。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **健** | **康治理特点** |  |
| 治理主体多元化： 各级、各部门政府 各类专业卫生机构  公立、私立 | 治理机制多样化： 授权与责任机制 沟通与互动机制  协商与合作机制 | 治理政策创新：  政府市场社会互动管理 横向与纵向管理整合 权力中心多元化 | 治理手段多样化  医学与非医学手段 政府非政府手段  正式制度和 |
| 公众、社会团体 非政府民间组织等 | 广泛参与机制 | 网络化治理  弱化控制，强化协调 | 非正式制度安排  市场手段；合同契约 |

图16-3

健康治理的特点

(1)治理主体多元化：与以往单纯依赖卫生行政部门及专业医疗卫生机构来推进各种健康管 理活动所不同的是，健康治理强调在二者基础之上多元主体的共同参与，特别是政府其他部门的 参与以及社会团体、公众以及私立部门和民间组织的参与，从而更好地推动全民的健康管理 行 动 。

(2)治理机制多样化：除了运用自上而下的行政命令和强制手段外，治理更多强调通过授权与 责任、合作与协商等多种机制的建立，来推进多种方式和手段的健康管理探索。

(3)治理策略创新：健康治理目标的实现需要各种相互配套的创新性治理策略。它倡导多元权 力中心，通过垂直管理与水平管理的有机整合以及网络治理方式，弱化传统的权威控制，强化协商合 作，通过政府、市场和社会的有机互动来解决社会重大健康问题。

(4)治理手段多样化：除了依赖医疗、公共卫生的技术干预手段外，健康治理同样重视和强调运 用医学技术手段之外的管理、政治、经济、社会、文化等综合手段来对健康问题实施管理。除了医学 专业与政府行政手段外，市场机制手段也被广泛地运用，同时，各种非政府以及非正式制度手段也受 到了人们的重视。

**第十六章** **健康管理与治理** 211

三 、健康管理与健康治理的联系与区别

( 一)健康管理和健康治理的联系

1. 二者都是解决公众健康问题的重要手段 在健康管理产生之初，主要偏重于运用医学相关 的专业技术手段以及卫生管理手段，来实施个体、群体的健康危险因素分析、评价及其生活、居住、工 作场所的健康管理工作。后来，人们逐步认识到，仅仅关注个体、群体及其工作和生活环境的健康管 理是远远不够的，还需要对中观和宏观层面的社会环境和条件因素进行管理。因此，健康治理受到 了人们的普遍重视，健康治理手段的引入，可以有效地弥补传统健康管理手段的局限和不足。只有 将健康管理和治理手段有机整合，才能从根本上铲除滋生各种健康问题的土壤。

2. 二者通过横纵联合形成健康管理网络 随着公共健康问题影响因素的日趋复杂化和多样 化，特别是健康社区、健康城市、健康国家等概念的相继提出，人类社会健康管理的目标和行动从对 健康问题产生的微观环境干预转向对更广阔的政治、经济、社会、文化环境健康影响因素的综合干预 和管理。在此基础上，WHO 提出了将健康融入所有政策之中的倡导。为解决跨地域、跨部门所面临 的重大健康问题和挑战，需要在发挥原有卫生系统和行政组织所具有的纵向开展健康管理优势的基 础上，引人具有横向管理优势的各种健康治理手段，帮助人们更好地应对跨领域联合行动所面临的 集体决策和协调行动问题，如缺乏共享目标和愿景、责任不清、相互推诿、健康管理效果不佳等。

(二)健康管理和健康治理的区别

1. 行动主体的不同 健康管理的行动主体主要来自卫生相关行政部门、医疗服务提供组织、其 他健康相关的专业系统、组织机构或个人；而健康治理的主体往往涉及更多的领域、系统、部门、社会 组织、团体和个人。传统的健康管理强调卫生行政和专业组织作为健康问题的权威管理主体和权力 中心，重视通过卫生行政和医学相关的专业权威以及管理控制来推进健康管理。而健康治理则强调 健康管理主体和权力中心的多元化，重视通过多个健康相关政府部门、专业机构、市场、公民组织等 多种权力架构以及网络关系的建立来推动对健康问题的共同管理。

2. 管理对象、内容和范畴虽相互重叠但各有侧重 随着健康管理事业的不断发展，健康管理 对象、内容、范围有了进一步拓展，从主要管理病人到管理全部人群，从生活方式管理拓展到疾病和 残疾管理、灾难性疾病管理以及综合健康危险因素管理，从以管理个体为主拓展到个体和群体并重。 从发展沿革来看，健康管理往往更侧重于对不同个体、群体及其生活、学习和工作场所等微观环境及 健康危险因素的管理。健康治理更偏重对社区、城市、国家、地区或全球更大范围内健康问题的管 理；其治理内容更侧重于对导致公众健康问题的中观、宏观健康决定因素，特别对各类不利于人群健 康的社会结构、环境和条件的干预和管理。

3. 管理手段不同 健康管理更多地运用卫生行政手段如法律、法规、行政命令，特别是通过卫 生系统、医疗服务组织既有的管理和专业技术手段来实施管理；而健康治理更多地强调通过合作、协 商、谈判、相互妥协等多种方式来进行管理，重视一致的健康目标和愿景的构建，致力于通过对现有 制度、组织、机制创新等众多手段来协调和处理多重利益关系，更好地应对多重健康挑战。

212 第十六章 健康管理与治理

**第三节** **多层次的健康管理与治理**

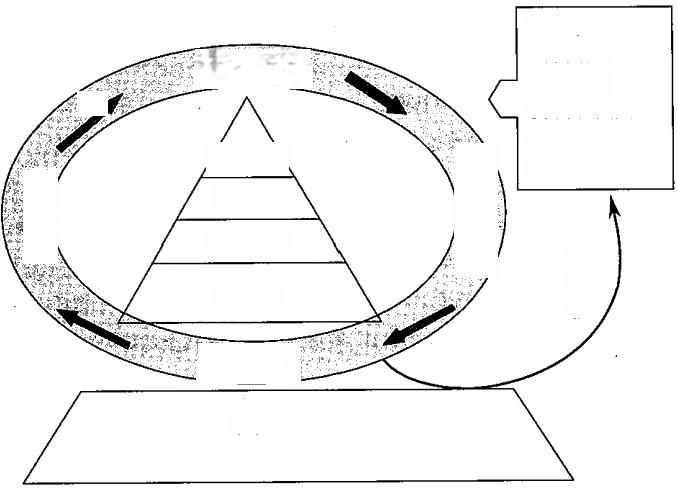
**一、个体与群体的健康管理**

个体的年龄、性别、遗传等生物学因素无疑会对其健康状况产生重要影响。然而，大量的研究表 明，个人的行为和生活方式也会对其健康状况产生重要影响，而这些因素在很大程度上是可控及可 干预的。因此，针对疾病的危险因素及不良行为和生活方式实施个性化的干预，始终是健康管理的 核心内容之一。

(一)个体、群体健康管理的核心内容

在现实社会中，每个人都要为其个人和家庭的健康承担责任，没有来自个人和家庭的重视和积 极参与，任何健康管理行动都难以奏效。然而，长期以来，由于缺乏相关知识和技能，很多人对其面 临的健康风险浑然不知。因此，健康管理在诞生之初就致力于研究和开发各种健康风险测评和分析 技术，帮助个体和群体了解其健康问题以及其健康危险因素导致不良健康结果的发生概率，并通过 制定和实施以健康危险因素为靶向的干预计划来实现对疾病的预防性管理。

健康管理的出现，使卫生系统的服务和管理的对象从病人拓展到全体人群，包括对处于健康、亚 健康、亚临床和疾病状态人群健康的全程动态管理。因此，健康管理成为以服务为载体，以管理为手 段，通过有计划有组织的系统活动来对个体和群体中的健康问题和健康危险因素进行检测、评价和 干预，健康管理是由健康危险因素检测-评价-干预-再评价等核心环节要素组成的一个动态循环过程 (图16-4)。



**健康问题与危险** **因素发现、检测**

大病患者

患病人群

亚健康人群

健康人群

**制定健康管理**

**计划实施干预**

个体化的健康干预

个人、企业、保险机构、医疗组织、社区参与

●生活方式管理

●需求管理

●疾病管理

●灾难性疾病管理

●残疾管理

●综合健康管理

风评估预

效 果 平 5

管 理 策 略

图16-4

健康管理的动态过程

第十六章 健康管理与治理 213

(二)健康管理的基本步骤

1. 收集健康管理对象的个人健康信息 了解其健康需要、发现其存在的健康问题、查找健康危 险因素，并对健康危险因素进行检测和分析。

2. 进行健康和疾病风险评估与预测、疾病预警 在收集个人健康信息的基础上，综合运用多 种方法对健康问题和健康风险进行分析和评估，预测个人在以后一段时间内发生某种疾病或存在健 康危险的可能性，制订健康管理和健康风险干预计划。

3. 实施健康干预 根据健康风险评价结果，提出健康改善策略与措施，制订个性化的健康促进 计划及危险因素干预处方。充分调动个人、家庭和社会的积极性，帮助其实施健康计划，通过生活方 式干预、膳食营养指导、心理健康干预、运动干预、健康教育和指导等个性化干预措施的综合运用来 实现促进健康的目的。

4. 进行干预效果评价 及时对健康干预的实施效果进行动态追踪，了解存在的问题，评价计划 和措施的实施效果，并对干预方案做进一步的完善。

上述几个环节是一个长期的、连续不断的、周而复始的过程，只有长期坚持才能收到预期效果。

(三)健康管理策略

1. 生活方式管理 致力于对人们不良的行为和生活方式进行干预，运用科学的方法来指导和 培养人们的健康习惯，改掉其不良健康习惯，建立健康的行为和生活方式，最大限度地降低其健康风 险暴露水平。1997年，美国加利福尼亚州的威玛研究所实施了《新起点的生活方式管理研究项目》, 它主要通过对营养、锻炼、行为节制、接受阳光照射、呼吸新鲜空气、饮用足够清洁水、休息与建立信 念等八方面的干预活动来减少健康风险。生活方式管理的成败在很大程度上取决于被管理者对管 理计划的积极参与和配合程度。因为不良的行为和生活方式不是短期内形成的，而是人们经常性 的、固定为习惯的一种生存方式，管理者不可能时时跟踪被管理者。因此，要强调个体对自身健康的 责任，强调个体对自身健康实行自我管理的极端重要性。生活方式管理的效果取决于如何使用行为 干预技术来激励个体和群体的健康行为，行为改变干预技术主要包括教育、激励、训练和市场营销等 *方式。*

2. 需求管理 通过向病人提供决策支持和自我管理支持来鼓励人们合理利用医疗服务。它致 力于通过帮助病人进行健康维护以及寻求适当的医疗保健，来控制健康消费的支出和改善病人对医 疗保健服务的利用。需求管理不是禁止人们利用卫生服务，而是要人们减少对不合理的和非必需的 医疗服务的利用，帮助人们维护好自身的健康和更合理地利用医疗卫生服务。需求管理主要通过为 人们提供各种可能的信息和决策支持、行为支持以及其他方面的支持，来帮助其在正确的时间、正确 的地点，寻求恰当的卫生服务。来自美国的相关研究数据表明：70%的疾病与人们的生活方式管理 有关，而43%的急诊服务、25%~65%的诊断性检验是没有必要的，由此凸显了对病人进行医疗需求 管理的必要性。需求管理主要有两种实现途径：一种是通过对需方的管理来实现，一种是通过对供 方的管理来实现。需方管理重视病人的知识、观念、态度和偏好等因素对卫生服务利用的影响，因而 强调对病人教育的重要性，鼓励其在医疗服务利用决策中发挥积极作用。通过对人们的卫生保健需 求实施影响和指导，帮助其做出理性的消费选择，以减少人们对那些临床上非必要而且昂贵的医疗

214 第十六章 健康管理与治理

保健服务的使用。供方管理多是通过管理性保健来实现的，主要是通过全科医生守门人、将服务引 导到费用相对低廉的社区卫生服务机构，并通过利用率评估等手段来控制不合理和过度的医疗服务 需 求 。

3. 疾病管理 美国疾病管理协会定义：疾病管理是一个协调医疗保健干预以及与病人沟通的 系统，它强调病人自我保健的重要性。疾病管理为改进医患关系和完善保健服务计划提供支撑，强 调通过运用循证医学和增强个人能力的策略来预防疾病的恶化，从临床、人文和经济等方面对整体 健康状况的改善进行动态评价。疾病管理包括：目标人群筛选，循证医学指导，协调医疗服务与其他 辅助服务，病人自我管理教育，关注对疾病管理过程和结果的测量、评价和管理，定期报告与反馈。 疾病管理与传统的单纯疾病治疗不同，疾病管理认为病人不应该是一个被动的受治者，而应该是疾 病管理过程的主动参与者。它不是一次性的治疗活动，而是疾病和健康管理的连续性过程。它高度 重视对疾病治疗措施和其他干预措施的协调管理。尽管疾病管理计划的内容各不相同，但一般都包 括对病人进行教育使其了解自身疾病的相关知识，鼓励病人合理用药，了解和监测服药症状，对病人 的临床症状和治疗计划进行监测等内容。

4. 灾难性疾病管理 灾难性疾病通常指对健康危害十分严重，或会导致巨额治疗费用的一类 疾病，如癌症、肾衰等。对它的管理实质上是疾病管理的一个特殊形式，是为灾难性疾病病人及其家 庭提供各种医疗服务，管理者往往会面临高度专业化的疾病治疗和管理的挑战，因为这些疾病的治 疗通常是一个长期和复杂的医学过程，同时，由于这一类疾病的治疗费用通常非常昂贵，在治疗过程 中往往会给个人和家庭带来巨大的经济和心理压力。此外，病人在患病后能否得到及时有效的治 疗，又常常受到家庭、经济、保险等多方面因素的影响，这就注定了灾难性疾病管理的复杂性和艰巨 性。灾难性疾病的管理主要通过对病人和家属的健康教育、制定综合疾病管理计划、鼓励病人自我 管理以及协调多学科及部门的疾病管理行动，使灾难性疾病病人在临床、经济和心理上都能获得最 优结果，以最大程度地满足病人的多重服务需要。

5. 残疾管理 目的是减少工作地点残疾事故的发生率以及由此给人们带来的健康和经济损 失。对于雇主来说，残疾的真正代价是伤残带来的生产力损失。因此，残疾管理从雇主的角度出发， 通过对不同伤残程度人员的积极管理，使残疾造成的劳动和生活能力下降的损失降到最小。残疾管 理的重要内容之一是找出工作场所存在的、可能导致伤残发生的各种隐患，并通过教育和早期干预 行动来预防或最大限度减低工作场所残疾发生的可能性，以确保工作环境的安全；对于已经发生的 伤残事故，要确保人员在伤害发生时能够得到及时的治疗。此外，还包括对已经伤残的人员提供及 时的医疗和康复及其他必要的帮助和支持，并为其返回工作场所提供相应的帮助。残疾管理在具体 管理活动中常包括以下工作内容：预防伤残发生，防止残疾恶化，注重残疾人的功能性能力恢复而不 仅是病人疼痛的缓解，制定衡量实际康复和返工的标准，详细说明残疾人今后行动的限制事项和可 行事项，评估医学和社会心理学因素对残疾人的影响，帮助残疾人和雇主进行有效的沟通，帮助伤残 者尽早恢复，重返工作岗位。

6. 综合人群健康管理 许多健康管理项目通常采用多种健康管理策略相结合的办法来满足人 们多样化的健康管理需求(表16-1)。 一般来说，雇主需要对员工进行需求管理、伤残管理和大病管

第十六章 健康管理与治理 215

理，医疗保险机构和医疗服务机构除了需要开展疾病管理外，同样也需要运用其他健康管理策略对 其服务对象进行多重管理。随着健康管理理论和实践的不断深人和发展，对人群健康实施综合管理 的作用越来越大。

**表16-1美国的人群健康管理框架**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **角度** | **目标人群** | **健康管理项自目标** | **健康管理策略** |
| 雇主 | 雇员 | 降低费用和伤残，提高生产效率 | 生活方式+需求+残疾+灾难性病伤管理 |
| 保险机构 | 参保人群 | 降低费用，改善健康 | 需求+疾病+灾难性病伤管理 |
| 服务提供者 | 服务消费者 | 改进服务质量、效率、效果 | 生活方式+需求+疾病管理 |
| 病人 | 个人 | 满足多维健康需要，降低费用 | 自我照顾+生活方式+需求+病残管理 |
| 社会 | 公众 | 降低费用，改善健康，提高生产力 | 生活方式+需求+疾病管理 |

二、以社区为基础的健康管理与治理

( 一 )社区健康管理与治理

个体和群体的健康除了受到个体行为生活方式影响外，还与其所处的家庭、组织、社区等工作、 学习和生活环境密切相关。因此，社区是实施群体健康管理的重要场所之一。社区健康管理以改善 社区居民健康为目标，通过对社区居民健康需要、问题及影响因素的分析，实施社区健康诊断，查明 社区主要健康问题及其产生根源和机制，制定优先干预清单和社区健康管理干预计划，通过健康教 育、膳食指导、运动锻炼、不良环境改造等综合社区卫生服务和健康管理活动的开展，实现提升社区 居民整体健康水平的目标。

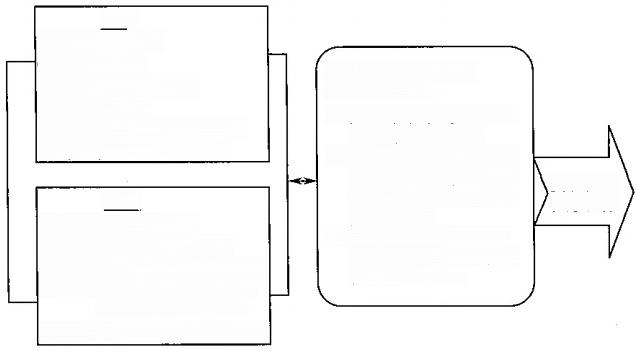
社区健康治理是指针对社区主要健康问题和挑战，通过多种途径和方式，推动跨部门协作、促进 社区伙伴以及社区合作网络的建立，通过对社区不良环境和条件、健康危险因素以及重点健康问题 的协调一致的干预行动，推动社区健康管理目标的实现。可以说，社区健康治理概念的提出不是为 了替代传统的健康管理活动，而是对它的管理内容、组织资源和行动策略的进一步拓展，它倡导在既 往卫生系统开展的健康管理基础上，通过组织创新和制度、机制探索，将社区更多的部门和组织资源 纳入和整合到社区健康管理行动中来，并通过各种有效的组织形式、管理模式和实现路径的深人探 索，帮助社区寻找应对社区健康问题新挑战的更有效的策略、手段和实现机制。

(二)新型社区健康管理与治理模式的探索及组织策略选择

实现社区健康管理目标，不仅需要有效挖掘卫生系统内部资源，还应注重对卫生系统之外其他 社区组织资源的充分挖掘和利用。因此，创新型的社区健康管理模式是社区健康管理与治理行动的 有机整合，它重视和强调专业卫生机构、政府与社区组织、社区居民共同参与健康管理行动。其主要 目的是通过新型社区伙伴组织和合作机制的建立，通过创新性的管理和治理手段的探索，实现更广 泛的社会动员和参与，通过有机协调和整合社区的健康管理资源，更好地满足社区居民多元化的健 康需求(图16-5)。

在一个健康问题挑战众多、影响要素多元、管理部门众多的社会里，如何通过有效的制度机制探

216 第十六章 健康管理与治理



治理

决定目标与方向 制定战略规划

确定参与成员与规模 确定资源保障

·选择协调和整合的治理框架 明确问责机制与评价标准

管理

明确共同愿景与使命

保障成员的参与及其利益

实施：组织结构、协调和整合 管理：沟通渠道、解决冲突、

外部联系、不断调整

监测：过程、评估、实施问责

建立以健康为导向的 社区伙伴组织：

●建立跨部门、参与性广 泛的新型社区组织

●对社区健康管理行动进 行计划和组织，发现健 康问题、查找原因、制 定解决办法

●开发战略、动员资源、 推动共同健康行动，解 决社区健康问题

实现社区 健康目标

图16-5

实现社区健康管理与治理的组织与策略选择

索与鼓励公众参与卫生决策和健康管理，无疑是对各级政府健康管理能力的 一 项重要挑战；同时，也 需要人们通过不断的管理与组织创新加以应对。纽约健康合作战略推进中心通过对美国各种社区 健康管理倡议行动的总结，提出了以下社区健康治理过程中应关注的关键环节(图16 - 6)。为确保 有效的社区健康治理，应重视对健康治理行动的领导和管理，在议程设置、策略选择等关键环节形成 共识，并对参与社区健康管理行动的人员及其参与形式和范围做出规定；注重在健康管理的全过程 强调共识、合作和伙伴关系，通过授权及合作，探讨弥合不同利益群体相关利益冲突的有效途径，并 通过共享决策、实施和评价机制以及问责机制的建立，推动社区健康管理目标的实现。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **重视领导与管理关注治理过程**  ■议程设置 ●谁参与  ■策略选择 → ●如何参与一  ■实施与评价 ●参与范围 | **形成共识**  **团队合作**  **建立协作** **伙伴关系** | 授权  弥合裂痕  建立关系 整合 | 建立共享决策  实施与评价的 责任机制 | 实现社区  健康治理 目标 |

图16-6

社区健康治理关键环节

**三、卫生系统健康管理与治理**

WHO 认为，卫生系统是由 一 切促进人们健康的活动所组成的系统。这 一 定义超越了以往的 狭义卫生系统的边界，它将卫生系统之外的其他健康改善和促进活动也纳入其中，因此这是 一 个 大系统的概念。理想的卫生系统应由功能明确、彼此关联的多个健康促进亚系统所组成，并在筹 资、服务提供、购买、管理和规制等系统要素和功能上实现有机整合。然而在现实生活中，上述很 多功能是相互分离的，导致卫生系统难以形成 一 个统 一 的、能够对公众健康有效问责的机制和系 统，也无法对公众健康需要做出快速有效的反应。因此，如何让卫生系统成为公众健康的真正保 护者和推动者，如何对卫生系统进行有效管理和治理，成为摆在各国政府及决策者面前的最具有 挑战性的问题之一 。

第十六章 健康管理与治理 217

**(** **一** **)卫生系统健康治理**

卫生系统健康治理是指一个社会为更好地组织起来、实现公众健康改善和保护等目标所采取的 一系列行动和手段，包括构建一系列正式和非正式制度框架和规则体系来规范人们的行为，以确保 卫生系统关键功能和目标的实现。因此，从本质上讲，卫生系统的健康治理也是指对卫生系统进行 管理、指导、控制的一种结构和过程，它包含如何通过有效的管理来确保卫生系统满足当前和未来的 健康需要，从而确保卫生系统的可持续性发展。

卫生系统健康治理的本质内容是问责机制，涉及对卫生系统各利益相关者相互关系的有效管 理，以确保他们对卫生系统的筹资、监测、服务提供和利用负有责任。这些利益相关者包括个人、家 庭、社区、企业、政府、非政府组织、私立机构以及其他团体。卫生系统的治理目标主要通过授权、筹 资、绩效管理、提供信息和实施等手段来实现。

对卫生系统实现有效的治理，必须首先了解和明确卫生系统的目标。 WHO 提出卫生系统的3 个主要目标是：①改善公众的健康状况；②对公众的期望做出反应；③为防止公众疾病经济负担提供 资金保护。此外，质量、公平、效率、效果、可及性等也成为很多国家卫生系统的重要目标。而在高度 分散的卫生系统中要想实现上述目标，必须采取更为有效的管理与治理行动。

(二)卫生系统健康治理存在的主要问题

伴随各国政治、体制的快速变革进程，许多公众健康问题日益凸显，人们对卫生系统进行改革的 呼声不断加大，要求其妥善处理和解决卫生系统治理改革所面临的关键问题，对公众的健康承担更 多的责任。目前，卫生系统治理面临的主要问题有：

1. 政府和市场的作用问题 各国政治、经济体制以及卫生系统的变革，导致市场对卫生系统的 影响和作用发生了很大变化。因此，如何合理划分市场与政府的作用和边界，成为困扰许多国家的 共同问题。在快速改革的卫生系统中，亟待建立一种新的管理制度和机制框架，以此来界定政府在 筹资、服务提供、组织管理等方面的作用，理清卫生系统中不同政府主体与市场以及与其他多种主体 之间的作用、角色和相互关系。

2. 卫生行政部门与政府其他部门在健康管理中的作用问题 实现卫生系统的治理目标，不仅 要明确卫生部门的治理责任，还要明确政府其他部门以及各级政府部门在卫生系统的管理、筹资、服 务供给、资源提供、问责与规制中的作用、角色和治理功能。卫生系统长期存在的分散管理与多头治 理问题，严重阻碍了卫生系统的有机整合。此外，与居民健康密切相关的公共服务(提供安全饮用 水，环境卫生以及食品和营养安全等)目标和任务的实现，单靠卫生部门的努力是无法完成的，需要 其他部门的参与和密切合作。因此，卫生系统治理的重要目标之一就是要建立一系列有效的治理机 制，以确保卫生系统对公众的整体健康负责，而不仅仅是对卫生服务提供者负责。 WHO 在《阿德莱 德宣言》中提出的在所有政策中关注健康的政策倡议，其目的就是要解决健康的分散治理问题，只 有通过跨部门的有效合作和协调一致的努力，才能为更有效地提供健康相关服务创造必要的环境和 条件，并确保政府各部门所承担的公众健康责任落到实处。

3. 公共部门、私立部门及公民团体等不同主体的作用发挥问题 长期以来，主要依赖卫生行 政部门和专业卫生机构来解决公众的健康问题。然而，这一模式的局限性却日益凸显，这就需要打

破传统的单一角色、单一部门、单一手段的公众健康解决方式，探寻一种包括其他政府部门、私立部 门、社会公众广泛参与的健康问题合作解决方式，通过明确各自的角色和职能，建立各种正式和非正 式制度和机制，以妥善解决集体决策和联合行动所经常面临的问题。虽然治理是政府的一个重要管 理职能，但其职能的实现要在很大程度上依赖卫生系统各相关利益主体(社区、专业医疗机构、公共 卫生机构、民间团体、私立机构、合作伙伴团体等)的积极参与。此外，治理也在很大程度上取决于 决策者或管理者如何看待其自身的使命和功能，是把自己看作是公众的管理者还是服务者，是始终 依赖强制和胁迫手段来治理还是通过营造一个支持和推动的环境，重视通过伙伴关系的建立，通过 协调一致的行动和合作来实现卫生系统的目标。

(三)卫生系统健康治理的框架与原则

1. 具有战略视野 卫生系统的领导者应具有战略视野，制定长远健康发展规划和目标，并对影 响健康目标的历史、社会、文化背景因素有充分的认知和了解。

2. 建立共识 良好的卫生系统治理机制应能够确保人们在卫生决策中阐明立场，积极参与决 策过程，并发表建设性意见。卫生系统需要构建一个有效的机制、渠道和制度平台，确保各利益相关 者的利益和需求被充分表达，并通过有效的沟通和交流促进共识的达成。

3. 依法治理 健康相关法律条文应有助于健康公平目标的实现，相关法律还应确保公民的各 项健康权利，并保障在医疗服务的具体实践中得以落实。

4. 公开和透明 卫生系统健康治理目标的实现是建立在充分的信息交流和沟通基础之上的。 卫生系统应为参与治理的各方提供充分信息，帮助其了解相应治理过程和有关制度、机制，并为其了 解服务提供过程、监测健康相关事件、评价相关活动提供充分的信息支持。

5. 反应性 卫生系统的治理制度、机制和相关程序应服务于各利益相关者的需要和需求，并确 保相关政策和健康干预项目及行动满足不同利益群体的健康需求。

6. 公正和广泛性 卫生系统治理框架的构建应确保所有公民获得公平的健康改善机会，并帮 助其实现生理、心理、社会等方面的完好健康状态。

7. 效果和效率 健康治理所构建的制度和流程不仅应能够满足人们的各种健康需要、改善其

健康结果，同时也应确保各种卫生资源的节约和有效利用。

8. 问责制 卫生系统的治理机制不但应保障政府、卫生服务提供者、专业组织、私立部门等多 元利益主体有效参与卫生决策过程，还应保障各参与主体对公众健康责任机制的建立和有效落实。

9. 情报信息 丰富的情报信息有助于人们更好地了解卫生系统及其存在的问题，帮助人们做 出科学合理的判断和决策，并推动卫生系统长远发展目标和战略的制定。

10. 伦理学原则 伦理学原则的提出和建立是为了让人们更好地尊重自主决策的自由，信守不 干预、保持善行、公平正义的原则，并促进对病人利益和权益的有效保障。

**四、国家健康管理与治理**

(一)国家健康管理与治理的内涵

通常各国政府解决其国家健康问题的主要策略是通过卫生行政部门制定一系列卫生政策、规

第十六章 健康管理与治理 219

划、制度、法律、法规，并通过卫生体制改革等多种手段的综合运用来应对其主要健康挑战；此外，通 过强化相关政策、策略的落实来保障国民健康管理目标的实现。然而，随着人口老化、疾病谱的改变 以及多因多果所导致的复杂疾病因果链的出现，人们发现越来越多的社会环境和条件因素介导了各 种健康问题的产生，导致以往单纯依赖卫生行政部门的管理手段以及专业卫生机构的技术手段来实 现国家健康管理目标的管理模式失效。

WHO 健康社会因素决定论表明，宏观社会结构和环境条件对不同群体的健康发挥着重要影响。 因此，需要通过多种创新性的政策、制度设计来实施干预。新的国家健康管理和治理是以改善国民 的整体健康为目标，以健康的社会决定因素为干预对象，通过卫生、社会、经济、政治、法律等政策、策 略、手段的综合运用，协调政府各个部门的健康改善行动，调动政府、非政府组织、民间团体以及公民 社会的各种资源和积极性，制定综合、统一、协调的国家健康政策，实现在所有政策中关注健康，在所 有策略和行动中保护健康，在所有环境中促进健康的目标。要实现这一目标，需要从多方面着手，首 先要充分发挥政府和卫生部门的作用。

(二)强化政府对公众健康管理的作用和职能

强化政府自身的健康管理职责，通过制定卫生政策和相关社会健康政策，完善健康相关立法，改 革现有卫生体制与制度设计，强化政府健康国民计划的制定、实施、控制和监管，对公众健康产生重 要影响的社会、经济、文化环境和条件进行干预。总之，政府对健康管理的重视和关注是确保健康社 会决定因素得到有效治理的重要基础。

**(三)拓展卫生部门的新作用**

《阿德莱德宣言》提出，为了实现在所有政策中关注健康问题的目标，卫生部门必须学会如何与 其他部门合作来共同开展工作。卫生部门需要不断探索和创新相关政策、制度、机制和工具手段，不 断改变自身的知识、技能结构，并拓展自身的职能。这些职能包括：①了解其他部门的政治议程和行 政必要措施；②建立有助于政策和策略方案选择的信息和循证基础；③对政策制定过程中的各种政 策备选方案及其可能后果进行比较评价；④创建与其他部门开展对话和解决问题的固定平台；⑤对 跨部门工作和一体化决策的实施效果进行评价；⑥开展能力建设，改进机制、资源、机构支持，配备有 能力和有奉献精神的工作人员；⑦通过与政府其他部门的合作来实现卫生系统的目标，并在此基础 上促进公众整体健康和福祉的改善。

(四)建立政府间跨部门的协调机制

世界各国普遍存在着健康治理结构过于分散的问题，它是导致许多健康问题长期得不到有效解 决的重要原因之一。除卫生部门之外，其他政府部门拥有的责任、权力、资源也会在很大程度上影响 健康政策的发挥。《阿德莱德宣言》提出，只有当所有部门都把健康和福祉作为政策制定最关键和 核心的内容时，健康目标才能更好实现。长期以来，由于缺乏政府部门之间的协调和整合机制，使得 很多健康改善行动难以取得预期效果。因此，必须高度重视跨部门健康合作机制的建立。

(五)推进联合健康政策的有效策略和工具

1. 主要策略 为了更好地推动在所有政策中关注健康的目标，《阿德莱德宣言中提出以下推动

策略：①建立强有力的联盟和伙伴关系，承认相互利益，建立共享目标；②通过政府首脑、内阁、议会

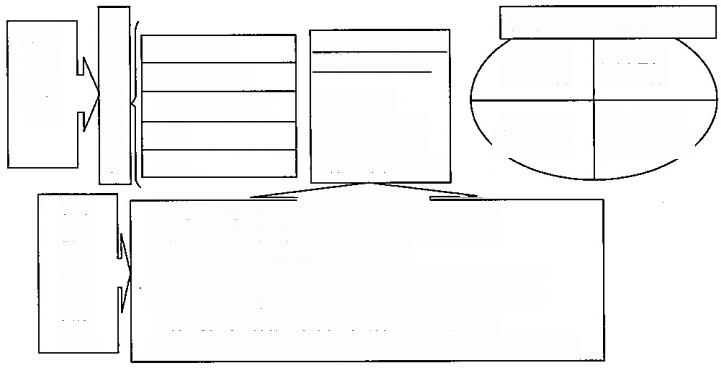
及行政领导的参与，使整个政府形成承诺；③制定强有力的高级别政策程序；④把健康责任列入政府 的整体战略、目标和指标；⑤建立联合决策机制及问责机制以实现更好的健康产出；⑥通过开放的过 程和充分的协商手段以赢得利益相关方的支持和拥护；⑦鼓励开展试验和创新，探索将社会、经济、 环境、健康目标结合在一起的新模式；⑧汇总情报信息资源，总结研究发现，分享实践中的智慧；⑨提 供反馈机制，在最高决策层对实施过程进行评价和监测。

2. 主要工具和手段 WHO 提出了不同政策阶段应采取的工具和手段，包括以下方面：①建立 跨部委、跨部门的管理委员会及联合行动小组；②建立 一 体化的预算财政体系以及贯穿各部门的信 息评价体系；③制定统 一 的人力资源开发政策；④建立社区协商和公民审计委员会，构建伙伴关系平 台；⑤对决策进行诊断、分析和评价，对可能的健康影响进行评估；⑥建立立法支持框架。

(六)推动国家健康治理体系的建立

健康治理不仅需要各级政府部门的参与，更需要社会多种力量和角色的参与。与政府部委间以 及部门间的联合管理相比，治理的领域更为广泛。健康治理是政府的 一 项重要职能，但如果没有各 个重要利益相关者(社区、民间团体、卫生服务提供者、公共卫生机构等)的积极参与，健康治理的目 标则难以实现。因此，为系统解决影响国民健康的重大问题，亟待探索创新性的国家健康治理体系。

1. 设计国家健康管理和治理体系(图16-7)



整合社会的健康资源和行动

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 卫生计生委  计划与发改委  劳动与社会保障  财政 人事 | 整合卫生系统内部 的健康管理行动  ●城乡医院  ●公共卫生机构  ●其它医疗机构  ●管理与治理机构 | 其它公立 私立机构  科研机构 专业协会 | 民间组织 社会团体  个人、家庭 倡导组织等 |

●目标与价值：共享目标、责任分担、联合行动

●健康管理主体：政府+卫生系统+各种社会组织

●制度保障：正式制度+非正式制度

●管理策略：公共权威+管理规制+治理机制+治理方式

●管理手段：专业手段+行政手段+市场手段+治理手段

●管理方式：合作、协商、伙伴关系、网络关系

●权力运行方向：自上而下+自下而上+上下互动+横纵联合

确保 治理

实施 关键

要素 保障

治理 领导

组织 机构

整合政府部门行动

图16-7

国家健康治理框架及构成要素

(1)构建国家健康管理和治理体系框架：首先要提升政府和全社会对健康的重视，将其列为衡 量社会发展和政府绩效的核心指标之 一 ；其次要对政府的现行管理体制进行改革，建立部委间和部 门间的健康管理协调机制以及跨部门健康协调委员会，实现在所有部门关注健康的政策目标；再次 要有效动员政府部门与卫生系统以外的组织机构资源，形成横纵交错、系统内外结合的多元主体参 与格局 。

(2)实现国家健康治理框架中各构成要素的有机整合：在设计国家健康治理体系时，不但应关 注系统框架的设计，还应关注框架内各支撑要素。关键要素主要包括：①明确健康治理的目标和价 值是什么;②明确参与健康治理的主体，明确各主体的作用、角色和职能；③建立治理制度框架，明确

第十六章 健康管理与治理 221

不同参与主体的责、权、利关系，建立问责机制；④筛选治理过程中的关键管理策略、管理方式和手 段；⑤探索如何实现目标、手段以及其决策、管理和实施的有机结合。

2. 明确健康治理关键领域 WHO 提出以下关键领域：①提供相关情报信息；②制定战略发展 方向；③确保治理工具的实施，如授权、建立奖惩机制等；④建立联盟和伙伴关系；⑤确保政策目标与 组织结构和文化相一致；⑥确保问责机制的建立。

3. 提出改善健康治理的战略和战术 主要包括：①优化或动员现有法律和行政资源，对健康所 面临的政治现况施加影响；②向社区授权，建立社会问责制度，建立对地方政府良好健康绩效的认可 和激励机制；③推进循证卫生决策的发展，强化对健康行动的管理能力，制定健康治理绩效的评价标 准，推动能力建设和问责制的落实；④在政府和健康服务提供者之间建立伙伴关系，在政府部门、非 政府组织、民间团体、私立部门以及其他部门之间建立健康联盟；⑤实施健康的社会动员，挖掘所有 社区资源，对健康管理提供人、财、物、信息等资源保障；⑥建立基于良好信息支持的决策信息支持系 统，对政策决策、方向、实施过程和结果进行评价。

4. 实现健康管理和治理的有机整合 健康管理目标能否实现不仅取决于国家层面健康管理和 治理手段的有机结合，同样也取决于不同水平健康管理和治理行动的有机协调和配合。政府各部门 之间的合作健康管理行动，以及政府与社会之间的健康治理行动，都需要建立在共享价值、公开透 明、问责机制和相互信任的基础上才能更好地开展。强调健康治理，并不是要否定卫生行政部门以 及卫生系统在整个健康管理中的重要作用；相反，它强调在既有卫生系统工作的基础上，强化政府其 他部门的健康管理责任，并通过多种途径和手段，广泛吸纳非政府部门及其他社会团体、组织的参与 和协作，实现健康管理和治理手段的有机整合。

五、全球健康治理

( 一 )全球健康治理的概念

全球健康又称为全球卫生，是由卫生和其他相关学科相互交叉而形成的新的学科领域，重点研 究跨越国家边界、能够对全球政治和经济带来影响的全球公共卫生问题及其他全球健康问题，通过 推动全球范围内的广泛合作，共同探索全球健康问题的影响因素及其解决策略，以实现减少健康威 胁、提高健康水平、减少国家间的健康差距、改善健康公平的全球健康目标。

全球健康治理是指全球多元主体通过多样化的途径共同参与全球健康相关问题的综合治理的 过程。随着全球健康问题及其挑战的不断加大，全球健康关注的重点已不再仅仅局限于传染病的管 理，对不断增加的全球健康危险因素流行态势的担忧，以及对各种气候灾害、环境健康安全、食品安 全等问题的日益关注，推动了全球健康管理内涵和边界的不断拓展，特别是随着慢性病全球疾病负 担的不断加大，使人们日益重视对相应健康问题社会决定因素的全球管理行动，提出了全球健康治 理的概念，期望借助于全球主权国家、相关国际机构以及各种组织和团体的共同努力及合作伙伴关 系的建立，有效应对和解决全球面临的多重健康挑战。由于全球健康问题往往涉及众多社会领域和 部门，单纯依赖一两个国际权威机构的管理是无法实现的，它更须要借助于一系列规则与程序的建 立，通过国家间、区域间乃至全球性合作模式及一系列动态协调机制的建立实现对全球健康挑战的

共同管理和治理。

(二)全球健康治理的功能

为确保全球健康治理目标的实现，需明确全球健康治理应具备的基本功能。

1. 形成价值共识 良好的全球健康治理需建立在一个共享的目标和价值基础之上才能实现。 它是协调国家间利益冲突、建立合作、采取共同行动的前提和基础。因此，凝聚共识、形成共享价值 和原则是全球健康治理的首要任务和职能。

2. 领导和协调功能 目前，全球健康领域活跃着为数众多的健康治理行为主体，因此，需要通 过有效的价值共享过程以及一系列制度规则手段的建立，并通过强有力的领导和有效的协调来确保 全球健康管理目标的实现。

3. 制定规则、协调和规范行为 全球健康问题的有效解决依赖全体国家及各方参与者的共同 努力。单纯依赖价值共识仍无法保障众多参与者在全球健康治理行动中保持一致性。因此，各种规 章制度、体制、机制和手段的不断探索，是有效协调和规范参与主体行为的关键途径。

4. 动员和分配资金 全球健康治理应当改变当前过度依赖自由捐赠者提供资金的方式，因为 这种筹资方式具有很大的随意性和不确定性。因此，应致力于建立一种更长期、稳定、可持续性的筹 资机制，并按照各类健康问题的优先秩序来分配资源。

5. 实现多元治理 除了国家和各类国际机构外，还应有大量非政府组织、私立部门以及公私合 作伙伴机构的参与。全球健康治理不仅应包容更广泛的行为主体，还应重视相关治理制度、机制的 探索，保障不同行为主体和谐一致的行动，避免相关掣肘、各自为政。

(三)全球健康治理的主体

1. 全球健康治理主体呈现多元化趋势 目前，越来越多的跨国机构开始关注全球健康问题，并 利用多种途径参与全球健康事务的管理。其中包括主权国家、联合国机构(如 WHO)、政府双边援 助机构以及众多的基金会组织(如全球基金),上述组织在全球健康领域的作用和影响正在不断 加 大 。

2. 世界卫生组织的作用有待进一步加强 为更好地实现全球健康治理目标，在强调多元主体 积极参与的同时，应通过多种途径提高 WHO 在全球健康治理行动中的领导作用，提高其在全球重 大健康问题决策中的影响力，并确保其在制定和实施国际卫生规范和标准、协调全球健康事务谈判 中发挥重要作用。

3. 全球健康治理规则体系有待构建 构建由原则、规范、标准、协议、程序等要素构成的全球健 康治理规则体系，将有助于协调、规范、约束众多利益主体的行为，保障全球健康治理行动的顺利开 展。庞蒂克(Tikki Pang)等人在2008年提出了一个全球健康治理伙伴关系框架，为人们勾勒出了实 现全球健康管理目标的关键环节和要素，并强调应为全球健康治理建立强有力的政治承诺，确保相 关健康政策的一致性。此外该治理框架还提出，应注重充分发挥八国集团和二十国集团在全球健康 议程设置和优先领域确定等方面的领导作用；同时，还应关注对其他跨政府平台(如欧洲共同体等 机构)作用的充分发挥，并着力构建全球健康治理的制度、组织机构平台，发挥 WHO在全球健康治 理中的沟通、协商、领导和管理作用。在技术操作层面，应努力推动国际上各种健康行动联盟、网络、

第十六章 健康管理与治理 223

基金会组织等机构间的充分沟通与协作，在全球健康治理的具体实践中，将所有资源和健康管理行

**动有机衔接和整合。**

**(吴群红)**

|  |  |
| --- | --- |
| **思考题** | **1.什么是健康管理、健康治理，两者有哪些联系与区别?**  2.健康管理与健康治理的特点有哪些?  3.多层次的健康管理与治理主要包括哪几个层次?个体与群体的健康管理包 括哪些策略和步骤?  4.什么是社区健康治理?社区健康治理的关键环节有哪些?  5.什么是全球健康?全球健康治理有哪些功能? |



**第十七章**

 笔 记

**社区卫生服务**

1978年，国际初级卫生保健会议发表的《阿拉木图宣言》首次提到：个人、家庭、社会和国家要联 合起来建立持续的卫生保健网；全球的卫生服务要贯彻“社区化”的原则，发展以社区为基础的卫生 保健系统，重新合理分配卫生资源，以适应整个社会的需求。

**第一节** **社区卫生服务概述**

**一、社区**

( 一)社区的定义

社区(community)的概念由来已久，最早起源于德国社会学家滕尼斯(Tonnies)1887 年出版的 《共同体与社会》。滕尼斯提出，社区是由共同生活在一个区域的一群人组成的，这些人关系亲密、 守望相助、疾病相抚、富有人情味；社区是以家庭为单位的共同体，是血缘共同体和地缘共同体的结 合。1933年，社会学家费孝通等将community 译为“社区”引入我国。1986年后，在国家民政部推进 城市社会福利改革工作中，以基层政权和群众自治组织为依托的现阶段中国基层社区开始为人 熟 知 。

在不同的历史时期、不同的研究和应用领域，社区的内涵有所不同。一般来讲，社区的定义具有 地域、血缘、政治、经济、社会、文化等多重涵义，其核心是某一地域里的人们具有某种内在的联系。 从提供基层医疗卫生服务的角度，多采用WHO于1978年在国际初级卫生保健大会上提出的社区定 义，即社区是以某种经济的、文化的、种族的社会凝聚力，使人们生活在一起的一种社会组织或团体。

**(二)社区的类型**

社区通常分两种类型：地域型社区和功能型社区。地域型社区是以地理范围为基础，由不同的 个体或家庭生活在彼此相邻近的空间，而形成共享公共资源及相互依存的关系，如市(县)、街道(乡 镇)、居委会(村)等，但它与行政区域并不完全等同，有时其边界不像行政区域那样清晰。这种类型 的社区也称生活社区。功能性社区不是因生活空间的邻近，而是不同的个体因某种共同特征，包括 共同的兴趣、利益、职业或价值观等而形成相互联系的机构或组织，如企事业单位、非政府组织等。 一个或几个功能型社区可以嵌套在一个地域型社区内。社区卫生与全科医疗可以分别服务其中一 类社区，也可以同时涵盖两类社区。

(三)社区的要素

社区作为一个社会生活实体，是复杂社会系统的“缩影”,一般认为一个社区必须具备一系列最

第十七章 社区卫生服务 225

基本的构成要素，主要包括6个方面：①一定数量的人群；②一定范围的地理空间；③社区内的各种 服务设施；④特定的精神、文化氛围或背景；⑤相应的管理机构和制度；⑥一定程度的归属感与社区 认同。

构成社区的各种要素既相互独立，又相互联系、相互作用，形成了不同社区特定的结构和整体的 特征。生活在同一社区的人们往往具有相同的自然环境、生活服务设施及社区卫生服务资源，具有 特定人口学特征，具有相似的社会心理归属感或共同的利益和兴趣等。因此，个体和家庭的健康问 题均有其特定的社区背景，同一社区居民有相似的健康问题，或不同社区的健康问题的差异，是社区 卫生服务关注的焦点。

**二、社区卫生服务**

**(一)社区卫生服务的概念**

社区卫生服务(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，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、保健、康复、健康教 育、计划生育技术服务和一般常见病、多发病的诊疗服务等为一体的，有效、经济、方便、综合、连续的 基层服务。

**(二)社区卫生服务的对象**

社区卫生服务机构的服务对象为社区、社区居民及其家庭，包括辖区内的常住居民、暂住居民及 其他有关人员。具体的服务对象包括：

1. 健康人群 积极开展社区健康促进工作，重点在于健康人群的健康维护、健康教育及其自我 保健能力的培养、健康行为的养成。

2. 高危人群 明显暴露于某种或某些影响健康的有害因素下的人群，其发生相应疾病的概率 显著高于其他人群。 一是高危家庭的成员，凡具有以下任何一个或多个特征的家庭即为高危家庭：

①单亲家庭；②吸毒、酗酒者家庭；③精神病病人、残疾者、长期重病者家庭；④功能失调濒于崩溃的 家庭；⑤受社会歧视的家庭。二是带有明显的危险因素的人群，如不良行为生活方式、职业危险因 素、家族遗传及社会的危险因素等。

3. 重点保健人群 由于各种原因需要在社区得到系统保健的人群，如妇女、儿童、老年人、慢性 病人、残疾人、低收入者等。

4. 病人 一般为社区常见健康问题的门诊病人，需要家庭照顾、护理院照顾、院前急救或临终 关怀的病人，以及其他一些不需要住院治疗的病人等。

**(三)社区卫生服务与全科医学**

全科医疗服务是社区卫生服务的主要医疗形式，提供面向个体的基本医疗服务。社区卫生服务 的内容较全科医疗服务要宽泛，除了基本医疗服务外，更强调面向群体的公共卫生服务。全科医学 (general practice)又称家庭医学(family medicine),是建立于20世纪60年代的一门新型的临床二级

226 第十七章 社区卫生服务

学科。该学科在西方国家通科医生长期实践经验的基础上，吸纳并整合了现代生物医学、行为科学 和社会科学的相关成果，而形成的指导全科医生(general practitioner,GP)从事基层医疗保健第一线 服务的知识技能体系，其重点在于根据学科发展需要和不同地域中人群的健康需求，研究解决社区 居民常见健康问题所需要的知识、技能、态度以及医疗服务管理的方法等。全科医学于20世纪80 年代后期传入我国，历经30多年的研究与实践，全科医生及其团队提供的全科医疗服务逐渐得到社 区居民的认可，全科医生正努力践行着医药卫生体制改革所赋予的历史使命，尝试承担社区居民健 康和卫生保健系统“守门人”的角色。

**三、社区卫生服务发展概况**

( 一 )国外社区卫生服务发展

由于各国历史背景和文化的差异，社区卫生服务的定义、形式和内容各有不同。最初的社区卫 生服务是相对医院内服务而言的，人们把非住院服务称为社区卫生服务。20世纪50年代后期，医 疗技术的进步使得精神病病人的治疗有可能不必再以住院的方式来进行，在家接受医疗康复服务的 方法既有利于精神病病人本人及家属，又可以节省医疗费用支出，于是社区卫生服务首先在这一领 域中发展起来，以后又逐步扩大到老年人、孕产妇、儿童和残疾人的医疗卫生服务领域。社区卫生服 务概念于1945年被正式提出，英国议会正式批准的《国家卫生服务法》规定，在英国实行由政府税 收统一支付医院专科医疗服务、社区卫生服务和全科医疗服务制度。

目前，英国、日本、加拿大、澳大利亚、美国的社区卫生服务开展较为成熟；韩国、新加坡、印度的 社区卫生服务开展也较为活跃；社区卫生服务在墨西哥、古巴等国家卫生保健体系中扮演重要的角 色；社区卫生服务在中东和非洲的一些国家中也正快速发展。

社区卫生服务的顺利开展依靠多学科的相关理论和服务队伍的支撑，其中基层公共卫生服务团 队和以全科医生为主体的基层医疗服务团队是最重要的服务队伍。很多国家都建立了由以上两支 队伍作为服务班底、较为完善的公共卫生服务和医疗服务网络。

国际实践证明，广泛开展社区卫生服务和全科医疗服务，不仅使卫生服务的公平性、可及性和服 务效率得到很大提高，而且在控制医疗费用增长和提高居民健康水平方面起到了卓有成效的作用。 社区卫生服务已经成为发达国家探索出的较为理想的基层卫生服务模式和实现人人享有卫生保健 的有效途径。

**(二)我国社区卫生服务发展**

我国虽然直到20世纪90年后期才正式开展大范围的社区卫生服务，但开展社区卫生服务的探 索早在20世纪50—60年代已存在。当时在全国很多省份都建立了包括县(区)级医院、乡镇(街 道)卫生院、村卫生室等遍布城乡的三级医疗服务网络，基层医疗卫生服务在网络中发挥着巨大作 用，为广大居民提供基本医疗卫生服务，农村“赤脚医生”曾经被 WHO 作为范例向发展中国家推荐。

1997年，中共中央、国务院《关于卫生改革与发展的决定》明确提出：“改革城市卫生服务体系， 积极开展社区卫生服务，逐步形成功能合理、方便群众的卫生服务网络。”这标志着我国社区卫生服 务被确认并开始建设。政府有关部门陆续出台了一系列相关配套政策，明确了社区卫生服务的功

第十七章 社区卫生服务 227

能、服务内容、发展措施，推动了社区卫生服务体系在全国范围内建立和发展。

1999年，原卫生部等十部委联合下发《关于发展城市社区卫生服务的若干意见》,进一步明确了 社区卫生服务的总体目标、功能定位、服务内容、基本原则、社区卫生服务体系、规范化管理和配套政 策等。作为配套文件，2000年原卫生部印发了《城市社区卫生服务机构设置原则》、《城市社区卫生 服务中心(站)设置指导标准》;2001年原卫生部又相继出台了《城市社区卫生服务基本工作内容 (试行)》和《2005年城市社区卫生服务发展目标的意见》。

2002年，原卫生部等十一部委联合下发《关于加快发展城市社区卫生服务的意见》,对社区卫生 服务的组织构架做出了明确规定：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、个人等社会力量举办社区卫生服务机构，健全社区卫生服务网络；引人竞争 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。

从2003年开始，原卫生部、民政部、国家中医药管理局联合开展了创建全国社区卫生服务示范 区活动，有效地推进了国家相关政策的落实和社区卫生服务网络的建设，通过108个示范区的典型 示范和带动效应，进一步促进全国社区卫生服务的发展。

2006年，国务院召开全国城市社区卫生工作会议，并颁布《关于发展城市社区卫生服务的指导 意见》,进一步明确了我国发展社区卫生服务的指导思想、工作目标、基本原则、服务体系、政策措施 和组织领导等重要问题。卫生部等部委印发了《城市社区卫生服务机构管理办法(试行)》等一系列 社区卫生服务配套文件。国务院成立了城市社区卫生服务工作领导小组，研究制定促进社区卫生服 务发展的方针政策措施；各省将发展社区卫生服务纳人政府年度工作目标考核，省级政府制订贯彻 落实的具体政策措施，明确责任，落实工作任务。自此，发展社区卫生服务成为政府履行社会管理和 公共卫生职能的一项重要内容。

2009年，中共中央、国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》提出，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。转变社区卫生服务模式，不断提高服务水平，坚持 主动服务、上门服务，逐步承担起居民健康“守门人”的职责。建立城市医院与社区卫生服务机构的 分工协作机制，引导一般诊疗下沉到基层，逐步实现社区首诊、分级医疗和双向转诊。

2011年，国务院《关于建立全科医生制度的指导意见》提出，建立全科医生制度是促进医疗卫生 服务模式转变的重要举措。建立分级诊疗模式，实行全科医生签约服务，将医疗卫生服务责任落实 到医生个人，是我国医疗卫生服务的发展方向，也是许多国家的通行做法和成功经验。其总体目标 是：到2020年，在我国初步建立起充满生机和活力的全科医生制度，基本形成统一规范的全科医生 培养模式和“首诊在基层”的服务模式，全科医生与城乡居民基本建立比较稳定的服务关系，基本实 现城乡每万名居民有2~3名合格的全科医生，全科医生服务水平全面提高，基本适应社区居民基本 医疗卫生服务需求。

228 第十七章 社区卫生服务

2015年，国务院办公厅印发《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》。建立分级诊疗制度，逐 步形成基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗和就医模式，这是新一轮深化医改的重 要目标，也是合理配置医疗资源、促进基本医疗卫生服务均等化的重要举措，但同时也对基层卫生机 构是否“接得住”的能力提出了挑战，其突破口便是实施符合中国国情的家庭医生签约服务。

2016年6月，国务院七部委联合发布《关于推进家庭医生签约服务的指导意见》。主要目标是 到2017年，家庭医生签约服务覆盖率达到30%以上，重点人群签约服务覆盖率达到60%以上。到 2020年，力争将签约服务扩大到全人群，形成长期稳定的契约服务关系，基本实现家庭医生签约服 务制度的全覆盖。

我国目前的社区卫生服务网络是在原有的城乡初级医疗卫生保健网络的基础上建立完善起来。 2015年末，我国有社区卫生服务中心(站)3.4万个，乡镇卫生院3.7万个，诊所和医务室19.5万个， 村卫生室64万个。2015年乡镇卫生院和社区卫生服务中心(站)门诊量达17.6亿人次，占门诊总 量的22.9%。

**第二节** **社区卫生服务的特点与内容**

**一** **、社区卫生服务的特点**

社区卫生服务涵盖了基本公共卫生和基本医疗服务，其服务不仅具有公共卫生群体服务的特 征，还体现了个体化医疗服务的特点。全科医生是社区卫生服务团队中的骨干力量，所以，社区卫生 服务也体现出全科医疗服务的全部特征。

1. 以健康为中心 社区卫生服务必须是以人的健康为中心，而不是以治疗疾病或治疗已患病 的病人为中心。以人的健康为中心进行服务，对服务提供者提出了更高的要求，卫生保健工作者不 仅要及时地识别疾病，筛检疾病，而且要根据具体情况为健康人、高危个体和重点保健对象制定系统 的保健计划，还要动员每个人主动地选择健康生活方式，预防疾病和残疾，促进健康。

2. 以需求为导向 社区卫生服务不同于医院内服务，它以社区中所有人为服务对象，要维护和 促进社区人群的整体健康状况。社区卫生服务的内容和形式都应适合当地居民的卫生需求，并充分 利用社区资源，为社区居民提供基本卫生服务。社区卫生服务既要利用对社区背景的熟悉去把握病 人个体的相关问题，又要从个体病人身上总结出群体问题。例如，在对每个儿童作预防接种和系统 保健时，不只限于关注某个孩子的健康问题，而是通过每个个体的预防接种发现整个社区的儿童预 防接种的覆盖率和营养状况、生长发育状况，制定个体和整体的干预计划。如果发现社区儿童营养 不良的发病率高，就要考虑是否需要在社区内开展不同年龄段儿童的合理喂养与膳食的健康教育。

3. 以家庭为单位 家庭是社区组成的最基本单元，又是社区卫生工作的重要场所和可利用的 有效资源。一个家庭内的每个成员之间有着密切的血缘和经济关系，以及相似的行为生活方式、居 住环境、卫生习惯等。因此，在健康问题上往往存在着相同的危险因素和保护因素。以家庭为单位 进行服务，首先，考虑家庭成员之间存在着相互作用，家庭的结构与功能会直接或间接影响家庭成员

第十七章 社区卫生服务 229

的健康，同时也可受到家庭其他成员健康或疾病状况的影响。其次，根据家庭生活周期的理论，家庭 生活周期的不同阶段会出现或存在着不同的压力事件，如果处理不当，则可能在家庭成员中产生相 应的健康问题。因此，社区卫生服务提供者要善于了解及评价家庭结构、功能和周期等，发现其中可 能威胁家庭成员健康的潜在因素，通过恰当的咨询干预使之及时化解，改善其家庭功能；同时，还要 善于利用家庭资源，协助对疾病的诊疗及规范管理。

4. 以预防为主 社区卫生服务对个人、家庭和社区的整体健康负责，必须开展以“预防为主”的 服务。社区卫生服务注重并实施“生命周期保健”,根据服务对象生命周期不同阶段中可能出现的 危险因素和健康问题，提供一级、二级、三级预防服务。社区医生的预防多属于“临床预防”,即在其 日常诊疗活动中对病人及其家庭提供随时随地的个性化预防服务。同时，加强早期健康干预，有针 对性地进行周期性健康筛检工作。

5. 人性化服务 社区卫生服务重视人胜于重视疾病，它将病人视作有个性、有感情的人，而不 仅仅是疾病的载体；其照顾的目标不仅限于寻找有病的脏器，更重要的是维持服务对象的整体健康。 在社区卫生服务中，全科医生必须把服务对象视为合作伙伴，从“整体人”的角度全面考虑其生理、 心理及社会需求并加以解决。全科医生要从各方面充分了解服务对象，熟悉其生活、工作、社会背景 和个性类型，以便提供适当的服务。以人性化的服务调动病人的依从性和主动性，使之积极参与健 康维持和疾病控制的过程，从而达到良好的服务效果。

6. 综合性服务 健康的内涵是多维的，因此，社区卫生服务必须是综合的、全方位的、多部门参 与的。社区卫生服务，就服务对象而言，不分年龄、性别、种族、文化背景、社会经济状况和疾患类型； 就服务内容而言，包括健康教育、预防、医疗、保健、康复、计划生育技术指导等；就服务层面而言，涉 及生理、心理、社会、文化等各个方面；就服务范围而言，覆盖个人、家庭与社区，即照顾社区中所有单 位、家庭与个人；就服务方式而言，利用一切对服务对象有利的方法与工具，包括现代医学、传统医 学、替代医学的知识和技能。

7. 连续性服务 社区卫生服务提供从生到死的全过程服务，主要包括：①沿着人的生命周期的 各个阶段，从围产期保健开始，包括分娩、婴幼儿生长发育、儿童青少年保健、中老年的慢性病管理直 到濒死病人的临终关怀；②沿着健康疾病周期的各个阶段，提供不间断的一级、二级、三级预防、诊 疗、康复服务，从健康促进、危险因素监控，到疾病的早、中、晚各期的管理；③不管在任何时间、地点 (如服务对象出差、旅游、住院等),提供力所能及的、适当的服务。社区卫生服务的连续性是构筑居 民终身健康体系的重要内容，也是区别于医院服务的一个重要特征。

8. 协调性与团队合作式服务 为了提供一体化、全方位、全过程的医疗卫生服务，社区卫生服 务提供者成为社区居民个体和群体的健康资源协调人，成为动员各级、各类健康相关资源服务于个 体及其家庭的枢纽。作为健康代理人， 一旦病人需要，以全科医生为核心的社区卫生服务提供者将 协调医疗保健资源及社会力量，组织多学科的医疗保健团队，为病人提供医疗、护理、康复、精神、心 理等多方面的综合服务；并通过会诊、转诊和会谈等措施，与上级医疗卫生机构、专科医生和病人家 庭等方面协同解决病人的问题，从而确保其获得正确、有效、高质量的卫生服务。

9. 可及性服务 社区卫生服务提供者作为社区的一员生活在自己服务的社区中，熟悉社区的

230 第十七章社区卫生服务

基本情况和主要卫生状况。而社区居民对自己的全科医生也同样熟悉和亲切，并乐意为之提供各种 信息。这种相互了解和信任为社区卫生服务提供了便利，全科医生对社区居民的基本医疗卫生需求 都能作出恰当的应答。因此，社区卫生服务是可及的、方便的基层卫生保健服务，它体现在地理上的 接近、操作上的方便、关系上的密切、心理上的信任、结果上的有效，以及经济上的可接受等一系列使 社区居民易于利用这种服务的特点。

10. 首诊医疗服务 社区卫生服务是第一线卫生服务，是社区居民因健康问题最先接触、最常 利用的基层医疗保健服务。我国已经将社区卫生服务机构作为基层卫生保健服务的重要首诊机构， 并赋予其在医疗保健体系中的“守门人”角色，社区卫生服务机构中的全科医生将扮演首诊医生的 角色。在一线的社区卫生服务机构中，社区居民80%以上的健康问题能够在此得以方便、经济、有效 地解决。对于社区卫生服务机构不能解决的卫生需求，则通过安排转诊或会诊，由上级医疗机构或 专科医生解决。

**二、社区卫生服务的内容**

社区卫生服务机构是具有公益性质，不以营利为目的的国家卫生服务体系基层机构。社区卫生 服务的内容具体可分为基本公共卫生服务和基本医疗服务两个部分。

1. 基本公共卫生服务 由疾病预防控制机构、城市社区卫生服务中心、乡镇卫生院等城乡基本 医疗卫生机构向全体居民提供的公益性的公共卫生干预措施，以起到对疾病的预防与控制作用。

(1)建立居民健康档案：根据国家规定收集、报告辖区有关卫生信息，对辖区内常住居民，包括 居住半年以上非户籍居民建立健康档案并进行相应的维护管理。

(2)健康教育：通过为辖区内居民提供健康教育资料，设置健康教育宣传栏、开展公众健康咨询 服务、举办健康知识讲座、开展个体化健康教育等方式帮助居民逐步形成有利于维护和增进健康的 行为方式。

(3)预防接种：为辖区内0~6岁儿童和其他重点人群提供预防接种服务，做好预防接种管理和 疑似预防接种异常反应处理。

(4)儿童健康管理：服务对象为辖区内居住的0~6岁儿童，开展新生儿家庭访视、新生儿满月健 康管理、婴幼儿健康管理和学龄前儿童健康管理。

(5)孕产妇健康管理：为辖区内居住的孕产妇提供孕早期、中期和晚期的健康管理、产后访视和 产后42天健康检查的服务。

(6)老年人健康管理：为辖区内65岁及以上常住居民提供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)慢性病病人健康管理：检查发现辖区内35岁及以上原发性高血压病人和2型糖尿病病人， 对他们进行随访评估和分类干预，开展健康体检。

(8)重性精神疾病(严重精神障碍)病人管理：为辖区内诊断明确、在家居住的重性精神疾病(严 重精神障碍)病人提供信息管理、随访评估和分类干预，开展健康体检。

(9)结核病病人健康管理：辖区内肺结核病可疑者筛查及推介转诊和病人随访管理。

第十七章 社区卫生服务 231

(10)中医药健康管理：针对辖区内65岁及以上常住居民和0~36个月儿童开展老年人中医体 质辨识和儿童中医调养服务项目。

(11)传染病和突发公共卫生事件报告和处理：传染病疫情和突发公共卫生事件风险管理、发现 和登记、相关信息报告和协助处理。

(12)卫生监督协管：食品安全信息报告、饮用水卫生安全巡查、学校卫生服务、非法行医和非法 采供血信息报告。

2. 基本医疗服务 指医疗保障中对社会成员最基本的福利性医疗照顾，其目标是保障社会成 员基本的生命健康权利，使其在防病治病过程中按照防治要求得到基本的治疗，即采用基本药物、使 用适宜技术，按照规范诊疗程序提供急慢性疾病的诊断、治疗和康复等医疗服务。

(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)社区现场应急救护。

(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)定期的体检和疾病筛检服务。

(7)中医药(民族医药)服务。

(8)政府卫生行政部门批准的其他适宜医疗服务。

**三、社区卫生服务的意义**

社区卫生服务强调预防为主、防治结合，有利于将预防保健落实到社区、家庭和个人，提高人群 健康水平，实现中国人的“健康梦”。正如原WHO 总干事陈冯富珍博士所描绘的情景，“当我退休回 到中国生活的时候，我的梦想是希望能有一个经过良好培训的全科医生在我身边照顾我的健康，并 且帮助指导我什么时候需要去医院就诊，而且只在需要的时候。”这就是社区卫生服务的生动体现。

社区卫生服务是解决疾病和死亡谱变化带来的问题，积极应对人口老龄化挑战的重要途径。我 国老龄化进程加快，与此同时，恶性肿瘤、高血压、心脑血管疾病等慢性病成为威胁老年人生活和生 存的主要疾病。社区卫生服务强调预防为主的综合性服务，采取“上游策略”可促进居民形成健康 的行为方式和饮食习惯，改变环境，做到疾病的“三早”预防，减少慢性非传染性疾病带来的疾病 负 担 。

社区卫生服务是深化城市医疗卫生体制改革，建立新型城市卫生服务体系的重要基础。社区卫 生服务可以将广大居民的多数基本健康问题解决在基层。积极发展社区卫生服务，有利于调整城市 卫生服务体系的结构、功能、布局，提高效率，降低成本，形成以社区卫生服务机构为基础，大中型医 院为医疗中心，预防、保健、健康教育等机构为预防保健中心，适应国情的城市卫生服务体系新格局。

社区卫生服务是提高卫生服务公平，维护社会稳定的重要途径。我国医疗卫生资源区域性矛盾 突出，东中西部之间、城乡之间、社会不同阶层之间可获得的卫生服务差别很大。发展社区卫生服务 有助于有效解决居民“看病难、看病贵”问题，有利于促进卫生服务的公平性。作为构建新型卫生服

务体系的基础，社区卫生服务通过多种形式的服务为群众排忧解难，是为人民办好事、办实事的德政 民心工程，充分体现全心全意为人民服务宗旨，是全面建设小康社会和构建社会主义和谐社会的重 要保证。

**第三节** **社区卫生服务模式**

**一、社区卫生服务的管理**

社区卫生服务在增加就医便利性、减轻医疗费用、加强公共卫生服务等方面发挥了积极作用。 各地在发展社区卫生服务的进程中，因地制宜，对探索和改善社区卫生服务模式进行了有益的尝试， 积累了宝贵的经验。社区卫生服务的发展与筹资机制、支付方式、组织体系、全科医生队伍建设等要 素密切相关。

**(** **一)社区卫生服务的筹资机制**

社区卫生服务机构是具有公益性的非营利性基层卫生单位，各级政府负有主要责任。发展社区 卫生服务，必须坚持以政府主导，多元化筹资渠道并存的原则。政府财政补贴是社区卫生服务最主 要筹资来源，社区卫生服务专项经费纳入财政预算。

社区公共卫生服务由政府采取购买服务的方式，根据社区卫生服务机构服务人口数和提供的公 共卫生服务项目、数量、质量以及单位(或综合)项目补助定额，在全面考核评价的基础上核定补助。 自2009年新医改以来，基本公共卫生服务经费补助标准逐年提高，2016年已增至45元/人。社区卫 生服务机构的基本建设、房屋修缮、基本设备配置和人员培训等所需经费按项目支出预算办法核定 补助。社区基本医疗服务一般由社会医疗保险支付和个人付费，由服务收费补偿。社区卫生服务机 构实行收支两条线管理，所有收入纳入内部预算管理，取消预算外资金结余留用，加强内部核算，支 出按照定额标准和实际成本进行补偿。因政策原因造成的基本医疗服务亏损，由同级财政根据基本 医疗服务成本与收费标准之间的差额，统筹考虑社区卫生服务机构的整体收支情况给予适当补助。 社区卫生服务筹资的其他渠道还包括社区筹资、主办方投入和社会捐赠等。

(二)社区卫生服务的支付方式

支付方式可分为供方支付和需方支付，供方支付是指医疗保险付费方(社会医疗保险机构、保 险公司、以及病人)对医疗服务提供方(医院、医生)提供医疗服务所消耗的资源进行补偿。需方支 付是指被保险人患病时，医疗保险机构对被保险人在接受医疗服务过程中医疗费用给予经济补偿， 以分担其疾病的经济风险。

根据不同的目的和要求，需方支付方式主要有起付线、共付、封顶线和混合支付。供方支付方式 包括对卫生服务机构和卫生服务提供者的支付方式。针对卫生服务机构采用按服务项目付费、按服 务单元付费、按人头付费、按病种付费、总额预算制等。针对卫生服务提供者采用薪金制、按绩效支 付等。不同的支付方式影响分配的公平和效率，对卫生服务供需双方产生不同的激励影响，进而影 响卫生服务的数量和质量。目前，我国多数省市采取总额预算和按项目付费结合的方式，有些地市

第十七章 社区卫生服务 233

对于公共卫生服务购买进行了“社区卫生服务券”的新型尝试。

(三)社区卫生服务的组织形式

组织形式是社区卫生服务的结构基础。宏观上指社区卫生服务机构同其他医疗卫生机构(医 院、专业公共卫生机构等)如何划分各种活动，如何同其他机构(政府、卫生管理部门等)建立联系； 微观上着重于分析影响组织内部系统的激励机制，如绩效管理和人员激励机制、分配机制、成本管理 机制和服务补偿机制等。

2006年，原卫生部等部委印发了《城市社区卫生服务机构管理办法(试行)》,对城市范围内社 区卫生服务的机构设置作了明确的规定。设区的市政府卫生行政部门负责制定本行政区域社区卫 生服务机构设置规划，并纳人当地区域卫生规划、医疗机构设置规划。社区卫生服务中心原则上按 街道办事处范围设置，以政府举办为主。在人口较多、服务半径较大、社区卫生服务中心难以覆盖的 社区，可适当设置社区卫生服务站或增设社区卫生服务中心。新设置社区卫生服务机构可由政府设 立，也可按照平等、竞争、择优的原则，通过公开招标等方式确定社区卫生服务机构举办者，鼓励社会 力量参与。社区卫生服务中心为独立法人机构，实行独立核算，社区卫生服务中心对其下设的社区 卫生服务站实行一体化管理。其他社区卫生服务站接受社区卫生服务中心的业务管理。2015年， 国务院《全国医疗卫生服务体系规划纲要(2015—2020年)》中指出，乡镇卫生院、社区卫生服务中心 按照乡镇、街道办事处行政区划或一定服务人口进行设置。到2020年，实现政府在每个乡镇办好1 所标准化建设的乡镇卫生院，在每个街道办事处范围或每3万~10万居民规划设置1所社区卫生服 务中心。

各地在建设社区卫生服务网络时，因地制宜形成了不同的服务组织形式，如城市社区卫生服务 主要有四级网络模式、三级网络模式、二级网络模式、资源互补模式和联合服务模式等。四级网络模 式指在三级医疗网络健全的城市，区医院成立医疗中心， 一级医疗机构转型成为社区卫生服务中心， 根据需要在居委会下设社区卫生服务站，通过站点进入家庭。三级网络模式又称医院派出式，该模 式以二、三级医院或企业医院为主体，在所负责的范围内设置一个社区卫生服务中心，根据需要在若 千个居委会设立服务站，形成“二、三级医院社区卫生服务科-社区卫生服务站-家庭”的三级网络。 二级网络模式即家庭病床式，是由二、三级医疗机构开设家庭病床科，制定家庭病床病人准入标准和 合同，由家庭医生建立家庭病床，为病人制订治疗方案。资源互补模式主要依托有条件的企事业单 位卫生机构，和地方卫生资源形成互补，共同承担区域内的社区卫生服务，也是社区卫生服务社会办 的一种形式。联合服务模式是指在卫生资源丰富，机构种类繁多的地区成立医疗集团或医疗共同 体，共同承担区域内的社区卫生服务。

(四)社区卫生服务的人才培养

我国基层公共卫生和医疗服务人才短缺的现象长期存在，是社区卫生服务发展的一块“短板”。 加强基层卫生人才队伍建设是建立健全基层医疗卫生服务体系的关键环节，是“强基层”的核心内 容，是使医药卫生体制改革成果惠及广大群众的重要途径。为进一步深化医药卫生体制改革，2009 年原卫生部发布了《关于加强卫生人才队伍建设的意见》,在加强农村和城市社区卫生人才队伍建 设方面提出了多重举措。

在农村，逐步扩大乡镇卫生院招聘执业医师试点规模，统筹城乡卫生资源，完善城乡医院对口支 援制度。进一步加强农村卫生人员在职在岗培训，建立农村卫生技术人员定期进修学习制度。利用 远程教育等多种形式，拓宽农村卫生人员的培训渠道。选拔优秀人才担任乡镇卫生院院长，提高乡 镇卫生院的管理水平。实施订单定向农村卫生人才培养，为农村培养留得住、用得上、干得好的适宜 卫生人才。对在农村基层工作的卫生技术人员，在职称晋升等方面给予适当鼓励和政策倾斜，落实 国家对长期在乡以下基层地区工作的卫生技术人员待遇倾斜政策。在城市，按照社区卫生服务机构 编制标准和岗位设置方案配备社区卫生专业技术人员。实施社区卫生人员培训项目，大力开展社区 卫生人员岗位培训，实施以全科医生为重点的基层医疗卫生队伍建设规划。吸引和鼓励高等医学院 校毕业生到社区卫生服务机构就业。鼓励公立医院高中级医疗卫生技术人员定期到社区卫生机构 提供技术指导和服务，探索建立公立医院支援社区卫生制度。鼓励非全科医学专业的主治医师、副 主任医师经过全科医师培训转为社区全科医师。各地可根据实际情况对在社区工作的卫生技术人 员在职称晋升等方面制定优惠鼓励政策。

**二、社区卫生服务的方式**

社区卫生服务的基本服务方式依据地域环境、卫生服务需求、人口学特征的不同而形式各异，分 为以病人为中心的个体化服务和以社区人群服务需求为导向的群体性服务。在提供社区卫生服务 中，组成以病人为中心和社区健康问题为中心的工作团队，提供团队式服务。

(一)以病人为中心的个体化服务

1. 门诊服务 是最主要的社区卫生服务方式，一般包括门诊、留诊观察、急诊，以提供基本医疗 服务为主。

2. 出诊或家庭病床服务 最具特色的社区卫生服务形式，既区别于专科医疗，又体现社区卫生 和全科医疗的主动、连续性服务的特点。出诊服务多针对社区居民行动不便、病情危急等情况；家庭 病床服务主要用于行动不便者、慢性病病人或需要上门服务者。

3. 社区区域内的急救服务 提供全天候的急诊服务、院前急救，及时高效地帮助病人利用当地 急救网络系统。

4. 转诊和会诊服务 是比较常见的社区卫生服务形式，体现社区卫生服务和全科医疗的协调 性特点。双向转诊是指在两个卫生服务机构之间，将病人转出去和转回来的连续性服务， 一般是指 超过全科医疗的执业范围或是社区卫生服务机构无条件诊断和处理的疾病，如疑难重症病人，需要 CT 检查或放射疗法等，需要及时转诊到上级医疗中心(如专科医院、综合医院等)进一步诊治并与 其保持联系；同时，上级医疗中心将需要并适合在社区卫生服务机构治疗或康复的病人转至社区卫 生服务机构进一步治疗和康复的服务过程。双向转诊服务既可保证社区居民医疗安全和医疗效果， 又能合理使用医疗资源，提高医疗效率，降低医疗成本。如果因各种原因无法转诊，全科医生也可请 上级医疗中心的专家来社区会诊。

5. 电话咨询 是近年来兴起的社区卫生服务的新服务形式，即通过热线电话，为社区居民提供 健康教育和医疗保健咨询、联系住院、出诊及会诊、专科预约服务等；也可以通过电话定期联系不能

第十七章 社区卫生服务 235

按时前来就诊的病人、或需要进行定期督导的病人。

6. 长期看护 主要针对身患多种疾病需要长期医疗护理的老年人，如老年护理院服务。但是，

大多数老人更多地需要长期居家照顾。

7. 临终关怀和姑息医学照顾 临终关怀又称安宁照顾，姑息医学又称缓和医学，是指给予生命 终末期病人的人文关怀、减轻痛苦的躯体和心理的人性化双重照顾。

8. 医疗器具租赁服务与便民服务 为减轻病人的经济负担，避免浪费，对于家庭照顾中必备的 短期使用的某些医疗器具，可以开展租赁服务，并指导病人或其家属正确使用，如氧气袋(瓶)、简易 康复器具等。

(二)以社区为导向的群体性基层医疗服务

以社区为导向的基层医疗服务是全科医学的基本原则和方法之一，它是一种将社区和个人保健 结合在一起的系统性照顾策略，旨在基层医疗中，重视社区、环境、行为等因素与个人健康的关系，把 服务的范围由狭小的临床医疗扩大到以流行病学和社区医学的观点来提供照顾，将社区中以“个 人”为单位、治疗为目的的基层医疗与以社区为范围、重视预防保健的社区医疗两者有机地结合并 融入基层医疗实践。在不同的社区，影响健康的因素是不同的，这决定了不同社区居民的常见健康 问题的种类和危险因素有所不同。即使同一城市内的不同社区，由于年龄、性别、种族、职业、经济水 平、教育程度以及行为生活方式的不同，社区间的常见健康问题也存在差异。因此，全科医生提供以 社区为基础的照顾，首先应掌握社区常见健康问题的分布及其影响因素，构建适应社区需求的知识 结构，培养适宜的服务能力，了解社区可利用资源和服务能力，以便选择适宜的策略和方法，为社区 居民个体和群体提供安全、有效、可及的卫生服务。

以社区为导向的基层医疗服务的实施包括5个基本步骤：①确定社区和目标人群。社区可以是 地域型社区，也可以是功能型社区，如某社区卫生服务中心服务半径中的人群，或居民小区、工厂、公 司、学校、医疗保险机构指定的特定人群等。目标人群可以根据年龄、危险因素；健康问题或地域等 来确定，如老年人、吸烟人群、高血压病人或学生等。②确定基层医疗服务机构和团队。需要一个多 学科的工作团队，当地的基层医疗机构是团队的主体，社区及其居民是团队的重要成员，可以动员的 政府机构、非政府组织、医学院校或其他学术组织等也可作为团队的成员。③通过社区诊断，确定社 区主要问题及其需要优先解决问题的顺序。运用流行病学、临床医学、心理学等诊断或评价方法，来 确定社区的特征、社区居民的健康状况、健康需要以及可利用的社区卫生服务资源等，其目的是找出 社区主要的健康问题。 一个社区或人群，在同一时期所面临的卫生问题往往是众多的。而且，社区 往往不具有同时解决社区居民所有健康问题的资源。因此，应根据具体情况，按照健康问题的普遍 性、严重性、紧迫性、可干预性、效益性的原则，来确定优先解决的问题的顺序。④根据需要解决的优 先问题，制订解决问题的干预方案。社区卫生干预方案是为解决社区优先解决健康问题而有组织、 有计划开展的一系列活动。干预方案的制订，须要考虑多部门的密切协作，合理配置人力、物力、财 力、组织等资源，确定可行的实施时间和保障措施等。同时，还应考虑社区的客观需要和居民的需 求，以及社区现有的和潜在的资源，并结合社区居民和相关部门的意见。⑤监测并评价干预效果。 根据预先设定工作目标和操作标准等观察干预方案的执行情况，及时了解工作最新进展，必要时做

一些适当的调整。通过收集信息，采用客观可行的方法，科学评价干预的效果，并推广经验，弥补不 足，使干预向更高水平发展。监测与评价应贯穿于整个服务过程。

实施以社区为导向的基层医疗服务的核心是社区参与。通过社区参与，获得社区相关人群的支 持，准确掌握社区居民对卫生服务的需求信息，充分协调社区服务需求与社区卫生服务提供之间的 差异，制订适宜的卫生服务计划，达到资源共享，促进卫生公平，提高干预效益。

(三)社区卫生服务的团队工作模式

社区卫生服务团队是为了促进社区健康、使病人得到康复的目标而组成的社区卫生服务工作小 组。要形成一个有效的社区卫生服务工作团队，要求团队成员之间必须对社区卫生服务的性质与任 务、团队的工作目标高度认同；团队成员之间必须建立良好的沟通机制，并且善于沟通取得处理健康 问题或疾病的一致意见；团队成员的知识和技能应该是互补的，通过团队成员的互动和协助，实现共 同的工作目标；团队成员愿意共同分享团队所取得的成绩和荣誉。根据团队存在的目的和拥有的自 主权的大小，可将社区卫生服务团队分为3种类型。

1. 解决病人健康问题为导向的基本医疗工作团队 为了解决社区中病人健康问题的门诊工作 团队，一般由全科医生、社区护士和相关卫生技术人员组成。为了解决病人复杂疾病而组建的门诊 会诊团队，通常是由全科医生、社区护士、聘请的临床专家等组成。此外，还有门诊照顾团队，其工作 模式不拘泥于固定的时间和地点，而是通常根据病人的病情需要，通过转诊或会诊，临时组建以解决 病人特定或重大健康问题或疾病的照顾团队。

2. 促进人群健康和实施群体健康干预的公共卫生服务团队 通常由防保医生、全科医生、社区 护士、社区内政府机构相关人员等组成。公共卫生服务团队的任务是深入社区和家庭中提供服务， 其服务内容涉及基本公共卫生服务的主要内容，如社区内高危人群保健、定期访视精神病病人及其 家庭、实施公共的健康教育、对社区群体健康状况进行评估、特定疾病或健康问题的筛检等。此外， 公共卫生服务团队为了更好地实现目标，还负责协调和寻找社区内外利于社区人群健康管理和干预 的有效资源。我国的城市社区卫生服务中，社区精神卫生服务团队、预防保健服务团队、临时的社区 诊断工作小组或团队等均属于公共卫生服务团队。

3. 社区卫生服务管理团队 为了保证和不断提高社区卫生服务的质量，卫生行政部门、行业协 会或组织，以及社区卫生服务机构内部均可组建社区卫生服务管理团队。我国的社区卫生管理中 心、社区卫生服务机构内部组建的服务质量检查工作组等均属于此类团队。

社区卫生服务团队的建设包括6个方面：①明确团队工作的目标和任务。团队工作的目标一定 要具体、明确，成员的工作任务一定要围绕工作目标。②确定团队成员。根据工作任务选择团队成 员，成员的知识、技能要能够满足完成全部任务的要求，并根据工作量来决定成员的数量，同时要选 好团队管理者。③团队成员达成共识。通过召开团队会议，使每一个团队成员明确工作的目标与任 务，明确成员间的相互协作关系、权利与义务，建立畅通的沟通渠道和有效的沟通形式。④制定和完 善团队工作规划和具体的工作计划。在团队内部要建立一个成员认可、且能共同遵守的工作规则， 明确团队管理的层级及各层级的权利范围和义务。通过团队成员的集思广益形成具体的工作计划， 并按照时间表执行计划。⑤团队成员的分工、协作与执行任务。工作计划形成之后，就将工作任务

第十七章 社区卫生服务 237

分配给每一个成员，并明确每个成员各自独立完成的任务和需要成员间合作完成的具体任务。每个 成员按计划要求开展工作，执行任务。⑥监督和评估。团队内部要指定负责工作过程质量和进度监 督的成员，该成员要按照工作任务和指标逐项对工作计划进行检查，以判断工作任务的完成进度、质 量、有无偏离既定目标等。评估是全面考量团队工作目标的实现程度和工作任务的完成情况，可以 采取团队自评和第三方评估等形式进行。

**第四节** **社区卫生服务绩效评价**

绩效评价(performance evaluation)是指评价主体对照工作目标或绩效标准，采用科学的定性和 定量的评价方法，评定组织成员的工作任务完成情况、工作职责履行程度和成员的发展情况，并且将 评定结果反馈的过程。社区卫生服务绩效评价是提高社区卫生服务水平，实现其健康可持续发展的 有效途径。

一、社区卫生服务绩效评价程序

对社区卫生服务进行绩效评价需遵循一定的程序：制订评估计划、确立评估标准(指标体系), 建立组织并培训人员，组织实施评估，对评估资料进行分析、评价，提出评估报告。

社区卫生服务评价不仅仅对现状做出评价，重要的是通过评价推动社会卫生服务的开展，社会 卫生状况的改善和人群健康水平的提高。

**二、社区卫生服务绩效评价对象**

社区卫生服务评价根据对象的不同，评价的含义和内容也有所不同，可分为以下3种。

1. 以社区卫生服务机构责任主体为对象 按社会卫生服务机构举办方的不同，评价对象不同， 一般为当地区(市)政府。2003年原卫生部、民政部和国家中医药管理局启动了创建全国社区卫生 服务示范区活动，印发示范区标准，组织评估。此类型的评价可促进当地政府对工作的重视程度，落 实国家出台的有关推进社区卫生服务发展的政策，为社区卫生机构的发展提供良好的条件和环境， 同时也帮助管理者把握发展方向，发现管理中的问题。

2. 以社区卫生服务机构为评价对象 检验社区卫生服务的数量和质量是否达到预期的目标和 标准，对实施后的成效和经验进行总结，找出存在的问题，促进社区卫生机构改进服务方式和管理水 平，提高政府投入的社会效益水平，加强对机构的监督管理。评价以服务数量、质量和群众满意度为 核心指标，一般不纳入业务收人指标，以凸显社区卫生服务的公益性。

3. 以社区卫生服务工作人员为评价对象 从社区卫生机构工作目标出发，对员工工作能力、态 度和业绩进行考评，促使员工提高工作效率和质量，这也是社区卫生机构人力资源管理的重要方式。

三、社区卫生服务绩效评价指标

绩效评价指标即评价的维度，是对评价对象各个方面或要素进行的可以测定和评价的描述。评

价指标需做到内涵明确，词义清晰，能够全面、系统地反映出待评价事物的特征。建立评价指标体系 要遵循科学性、客观性、独立性、实用性、公平性、可操作性、可测性、时效性及重要性原则。可操作性 是基础，重要性是关键。选定指标的内容要与目标管理一致，与国家有关政策相统一，要充分体现社 区卫生服务基本公共卫生服务和基本医疗服务特色，考虑以居民需求为导向，服务内容要包括社区 卫生服务基本功能项目。因而， 一个完整的社区卫生服务评价指标体系一定是多维的。例如，2012 年全国示范社区卫生服务中心参考指标体系包含5类一级指标，29项二级指标和66个三级指标；国 家基本公共卫生服务项目的绩效考核包括组织管理、资金管理、项目执行、项目效果4部分，每一部 分都包含二级、三级指标。

评价体系的建立首先要筛选指标。常用的指标筛选方法有主观的专家咨询法，以及聚类分析、 假设检验、变异系数法等统计学方法。评价指标确定后，其权重的确定，包括各量化指标在整个指标 体系中的权重和定性指标在整个绩效结果中的权重，都是评价的关键，决定整个评价结果的导向。 指标权重系数的确定一般采用德尔菲法和层次分析法或两者结合使用。社区卫生服务评价指标体 系建立后，可以通过对评价单位各项评价指标的测量获得数据资料，再进行分析和综合评价。

**(王红妹)**

**思考题** **1.解释社区卫生服务的概念、特点。**

2.结合现状，谈谈发展中国社区卫生服务亟待解决的问题有哪些?

3.怎样理解以社区为导向的群体性基层医疗服务?

4.谈谈如何构建适合我国的社区卫生服务评价体系?



**第十八章**

笔 记 

**家庭保健**

家庭是个人生活的主要场所。个人的价值观、生活习惯、卫生习惯的形成，以及性格的形成、解 决问题的方式等在很大程度上受家庭环境的影响。因此，个人健康与家庭密切相关，良好的家庭结 构、功能和关系有利于增进家庭成员的健康。同时，家庭是介于个人和社会之间的一种社会组织，它 是构成社区的基本单位。每个家庭生活是否健康直接影响到社区整体的健康，所以家庭保健是社区 的重要工作之一。

**第一节** **家庭概述**

一 、家庭的概念

家 庭(family) 由两个或多个成员组成，是家庭成员共同生活和彼此依赖的处所。家庭应具有血 缘、婚姻、供养、情感和承诺的关系，家庭成员共同努力以实现生活目标与需要。

由于受不同历史环境和民族文化的影响，不同时代、不同国家、不同民族对家庭的认识也不同。 总体归纳有两种倾向，即传统意义的家庭和现代意义的家庭。传统意义的家庭是指有法定血缘、领 养、监护及婚姻关系的人组成的社会基本单位。随着社会的发展，人们对家庭的概念也有了新的认 识。现代意义的家庭除了强调婚姻关系和法定的收养关系外，也承认多个朋友组成的具有家庭功能 的家庭。总的来说，家庭是指以婚姻关系为基础，以血缘关系或收养关系为纽带而建立起来的，有共 同生活活动的基本群体。在我国，多数的家庭是以婚姻为基础、以法律为保障、传统观念较强的家 庭，家庭关系比较完整而稳定。

二、家庭结构

家庭结构是指构成家庭单位的成员及家庭成员互动的特征，分为家庭外部结构和家庭内部结 构。家庭外部结构主要指家庭人口结构，即家庭的类型。家庭内部结构指家庭成员间的互动行为， 其表现是家庭关系。家庭内部结构包括以下4个方面。

1. 家庭角色 家庭成员在家庭中所占有的特定地位。 一般家庭成员依照社会规范和家庭工作 性质、责任，自行对家庭角色进行分配，成员各自履行其角色行为。

2. 家庭权力 家庭成员对家庭的影响力、控制权和支配权。家庭权力分为传统权威型、情况权 威型、分享权威型。

3. 沟通方式 家庭成员之间对感情、愿望、价值观、意见和信息进行交换的过程。

240 第十八章 家庭保健

4. 家庭价值系统 家庭在价值观方面所特有的一种思想、态度和信念，它的形成受家庭所处的 文化背景、宗教信仰和社会价值观的影响。

**三、家庭类型**

家庭类型一般是指家庭存在的各种方式或模式。按家庭结构可以分为以下6种类型。

1. 核心家庭 由已婚夫妇和未婚子女或收养子女两代组成的家庭。核心家庭的特点是人数 少、结构简单，家庭内只有一个权力和活动中心，家庭成员间容易沟通、相处。

2. 主干家庭 又称直系家庭，由父母、已婚子女及其孩子三代人所组成的家庭。主干家庭特点 是家庭内不仅有一个主要的权力和活动中心，还有一个权力和活动的次中心。

3. 联合家庭 包括父母、已婚子女、未婚子女、孙子女、曾孙子女等几代居住在一起的家庭。联 合家庭的特点是人数多、结构复杂，家庭内存在一个主要的权力和活动中心，数个权力和活动的次 中心。

4. 单亲家庭 由离异、丧偶或未婚的单身父亲或母亲及其子女或领养子女组成的家庭。单亲 家庭的特点是人数少、结构简单，家庭内只有一个权力和活动中心，但可能会受其他关系的影响。此 外，经济来源相对不足。

5. 重组家庭 夫妇双方至少有一人已经历过一次婚姻，并可能有一个或多个前次婚姻的子女 及夫妇重组家庭后的共同子女。重组家庭的特点是人数相对较多、结构复杂。

6. 丁克家庭 由夫妇两人组成的无子女家庭。丁克家庭的特点是人数少、结构简单。

随着社会经济发展和家庭观念的转变，我国家庭发展趋向于小规模和多样化，以夫妻制的3人 核心家庭为主，老年夫妇单独生活的家庭增多，由此带来的问题是年轻家庭的育婴经验不足和老年 夫妇孤独及缺少人照顾。与此同时，在大城市中，单身家庭、一方抚养孩子的家庭、同居家庭、丁克家 庭有逐渐增加的趋势。由于家庭关系不完整、不稳定或者个人的孤独带来的相关心理社会问题比较 普遍，成为影响家庭健康的因素。

**四、家庭功能**

家庭功能是指家庭对其成员的生存需要、安全需要、社会需要等所具有的协调性作用。家庭功 能决定是否能够满足家庭成员在生理、心理及社会各方面各层次的需要。家庭具有以下5种功能。

1. 情感功能 家庭成员以血缘和情感为纽带，通过彼此的关爱和支持满足爱与被爱的需要。 情感功能是形成和维持家庭的重要基础，它可以使家庭成员获得归属感和安全感。

2. 社会化功能 家庭可提供社会教育，帮助子女完成社会化过程，并依据法规、文化和习俗，约 束家庭成员的行为，对家庭成员进行文化素质教育，培养人生观、价值观和信念。

3. 生殖功能 生养子女，培养下一代，体现了人类作为生物世代延续种群的本能与需要。

4. 经济功能 经营生活需要一定的经济资源，包括金钱、物质、空间等，以满足多方面的生活 需要。

5. 健康照顾功能 通过家庭成员间的相互照顾，可以抚养子女，赡养老人，保护家庭成员的健

第十八章 家庭保健 241

康，并且在家庭成员生病时，能提供多方面的照顾。家庭健康照顾的主要内容包括：提供适当的饮 食、居住条件和衣物，维持适合于健康的居家环境，有足够的维持个人健康的资源，进行保健和病人 的照顾，配合社区整体健康工作。

五、健康家庭

健康家庭(health family)是指家庭中每一个成员都能感受到家庭的凝聚力，能够提供足够的内 部和外部资源维持家庭的动态平衡，且能够满足和承担个体的成长，维系个体面对生活中各种挑战 的需要。

1. 健康家庭的模式 代表性的有：①医学模式，认为健康家庭是指家庭成员没有生理、心理、社 会疾病，家庭没有功能失调或衰竭的表现；②角色执行模式，认为健康家庭是指家庭有效地执行家庭 功能和完成家庭发展任务；③适应模式，认为健康家庭是指家庭有效地、灵活地与环境相互作用，完 成家庭的发展，适应家庭的变化；④幸福论模式，认为健康家庭是指家庭能持续地为家庭成员保持最 佳的健康状况和发挥最大的健康潜能提供资源、指导和支持。这4个模式没有相互重叠，而是反映 不同层次的健康家庭。

2. 健康家庭的特征 主要包括：①角色关系的规律性及弹性；②个体在家庭中的自主性；③个 体参与家庭内外活动的能动性；④开放以及坦诚的沟通；⑤支持和关心的氛围；⑥促进成长的环境。

3. 健康家庭应具备的条件 主要包括：①良好的交流氛围：家庭成员能彼此分享感觉、理想，相 互关心，相互了解，并能化解冲突；②增进家庭成员的发展：家庭给予各家庭成员足够的自由空间和 情感支持，使成员有成长机会，能够随着家庭的改变而调整角色和职务分配；③能积极地面对矛盾及 解决问题：对家庭负有责任，并积极解决问题，遇有解决不了的问题，不回避矛盾并寻求外援帮助；

④有健康的居住环境及生活方式：能认识到家庭内的安全、膳食营养、运动、闲暇等对每位成员健康 的重要性；⑤与社区保持密切联系：不脱离社区和社会，充分运用社会网络，利用社区资源满足家庭 成员的需要。

总之，健康家庭反映的是家庭单位的特点，而不是家庭成员的特点。健康家庭受到家庭成员的 知识、态度、价值、行为、任务、角色，以及家庭结构类型、沟通、权力等因素的综合影响。研究表明，家 庭成员的保健知识、健康行为等与其健康状况呈正相关，而家庭的婚姻、沟通、权力结构与经济状况 等也与健康家庭密切相关。因此，理想的健康家庭并不等于每个家庭成员健康的总和。在评估健康 家庭时，不能仅通过对家庭成员健康的评估来评定健康家庭，也不能只局限于个体的行为、态度、信 仰和价值，而是要扩展到整个家庭系统。

**第二节** **家庭保健**

**一、家庭保健概述**

家庭保健是以家庭为单位，社区保健人员为帮助家庭成员预防、应对、解决各发展阶段的健康问

242 **第十八章家庭保健**

题，适应家庭发展任务，获得健康的生活周期而提供的服务。

家庭保健目的主要是维持和提高家庭的健康水平及其家庭自我保健功能，具体包括提高家庭发 展任务的能力、帮助问题家庭获得健康发展的能力，以及培养家庭解决和应对健康问题的能力。

家庭保健是全科医生签约制度的主要内容之一。当家庭出现健康问题时，全科医生或者其他社 区保健人员可通过家庭健康评估发现存在的问题，提出家庭健康诊断和需要援助的项目，并根据诊 断制定相应的家庭健康援助计划，进行实施和评价，通过评价判断家庭健康问题是否得到解决，由此 决定是修改还是终止计划。

二、家庭保健理论

家庭保健理论对家庭健康具有重要指导意义。通过对家庭保健理论的了解，可以为不同时期家 庭健康提供针对性保健。

( 一 )家庭系统理论

家庭系统理论主要应用于家庭关系出现问题时，判断家庭在哪个环节出现了什么问题，用何种 方式可以解决。家庭系统理论是受生物学家路德维希(Ludwig) 在1945年提出的“一般系统理论” 的影响；20世纪70年代初，开始应用“一般系统理论”构筑家庭系统理论。家庭系统理论认为，家庭 是受社会文化、历史和环境相互作用的一个“开放系统”,具有以下特点。

1. 整体性 家庭成员的变化一定会影响家庭整体的变化。例如，妻子突然生病住院，打破以往 的家庭生活状况。丈夫由于工作忙，孩子担当了帮助父母料理家务的工作，家庭成员自行调整了家 庭生活。由于家庭角色和职务分配发生变化，导致家庭整体发生相应的变化。

2. 积累性 家庭整体的功能大于家庭成员功能之总和。例如：年迈的奶奶生病，生活不能自 理，需要人照顾。此时家庭的全体成员包括夫妻、兄弟姐妹、孙子孙女聚集在一起，商量如何分工照 料老人。家庭成员汇聚一起整体安排的效果好于家庭成员各自安排的效果。

3. 稳定性 家庭系统应对家庭内外的变化，维持家庭的安定。例如，新婚期的家庭，夫妻双方 各自有婚前家庭的生活习惯，两人组成新的家庭，必然出现难以适应的地方，但他们会尽量互相做出 一些让步，以适应新的家庭生活，维持家庭的稳定。

4. 周期性因果关系 家庭成员的行为促使家庭内部发生各种变化，产生周期性因果关系。例 如，父亲染上了赌博，经常挥霍家里的钱财；妻子说服不了丈夫，经常苦闷而出现身心症状，导致不能 料理家务；子女看到父母的状态，担心和害怕，经常旷课，学习成绩下降；进而使父亲的心理压力增 大，想通过赌博把失去的都找回来，导致恶性循环状态。由此可见，家庭成员间的关系不仅仅停留在 单一因果关系上，它会连续地影响家庭各成员，不断出现新的原因和结果，这样周而复始地循环，呈 现周期性。

5. 组织性 家庭成员是有层次和有预期的角色。例如，家庭成员是由不同时代和年龄的父母、 子女、兄弟姐妹组成，他们既是独立的个人，同时也是相互具有联系的子系统。父母有养育子女长大 成人的义务，父母期待子女通过学习而使之社会化，而子女遵照父母教诲去做。

美国安德森(Anderson) 把家庭系统论用于家庭护理，他主张应用家庭系统的各程序进行家庭健

第十八章 家庭保健 243

康护理，将家庭系统论中提出的家庭特点和家庭健康相关理论进行综合，提出了家庭健康系统的5 个程序：①发展程序：家庭发展阶段的转变、家庭发展动力；②健康程序：健康信念、健康状态、健康习 惯、生命周期、保健服务的提供；③应对程序：资源的运用、问题的解决、压力、危机的应对；④相互作 用程序：家庭成员关系、沟通与交流、养育、抚爱、外来支援；⑤综合程序：共同体验、同一性、责任、历 史、价值观、境界、仪式。

(二)家庭生活周期理论

家庭生活周期是指家庭经历从结婚、生产、养育儿女到老年的各个阶段连续的过程。

1. 家庭生活周期特点 包括：①随时间变化；②有起点和终点；③家庭有阶段性的发展趋势，每 一阶段都有特定的问题；④有正常的变迁和意外的危机；⑤有生物、行为和社会信息的交流。

2. 家庭生活周期的分期 按照时间顺序，可分为以下8个阶段。

(1)已婚夫妻无子女阶段：平均2年，主要是与原来家庭脱离，要求彼此性格相互磨合，符合社 会经济要求。

(2)养育幼儿阶段：孩子出生到30个月，此时应制订新的计划，面对父母角色适应、疲劳、经济 压力、家庭休闲活动受限制等问题。

(3)有学龄前儿童的阶段：孩子30个月到6岁之间，主要是孩子的照料及社会化问题。

(4)有学龄儿童的阶段：孩子7~13岁，孩子在身体、情感及智力、社会方面的发展。

(5)有青少年子女的阶段：孩子14~20岁，主要是孩子青春期卫生及性方面的问题。

(6)子女离家阶段：约8年左右，两代关系演变为成人对成人的关系，双亲由关注孩子转化为彼 此重新关注。

(7)中年父母阶段：约15年左右，重新评估生活目标，安排优先次序，妇女常有情绪危机。

(8)老年阶段：约10~15年左右，主要是适应退休后的角色和生活，健康状况衰退，丧偶悲伤、孤 独等问题。

3. 家庭生活周期问题的预防性指导 当家庭生活周期由一个阶段转入下一个阶段时，与家庭 成员共同评价面临的“危险因素”,并提出必要的指导性或纠正性意见，称之为预防性指导。其目的 是：①预防家庭内的压力及冲突；②增进健康和预防疾病；③促进家庭功能的健康发展。家庭各生活 周期阶段的预防性指导事项分别包括：

(1)单身年轻成人：包括：①与原来家庭的关系，及存在何种社会关系；②年轻人的生活目标。

(2)新婚夫妇：包括：①与原来家庭的关系改变；②夫妻双方在财产、情感和价值观方面彼此分 享的情况；③夫妻双方对时间、金钱、朋友、事业等看法；④夫妻之间合作是否默契。

(3)第一个小孩诞生：包括：①夫妻间的关系改变；②父母对子女的责任分担；③对子女行为的 处置；④夫妻与原来家庭之间的关系改变。

(4)学龄儿童：包括：①婚姻关系的改变和注意力的转移；②家庭调整对学校的适应情况；③以 家庭为单位参与的活动。

(5)青春期子女：包括：①青春期子女在责任与自由、依赖与独立之间寻求平衡；②讨论性问题；

③夫妻与原来家庭之间的关系变化。

244 第十八章 家庭保健

(6)子女离家：包括：①夫妻与子女之间的关系；②家庭角色改变；③夫妻的婚姻关系改变。

(7)中年期父母：包括：①子女离家后如何打发时光；②家中成员的失落感发生；③身心改变以 及由此引发的问题。

(8)老年：包括：①夫妻适应退休生活；②为老年的到来做准备；③家庭中成员失落感发生；④身 心改变以及由此引发的问题。

(三)家庭压力应对理论

家庭压力应对理论主要阐述当家庭第一次出现或反复出现危机时，判断此危机处于哪一阶段， 援助该阶段的家庭成员，促进他们提高应对危机的能力，增强其生活能力。此外，还要选择适当的援 助方法，挖掘成员中能促进健康家庭的各种潜力，充分发挥其作用。

1947年，希尔(Hill) 发表了《压力下的家庭》。这是对第二次世界大战期间的135个有家庭成员 出征的家庭进行跟踪调查，研究结果提出了“ABC-X” 模式。A 表示压力源事件，B 表示家庭应对危 机所具有的资源，C 表示家庭对事件的认识，X 表示家庭危机。该模式主要强调家庭是否产生压力 或发生危机，并不是由某些事件直接导致的结果，而是取决于两个变量：家庭资源和家庭成员对事件 的认识。

**三、家庭保健方法**

( 一 )建立家庭健康档案

1. 家庭基本资料 包括家庭住址、人数及每个成员的基本资料，以及建档医生和护士姓名，建 档日期等。

2. 家系图 以绘图的方式表示家庭结构及各成员的健康和社会资料，是简明的家庭综合资料。

3. 家庭卫生保健记录 记录家庭环境的卫生状况、居住条件、生活起居方式等，是评价家庭功 能、确定健康状况的基础资料。

4. 家庭评估资料 包括：①家庭结构；②家庭成员的资料；③家庭生活周期；④家庭功能。

5. 家庭主要问题目录及其描述 记载家庭生活压力事件及危机的发生日期、问题描述及结果 等。家庭主要问题可按以问题为导向的医疗记录中的主观资料、客观资料、对健康问题的评估、对健 康问题的处理计划等方式描述。

6. 家庭成员的健康资料 包括生理、心理、社会方面测量的指标或描述。

(二)开展家庭健康教育

1. 家庭环境卫生教育 家庭环境的好坏，对家庭成员的健康有着重要的影响。怎样创造一个 美好的家庭环境，是家庭健康教育的重要内容。家庭环境包括住宅庭院和居室内部的环境。在我国 农村和城市，存在着许多不利于健康的家庭环境问题。有些从建造房屋之始就已经存在，有的存在 于装修过程中，有的则存在于日常对家庭环境的管理中。针对农村与城市不同的情况和每个家庭的 具体问题，家庭环境健康教育的具体内容包括以下方面。

(1)住宅建设方面：居民住宅的选址，住宅周围的环境布局，住宅建造应注意的具体问题，住宅 的给水与排水布置，住宅的通风、采暖以及室内的采光与照明，绿化等。

第十八章 家庭保健 245

(2)住宅装修方面：室内装饰材料的选择，厨房的布置，居室色调的选择，床位和家具的合理摆 放，老年居室的布置，儿童居室及写字桌的正确布置，灯具的选择等。

(3)家庭室内外卫生方面：居室空气消毒的物理、化学、生物等方法，测试和调整居室微小气候， 防止空调病，注意开窗透气，扫地除尘，保护厨房的卫生整洁，卫生间的卫生要求。居室养花与空气 的关系，庭院绿化与空气净化和气温、气湿的关系，保持庭院的卫生与整洁，注意清扫楼道等室外公 共卫生区域，注意垃圾和污染物的处理等。还要警惕来自身边的环境污染，如厨房污染、卧室污染、 噪声污染、化妆品污染、吸烟污染等。

2. 生活行为教育

(1)饮食行为知识教育：人体所需的能量和各种营养物质都来源于饮食。食物的品种、数量、质 量、卫生状况以及人们的不同膳食方式都与健康密切相关。饮食行为知识教育具体包括营养知识教 育，食品卫生知识教育，酒、茶及其他饮料知识教育等。

(2)起居生活习惯教育：形成有规律的起居习惯，对睡眠、健康、学习都有重要影响。起居教育 内容应包括：布置符合卫生要求的居室，正确掌握起居时间，调整冷暖适度的卧具，形成有利健康的 睡眠姿势；孩子睡觉的卫生要求，老年人起居的注意事项等。

(3)休闲、娱乐方式教育：适当的娱乐能减轻疲劳，放松紧张的情绪，有利于身心健康。相反， 一 些不良的娱乐方式，或娱乐时间不当，则会有损于身心健康，甚至危及生命安全。因此，在家庭中不 能忽视休闲、娱乐方式教育。运动锻炼是现代生活中重要的保健方法之一。各种健身操、跑步、爬 山、游泳以及各种球类活动，中国特有的武术、气功等都有着良好的保健作用。

3. 心理健康知识教育 心理卫生教育家庭化是一种必然趋势。在开展家庭心理卫生教育时， 必须考虑到针对性，要选择简单易懂又与日常生活相关的心理卫生常识作为教育内容。具体教育内 容可从以下方面加以选择：心理健康的标准有哪些，什么叫心理咨询，怎样寻求心理咨询，婴儿期的 心理卫生常识，学龄前儿童的心理卫生，独生子女的心理教育，中小学生心理障碍的原因和预防措 施，如何培养孩子良好的心理素质，怎样对待孩子的逆反心理，青春期可出现哪些心理状态，恋爱期 的心理卫生，失恋心理，父母对子女过严或溺爱的心理危害，父母与子女相处的心理原则，夫妻心理 相容的条件，女性月经期的心理表现，妇女孕育期的心理特性，中年人怎样保持心理健康，老年人的 心理特点及心理变化，离退休后如何保持心理平衡，怎样摆脱不良情绪的困扰，如何正确面对困难与 挫折，嫉妒心理对健康的危害，在自卑感心理困扰时如何寻求帮助，如何与邻里和睦相处等。

4. 家庭护理与用药知识教育

(1)家庭护理常识：如对骨折病人、高热病人、高血压病人、冠心病人、糖尿病人、瘫痪病人及癌 症病人的家庭护理方法，以及预防褥疮、做冷热敷、测体温、数脉搏、看呼吸、量血压、玩具衣被褥消 毒等。

(2)用药常识：了解药品的批准文号及有效期，药物的各种剂型，药物的不良反应，正确掌握用 药量，失效药物的特征，常备药的收藏保管，旅游用药须知，服用补益、营养药的注意事项，中西药的 服用方法，煎中药的方法，忌乱用未经验证的秘方、偏方，注意药物搭配禁忌，滥用药物的危害，烟、 酒、茶对药物的影响等。

5. 生殖与性教育 应当本着科学精神，采用恰当的形式，传播正确的生殖与性知识。在家庭中 开展生殖与性教育，要把握好传播的内容和传播方法，如在夫妻间的教育和在父母与子女间的教育 就有较大的区别。

6. 意外伤害教育 应选择人们日常生活中经常会遇到的问题，例如：煤气中毒后可采取哪些措 施，沼气中毒怎么办；如何处理灭鼠药中毒，清理粪池时突然昏倒怎么办，掉人粪坑怎样处理，发生溺 粪怎么办；毒蛇咬伤、蜈蚣咬伤、蝎子蜇伤怎么办；怎样防止触电，怎样拯救触电者，为什么不能直接 用手去救援触电者，怎样防雷击；烫伤、烧伤后怎么办，怎样拯救溺水者，火灾发生后被困在楼中的人 如何脱离危险，怎样做好水灾时的安全防范工作，地震时怎么进行自我防护；脑外伤后流血较多怎么 办，指压止血法适用于哪些部位的出血，对插入体内颅腔的致伤物是否能马上拔出；肉中扎刺后怎么 办，骨刺鲠喉怎么办，关节扭伤后怎么办，疑有脊柱骨折的病人要做哪些措施等。

**第三节** **家庭健康评估**

家庭健康评估是为了确定家庭存在的健康问题而收集主观和客观资料的过程，其目的是为开展 有针对性的援助提供可靠依据。它要求健康评估者对家庭的健康状况和影响健康的因素作出整体 评估，以了解家庭的功能、发展阶段、家庭成员的互动情况、家庭健康需求、家庭健康问题以及现存或 潜在的家庭压力危机，并针对这些问题和危机制定完整的家庭健康计划，协助家庭采取适当的措施， 解决问题，摆脱困境。

开展家庭健康评估条件包括：①由家庭成员完成；②调查工具简单明确，受教育较低层次的家庭 成员也能理解和提供资料；③短时间内可以完成调查；④能适用于不同的社会经济或文化的评估对 象；⑤能提供完整的家庭功能资料。

**一、家庭健康评估的内容**

1. 家庭生活周期 主要包括：①家庭有几个成员；②家庭成员当前住址；③家庭所处家庭生活 周期的阶段；④这个阶段目前发生的问题；⑤家庭过去遭遇过的重大问题；⑥家庭对这些问题处理的 满意度。

2. 家庭社会心理 主要包括：①谁是这个家庭的决策者；②在这个家庭时期，哪些人应受到重 视；③家庭成员各自的期望值是什么,是否已经实现，现在还有哪些期望值；④家庭成员间彼此引起 注意的主要因素是什么;⑤家庭成员的个体差异与自我表达方式；⑥家庭成员各自间的容忍度有 多大。

3. 社会环境 主要包括：①家庭和亲戚间有多少接触，亲友是否前来帮助解决问题或是前来制 造问题；②家庭成员在邻居中是否有很多朋友，成员们参加的社团或团体有哪些；③家庭有无使用社 区资源，以后是否还会使用社区资源；④家庭中双亲受教育的程度。

**二、家庭健康评估的指征**

1. 家庭成员频繁地因非特异性的症状来求诊，如头痛、背痛、腹痛、疲劳、失眠等，特别是没有器

第十八章 家庭保健 247

质性病变的证据。

2. 过度利用医疗保健机构(资源利用过度)或每个家庭成员都经常就诊。

3. 处理慢性病时遭遇难题，如高血压维持药物的依从性不佳，糖尿病及严重气喘发作频繁等。

4. “涟漪”效应，不同的成员出现同样的严重疾病的症状或家庭中接连出现严重疾病。

5. 情绪及行为方面的问题。

6. 配偶间的问题，如婚姻及性问题。

7. “代罪羔羊”或“三角关系”,即将家中未解决的压力以情绪转移至家庭中成员，如小孩。

8. 与生活方式及环境因素有因果关系的疾病，如酒精性肝病、情绪性消化道溃疡等。

9. 促进健康与预防疾病的活动，包括预防接种、遗传咨询及营养指导等。

10. 家庭发展阶段因预期问题而产生的焦虑，如婴儿的诞生及照顾、青春期叛逆、中年危机、空 巢综合征等。

11. 危机，包括失业、意外、死亡、战争、分离等。

三、家庭健康评估的工具

( 一 ) 家 系 图

家系图是指将家庭的结构性资料及功能性资料用简单的图谱及文字表达，以形成家庭主要问题 的直观性解释。目前家庭评估用的家系图，除了以往的生物医学资料外，还包括家族以及家庭成员 互动关系的资料。

1. 家庭结构 例如，家庭组成：完整的核心家庭、单亲家庭、再婚家庭、三代同堂家庭、扩大家庭 以及非家庭成员同住的家庭；不寻常家庭结构：近亲通婚、多次婚姻；兄弟姐妹经历：包括性别、年龄 差距、性格特征、家庭为孩子所制订的计划、父母对性别差异的态度、各个孩子在家庭中的地位等。

2. 家庭生活周期 目前家庭生活周期所处阶段，如新婚时期、有幼儿时期、有青少年时期、孩子 离家时期、老年人时期；家庭生活周期转变或发展阶段的危机；家庭周期中非同时性问题，如早死、延 迟离家、配偶年龄差距过大等。

3. 世代间反复出现的模式 重复出现的疾病模式，如特别的疾病(高血压)、症状(头痛);重复 出现的功能模式，如躯体化、否定(心理状况)和药物滥用等；重复出现的人际关系问题，如冲突、断 绝关系；重复出现的结构模式，如离婚、再婚等。

4. 生活经历 最近的生活压力来源，如结婚、怀孕、下岗、急性和慢性疾病；慢性生活压力来源， 如贫穷、工作环境恶劣、与上司关系差等；巧合或出现的有意义日期和暂时性生活事件，如节假日、生 日、周年纪念等；文化、社会、经济、政治或环境力量，如迁移、自然灾难、战争等。

5. 家庭关系模式 家庭中关系的形态，如断绝关系、冲突、疏远、融合；三角关系，如父母与孩子 间的三角关系、离婚和再婚家庭三角关系、家庭收养及养育的孩子间的三角关系、多世代间的三角关 系；以及非家庭成员的关系形式。

6. 家庭平衡与失衡 家庭结构平衡与失衡，如离婚与再婚后的结构变革；家庭角色平衡与失 衡，如生育子女后所表现的角色变异情况；家庭功能平衡与失衡，如事件发生后，其家庭功能能否

平衡。

( 二 )APGAR 家庭功能问卷

1978年，米尔克斯坦(Smilkstein) 设计了APGAR 家庭功能问卷，其本意是希望家庭全科医生在 初次接触家庭时，就对家庭情况有个整体的了解。 APGAR 是代表家庭功能五个部分的首个字母，主 要内容如下。

1. 适应度 (adaptation) 家庭面临危机或压力时，内在与外在资源的使用情况，以及使用后 解决问题的力度。

2. 合作度(partner ship) 家庭成员对问题的决定权以及责任的共享情况。

3. 成长度(growth) 家庭成员间相互支持而达到生理、心理和社会适应方面的成熟与自我

实现。

4. 情感度(affection) 家庭各成员间相互关爱的状况和程度。

5. 亲密度(resolve) 家 庭成员彼此间享受共同的时间、空间和经济资源的承诺。

APGAR 家庭功能问卷分为两部分，第一部分为5道封闭式问题，由家庭成员就各问题的满意度 进行选择；第二部分为个人与其他成员关系的调查。该问卷已被世界各地反复验证，其信度和效度 良好；缺点是特异性较差，且只能测定“主观”满意度。

(三)家庭圈图

斯洛尔(Thrower) 等人于1982年利用心理投射原理研制出家庭圈图。让家庭的每个成员以主 观认知分析将代表每一个成员的小圆圈置于代表其家庭的大圆圈内，愈大的圆圈代表的权力愈大， 圆圈之间的距离表示关系密切程度。家庭圈反映的是成员对家庭的看法及家庭关系网络。家庭圈 图的优点是简明，可用来进行各成员比较，也可作进一步切人问题实质的引子，缺点是初看起来不易 理解。

( 四 ) 生 态 图

生态图是由哈德曼(Hartman) 发展的评估家庭的图形工具，以核心家庭的“家系图”为核心圆， 探讨其与外界单位、机构、人员的相互关系。这种生态图有助于指出家庭所处社会环境的基本性质， 也可用于治疗，即让家庭成员认识与自身有关的外部环境，引导思考解决健康问题的因素，并挖掘相 关资源。

**(鲍** **.勇)**

**思考题** **1.论述建立家庭健康档案对家庭保健的意义。**

2.论述家庭健康评估与社区慢性病干预的关系。

3.简单对比几种主要的家庭健康评估工具的适用性与优缺点。



**第十九章**

D 笔 记 ·

**弱势人群卫生服务**

社会弱势人群(social vulnerable group),也称为社会脆弱群体、社会弱者群体。 一般学界把社会 弱势人群分为两类：生理性弱势人群和社会性弱势人群。前者成为弱势人群，有着明显的生理原因， 如孕产妇、儿童、老年人、残疾人等；后者则基本上是社会原因导致，如流动人口、低收入者、下岗职 工、失业者等。从经济学角度看，弱势人群是指在资源配置上处于劣势地位且有困难的各类群体。 从医学角度看，弱势人群是指其身体健康状况较差或较特殊，或由于经济、医疗保障等方面的制约， 对卫生服务的可及性较差的人群。

20世纪90年代以来，随着社会变迁中的利益重新调整和分配，社会性弱势人群的规模和数量 相对增长，已成为一个不容忽视的社会问题。此外，由于社会结构的转型、卫生服务体制的一些缺 陷、医疗服务中高精尖仪器设备、昂贵药品利用的持续增加和物价变化等因素导致的卫生服务费用 迅速增长，给居民尤其是弱势人群造成沉重的经济负担。社会改革发展的核心是公平与和谐，因此， 深人研究当前我国弱势人群的健康与卫生服务问题具有重大现实意义。从根本上或者从长远来说， 关注弱势人群的卫生保健，不仅有利于改变弱势人群在健康与卫生服务中的不利境遇，而且有利于 社会的稳定和协调发展。本章主要介绍妇女、儿童、老年人、残疾人和流动人口的健康和卫生服务 状 况 。

**第一节** **妇幼卫生服务**

妇女和儿童(≤14岁)是两个不同的特殊弱势人群，而这两个群体的健康和卫生状况往往是不 可分割的。妇女儿童既有一般的卫生服务需要，也有特殊的卫生服务需要；既有最基本的保健需要， 也有高层次的保健需要。20世纪90年代以来，妇女儿童问题已经成为国际社会特别关注的重要议 题和优先领域，“母亲安全”“儿童优先”成为全球性的道德观念和维护人类健康与发展的行动准则。 妇幼健康及其卫生工作是关系到促进民族健康、增强民族素质的基础工作。

一 、妇幼卫生工作的成就及挑战

( 一)妇幼卫生服务需求状况

妇女儿童之所以成为弱势人群是由于他们的生理和心理特点决定了他们属于“高危人群”,在 生理、生殖、生长、发育等过程中必须加以特殊保护，从而就决定了他们的卫生服务需求较高。据我 国第五次国家卫生服务的调查结果显示，女性两周患病率和慢性病患病率(按患病例数算，以下同) 均高于同期的男性，女性按标准年龄构成计算的两周患病率和慢性病患病率的标化率也高于同期的

250 第十九章 弱势人群卫生服务

男性(表19-1)。因此，妇女对卫生服务的需求与利用也高于男性(表19-2)。同样，儿童的卫生服务 需要、需求与利用也比较高(表19-3)。

表19-1我国居民两周患病率和慢性病患病率(标化率)(%)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **性别** | **两周患病率(标化率)** | | | | | **慢性病患病率(标化率)** | | | | |
| **1998年** | **2003年** | **2008年** | **2013年** | | **1998年** | **2003年** | **2008年** | | **2013年** |
| 男 | 136.2  133.2 | 130.4  118.3 | 170.4  一 | 224.  - | 0 | 141.6  141.6 | 133.5  133.5 | 177.  - | 3 | 310.0  一 |
| 女 | 164.1  159.5 | 155.8  137.9 | 206.8  一 | 259. | 0 | 173.9  173.9 | 169.0  169.0 | 222. | 5 | 350.0  一 |
| 合计 | 149.8  **146.4** | 143.0  128.2 | 188.6  一 | 241.  一 | 0 | 157.5  136.1 | 151.1  124.5 | 199. | 9 | 331.0  一 |

资料来源：第五次国家卫生服务调查分析报告，2015

**表19-2我国居民两周就诊率(标化率)(%o)**

|  |
| --- |
| **性别** **1998年** **2003年** **2008年** **2013年** |
| 男 149.5/146.1 121.5/112.0 131.0/111.0 119.0/- |
| 女 179.1/175.2 146.2/131.4 160.0/132.0 141.0/- |
| 合计 163.9/160.7 133.8/122.0 145.0/122.0 130.0/- |
| 资料来源：第五次国家卫生服务调查分析报告，2015  **表19-30~4岁儿童两周患病率和两周** **就诊率(%**) |
| **指标** **1993年** **1998年** **2003年** **2008年** **2013年** |
| **两周患病率** 200.3 201.8 133.0 174.0 106.0 |
| **两周就诊率** 309.6 307.4 202.4 248.0 146.0 |

资科来源：第五次国家卫生服务调查分析报告，2015

**(二)妇幼卫生服务供给状况**

新中国成立以来，国家确立了“预防为主”的妇幼卫生工作方针，突出了“以保健为中心”的工作 特点，根据不同时期的经济发展水平，制定了相应的工作重点。随着信息化时代的到来，国家建立了 妇幼卫生监测系统和妇幼保健网络，政府投人资金增加儿童医院、妇产科医院和妇幼保健院的基础 设施和人员配置，医院和床位数、医护人员数持续增加，医护比逐渐提升，从而保证了妇女儿童健康 水平的提高(表19-4)。

(三)妇幼卫生状况及面临的挑战

婴儿死亡率、5岁以下儿童死亡率和孕产妇死亡率(以下简称“三率”)是衡量一个国家或地区 的妇幼卫生状况的常用指标。2000年9月，联合国千年首脑会议提出，到2015年5岁以下儿童死亡 率降低到20.3%o,孕产妇死亡率降低到22.2/10万。2011年7月，国务院《中国妇女发展纲要 (2011—2020)》和《中国儿童发展纲要(2011—2020)》(简称“两纲”)提出，孕产妇死亡率控制在20/ 10万以下，婴儿死亡率控制在10‰以下，5岁以下儿童死亡率控制在13‰以下。我国的“三率”呈逐 年下降趋势(表19-5),其中我国的孕产妇死亡率由1996年的63.9/10万下降到2014年的21.7/10

第十九章 弱势人群卫生服务 251

万，但与世界发达国家如日本(6/10万)和英国(12/10万)相比，还是有较大差距；我国的婴儿死亡 率和5岁以下儿童死亡率也明显高于日本、英国和美国(表19-6)。这说明我国妇女儿童的健康水 平与发达国家还有相当程度的差距，降低“三率”和提高妇幼卫生状况的任务还比较艰巨。

**表** **19-4妇幼保健** **机构、床位及人员数**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **2000年** | **2005年** | **2008年** | **2011年** | **2014年** |
| 儿童医院 | 36 | 58 | 68 | 79 | 99 |
| 床位(张) | 9835 | 14353 | 19104 | 25690 | 30975 |
| 人员(人) | 18219 | 25109 | 31219 | 40808 | 55105 |
| 卫生技术人员 | 13642 | 19507 | 25132 | 33847 | 46330 |
| 医生 | 4812 | 6719 | 8234 | 10631 | 14044 |
| 护师(士) | 6193 | 8752 | 11355 | 16657 | 23362 |
| 妇产科医院 | 44 | 127 | 257 | 442 | 622 |
| 床位(张) | 7532 | 11961 | 18869 | 29545 | 36883 |
| 人员(人) | 12455 | 18789 | 31627 | 49403 | 70788 |
| 卫生技术人员 | 9570 | 14590 | 24450 | 37398 | 53180 |
| 医生 | 3379 | 5378 | 8572 | 12351 | 17256 |
| 护师(士) | 4270 | 6268 | 10554 | 17351 | 26074 |
| 妇幼保健院 | 3163 | 3021 | 3011 | 3036 | 3098 |
| 床位(张) | 71153 | 94105 | 117261 | 145866 | 184815 |
| 人员(人) | 168302 | 187633 | 219892 | 261861 | 326732 |
| 卫生技术人员 | 136843 | 153153 | 179918 | 216149 | 270674 |
| 医生 | 70176 | 73288 | 80239 | 87069 | 98748 |
| 护师(士) | 37753 | 44949 | 59770 | 82131 | 114212 |

资料来源：卫生与计划生育委员会《2015年中国卫生和计划生育年鉴》

**表19-5我国妇幼卫生“三率”变化情况**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **年份** | **婴儿死亡率(%)** | **5岁以下儿童死亡率(%)** | 孕产妇死亡率(1/10万) |
| 1996 | 36.0 | 45.0 | 63.9 |
| 2000 | 32.2 | 39.7 | 53.0 |
| 2004 | 21.5 | 25.0 | 48.3 |
| 2008 | 14.9 | 18.5 | 34.2 |
| 2014 | 8.9 | 11.7 | 21.7 |

资料来源：全【4妇幼卫生监测办公室，2015

252 第十九章 弱势人群卫生服务

**表19-6我国与发达国家的婴儿死亡率和5岁以下儿童死亡率比较(%o)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **年份** | **婴儿死亡率(‰)** | | | | **5岁以下儿童死亡率(‰)** | | | |
| **中国** | **日本** | **英国** | **美国** | **中国** | **日本** | **英国** | **美国** |
| 1998 | 38 | 4 | 6 | 7 | 47 | 4 | 6 | 8 |
| 2002 | 31 | 3 | 5 | 7 | 39 | 5 | 7 | 8 |
| 2006 | 20 | 3 | 5 | 6 | 24 | 4 | 6 | 8 |
| 2008 | 18 | 3 | 5 | 7 | 21 | 4 | 6 | 8 |
| 2010 | 16 | 2 | 5 | 7 | 18 | 3 | 5 | 8 |
| **2014** | 9 | 2 | 5 | 7 | 12 | 3 | 5 | 7 |

资料来源：2015年世界儿童状况报告

**二、影响妇女保健的社会因素**

**(** **一)影响妇女健康的社会因素**

1. 社会地位由于历史原因和传统文化陋习的影响，妇女的社会地位较低，长期处于受歧视的 地位。妇女在社会和家庭参与决策方面受到很多限制，使得她们不能平等地得到良好的医疗保健服 务，在健康方面也处于不利境况，受到的健康威胁和伤害也相对较大。

2. 就业及经济因素 研究显示，有独立经济收入的妇女，在家庭和社会的地位较高，对健康有 保护作用，孕产妇死亡率较低。由于妇女文化程度较低，成年妇女难以获得就业机会，造成妇女没有 独立的经济收入，使她们在家庭和社会中处于附属地位，从而影响她们的健康。另一方面，不同经济 发展水平的国家和地区，妇女的健康状况存在明显差别。 WHO 报告显示，发展中国家的孕产妇死亡 率明显高于发达国家。很多西方经济发达国家的孕产妇死亡率仅为(5~10)/10万，而发展中国家 高达200/10万。

3. 教育 女性受教育程度明显低于男性，全世界文盲男女比例为1:2。教育水平低者防病治 病的知识、意识和能力较差，容易出现健康问题。受过教育的妇女容易接受科学的保健知识，善于表 达自己的思想，可以和医护人员进行良好的沟通。

4. 风俗习惯 良好的风俗习惯有益于健康，不良的风俗习惯危害健康。“重男轻女”是影响妇 女健康的重要因素。当今社会，尤其是发展中国家，这一现象仍然普遍存在。女性一出生就受到各 方面的歧视，这对她们的身心健康产生了巨大影响，这种影响可能会给她们带来一生的伤害和灾难。 例如，在许多国家和地区尤其是农村，女婴得不到与男婴同样的营养和照料，从而影响她们的生长 发育。

5. 地域 农村及偏远地区妇女的健康状况较差。例如，城市的孕产妇死亡率一般为(30～40)/ 10万，农村为(50~150)/10万。其他与妊娠分娩有关的疾病如贫血、产后出血、产褥感染及产伤等， 农村尤其偏远地区的发病率均较高。

( 二 ) 妇 女 保 健

妇女在生理上比男性更脆弱，更需要保护。妇女一生中经历儿童期、青春期、生育期、更年期和

第十九章 弱势人群卫生服务 253

老年期5个时期，妇女保健也包括这5个时期的保健(相关内容参见妇幼卫生专著)。

(三)家庭暴力与妇女社会保健

家庭暴力是指家庭成员中一方对另一方实施暴力的行为。其形式包括殴打、罚跪、捆绑、拘禁等 体罚形式，也包括威胁、恐吓、辱骂等精神虐待。家庭暴力直接作用于受害者身心，使受害者身体上 或精神上感到痛苦，损害其身心健康和人格尊严。家庭暴力发生于有血缘、婚姻、收养关系生活在一 起的家庭成员间，但妇女受丈夫的暴力侵害是最普遍的。家庭暴力不但侵犯妇女的身心健康和生命 安全，也破坏婚姻家庭的和睦幸福，更不利于下一代的健康成长。

家庭暴力严重危害社会的稳定和发展，是一个社会问题，涉及当事人的文化层次、思想观念、 生活环境、职业、心理、性格等多个复杂因素。和谐家庭是构建和谐社会的基础。因此，预防和制 止家庭暴力需要全社会的共同努力和参与。预防和制止家庭暴力的主要社会措施有：①广泛宣 传男女平等的基本国策，树立健康文明的家庭观念，营造平等发展、融洽和谐的家庭人文环境。 ②加强和完善立法，严惩施暴者，为制止家庭暴力提供有力的法律保障。③建立社会救助机构， 加强对受害者的保护。设立妇女维权站、心理咨询站、妇女庇护中心等妇女救助机构，为受害妇 女提供法律咨询和物质帮助。④构筑反家庭暴力的社会网络，形成一个社会舆论、社区、妇联、司 法齐抓共管的社会网络。⑤提高妇女素质，培养妇女的“自尊、自信、自立、自强”的精神，鼓励妇 女经济独立。

**三、影响儿童保健的社会因素**

m

( 一)影响儿童健康的社会因素

1. 社会经济状况 世界各国儿童的健康状况与其社会经济发展明显相关。19世纪以来，随着 全球经济的迅速发展，大多数国家儿童生长速度加快，生长水平提高，性发育提前。但生长的长期变 化是有一定限度的，达到最大限度的迟早与营养、经济、卫生以及教育文化水平等因素密切相关。目 前，在发达国家的部分人群中，身高增长已呈停滞现象，月经初潮年龄也无明显提前。

2. 家庭因素 家庭是社会的重要组成部分。社会的经济、文化、生活环境等许多因素往往是通 过家庭直接或间接地影响儿童的健康。家庭因素包括家庭在社会中所处的阶层，父母的受教育程 度、职业、性格和育儿方式，家庭生活方式、饮食习惯等。其中，最重要的是家庭经济状况、父母的文 化素质和育儿方式。这些因素会潜移默化地作用于儿童，影响他们的身心发育。

3. 营养 营养是生长发育最重要的物质基础。儿童常见的营养问题有：进食过多造成肥胖而 引发各种疾病；进食过少和偏食、挑食，造成营养素缺乏或各种营养素的摄入不均衡、膳食结构不合 理，引起生长发育迟缓，免疫功能低下。

4. 体育锻炼 体育锻炼是促进身体发育和增强体质的最有利因素。在保证营养充足和均衡的 前提下，体育锻炼作为自觉的、有目的的自身改造手段，可以充分发挥机体的生长潜能，全面提高人 体形态、功能的发育水平，并可提高细胞免疫活性及体内非特异性免疫水平。

5. 生活作息方式 合理安排儿童青少年的生活作息方式，使其有规律、有节奏地生活，保证足 够的户外活动和适合的学习时间，定时和充足的睡眠可以促进儿童健康地生长发育。

254 第十九章弱势人群卫生服务

(二)儿童保健

儿童期分为婴儿期(含新生儿期)、幼儿期、学龄前期、学龄期、青春期五个时期，儿童保健包括 这5个时期的保健(相关内容参见妇幼卫生专著)和儿童心理卫生保健(相关内容参见儿童发展心 理学专著)。

(三)留守儿童的社会保健

留守儿童是指父母双方或一方流动到其他地区，孩子留在户籍所在地，并因此不能和父母双方 共同生活在一起的16周岁以下的儿童。这些孩子主要是社会转型时期农村大规模劳动力到城市就 业后出现的一个特殊的社会群体，但留守儿童并不是问题儿童。据报道，2016年我国农村留守儿童 数量为902万人。

留守儿童的健康问题并不单纯地是一个由父母长期外出远行所引起的孩子情感缺失和心态异 常的问题，而是社会、学校、父母、监护人与留守儿童自身等多种因素交互作用的产物。留守儿童的 健康问题主要表现在：①营养不良，这是威胁隔代照顾留守儿童的严重健康问题，儿童家长及其主要 监护人营养知识缺乏是导致留守儿童营养不良的主要原因。②心理行为问题，在缺乏父母关爱和正 常家庭氛围的环境下成长起来的儿童，往往缺乏安全感，容易表现出孤僻、胆小、自卑的心理特征，并 且其人际交往能力也往往较差。部分留守儿童因缺乏父母监管，较早染上吸烟、酗酒等不良行为。 ③意外伤害，由于监护人保护不力等多方面原因，留守儿童溺水、触电、车祸、自杀等意外伤亡事故时 有发生，有的地方甚至出现了留守儿童遭受性侵犯和被拐卖的事件。④传染性疾病，农村留守儿童 面临着传染性疾病的威胁，其主要原因有传染源接触机会增大、免疫接种率相对较低、不能及时就 诊 等 。

解决留守儿童问题的主要社会措施包括：①改革现行的城乡二元结构的户籍制度和与之相关的 就业和教育体制，消除城乡差别，从根本上解决留守儿童产生的条件。②发挥社区综合教育功能，调 动社会各方面的力量，形成社区、学校、家庭立体式的教育管理网络。要建设社区文化环境，开展丰 富多彩、健康向上的文化娱乐活动。社区或学校要利用现有条件加强对监护人的教育和监管。③开 设心理健康辅导课堂，开展丰富的课外活动，弥补学生放学后或节假日的心理孤独感，同时对留守儿 童的安全也是很好的保障。

**第二节** **老年人卫生服务**

一 、人 口 老 龄 化 及 其 带 来 的 挑 战

(一)人口老龄化的概念及发展趋势

人口老龄化是指一个地区或国家老年人口增长的趋势。它的指标是老年人口系数，即一个地区 或国家60岁以上(含60岁)或65岁以上(含65岁)人口的数量在该地区或国家人口总数中所占的 百分数。老年人口系数越大，说明人口老龄化的程度越高。根据联合国的标准，当一个地区或国家 60岁及以上人口超过总人口的10%或65岁及以上人口超过总人口的7%时，这个地区或国家就成

第十九章弱势人群卫生服务 255

为老年型社会或老年型国家。资料表明，20世纪中后期，伴随着经济社会和医疗卫生事业的发展， 人口平均寿命延长、妇女生育率下降，人口老龄化进程加快。

第六次人口普查结果表明，2010年我国60岁及以上人口占总人口13.26%,65岁及以上人口占 8.87%,我国已经成为人口老龄化国家。2016年全国60岁以上老龄人口达2.3亿，占总人口的 16.7%。同时，老龄化进程也在逐步加快。“十二五”期间，我国每年平均增加老年人800多万。联 合国的一份报告预测，到2049年，我国60岁以上的老年人将占总人口的31%。这预示着，未来的 20~30年间，我国将是世界上人口老龄化速度最快的国家之一。

**(二)人口老龄化带来的挑战**

人口老龄化是现代经济社会和医疗卫生事业综合发展的必然结果，也是社会进步的重要表 现。但是，由于老龄人口群体的特殊性，以及我国处于发展阶段，不可避免地会引发一系列社会、 家庭以及老年人自身的问题。老龄化带来的挑战主要包括：①人口老龄化水平与经济社会发展 不相适应，即“未富先老”的问题突出；②老年人经济来源不稳定，生活质量比一般人群低；③老年 人家庭供养模式受到越来越大的冲击；④老年人的慢性病患病率、致残率高，卫生服务需要量和 利用量大；⑤老年人的精神慰藉短缺，社会适应能力弱；⑥大部分老年人的基本养老和医疗要求 难以满足。

为了建立21世纪“不分年龄，人人共享的社会”和“实现健康的高龄化”的目标，社会各个部门 都采取了相应的措施。从医学角度来看，根据老年人的健康特征给予适当的卫生服务，构建老年人 健康服务网络，强化医疗机构为老年人服务的功能，发挥社区医疗服务作用，加强全科医生和老年护 理人才的培养，建立健全临终关怀机构，不断地提高老年人的生活质量。

**二** **、老年人的生理特点、心理特点及其健康特征**

(一)老年人的生理特点

40岁之后，人体的形态和功能逐渐出现衰老。通常认为，45～65岁为初老期，65岁以上为老年 期。老年人的机体组成成分中代谢不活跃的部分比重增加，细胞数量和细胞内液减少，出现脏器萎 缩；老年人的器官功能减退，尤其是消化、吸收、代谢、排泄及循环功能减退。

**(二)老年人的心理特点**

老年人的社会角色发生急剧变化，容易产生一些不良的心理变化。若再有子女分离、配偶生 病或去世，常会导致神经精神调节的障碍。例如，老年人容易有动辄发怒、抑郁、焦虑、孤独、悲凉 等体验，还可能产生自卑、衰老感、失落感等消极心理状态，并伴有睡眠不宁、血压波动、食欲缺乏 和疲劳等各种不适状态。此外，老年人容易出现失落心理、怀旧心理、淡泊心理、自卑心理和童稚 心理等。

**(三)老年人的健康特征**

1. 卫生服务需要增加 生理、心理和社会角色的变化直接影响老年人的身心健康，导致老年人 对卫生服务需要的增加，据全国卫生服务调查资料显示，老年人两周患病率和慢性病患病率在各年 龄组人群中是最高的(表19-7),说明老年人有较高的卫生服务需要。

256 第十九章 弱势人群卫生服务

表19-7我国居民年龄别两周患病率和慢性病患病率

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **年龄组(岁)** | **2008年** | | **2013年** | |
| **两周患病率(‰)** | **慢性病患病率(‰)** | **两周患病率(‰)** | **慢性病患病率(‰)** |
| 0~4 | 174.2 | 6.4 | 106.0 | - |
| 5~14 | 76.9 | 8.7 | 53.0 | 一 |
| 15~24 | 49.7 | 20.2 | 37.0 | 16.0 |
| 25~34 | 74.9 | 51.3 | 57.0 | 42.0 |
| 35~44 | 136.0 | 121.7 | 124.0 | 135.0 |
| 45~54 | 227.2 | 259.5 | 243.0 | 295.0 |
| 55~64 | 322.7 | 419.9 | 420.0 | 526.0 |
| ≥65 | 465.9 | 645.4 | 622.0 | 784.0 |

资料来源：第五次国家卫生服务调查分析报告，2015

同时，老年人卫生服务利用也较高，但由于社会经济能力较弱、活动受限以及心理问题等多方面

**的原因，造成老年人未满足的卫生服务需要也较高(表19-8)。**

**表19-8我国居民年龄别卫生服务利用情况**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **年龄组**  ( 岁 ) | **2008年** | | | | **2013年** | | | |
| **两** **周** **就诊率**  (%o) | **两周患病未** **就** **诊** **比** **例**  (%) | **住院率** **(%)** | **应住院未**  **住院比例**  (%) | **两** **周** **就诊率**  (%) | **两** **周** **患** **病** **未就诊比例**  (%) | **住院率**  (‰) | **应住院未**  **住院比例**  (%) |
| 0~4 | 248.1 | 19.7 | 80.8 | 6.9 | 146.0 | 14.4 | 86.0 | 6.6 |
| 5~14 | 90.6 | 27.8 | 21.1 | 10.1 | 62.0 | 21.8 | 22.0 | 11.0 |
| 15~24 | 46.6 | 38.4 | 46.2 | 8.7 | 34.0 | 31.9 | 50.0 | 7.5 |
| 25~34 | 61.1 | 40.0 | 69.1 | 9.9 | 48.0 | 36.0 | 73.0 | 7.5 |
| 35~44 | 113.6 | 39.6 | 46.8 | 27.4 | 85.0 | 31.4 | 55.0 | 19.3 |
| 45~54 | 159.9 | 41.8 | 61.6 | 34.4 | 137.0 | 29.3 | 73.0 | 23.1 |
| 55~64 | 216.0 | 41.1 | 93.0 | 32.6 | 197.0 | 28.4 | 124.0 | 19.7 |
| ≥65 | 302.9 | 35.8 | 153.2 | 28.0 | 264.0 | 27.6 | 199.0 | 17.7 |
| 合计 | 145.4 | 37.6 | 68.4 | 25.1 | 130.0 | 27.3 | 90.0 | 17.1 |

资料来源；第五次国家卫生服务调查分析报告.2015

2. 老年人患病模式发生改变 慢性病成为影响老年人健康的主要疾病。随着社会的发展，我 国老年人口的疾病谱和死因谱发生了明显变化，由原先的以呼吸系统疾病和传染病为主转变为以心 脏病、脑血管病、恶性肿瘤和呼吸系统疾病为主。同时，老年人在疾病的表现、诊断、治疗及预后方面 均有与一般人不同的特点：多病共存，发病缓慢，临床表现不典型，发病诱因不典型，易发生并发症或 脏器功能衰竭，药物治疗易导致不良反应等。“老年病”也是随之而来的一个医学名词，老年病通常 可以概括为以下3类：①仅仅发生在老年人中的疾病，如老年性痴呆，前列腺肥大，更年期综合征等； ②老年期多发病，如高血压，慢性支气管炎，恶性肿瘤等；③各种年龄都有可能罹患的病，由于老年人 身体功能的降低和免疫功能的降低而导致其高发，如感冒， 一般性外伤和结核病等。

第十九章 弱势人群卫生服务 257

**三、老年人保健**

国家高度重视人口老龄化问题，成立了全国老龄工作委员会，确定了老龄工作的目标、任务和基 本政策；颁布了《老年人权益保障法》;制定了《中国老龄事业发展纲要》,把老龄事业纳人了社会经 济发展的总体规划和持续发展战略。初步形成了政府主导、社会参与、全民关怀的工作格局。

老年人卫生保健服务在老龄工作中占有重要的地位，其基本任务在于从社会经济、社会保障、医 药卫生事业发展的现实出发，将老年人社区保健、家庭保健和自我保健有机结合起来，从微观、宏观、 横向、纵向等不同层次研究解决老年人保健问题，使老年人不脱离社会生活，做到老有所养、老有所 医，达到健康长寿的目的。

**(** **一** **)老年人保健的内容**

老年人保健与社会福利、服务事业有着广泛的联系，是一种综合性的卫生与社会服务，包括卫生 保健、疾病防治与康复、养老服务等方面。基本内容有：掌握老年人健康卫生与社会服务的要求；促 进社会、家庭对老年人的关心照料；开展老年人健康教育；开展老年疾病防治；兴办老年人福利事业 和提供社会服务；进行老年人保健研究等。

1. 老年病防治 老年病的特点是病因不明确，病程长，恢复慢，有时会突然恶化；病人常无明显 的症状和体征，初期不易察觉，症状出现后又呈多样化； 一个老年病人通常同时患有多种疾病，而同 一疾病在不同的老年人身上表现差异很大；不少老年病迄今没有特效的治疗和控制办法。因此，预 防老年病的措施应该是综合性的。因人而异地开展老年人体育活动，增强体质；加强老年人膳食指 导，合理营养；戒除烟酒等不良生活方式，避免有害刺激；讲究个人卫生，避免长期卧床，预防呼吸道 感染、便秘、劳累、跌倒及其他意外伤害发生；保持精神愉快；定期体检，长期随访，做到早发现、早诊 断、早治疗。

2. 老年人精神卫生 在提高老年人物质生活质量的同时，其精神卫生问题也不容忽视。通过 心理咨询发现老年人心理变化的原因，有针对性地开展干预。例如，增强老年人自主意识，增进生活 乐趣；积极健身，劳逸结合；参加社会活动，和谐人际关系；适当运用脑力，培养兴趣爱好；正确对待疾 病，培养乐观性格等。此外，整个社会在“未富先老”的特殊条件下，应该特别重视老有所为，应该从 一般的尊老、养老的思维定势中解放出来，充分认识老年人在社会发展中能够起到的重要作用，调动 他们的积极性，使他们有机会为社会的发展继续施展智慧和力量，实现老有所为。还要引导老年人 选择积极的生活方式，帮助老年人提高对社会发展、周围环境及自身角色变化等适应能力。

(二)老年人保健服务

老年人保健是一项社会服务的系统工程，需要医疗卫生部门和社会各个方面的密切合作。我国 老年人保健工作是在政府的重视与领导下，结合广大社会力量，动员个人、家庭、社会参与保健，形成 自我保健、家庭保健和社区服务相结合的方式。

1.自我保健 自我保健是指人们主动行动起来，为个人、家庭、邻里、同事等所进行的有利于保 健的活动。它是一种高效益、具有广泛群众性和社会性的保健活动。 WHO 强调：“个人维护健康的 行为比世界上所有的医疗照顾都有用”,“主动保健就是预防”。广泛开展自我保健的重要环节就是

258 第十九章 弱势人群卫生服务

进行公众健康教育。根据老年人的特点，自我保健教育既要采取深入浅出、喜闻乐见、通俗易懂的宣 教与技术指导方法；又要与保健干预措施、健康生活方式的可行措施密切配合，以提高老年人的自我 保健能力。

2. 家庭保健 家庭是社会的细胞，对老年人保健具有独特的和重要的作用。研究证实，家庭经 济状况、文化程度、人员结构、代际关系及住房条件等是老年人保健的先决条件和物质基础。家庭养 老是我国千百年来传统的养老模式，大多数老年人的生活照料和日常护理依靠子女，家庭是老年人 获得照顾的主要场所。应该重视、利用家庭对老年人提供保健的社会功能，继续保持和发扬家庭养 老的优良传统。

3. 社区服务 随着社会的发展进步，老龄化、高龄化的加剧，家庭日趋核心化与小型化，以及人 们价值观念的改变，我国传统的家庭养老模式正在面临着严峻的挑战。而且，人们对养老的需求范 围越来越广，质量也越来越高，原有的居家养老模式越来越不能适应需要。社区服务的兴起，为新型 养老模式的建立提供了基础。老年人群大部分时间都在社区中度过，在日常生活和精神上比其他群 体更依赖社区。社区养老服务将为老年人解决物质供养、生活照料、卫生保健、精神慰藉等问题，每 年为老年人提供1次健康管理服务，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。同时加强宣传，告知服务内容，使更多的老年人愿意接受服务，做到每次健康检查后及时将相关 信息记入健康档案，积极应用中医药方法为老年人提供养生保健、疾病防治等健康指导。随着人口 老龄化的加速，社区养老服务问题已越来越成为社区服务事业发展的重点工程。各级政府应从老年 人的特点与需求及社区的现实出发，兴办多形式、多功能的基层卫生和社会服务事业，全面规划，分 步实施，建立健全老年人保健网络，最终实现从以家庭为依托的分散养老模式向社区养老模式的 转变。

4. 医养结合 医养结合是指医疗资源与养老资源相结合，集医疗、康复、养生、养老为一体，实 现社会资源利用的最大化。医，包括医疗诊治、健康咨询、健康检查、临终关怀等服务；养，包括生活 照护、精神心理、文化活动等服务。医养结合的特点可归纳为8个字：“有病治病、无病疗养”,就是 把医院和养老院合二为一。目前我国失能(半失能)老年人数量持续增加，老龄化进程进一步加速， 催生了对养老产业的巨大需求。因此应重点发展医养结合型养老机构，增加养护型、医护型养老床 位，提高养老服务有效供给。强化养老机构的医疗卫生服务支撑，支持有条件的养老机构开展老年 慢性病防治和康复护理服务，鼓励开通养老机构与医疗机构的预约就诊绿色通道。确保老年人在养 老的同时，也能得到充分的医疗服务。

**第三节** **残疾人卫生服务**

残疾是指因为各种原因造成的身心功能障碍，导致不同程度地丧失正常生活、工作和学习能力 的一种状态。WHO 根据残疾程度的由轻到重，将残疾分为缺损、残疾和残障。我国《残疾人保障 法》第二条的规定：残疾人是指在心理、生理、人体结构上，某种组织、功能丧失或者不正常，全部或 者部分丧失以正常方式从事某种活动能力的人。残疾包括视力残疾、听力残疾、言语残疾、肢体残

第十九章 弱势人群卫生服务 259

疾、智力残疾、精神残疾、多重残疾和其他残疾。残疾人问题是一个全球性的问题，他们作为一个在 生理、心理上具有困难的特殊群体，需要给予特殊的照顾和保健服务。

**一、残疾人基本状况**

2013年度残疾人状况监测工作涉及全国734个县(市、区)中的1464个调查小区，有效监测样 本37199人。其中，成人35722人，儿童1477人；男性19,443人，占52.3%,女性17756人，占 47.7%,性别比为109.5(女性为100);城镇9191人，占24.7%,农村28008人，占75.3%。2013年监 测显示如下。

1.康复服务 残疾人至少接受过一项康复服务的比例为58.3%,其中，城镇残疾人为64.8%, 农村残疾人为56.1%。这表明政府与社会提供康复服务的能力有所提高，残疾人受益面扩大。

2. 义务教育 全国6~14岁残疾儿童接受义务教育的比例为72.7%。随着义务教育阶段“两 免一补”等教育救助政策逐步加强并全面施行，残疾儿童接受义务教育的比例呈现上升的趋势。

3. 就业 劳动年龄段生活能够自理的城镇残疾人就业比例为37.3%,农村为47.3%。全国寻 找工作的残疾人中，通过残疾人就业服务机构找工作的比例为45.6%。城镇残疾人登记失业率为

10.8%。在生活能自理的18~59岁的男性残疾人和18~54岁的女性残疾人中，前三位未就业的原 因是：城镇依次为丧失劳动能力(29.4%)、离退休(20.6%)、其他原因(20.2%);农村依次为丧失劳 动能力(34.7%)、其他原因(29.6%)、料理家务(28.0%)。

4. 社会保障 城镇残疾人参加基本养老保险的比例为74.4%,参加基本医疗保险的比例为 93.7%,但仍有5.4%的城镇残疾人没有参加任何一种社会保险。农村残疾人参加新型农村养老保 险的比例为84.7%,参加新型农村合作医疗比例为97.1%。城镇残疾人领取最低生活保障金的比例 为21.7%,农村残疾人为30.6%。

5. 生活和医疗救助需求 城镇41.8%、农村65.6%的残疾人家庭有生活救助需求，城镇 52.5%、农村59.7%的残疾人家庭有医疗救助需求。生活救助和医疗救助始终是城乡残疾人家庭最 迫切的需求。

6. 社会服务 残疾人接受社区服务的比例为44.3%,其中，城镇残疾人为52.6%,农村残疾人 为41.5%。残疾人参与社区文体活动比例为8.2%,其中，城镇残疾人为10.4%,农村残疾人为 7.5%。城镇残疾人对无障碍设施和服务表示非常满意或满意的比例达到84.6%。接受过法律服务 的残疾人家庭比例为23.5%。

**二、残疾发生的影响因素**

1. 一般因素 残疾的发生受社会发展水平、自然环境条件、人口遗传素质等因素的影响。家庭 遗传及各种先天性疾病是导致智力落后的重要原因；人类配子和合子的先天异常，是出生缺陷的重 要原因；社会物质文化生活落后以及自然灾害严重的地区，弱智儿童的比例较大。据统计，目前全世 界的残疾人中，先天性残疾、非传染性疾病导致残疾、营养不良引起的残疾占19.3%,外伤性残疾 占15 . 3%。

2. 特殊因素 残疾问题在各国及各地区之间存在较大的差异，在发展中国家，引起残疾损伤的 主要原因是由可以预防的因素造成的，最突出的有营养不良、传染病、围产期护理服务差以及工业 化、交通和暴力行为造成的事故，这些因素占全部残疾病例的70%左右。这些因素造成的残疾，很大 一部分在婴幼儿和少年儿童中发生。在发达国家，残疾除了由于事故造成的以外，多数是由慢性躯 体性疾病、精神病、遗传性损伤、慢性疼痛和劳损造成的。社会风气不良、暴力、吸毒、滥用药物等造 成的残疾逐年增多。人们对社会因素的应激反应增强，造成的精神负担与心理冲突，是各国心理障 碍者增多的重要原因。某些现代医疗保健措施为延长生命而提供过度医疗，也增加了残疾发生的 机会。

**三、残疾人的健康问题及其卫生服务需求特点**

残疾不但给病人本人及家庭带来较大痛苦，而且也增加了家庭和社会的经济负担。残疾儿童的 死亡率比正常儿童高得多，营养不良、胃肠感染和呼吸系统感染是失明儿童、智力发育迟缓儿童及行 动不便儿童死亡的主要原因。同样，残疾儿童发病率也普遍偏高。据一项对肢体残疾人的调查显 示，他们的两周患病率为22.92%,慢性病患病率为31.61%,高于其他人群；而两周内每千人就诊人 数为75.79,就诊次数为81.33,均低于其他人群； 一年内住院率为105.40%,高于其他人群；两周患 病未就诊率和应住院未住院率分别为669.4%和662.7‰,住院陪护率是全人群的4倍；肢体残疾人 由于躯体的残缺，行动不便，极少进行体育锻炼，身体素质差，免疫力低下。各类残疾人体格检查结 果显示，残疾人的妇科疾病、屈光不正、贫血、血脂增高、乙肝表面抗原阳性和心电图异常的发生率均 较正常人高。调查表明，残疾在慢性病的构成中占有较高的比例，特别是现代医学的发展，医疗技术 水平的提高，使得残疾人存活时间延长。可见，残疾人的卫生服务需要明显高于普通人。此外，残疾 人作为一个特殊的群体，有着独特的心理表现，如孤独、自卑、敏感、自尊心强、情绪反应强且不稳定 等。调查表明，有16%的聋哑儿童因受歧视而存在心理障碍。这种心理和认知特点往往影响残疾人 对卫生服务的需求和利用。

四、残疾的预防与康复

残疾人卫生保健的目的是通过社会各方面的努力，积极预防残疾的发生，为残疾人提供综合的 康复保健服务，促进残疾人群健康，实现残疾人“平等、参与、共享”的目标。

( 一)残疾预防与康复的主要策略方针

1. 世界卫生组织的策略 WHO 在对残疾问题的策略和方针中指出，要在卫生部门内外，通过 采取减少缺损发生的各种措施来预防残疾。如果出现缺损，采取措施减轻缺损的严重程度，或推迟 伤残和残障的发生。根据初级卫生保健原则，提供以基层医疗卫生机构为基础的康复服务，为残疾 人提供最基本的保健。

2. 我国的策略 我国政府十分重视残疾人康复保健事业，继2001年《国民经济和社会发展第 十个五年计划纲要》提出“发展康复医疗”之后，2002年8月国务院办公厅转发的原卫生部、民政部、 财政部、公安部、教育部和中残联《关于进一步加强残疾人康复工作的意见》提出了实现残疾人“人

第十九章弱势人群卫生服务 261

人享有康复服务”的目标。

(二)残疾人的基层预防和康复服务

1. 社区预防与康复 充分利用城乡基层卫生组织(一级医院、社区卫生服务机构、乡镇卫生院、 村卫生室)、医务人员、志愿者和家属开展社会调查，去发现残疾人，并帮助他们进行残疾疾病的预 防和康复治疗。研究报告，70%的残疾人可以在具备基本康复服务条件的基层医疗卫生机构治疗， 20%在市、县级医院治疗，只有10%需要到省康复中心治疗。我国有比较健全的基层卫生保健网络， 在对残疾人的预防和医疗活动中，基层卫生组织的作用是不可忽视的。在社区卫生服务中，应特别 重视对残疾人的预防和康复服务。

2. 家庭保健 残疾人经常需要别人的帮助来获得日常生活功能，加之许多残疾人都是独居或 大部分时间单独留在家中，因此，家庭功能训练和家庭医疗具有十分重要的意义。家庭残疾人保健 是基层预防和康复服务的重要组成部分，适用于任何年龄的人。开展家庭残疾人卫生服务，首先应 训练残疾人和他们的家属；其次，训练内容要以着重指导残疾人及家属进行自我保健为主，而不是着 眼于直接提供治疗。此外，根据需要安排专业人员到残疾人家里进行检查与治疗，帮助他们进行各 种锻炼与功能训练，提高生活自理能力。

3. 恢复社会功能 残疾问题不仅是卫生保健问题，也涉及社会的保障与服务问题。应遵循整 合的“社会生态模式”康复理念，强调恢复个人的社会功能。必须把残疾人的问题放在社会环境中， 促进其与环境的互动和联系，促使残疾人更好地康复，参与社会生活，增进社会功能，提高生活质量。 因此，社区康复服务的内涵必须扩大，应包括心理康复、社会康复、建立残疾人组织、社区志愿服务网 络等。真正实现残疾人融入社会、参与社会、获得社会支持等。

**第四节** **流动人口卫生服务**

流动人口通常是指离开了户籍所在地到其他地方居住的人员，按国际上的定义称之为“国内移 民”(internal migration)。从流动人口的流动目的和原因来看，可以分为公务型流动人口、文化型流 动人口、社会型流动人口、经济型流动人口、盲流型流动人口和中转型流动人口。不同类型的流动人 口因其自身特点，对中国的经济、社会起着不同的影响。但对推进城市化、实现工业化和发展市场经 济影响最大的是长期性的经济型流动人口。这类流动人口的主体是农村剩余劳动力，其流动的显著 特点是以谋生和就业为目的，是需要社会特别关注的一类人群。

我国的流动人口虽然有很长的历史，但大规模的人口流动还是改革开放后出现的新事物。20 世纪80年代以来，随着社会主义市场经济的发展，流动人口已经成为活跃市场经济的主力军，流动 人口的数量在不断增加。2015年，我国流动人口规模达2.47亿人，占总人口的18%,相当于每六个 人中有一个是流动人口。未来一二十年，我国仍处于城镇化快速发展阶段，我国人口流动迁移仍将 持续 。

**一、流动人口的主要特征**

根据国家卫生和计划生育委员会流动人口司《中国流动人口发展报告2016》分析，我国现阶段

262 第十九章 弱势人群卫生服务

流动人口的主要特征有：

1.新生代流动人口占比持续提高，流动人口的平均年龄明显上升。2013年新生代的比例已经 超过50%,2015年的流动人口的平均年龄为29.3岁。

2. 东部地区的流动人口比重有所下降，西部地区人口流动略有增加。2013年，东部地区流动人 口占全国流动人口的比例为75.7%,西部地区为14.9%;2015年相应比例分别为74.7%、16.6%。

3. 流动人口流向中心城市的比例下降，流向非中心城市地区的比例有所上升。2013年流向中 心城市的跨省流动人口占全国跨省流动人口的比例为56.8%,2015年降为54.9%。

4.家庭化流动趋势加强，流入人口的家庭规模有所扩大。2015年流动人口在流入地的家庭规 模为2.61人，超过一半的家庭有3人及以上同城居住。

5. 流动人口的居留稳定性持续增强，流动人口在流入地生育的比例快速提高。流动人口在迁 入地的平均居住时间超过4年。与2010年相比，2014年流动人口子女在迁入地出生的比例上升了

29.1个百分点，达到56.6%。

6. 流动老人规模不断增长，以低龄为主，照顾晚辈、养老与就业是老人流动的三大原因。2015 年流动老人健康服务专题调查显示，流动老人占流动人口总量的7.2%,年龄中位数为64岁。

7. 基本公共卫生服务、计划生育服务和社会医疗保险在流动人口覆盖面不断扩大。流动人口 参加社会医疗保险的比例持续上升。2015年，89.3%的流动人口至少参加一种医疗保险，比2011年 提高21个百分点。2015年，0~6岁的流动人口子女的《儿童保健手册》建档率为91.8%,比2014年 提高5个百分点；流动人口子女免费接种比例达98.4%。在2014年已育流动妇女中，至少接受过1 次产前检查的比例为99.6%,接受产后42天健康检查的比例为80%。

**二、流动人口的健康问题**

(一)流动人口的两周患病率

据北京的一项流动人口的卫生服务调查显示，流动人口的两周患病率和两周就诊率低于农村人 口。分析其原因，除了与流动人口年龄构成以青壮年为主外，还与“健康选择”有关。外出打工者患 病之后一般不会在大城市就医，小病买药自疗，大病则回家乡诊治。所以，认为流动人口的两周患病 率低于一般农村人群是符合实际的。但是，把流动人口群体放到全人口背景分析，把青壮年流动人 口与同年龄的人群进行比较，流动人口群体的健康问题还是比较突出的。

**(二)流动人口的主要健康问题**

1. 妇幼健康 根据国家统计局的统计数据显示，流动人口卫生保健服务的利用低于常住人口， 孕产妇死亡率和围产儿死亡率均明显高于常住人口；儿童计划免疫率低，麻疹、新生儿破伤风等的发 病人群主要是流动人口。据北京和上海流动孕产妇和儿童保健的调查结果显示，儿童看护人保健知 识缺乏，孕产妇定期体检率、产前检查率、妇科检查率都较低。流动妇女和流动儿童的两周就诊率远 低于全国平均水平。

2. 传染病 我国很多寄生虫病和急慢性传染病曾被消灭或已经得到有效控制。但近年来，疟 疾、结核、性传播疾病等又死灰复燃，流动人口是传染病暴发流行的高危人群，并且由于迁移在不同

第十九章弱势人群卫生服务 263

地区间，是传染病和寄生虫病在城市中传播和流行的重要因素。

(1)性传播疾病和艾滋病：联合国艾滋病规划署发布的《2009年全球艾滋病流行报告》显示，在 2008年新发现的艾滋病感染者中，经性传播的占70%以上。人口流动本身与艾滋病并无关系，但人 口流动与艾滋病病毒传播因素相结合，导致了艾滋病病毒的加速传播。性传播疾病和艾滋病“青 睐”流动人口主要原因是：①流动人口正值青壮年性活跃期，大部分人处于独身或夫妻两地分居但 又相对自由的状态，陌生的环境以及来自精神、物质、生理上的需求，导致不安全性行为较为活跃；

②流动人口的整体文化素质偏低，而且较少得到有关性传播疾病和艾滋病的信息、卫生服务和预防 方法，加上流动性大，使经性途径传播性病、艾滋病的危险处在较高的水平，他们一旦感染了性传播 疾病和艾滋病，就有可能成为不知情的隐形传播者。

(2)结核病：流动人口结核病患病率较高，卡介苗接种率较低，机体对结核病缺乏特异性免疫 力。流动人口往往经济状况低下，居住条件简陋，预防保健条件较差。 一旦感染，发病的机会增加， 特别是有传染源后容易引发流行。流动使结核病人不规则治疗可导致继发耐药比例高，成为结核病 控制效果趋缓的重要因素。

(3)疟疾：近年来，许多疟疾流行程度较低或已达到基本消灭疟疾的地区，如福建、山东、广西和 浙江等省，因流动人口大幅度增加而导致疟疾发病率回升，局部地区出现暴发流行。由于人口大量 流动、疟原虫和媒介按蚊抗药性的产生与扩散，使全国疟疾流行最严重的云南和海南两省的疟疾流 行态势趋向回升，向内地输出的病例也日益增多。

3. 精神健康 流动人口面临的环境变化和生活压力经常是不良的精神和心理状态的原因。例 如，往返交通中长时间的拥挤疲劳，流水线上单调紧张的工作，失业或意外事件造成的焦虑，因恋爱 婚姻等问题造成的烦恼，以及孤独无助等感觉，都可能成为精神疾患诱发的原因。2013年全国调查 发现，25%的男性和6%的女性自述在外打工期间曾发生精神失常，流动人口的抑郁发生率为34%, 自杀案例也时有发生。

**(三)流动人口的疾病构成**

根据调查显示，流动人口两周患病率列前五名的是：普通感冒、急慢性胃肠炎、上呼吸道感染、其 他运动系统疾病、牙病及其他口腔疾患。可见，流动人口的疾病仍是以感染性和传染性疾病为主，这 与流动人口的流动性、生活条件差、卫生服务可及性差等有直接关系。

**三、流动人口卫生保健**

( 一 )流动人口卫生服务现状

在现行的户籍管理制度、经济产权及其收益分配制度等因素和传统的资源配置潜规则及流动人 口群体自身文化层次低，卫生知识缺乏，自我保健意识差等非制度性因素作用下，流动人口在健康和 卫生服务中同样居于弱势地位。

受经济状况及医疗保障制度的制约，流动人口卫生服务可及性较差。经济困难是制约外来人口 利用卫生保健服务的重要因素。现行的城市社会医疗保险主要覆盖在职职工和居民，社会救助也主 要针对常住人口，流动人口80%以上是自费医疗，他们在城市缺乏健康保障体系。此外，流动人口生

264 第十九章弱势人群卫生服务

活在相对陌生的环境中，社会资源社会关系有限，一旦患病常采取“顶、拖、扛”办法，部分会去药店 买药或到费用较低的个体诊所就医。

经济困难的流动人口妇女有可能选择在家中分娩，大大增加产后出血和孕产妇死亡等风险。流 动人口儿童计划免疫接种率低，成为易感人群，造成传染病的流行。目前，对在常规免疫中漏种的流 动人口儿童只能采取突击接种和查漏补种的办法予以补救，缺乏精准无误、行之有效的管理方法。

流动人口由于健康状况差，客观上需要更多更完善的医疗卫生服务，而我国现有的卫生资源是 根据常住人口而配置的。流动人口的剧增，不但加重了流入地医疗卫生系统的负担，而且流动人口 本身也两头都得不到基本的医疗卫生服务。车站、码头及商业网点、人员流动量大的闹市地带和城 乡结合部往往成为流动人口的聚集区，而恰恰是医疗卫生机构分布最少的地区，流动人口看病就医 难更加突出。

(二)改善流动人口健康和卫生服务的策略

1. 制定相应的政策、法规，把流动人口的卫生服务纳入人人享有的卫生法制轨道，为流动人口 提供公平、便利的服务。

2. 合理配置卫生资源。根据流动人口的分布，在常规卫生资源配置量的基础上，注意增加人流 聚集地带、城乡结合部的医疗卫生机构设置和卫生人力资源的结构分布。

3. 公平合理地为流动人口服务。扩大医疗保险覆盖面，将流动人口纳入流入地的社会医疗保 障体系。

4. 加强流动人口健康教育，改变其不良生活习惯。教育形式和内容应注意针对流动人口的特 点，特别是普及传染病防治和意外伤害防范知识。

5. 尽快建立和健全流动人口管理及预防性传播疾病、艾滋病等方面的法律法规。根据流动人 口的特点、流动过程及不同行业的特点，开展性传播疾病、艾滋病监测工作，摸清疫情和流行特点。 用工单位为聘用人员解决安全饮用水、饮食卫生、卫生厕所及传染病的防治等问题。

6. 临床医疗服务过程中，医生应注重流动人口病人的文化背景、传统观念及生活经历，了解流 动人口与当地人口的差异，提供价廉有效的治疗方案。

(田庆丰)

**1.影响儿童健康的社会因素有哪些?**

**思考题**

2.老年人的生理、心理及健康特征有哪些?

3.改善流动人口健康和卫生服务的策略有哪些?



**第二十章**

▶笔 记 

**慢性非传染性疾病管理**

随着社会经济的发展、人们生活和行为的改变，以及生物医学防治技术水平的提高，人类的疾病 谱和死亡谱发生了重大变化。20世纪中叶以来，无论发达国家还是发展中国家，慢性非传染性疾病 (non-communicable diseases,NCDs),简称“慢性病”,在疾病谱和死因谱中的位置逐年上升，心脑血管 疾病、糖尿病、恶性肿瘤、慢性呼吸系统疾病等日趋占据主要位置，疾病负担日益加重。随着工业化、 城镇化、老龄化进程加快，我国慢性病发病人数快速上升，已成重大公共卫生问题。

**第一节** **慢性病概述**

**一、慢性病的概念**

按发病过程及其预后，疾病可分为“急性病”和“慢性病”。急性病发病过程通常是迅速且短 暂的，如大多数急性传染病、急性感染，经及时、适当的治疗后，身体能较快恢复正常，但也可能因 病情恶化而死亡。慢性病不是特指某种疾病，而是对一组起病时间长、缺乏明确的病因证据、 一 旦发病即病情迁延不愈的非传染性疾病的概括性总称。慢性病的病程缓慢、逐渐加重，其病理变 化常具有退行性、不可逆性，严重者可引起功能障碍而需要长期的治疗、保健和康复，也可能导致 死亡(表20-1)。

**表20-1慢性病与急性传染病的比较**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **区别点** | **慢性病** | **急性传染病** |
| 病因 | 病因不明确，与多种因素有关 | 有特异性的生物学病因 |
| 病因预防 | 必须采取综合性的预防干预措施，直接效果 不明确，需要长时间评价、观察 | 特异性预防有效，直接效果明确，迅 速、可测量 |
| 发病机制 | 复杂、不易阻断 | 相对单纯、容易阻断 |
| 病程及所需要的卫生服务 | 长，甚至终生带病，需要连续性的预防、保 健、康复、健康管理服务 | 短、治愈或死亡，所需服务时间较短 |
| 传播 | 多无传染性，人群预防与个人预防结合，但 效果尚不突出 | 具有传染性，人群预防的效果、效益 极佳 |
| 预后 | 多器官、多系统损害，需要连续性、综合性的 康复服务 | 多数后遗症少，需要单一的躯体功能 康复 |

1987年，美国慢性病委员会首先提出，具有以下一种或一种以上特征的疾病可视为慢性病：

①患病时间是长期的；②病后常留下功能障碍；③疾病的原因常可引起不可逆的病理变化；④因病情 不同，需要不同的医疗处置；⑤因病情差异，需要不同的康复训练。

266 第二十章 慢性非传染性疾病管理

在我国，符合上述慢性病特征的疾病主要包括：①心脑血管疾病，如高血压、冠心病；②代谢性疾 病，如糖尿病；③恶性肿瘤，如肺癌；④慢性呼吸系统疾病，如慢性支气管炎；⑤心理异常和精神病，如 抑郁症；⑥慢性肝、肾疾病，如肝硬化；⑦其他各种器官的慢性、不可逆性损害。

以心脏病、脑血管病、糖尿病、恶性肿瘤等为主的慢性病导致高发病率、高死亡率、高致残率，已 成为影响人群健康的主要疾病。而对慢性病的防治也远远超出临床研究范围，需要应用公共卫生， 尤其是社会医学的理论与方法，研究生物、心理、社会等因素与个体及群体在慢性病发生、发展间的 相互关系及其防治规律，制定综合的社会卫生策略与措施以及健康管理方法，降低和控制慢性病对 人群的身心健康和社会活动能力的危害，提高人群的健康水平和生命质量。

慢性病通常是指上述具有高发病率、高死亡率和高致残率的慢性非传染性疾病。对带传染性的 慢性病，如乙型肝炎、肺结核等，对人群的危害也很大，防治形势也很严峻，也是社会医学研究的重要 内容之一。

**二、慢性病的危险因素**

慢性病的患病和死亡与许多危险因素相关，概括起来有以下4类：①环境危险因素；②心理、行 为危险因素；③生物遗传危险因素；④医疗卫生服务中的危险因素。

根据危险因素的可控性可分为两类：一是可改变的危险因素，如吸烟、有害性饮酒、不健康饮食、 缺乏体力活动、超重、不良心理状态等；二是不可改变的危险因素，如年龄、性别、遗传等。

目前，普遍认为吸烟、有害性饮酒、不健康饮食、脂肪摄人过多、蔬菜水果摄入不足、长期静坐、体 力活动少、超重或肥胖、高血压、家族遗传史、精神紧张，心理不适应、环境污染与职业危害等危险因 素可导致慢性病的发生。其中，吸烟、有害性饮酒、不健康饮食和缺乏体力活动是全球范围内造成多 种慢性病的4大行为危险因素。血压升高、血糖升高、胆固醇升高、超重或肥胖是导致慢性病的4种 主要生物危险因素。

**三、慢性病的社会危害**

20世纪，医学在防治传染性疾病方面取得了重大成就。然而，随着社会经济的发展，人们生活 行为方式的改变以及寿命的延长，疾病谱和死亡谱正发生着深刻的变化，突出表现为慢性病患病率 与死亡率的持续上升，疾病负担的日益加重，人类面临着越来越严峻的挑战。

1. 慢性病严重危害人群健康 2012年全球有3800万人死于慢性病，占全球总死亡人数的 68%,癌症、心肺疾病、脑卒中、糖尿病等慢性病是全球人群最主要死因。 WHO 预测，若不采取行动， 到2030年全球因慢性病死亡的人数将达到5300万。 WHO 发布的《全球慢性病状态报告》显示，发 展中国家慢性病流行危害更为严重，2012年近75%(2800万)因慢性病致死者来自低收入和中等收 人国家，其中70岁以下的死者占48%。近60年来，我国因慢性病引起的死亡占总死亡的比例不断 增加，与发达国家日益接近。《中国居民营养与慢性病状况报告(2015年)》显示，2012年全国居民 慢性病死亡率为533/10万，占总死亡人数的86.6%,因慢性病死亡的男性中约4成(39%)和女性中 约3成(31.9%)均属过早死亡。心脑血管病、癌症和慢性呼吸系统疾病成为主要死因，占总死亡的

第二十章 慢性非传染性疾病管理

267

79.4%,其中心脑血管病死亡率为271.8/10万，慢性呼吸系统疾病死亡率为68/10万，患病率均呈上 升趋势。2013年全国肿瘤登记结果显示，我国癌症发病率为235/10万，肺癌和乳腺癌分别位居男、 女性发病首位，发病率呈上升趋势；癌症死亡率为144.3/10万，前五位分别是肺癌、肝癌、胃癌、食管 癌、结直肠癌。

慢性病病程长、预后差、并常伴有严重并发症及残疾。例如，糖尿病病人致盲率是一般人群 的25倍，肾衰竭的发生率比非糖尿病病人高17倍。慢性病还会造成病人的心理创伤和对家庭的 压力。慢性病首次发作，可使病人产生不同程度的心理反应，轻的出现适应障碍、主观感觉异常、 焦虑、退化、猜疑等，重的可出现愤怒、孤独感、失助、自怜和期待等心理过程；反复发作或出现严 重功能障碍时，还可出现失望、抑郁、甚至自杀倾向。慢性病对家庭的影响是长期的，陪护和照顾 长期卧床不起的慢性病病人，以及病人异常心理的发泄都会给家庭带来很大压力，严重影响家庭成 员的健康。

2. 慢性病经济负担日益加重 随着慢性病患病率的上升和患病人数的增加，慢性病防治费用 呈现快速上升趋势，世界各国面临着越来越沉重的经济负担。《2009年全球风险报告》显示，每年因 慢性病造成的经济负担高达1万亿美元，成为影响全球经济的因素之一。对于发展中国家而言，慢 性病造成的负担会阻碍或抵消经济的发展。宏观经济研究显示，慢性病每上升10%,便会导致年均 经济增长降低0.5%。我国目前正处于经济发展的重要时期，慢性病患病率和死亡率持续上升，不仅 给医疗卫生系统带来巨大压力，还造成巨大的经济损失。 WHO 估计，2005—2015年期间，我国因慢 性病所致的经济损失累计高达5580亿美元，但若采取有效的慢性病防控策略和措施，也会获得巨大 经济效益。据世界银行估算，2010—2040年期间，如果我国将心脑血管疾病的死亡率降低1%,即可 产生10.7万亿美元的经济效益。

**第二节** **慢性病防控策略**

一、慢性病防控全球行动计划

2000年，WHO 发布《预防和控制非传染性疾病全球战略》。2006年，WHO《预防慢性病—— 一 项至关重要的投资》指出，各国政府和公众应当走出慢性病不可预防的误区，积极的投资和致力于 预防慢性病。在《全球慢性病预防与控制策略(2008—2013年行动计划)》中，WHO确定了慢性病的 预防控制目标和行动纲领。2011年，联合国召开慢性病峰会，达成了慢性病防控需要政府主导、多 部门配合、全社会支持的共识，强调了政府和相关社会组织与部门的慢性病防控责任。2013年， WHO 又制定了《2013—2020年预防控制非传染性疾病全球行动计划》,旨在使全球摆脱可避免的非 传染性疾病负担，进一步明确和细化了预防控制目标、评价体系。

1. 全球行动计划目标 通过在国家、地区和全球层面开展多部门协作与合作，减少可预防和避 免的疾病、死亡和疾病负担，从而使所有人都能达到与其年龄相适应的最高健康和生产力水平，使非 传染性疾病不再成为影响人类幸福和社会经济发展的障碍。

2. 全球行动计划工作目标 包 括 6 项：①加强国际合作和倡导，在全球、区域和国家层面的发 展目标中提高对非传染性疾病预防控制工作的重视；②加强国家能力、领导力、治理、多部门行动和 合作伙伴关系，以加快国家对非传染性疾病预防控制的响应；③通过创建健康促进环境，减少可改变 的非传染性疾病危险因素和潜在的社会决定因素；④通过以人为本的初级卫生保健服务和全民健康 覆盖，加强和重新调整卫生系统，开展非传染性疾病预防和控制，处理潜在的社会决定因素；⑤推动 和支持国家能力建设，开展高质量的非传染性疾病防控研究与开发工作；⑥监测非传染性疾病流行 趋势和决定因素，评估防控效果。

3. 全球行动计划自愿性目标 包 括 9 项：①心脑血管疾病、癌症、糖尿病或慢性呼吸系统疾病 总死亡率相对降低25%;②有害酒精使用比例相对减少至少10%;③身体活动不足流行率相对减少 10%;④人群平均食盐摄人量或钠摄人量相对减少30%;⑤15岁以上人群目前烟草使用流行率相对 减少30%;⑥血压升高患病率相对减少25%;⑦遏制糖尿病和肥胖的上升趋势；⑧至少50%的符合 条件人群接受心脏病和脑卒中的药物治疗及咨询(包括控制血糖);⑨80%的公立和私营医疗卫生机 构提供廉价有效慢性病诊治基本设备和药物。

4. 全球综合监测框架 包括3个方面25项指标：①死亡率和发病率：包括30~70岁人群心血 管疾病、癌症、糖尿病和慢性呼吸系统疾病死亡的概率，每10万人口癌症发病率(按癌症类别)等指 标；②危险因素暴露：包括有害酒精使用、身体活动、盐(钠)摄入、饱和脂肪酸摄入、血糖升高、血压 升高、体重超重等指标；③国家系统的应对：包括心血管疾病药物预防和咨询、慢性病基本药物和技 术等指标。

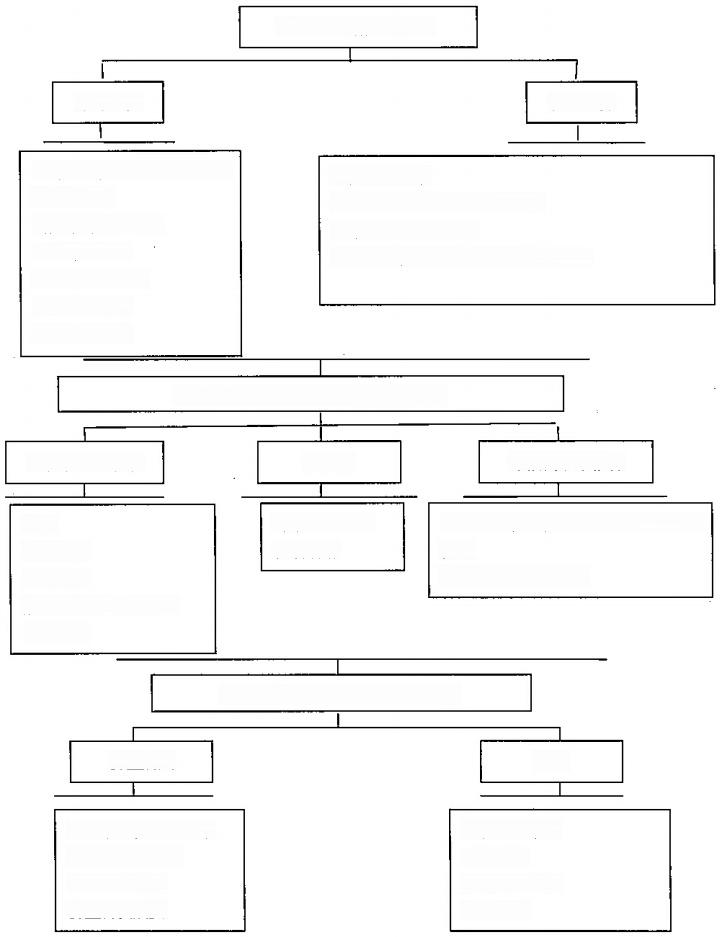
**二、慢性病三级预防**

慢性病的预防不仅是指阻止疾病的发生，还包括疾病发生后阻止或延缓其发展，最大限度地减 少疾病造成的危害。根据慢性病的发病因素和疾病自然史的各个阶段，在生物-心理-社会医学模式 指导下实施三级预防，可有效控制和降低慢性病发病率、残障率、死亡率，保护人群的健康，提高生命 质量。三级预防原则是预防医学的核心，它可体现在个体或群体慢性病发生前后的各个阶段(图 20-1)。

1. 一级预防 (primary prevention) 又称病因预防，是在疾病尚未发生时针对病因采取的措 施，也是预防、控制和消灭疾病的根本措施。在慢性病自然史中，处于接触危险因素或致病因素阶 段，并无任何临床表现。慢性病一级预防的目的是消除疾病的危险因素，预防疾病的发生和促进健 康，其具体内容为：①认识和收集慢性病危险因素；②针对慢性病危险因素进行健康行为的培养，不 良行为的纠正；③中老年精神心理卫生辅导；④适度体育锻炼，控制体重；⑤普及科学合理膳食；⑥保 护环境，改善居住条件；⑦开展中老年保健和妇幼保健。

开展慢性病一级预防常采取双向策略，即全人群策略(population strategy)和高危策略(high risk strategy)。慢性病全人群策略是指针对整个人群进行干预，旨在降低整个人群暴露于危险因 素的平均水平，预防和减少慢性病的发生与流行。慢性病高危策略是指采用一定的技术和方法 筛选出某种慢性病的高危险个体，采取有效干预措施，消除高危个体的特殊暴露，从而提高慢性

第二十章 慢性非传染性疾病管理 269



一级预防(病因预防)

个体预防 社区预防

|  |  |
| --- | --- |
| 良好生活方式、卫生习惯的 培养与建立  讲究精神心理卫生 适当体育锻炼  科学的营养膳食 加强食品卫生  改善居住环境 | 危险因素收集  健康教育，消除不良生活方式  健康促进、社会动员  保护环境，防止水土污染、噪声污染 |

二级预防(临床前期、发病前期预防)

早发现、早诊断 早治疗 早隔离、早报告

专家医生诊治 控制病情

建立慢性病报告制度

三级预防(临床期、发病期预防)

防止病残 康复

|  |  |
| --- | --- |
| 积极治疗，挽救生命 恢复丧失的功能  力争残而不废  防止再次残疾 | 专科医学康复 心理康复  家庭康复咨询 社区康复 |

普查

多项筛检 选择筛检

病例搜寻(机会筛检) 自我筛检

防止结核病、病毒性肝炎、艾滋病等 蔓延

图20-1

慢性病三级预防

病的预防效率 。

慢性病 一 级预防的主要手段是健康促进和健康保护。健康促进是通过创造促进健康的环境使 人群避免或减少慢性病危险因素的暴露，改变机体的易感性，具体措施有健康教育、自我保健、环境 保护、优生优育、卫生监督等。其中，健康教育是提高全体居民的自我保健意识和自我保健能力的重 要措施。健康保护是对暴露于慢性病危险因素的高危易感人群实行特殊保护措施，以避免疾病的发 生，其具体措施有劳动保护、戒烟限酒、健康饮食等。

2. 二 级 预 防(secondary prevention) 亦称临床前期预防，在慢性病的自然史中属临床前 期(亚临床期),为了阻止或延缓疾病的发展而采取措施，以预防和控制疾病的发展，达到阻止疾病

**向临床阶段发展。此阶段无临床症状，但通过体检和实验室检查可以发现异常。**

二级预防的措施是早期发现、早期诊断和早期治疗，即“三早”。目前许多慢性病的病因不明， 一级预防难以收到成效。慢性病发生、发展的时间较长，做到早期发现、早期诊断和早期治疗可以明 显改善病人的预后。对于某些可能逆转、停止或延缓发展的疾病，积极开展二级预防具有重要意义。 二级预防的核心是早期诊断，基础是早期发现。早期发现的措施包括疾病筛查、定期健康体检、设立 专科门诊，如高血压的筛查、乳腺癌的筛查、子宫颈刮片脱落细胞涂片检查、糖尿病专科门诊等，还可 通过居民的自我检查早期发现疾病，如自我检查乳房可早期发现乳腺癌。

提高慢性病的二级预防成效，需要：①提升居民的慢性病防治知识和及早诊治意识；②提高医务 人员对慢性病“三早”的业务水平；③开发适宜慢性病筛查的检测技术。

3. 三级预防(tertiary prevention) 也称临床期预防，处于慢性病自然史的临床期(又称发 病期),为了减少疾病的危害和恶化而采取措施，旨在防止伤残和促进功能恢复，提高生命质量，延 长寿命，降低病死率。

慢性病三级预防一般由临床治疗和康复治疗两个阶段组成。临床治疗的目的在于积极治疗慢 性病、阻止病情恶化，预防并发症，防止伤残，力争病人病而不残。康复治疗是在病情得到有效控制 后，转人基层社区，在家庭病床或家庭保健后，促使病人躯体、心理、社会功能进一步康复，尽量恢复 生活和劳动能力，争取病人残而不废。

慢性病的治疗必须与保健相结合，特别是与自我保健相结合。要让慢性病病人做好自我保健并 显现出防治效果，还需要医疗卫生服务者提供保健服务，特别是对慢性病病人开展深入浅出、形式多 样、生动活泼的自我保健教育。

医务人员在临床场所提供临床预防服务已成医学发展的趋势。临床预防医学是通过在临床场 所对病伤危险因素的评价和预防干预来实施的，是对健康和无症状的“病人”采取的个体预防措施， 是在临床环境下的一级预防和二级预防的结合。

**第三节** **慢性病管理**

一 、慢性病管理基本策略

慢性病是可以有效预防和控制的疾病，世界各地都在积极探索适合本地区的慢性病管理策略和 措施。慢性病的干预与管理需要多部门的密切协作，需要社会和公众的积极参与。实践证明，按照 三级预防策略，采取综合防控管理措施，加强慢性病的筛查、监测、干预、管理等工作，可以有效提高 防控效果，延缓慢性病的发展，减少残障发生，提高生命质量。

我国慢性病防治管理的基本策略为：面向一般人群、高危人群和患病人群3类人群，注重运用健 康促进、健康管理和疾病管理3个干预手段，重点关注危险因素控制、早诊早治和规范化管理3个环 节(图20-2)。

第二十章 慢性非传染性疾病管理 271

一般人群

健康促进

控制危险因素

高危人群

健康管理

早诊早治

患病人群

疾病管理

规范管理

图20-2

慢性病管理基本策略

**二、慢性病筛检**

慢性病的发生、发展和致残是疾病危险因素长期作用于机体的结果，对慢性病进行筛检(screen- ing)是减少慢性病发生、发展的积极措施。筛检也称为筛查，起源于19世纪初的结核病防治，之后 应用于慢性病的早期发现、早期诊断和早期治疗。筛检旨在通过快速的检验、检查或其他措施，将可 能有病但表面上健康的人，同那些可能无病的人区分开来。根据对象的范围，筛检可分为整群筛检 和选择性筛检；根据目的的不同，筛检可分为治疗性筛查和预防性筛检。

1. 慢性病筛检的原则 包 括：①本地区危害较大的慢性病，如高血压、糖尿病等应列入首选； ②选择高危人群为重点进行筛查，如肝癌的高危人群包括肝硬化病人、HBsAg 阳性者和有肝癌家族 史者；③所筛查的疾病在无症状期诊治可有效降低发病率和死亡率，如子宫颈刮片检查查出早期宫 颈癌，可显著降低宫颈癌的发病率和死亡率；④所筛查的疾病在无症状期治疗可有更好的效果，如体 检查到乳腺肿块后确诊为乳腺癌，治愈率提高；⑤尽可能采用安全价廉的无创伤检查方法，如用大便 潜血试验筛查40~50岁人群中的结肠癌。此外，筛查试验应符合安全、快速、简便、准确、可靠、可 行、经济及群众易于接受的标准。

2. 慢性病筛检异常结果的处理 通过慢性病的筛检，可以从表面健康的人群中筛检出一定量 的异常结果，包括健康史、体征或实验室的异常。异常结果可以是不良行为和生活方式方面的、也可 以是心理和社会适应方面的，还可以是生物医学方面的。针对这些异常结果，采取健康教育、健康咨 询和进一步诊断、治疗可达到临床预防的目的。慢性病筛检异常结果的处理原则如下：①提供包括 生物、心理和社会适应能力方面的全面咨询和支持；②根据需要和可能选择进一步的筛查，特别是实 验室或仪器检查；③列人随访，对已确诊的病人按医嘱要求进行随访；④分发与筛查疾病有关的健康 教育资料，使人群充分认识疾病筛查的意义及早期处理的重要性和必要性；⑤根据需要和可能对一 些有共性的异常结果实施临床预防项目。

**三、慢性病监测**

监测是指通过系统地收集有关资料，有序地汇总和管理资料，分析解释和评价这些资料，并快速 地将资料分发给应该知道这些情况的人尤其是决策者的过程。疾病监测是公共卫生的一个重要内 容，也是慢性病规范化管理的重要前提。开展慢性病监测，长期系统地收集和动态掌握慢性病发病、

272 第二十章 慢性非传染性疾病管理

患病、死亡及危险因素的流行状况和变化趋势，是评价人群健康水平、确定慢性病预防控制优先领 域、制定政策和评价干预措施效果的重要基础。慢性病监测包括：慢性病危险因素监测、慢性病发病 或患病监测、死因监测。

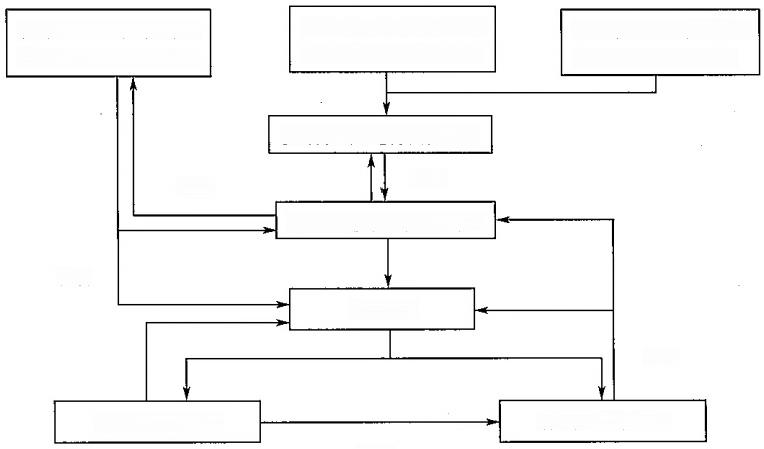
1. 慢性病危险因素监测 监测内容主要包括：①行为危险因素：吸烟、饮酒、膳食、身体活动等；

②身体测量和生化指标：身高、体重、腰围、血压、血糖、血脂等；③社会因素：社会、经济、文化等影响 健康的各种因素。

2. 慢性病发病或患病监测 监测内容主要包括：①发病登记：以肿瘤、脑卒中、心肌梗死等为

主；②患病监测：以糖尿病、高血压等为主。

3. 死因监测 各级各类医院和基层医疗卫生机构均为死因监测工作的责任报告单位。院内死 亡，由临床医生填写死亡医学证明书，并由专人通过网络直报系统填报死亡个案信息；院外死亡，由 村医或社区卫生服务站医生向乡镇卫生院或社区卫生服务中心防保人员报告死亡数，防保人员和临 床医生负责开展死因流行病学调查，填写死亡医学证明书，并通过网络直报系统填报死亡个案信息 (图20- 3)。

院(县及以上)内正常死 亡由诊治医生填写死亡证

院(县及以上)内正常死 亡由诊治医生填写死亡证

非正常死亡根据公安部 门出具证明填写死亡证

乡(街道)医生填写死亡证

反馈

反馈

县(区)疾控机构审核编码

反馈

网络报告

反馈

中国疾控中心审核

省级疾控机构审核

反馈

图20-3

我国死因信息报告流程图

四、慢性病危险因素干预

引起慢性病的主要共同行为危险因素包括使用烟草、不合理膳食、身体活动不足、有害使用酒精 等，通过各种干预措施降低人群慢性病行为危险因素的水平，可以有效预防慢性病的发生和发展。

1. 培养健康生活方式 倡导和促进政府制定有利于全民健康生活方式的政策、策略和措施，积 极开展示范创建活动，营造全社会支持、参与健康生活方式的环境和氛围。根据不同人群特点，采用 群众易于接受的方式，普及健康生活方式的知识。开发和推广适宜技术，支持社区、学校、单位和公

第二十章 慢性非传染性疾病管理

273

共场所开展无烟环境、合理膳食和经常运动等健康生活方式，促进全民健康生活方式的培养。

2. 烟草控制 加强政策倡导，出台禁止吸烟的法律、法规和制度。开展系统的烟草危害宣传和 健康教育，改变吸烟的习俗。开展吸烟人群戒烟指导和干预，加强医生培训，促进医生对病人的戒烟 教育。创建无烟环境，重点预防青少年、妇女、医务人员等重点人群吸烟。保护人们在公共场所和工 作场所不受他人吸烟的危害。

3. 合理膳食 制定和落实有利于合理膳食的支持性政策，开展合理膳食有关的健康教育和健 康促进，多途径宣传合理膳食的知识和技能，提高居民对合理膳食有益健康的认识，促进居民掌握相 关技能，逐渐改变不合理的饮食行为。针对不同人群，根据分类指导的原则，组织实施合理膳食指 导，如针对慢性病高风险人群和病人所开展的合理膳食指导。

4. 健身活动 建设居民方便、可及和安全的健身设施环境，推行鼓励步行或骑车出行的交通政 策、单位员工参加身体活动和锻炼的政策。在单位、学校、社区等不同场所开展参与性强的大众健身 活 动 。

5. 控制有害饮酒 倡导和出台限酒或禁酒的支持性政策。加强市场的监管，开展饮酒危害的 宣传，提高人群对酒的危害认识，改变喝酒不良习俗。开展减少有害饮酒的社区行动，为因饮酒而患 病的人群提供方便的、负担得起的治疗服务，缓解和减轻酒精的有关损害。

五、慢性病高危人群管理

积极发现慢性病高风险人群，通过健康管理和强化行为生活方式干预，降低个体慢性病危险水 平，可有效防止和延缓慢性病的发生。

1. 高风险个体发现 可通过日常诊疗、健康档案建立、单位职工和社区居民的定期体检、从业 人员体检、大型人群研究项目等途径发现高风险个体。慢性病高风险人群为具有以下特征之一者：

①血压水平为(130~139)/(85~89)mmHg;②现在吸烟者；③空腹血糖水平为6.1≤FBG<7.0mmol/L;④ 血 清总胆固醇水平为5.2≤TC<6.2mmol/L;⑤ 男性腰围≥90cm, 女性腰围≥85cm。

2. 高风险人群的健康管理 加强高风险人群健康管理，定期监测危险因素水平，不断调整行为 生活方式干预强度，必要时进行药物预防，可防止或延缓高风险人群发展为慢性病病人。具有任何 1项高风险人群特征者，可以通过健康管理，促进其对自身进行动态监测和生活方式自我调整；具有 3项及以上高风险人群特征者，应当纳人个体健康管理范围。

(1)动态监测危险因素指标变化：对于血压在(130~139)/(85~89)mmHg之间者，每半年测量 血压1次；男性腰围≥90cm, 女性腰围≥85cm, 每季度测量体重及腰围1次；空腹血糖水平为6. 1≤ FBG<7.0mmol/L, 每年测血糖1次；血清总胆固醇水平为5.2≤TC<6.2mmol/L, 每年测量1次。对具 有3项及以上高风险人群特征者，应定期随访其指标变化情况。对于吸烟者，每半年询问1次吸烟 情况。对伴有多种危险因素和同时伴有其他慢性病的病人，监测频率需加强。

(2)行为生活方式自我调整和强化干预：对具有任何1项高风险人群特征者通过健康教育，促 进其对自身的行为生活方式进行自我调整。对具有3项及以上高风险人群特征者，应当对其开展强 化干预。干预的内容主要包括合理膳食、减少钠盐摄入、适当活动、缓解心理压力、避免过量饮酒等。

274 第二十章 慢性非传染性疾病管理

强化生活方式干预需遵循以下步骤：①确定个体存在的危险因素和所处水平，了解其知识、态度和行 为改变状况；②分析控制各种危险因素对预防慢性病作用的大小，提出循证医学建议；③结合实际情 况，综合考虑各种危险因素控制的难度和可行性，制订危险因素控制优先顺序、阶段目标和干预计 划；④创造方便的危险因素监测、咨询和随访管理的支持性环境；鼓励高风险个体争取亲友、同事的 配合，积极参与有关活动组织；⑤结合经常性的监测与评价，适时调整干预策略和措施。

(3)控制其他并存的疾病或危险：高风险个体在监测危险因素、行为生活方式自我调整和强化 干预(包括控烟)的同时，还需加强对体重、血糖和血脂等指标的控制。

**六、慢性病病人管理**

疾病管理是目前被广为认同的控制慢性病的手段之一。通过对慢性病病人提供个体化的疾病 管理服务，可有效地减缓慢性病并发症的发生，降低高血压、糖尿病、恶性肿瘤等主要慢性病的发病 率、致残率和死亡率，提高慢性病病人生命质量，延长寿命。

**(** **一** **)慢性病病人管理方式**

1. 早发现 早期发现和管理高血压、糖尿病、恶性肿瘤等慢性病病人，是提高慢性病知晓率、治 疗率和控制率的重要前提。要充分利用大众媒体、网络平台、社区宣传栏、健康教育课堂等多种形式 宣传慢性病及其相关危险因素的相关知识，提高居民慢性病早发现意识。根据相关标准，通过各种 途径筛检和早期诊断高血压、糖尿病、冠心病、脑卒中、慢性阻塞性肺部疾病及其他慢性病病人。检 出的慢性病病人，应及时纳入规范化管理，预防和减少并发症发生。

2. 随访 随访是对慢性病病人进行动态管理的一种方式。慢性病随访形式可采用门诊随访、 家庭随访和集体随访等多种方法。门诊随访是指门诊医生利用病人就诊时开展病人管理；家庭随访 是指有条件的社区，医生通过上门服务开展病人管理；集体随访是指社区医生在社区设点定期开展 讲座等慢性病健康教育活动时开展病人管理。随访管理的主要内容有：①了解病人病情及危险因素 信息，相关指标及治疗随访情况；②评价治疗情况；③开展非药物治疗，包括饮食治疗、运动治疗和心 理治疗；④指导合理用药、定期复查；⑤健康教育和病人自我管理。

3. 自我管理支持 慢性病病人的预防性干预和卫生保健活动通常需长期在社区和家里实施， 病人及其家庭将不可避免地成为慢性病的自我管理承担者。慢性病自我管理(chronic disease self- management,CDSM) 是指采用自我管理方法来控制慢性病，即在卫生保健专业人员的协助下，个人承 担一些预防性或治疗性的卫生保健活动。病人往往缺乏进行自我管理所需的能力，需要系统地获得 健康教育和支持性干预来增强处理自身健康问题的技能和自信，从而依靠自己来解决慢性病所带来 的各种躯体和情绪方面的困难和挑战。自我管理支持包括以下方面：①为病人提供信息；②教授病 人保健康复的技能；③鼓励病人选择健康生活方式；④训练病人解决问题的技能；⑤帮助因慢性病而 受情感影响的病人；⑥提供规律而持续的跟踪随访；⑦鼓励病人积极参与疾病的控制。

4. 双向转诊 慢性病病人的双向转诊是指根据慢性病病人病情需要而进行的基层医疗卫生服 务机构与上级综合医院或专科医院之间的相互转诊。转上级医院的慢性病病人主要为疑难重症病

人、需进一步确诊病人、病情加重病人、条件限制不能诊治病人等；转回基层医疗卫生服务机构的慢

第二十章 慢性非传染性疾病管理

275

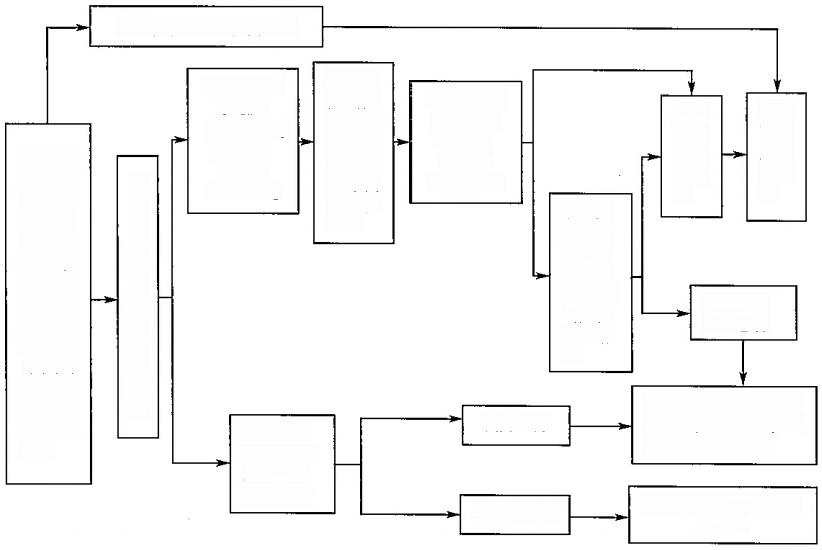
性病病人主要为诊断明确并病情平稳病人、急性期后需继续管理和治疗病人。

(二)高血压病人管理

高血压既是最常见的慢性病，也是心脑血管病最主要的危险因素。其主要并发症如脑卒中、心 肌梗死、心力衰竭、慢性肾脏病等不仅致残、致死率高，而且严重消耗医疗资源，给家庭和社会造成沉 重负担。高血压 一 旦发生，就需要终生管理。早期发现和对高血压病人进行分层分级系统规范管 理，是减少或延缓高血压严重并发症的关键。

1. 高血压病人筛查 高血压的筛查主要是定期测量血压。对辖区内35岁及以上常住居民，社 区医务人员应每年为其免费测量1次血压。对第一次发现收缩压≥140mmHg和(或)舒张压≥ 90mmHg的居民，在去除可能引起血压升高的因素后预约其复查，非同日3次血压高于正常，可初步 诊断为高血压。如有必要，建议转诊到上级医院确诊。对已确诊的原发性高血压病人，应纳入高血 压病人健康管理，对可疑继发性高血压病人及时转诊。对有收缩压130～139mmHg和(或)舒张压 85~89mmHg、超重或肥胖、高血压家族史、长期膳食高盐等高危因素的居民，建议每半年至少测量1 次血压，并接受医务人员的生活方式指导。图20-4为高血压筛查流程图。

既往确诊过原发性高血压



第一次发现

收缩压

≥140mmHg

和 ( 或 )

舒张压

≥90mmHg

有必要 时建议 转诊至 上级医 院，2周 内随访 就诊情 况

高危人群

非高危人群

若排除高 血压患者

建议至少每半年测量1 次血压，并接受医务人 员的生活方式指导

建议其至少每年测量1 次血压

辖 区 内 35岁及 以 上 常 住居民， 乡镇卫 生院、村 卫生室、 社区卫 生服务 中 心 (站)每 年 免 费 为 其 测 量 1 次 血压

去除可 能引起 血压升 高的原 因，复 查非同 日 3 次 血压

若收缩压≥

140mmHg

和 ( 或 )

舒张压

≥90mmHg

若收缩压 <140mmHg 且舒张压 90mmHg

既 往 未 确 诊 过 原 发 性 高 血 压

若确 诊原 发性 高血 压

纳入 高血 压患 者管 理

图20-4

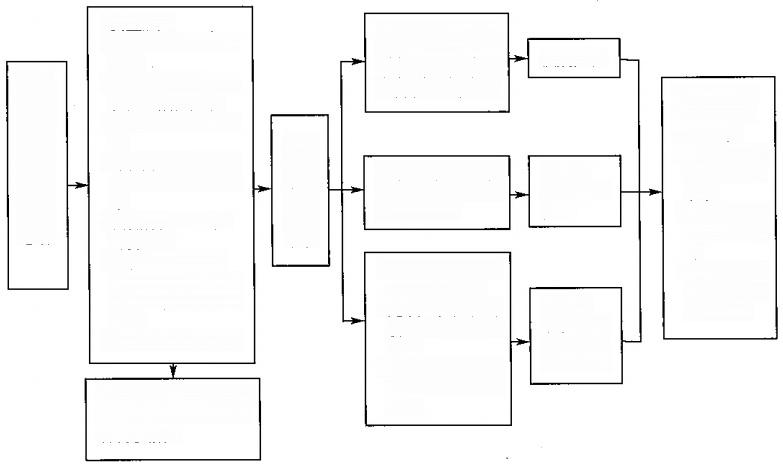
高血压筛查流程图

2. 高血压病人随访 社区随访干预是控制高血压的基本模式和最有效途径。国内外流行病学 研究已证明，采取社区随访干预，对高血压病人持续开展健康教育、生活方式干预和药物治疗三位 一 体的健康促进活动，可有效降低脑卒中、急性心肌梗死等严重并发症的发病率和死亡率。根据血压 水平、危险因素、靶器官损害、伴临床疾患对初诊高血压病人进行危险度分层(表20-2),是针对性开 展高血压病人随访和管理工作的重要基础。

**表20-2高血压病人** **危险度分层表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **其他危险因素、**  **靶器官损害和疾病史** | **血压(**mmHg) | | |
| **1级高血压**  **收缩压140～159** **或舒张压90~99** | **2级高血压**  **收缩压160～179** **或舒张压100~109** | **3** **级** **高** **血** **压** **收缩压≥180**  **或舒张压≥110** |
| I:无其他危险因素 | 低危 | 中危 | 高危 |
| Ⅱ:1~2个危险因素 | 中危 | 中危 | 高危 |
| Ⅲ:≥3个危险因素、靶器官损 害、并存的临床疾患 | 高危 | 高危 | 高危 |

对原发性高血压病人，每年要提供至少4次面对面的随访。随访评估内容包括：①测量血压并 评估是否存在危急情况，若存在危急情况或存在不能处理的其他疾病时，须在处理后紧急转诊，对于 紧急转诊者应在2周内主动随访转诊情况；②若不需紧急转诊，询问上次随访到此次随访期间的症 状；③测量体重、心率，计算体重指数；④询问病人疾病情况、生活方式和服药情况。图20-5为高血 压病人随访流程图。



·测量血压

·评估是否存在危及 情况

·评估上次随访到此 次随访期间症状

·评估并存的临床症 状

·评估并记录最近一 次各项辅助检查结 果

·测量体重、心率、 计算BMI

·评估患者生活方

式，包括吸烟、饮 酒、运动、摄盐情 况等

·评估患者服药情况

若存在危急情况紧急 处理后转诊，2周内随 访转诊情况

血压控制满意无 药物不良反应、无

新发并发症或原 有并发症无加重。

初次出现血压控 制不满意或有药 物不良反应

·连续2次随访血 压控制不满意

·连续2次随访药 物不良反应没有 改善

·有新的并发症出 现或原有并发症 加重

告诉所有接 受随访的高 血压患者

· 出现哪些异 常时应立即 就诊

·进行针对性 生活方式指 导

·每年应进行 1次较全面 健康检查

按期随访

调整药

物，2周时 随访

建议转

诊，2周内 主动随访

**转诊情况**

辖区

上确 诊的

原发 性高

血压

根据 评估

结果 进行

分类 干预

图20-5

高血压病人随访流程图

3. 高血压病人分级管理 根据高血压病人的危险度分层，可分三级对不同层别病人可进行管 理。 一 级管理：男性年龄<55岁、女性年龄<65岁，高血压1级，无其他心血管疾病危险因素，按照危 险分层属于低危的高血压病人。二级管理：高血压2级或1~2级同时有1~2个其他心血管疾病危 险因素，按照危险分层属于中危的高血压病人。三级管理：高血压3级或合并3个以上其他心血管 疾病危险因素或合并靶器官损害或并存临床情况者，按照危险分层属于高危和很高危的高血压病 人。高血压病人分层分级管理内容见表20 - 3。

第二十章 慢性非传染性疾病管理 277

**表20-3高血压病人分层分级管理内容**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **项目** | **一级管理** | **二级管理** | **三级管理** |
| 管理对象 | 低危病人 | 中危病人 | 高危病人 |
| 建立健康档案 | 立即 | 立即 | 立即 |
| 非药物治疗 | 立即开始 | 立即开始 | 立即开始 |
| 药物治疗(初诊者) | 可随访3个月后仍≥140/ 90mmHg即开始 | 可随访1个月后仍≥140/ 90mmHg即开始 | 立即开始药物治疗 |
| 血压未达标随访 | 3周1次 | 2周1次 | 1周1次 |
| 常规随访测血压 | 3个月1次 | 2个月1次 | 至少1个月1次 |
| 测体重指数、腰围 | 2年1次 | 1年1次 | 6月1次 |
| 血生化 | 4年1次 | 2年1次 | 1年1次 |
| 转诊 | 必要时 | 必要时 | 必要时 |
| 4. 高血压病人转诊 转上级医院的随访高血压病人主要为按治疗方案用药血压仍不达标者、 出现血压升高并难控制病人、血压波动大临床处理有困难病人、出现新的严重临床疾患或靶器官损 害病人等。下转至基层医疗卫生机构的随访高血压病人为诊断明确、治疗方案确定、病情稳定的 病 人 。  5. 高血压病人管理评价指标 目前，常用高血压病人健康管理率、高血压病人规范管理率、管 理人群血压控制率、高血压知晓率、高血压服药率等指标评价高血压病人的管理状况。  (1)高血压病人健康管理率=年内已管理高血压人数/年内辖区内高血压病人总人数×100%  (2)高血压病人规范管理率=按照要求进行高血压病人管理的人数/年内管理高血压病人 人数×100%  (3)管理人群血压控制率=最近一次随访血压达标人数/已管理的高血压人数×100%  (4)高血压知晓率=知道自己患高血压人数/辖区高血压人数×100%  (5)高血压服药率=已服降压药的高血压人数/辖区高血压人数×100%  **(姜润生** **李伟明)** | | | |

**思考题** **1.简述慢性非传染性疾病的危险因素。**

2.简述慢性非传染性疾病的三级预防策略。

3.简述慢性非传染性疾病的管理。

4.简述慢性非传染性疾病病人的管理方式。

· 笔 记 **第二十一章**

**社会病防治**

进入21世纪以来，现代化和全球化在全世界范围内进行得如火如荼，社会经济快速增长，科技 的进步使人们的生活更加便利，健康水平也不断提高。但是，局部战争、社会动荡、经济危机、恐怖活 动、宗教和种族冲突、自然灾害、贫困与社会不平等、重大公共卫生事件、人口老龄化、违法犯罪、自 杀、酗酒、吸毒、性交易等各个层面的社会问题仍然存在，其中一些还有继续恶化的态势，对人类个体 和群体的健康产生直接或间接的影响。我国正处于经济社会转型时期，如何尽可能地减少社会问题 对社会经济发展和人群健康的影响，是值得关注的重大课题。作为医学与社会科学之间的交叉学 科，研究与健康相关的社会问题，为解决社会病做出努力，是社会医学义不容辞的责任。

**第一节** **社会病概述**

早期的社会学家，特别是迪尔凯姆(Durkheim) 借用医学中的“疾病”与“病理学”概念，用“社会 疾病 ”(social diseases)类比社会中的越轨现象与社会问题，提出研究越轨与社会问题产生根源的“社 会病理学”(social pathology)。目前“社会病”(sociopath/social pathology)这个词用得较少，与心理病 态(psychopath) 和反社会人格障碍(antisocial personality disorder)同义。我国社会医学界使用“社会 病”这一术语，用于描述“主要由社会原因造成的，与社会发展和进步方向相违背、与人群健康有着 密切联系的社会性现象”。

与“社会病”相关的社会学术语有两个，一个是“社会问题”(social problem),另一个是“越轨行 为 ”(deviant behavior)。社会问题是从社会功能和社会发展的角度来看问题，其外延很广，涉及到所 有需要动员社会力量来解决的问题，有因社会基本要素之间的关系失调而导致的人口问题、生态问 题、环境污染问题、贫穷问题、民族和种族问题、社会文化冲突问题等；也有人们的社会关系失调导致 的社会问题，如婚姻家庭问题、老年人问题、独生子女问题、残疾人问题、青少年犯罪问题等；还有制 度和体制失调带来的社会问题，如物价问题、教育问题、劳动就业问题、社会保障问题等。越轨行为 主要是从个体与社会的关系角度来看问题，其外延比“社会问题”要小得多。 一般地说，凡是违背群 体标准或期望的行为都可以称为越轨行为，如各种违法违纪行为、犯罪行为等。如果越轨行为影响 了社会的稳定和发展，就有可能成为社会问题，很多的社会问题都与越轨行为有关；如果成为社会问 题的越轨行为主要是由社会的原因引起的，而且与躯体和心理健康相关，就构成了所谓的“社会 病”。应该指出，不是所有的社会问题都可以称作“社会病”,也不是所有的社会问题都与行为越轨 有关。例如，老龄化问题可以说是标准的社会问题，需要社会努力加以解决，却不能被称作“社会 病”,因为老龄化现象是社会发展、社会进步的结果，是符合社会期望的。

第二十一章 社会病防治 279

根据上述关于社会病概念的讨论，社会病一般具有以下5个方面的特点：

第一，社会病必须具有社会性。这一点将社会病与个人烦恼区别开来。每个人都会有烦恼，它 的产生与个人的心理状态、心理特征和价值观念等因素密切相关，也可能与个人有限的社会联系相 关，但个人烦恼不会影响社会发展和社会稳定。在一个社区中，当只有个别人酗酒，且没有严重影响 社会其他成员的生活时，可以将其看作是个人的问题，通过分析个人的生理和心理状态，或者还需要 分析其家庭关系，来了解其酗酒的原因。但是，如果这个社区中相当比例的成年人或青少年经常喝 得醉醺醺的，成为家庭暴力、危险驾驶、消耗大量医疗资源的原因，就不得不对这个社会问题进行政 治、经济和社会体制的分析了。

第二，社会病的产生根源非常复杂，但主要在于社会。社会病可能与个人行为、个人的生物学特 征有密切的联系，但个人行为或特征不是产生社会病的主要的、决定性的原因。在这一点上常常存 在很大的争论。例如，如果有人说吸毒、青少年犯罪是社会造成的，马上就会有人反对：毕竟只有一 小部分人吸毒或者犯罪，这些人吸毒或者犯罪的原因不是来源于社会，而是来源于他们个人原因，或 者是价值观念有问题，或者是心理不健康，或者其大脑的生理、生物化学有问题。说性传播疾病、艾 滋病是社会病，与性开放、性道德观念的改变密切相关，很多人都能够接受；但是，如果说结核病是社 会病，恐怕很少有人接受了，人们通常认为结核病与个人不良的卫生习惯或个人躯体素质差有关，却 不知或者不愿意将结核病与社会不平等、贫穷等社会原因联系在一起。

第三，社会病对社会具有严重的危害性。这种危害性可以表现为破坏社会稳定，阻碍经济的发 展，也可表现为对社会生活质量的直接影响。从社会医学的角度看，随着人类健康状况的转变，在全 世界范围内，社会病对人群健康状况的影响已经越来越重要。据WHO 估计，2012年全球有803900 人死于自杀，是全球15~29岁年龄组的第一位死亡原因，是30~49岁年龄组第五位死亡原因。又 如，酒驾、醉驾是导致交通事故的主要原因之一。

第四，社会病的防治需要全社会综合施策、共同努力，包括改变不合适的社会公共政策，建立健 康的社会文化等。新中国成立初期，采取一系列强有力的社会措施，较好地解决了卖淫、吸毒等问 题，就很好地说明了这一点。

第五，社会病既是社会问题，也是健康问题或公共卫生问题。这一方面是因为社会病会直接或 间接地影响人群健康；而另一方面，社会病是导致其他健康问题的重要根源，需要从医学特别是公共 卫生的角度进行干预。社会医学对社会病研究的主要目的在于揭示社会病产生的根源，为降低社会 病的产生和发展提供依据和政策建议。

从社会医学的角度研究社会病，其主要研究内容包括：①社会病在人群中的发生率、发展变化规 律和人群分布特征。研究的难点在于如何界定各种社会病并用可靠的手段进行测量。②社会病对 个体和群体健康的影响，包括社会病导致的经济与社会负担。由于社会病的产生、形成和发展通常 都有一个相当长的过程，研究的难点在于如何确定社会病与健康、经济与社会负担之间的因果关系。 ③导致社会病产生的根源，特别是社会文化根源。这方面的研究需要大量借用社会科学的理论和方 法，包括如何确定和测量社会文化因素，如何解释社会文化因素与社会病产生、形成和发展之间的关 系等。④社会病的防控措施。社会病的防控需要采取广泛的社会行动，难以进行规范的社会实验

280 第二十一章 社会病防治

. 研究。

**第二节** **攻击与暴力行为**

在世界范围内，每年有130万人死于包括自我伤害、人际和群体暴力，占全球死亡率的2.5%。 在15~44岁年龄组，暴力是全球第四位的死亡原因。此外，世界范围内每天都有数以万计的人成为 非致死性暴力行为的受害者，包括需要急诊处理的躯体伤害，以及可能没有得到卫生和其他部门登 记的躯体、性和心理虐待的受害者。

**一** **、攻击与暴力的概念与分类**

**(一)攻击**

攻 击(aggression) 是一个使用得非常广泛的词汇，在不同语境和不同学科中，其涵义存在一定的 差异。在最广泛的意义上，这个词代表着主体(攻击者)的破坏性或损害性行为，与攻击性行为同 义，强调的是行为本身，而不是行为的结局(破坏或损害的程度)或行为的动机。从低等动物到人 类，攻击行为普遍存在。当种族或个体的生存受到威胁时，人和动物都会产生防御性的攻击行为， 一 些学者认为这类行为的意义与进食行为、性行为类似，是个体和物种生存所必需的本能行为，具有适 应意义。然而，人类社会发展到今天，从大规模的战争到打架斗殴，很多的攻击行为早已脱离了个体 和种族保存的意义。作为学术研究的对象，社会学家将攻击定义为一个人遂意伤害别人的行为，而 “伤害”则既包括躯体伤害，也包括心理伤害(如语言侮辱)和间接伤害，如破坏受害者的财产，损害 受害者的声誉、地位、人际关系等。除了对别人的伤害外，也有学者将自杀、自伤之类以自身为对象 的破坏性行为称为“自我指向的攻击行为”。另外，“攻击性”指的是一种人格特征，即一个人出现攻 击行为的倾向性，并非攻击行为本身。

根据行为动机的不同，可以将攻击行为分为情感性攻击和工具性攻击两类。前者基于愤怒、敌 意等情绪，以伤害侵犯对象为主要动机，也可能是对实际或感知到的威胁的反应，如谋杀；而后者则 不以伤害攻击对象为主要目的，而是将攻击作为一种手段或工具，以实现其他目的，如抢劫。当然在 现实情况中，两者动机可以兼而有之；如果实施过程不顺利，工具性攻击也可转变成情感性动机。根 据攻击的始动因素不同，可以将攻击行为分为始动性攻击和反应性攻击。始动性攻击通常不是挑衅 引发的，多为工具性的。反应性攻击则相反，通常是对实际的或威胁性的挑衅的反应。主动性攻击 者通常也容易产生反应性攻击行为，但反应性攻击者则较少有主动性攻击行为。根据攻击行为发生 前的心理过程，可以将攻击分为深思熟虑的攻击和轻率的攻击两类。前者通常在仔细权衡利弊的基 础上发生，后者则是冲动性的。根据攻击行为的方式，可以将攻击行为分为主动攻击和被动攻击。 前者使用主动性的行动(如暴力、辱骂等)达到攻击的目的；后者则通过拒绝合作(如拒绝执行命令、 拒绝给别人让路之类)达到攻击的目的。

攻击行为的发生原因极为复杂， 一般可以粗略地分为两类。第一类原因是近端的，通常是攻击 行为发生的直接原因，包括高度的敌意、对攻击持积极评价态度、将攻击作为解决问题的主要方式等

第二十一章 社会病防治 281

个体特征，以及如被挑衅、遭遇挫折、攻击行为被强化、处于应激状态、对攻击行为的惩罚机制失灵、 环境中存在产生攻击行为的刺激(如影视中的暴力)、拥有产生攻击行为的机会和条件(如混乱的场 合)等情境因素。第二类是远端的，其意义在于为攻击行为创造条件，包括遗传和生物学因素，环境 和心理因素，成长经历等方面。

**(** **二** **)** **暴** **力**

暴力(violence) 是攻击的一种极端形式，所有的暴力行为都是攻击行为，但不是所有的攻击行为 都是暴力行为。 WHO 将暴力定义为：蓄意使用躯体力量，威胁或事实性地攻击一个人或一个团体、 社区，导致或有高度可能性导致其受伤、死亡、遭受心理伤害、影响其发展或剥夺其资源和机会。学 术界将暴力分为3类。第一类称为人际暴力，即日常社会生活中发生的暴力行为，其施害者和受害 者是家庭成员、亲密伴侣、同事、服务对象、陌生人，特别是老人、儿童、妇女等弱势人群。第二类称为 自我指向的暴力，即自伤、自杀行为。第三类称为群体性暴力，指的是国家、军队、恐怖组织为实现政 治、经济和社会目标而实施的暴力行为。本节主要讨论人际暴力(社区暴力),自我指向的暴力则在 下一节介绍。

暴力行为是一个极为重要的公共卫生问题，但到目前为止我国学者还没有对其给予足够的重 视。暴力行为对健康的影响，不仅包括暴力导致生命和健康损失(受害者和施暴者),而且包括暴力 事件导致的间接损失，如孩子因为暴力事件失去父母的照顾，暴力事件对旁观者、知情者的心理影 响，以及公众对暴力事件的担忧和恐惧等。

**二、人际暴力的表现形式与发生率**

( 一 )人际暴力的分类

根据施暴形式的不同，人际暴力可以区分为躯体暴力和非躯体暴力两类。前者在躯体上损 害受害者，包括性暴力在内；后者则常称为心理或情绪暴力，包括侮辱、威胁、忽视、剥夺等形式表 现，尽管不直接导致伤害或死亡，但给受害者带来的心理压力和负担，会严重地损害受害者的健 康。需要注意的是，任何躯体暴力都会对受害者的心理产生不良影响。根据施害者与受害者关 系的不同，人际暴力又可以分为家庭与亲密伴侣暴力和社区暴力两类。前者通常(但不完全)发 生在家里，施暴者和受害者都是家庭成员或亲密伴侣，包括亲密伴侣暴力，儿童和老人虐待等；后 者通常发生在家庭以外的社区，施害者和受害者没有亲密关系，可能认识，也可能不认识，包括青 年暴力、被陌生人强奸或性攻击、随机暴力事件，以及发生在学校、工作场所、监狱、老人院等机构 中的暴力。

**(二)人际暴力的健康后果**

研究暴力行为发生率的资料来源主要有3个方面。其一是暴力事件导致的死亡。因为死亡事 件较容易导致政府和公众的关注，因此世界上大多数国家都有相关的统计数据，但这些统计数据仍 然可能低估了实际的暴力死亡情况。其二是接受过医学治疗或司法处置的暴力所致伤害，可以从医 疗和司法记录中获取。但在大多数发展中国家，不仅原始数据的记录不完整、不符合规范，而且获取 数据的过程存在各种各样的阻力。其三是通过人群调查获取的暴力行为数据。这类调查获取的数

282 第二十一章 社会病防治

据相对较全面，可以涵盖从严重的暴力伤害事件到心理和情绪暴力，但很少有设计严谨、能代表一个 国家或地区的资料。而且，即使是精心设计的人群调查，受访者仍有可能选择不报告自己经历的暴 力伤害。表21-1列举了与暴力相关的数据类型及来源。

**表21-1暴力相关数据的类型与来源**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **数据类型** | **可能的数据来源** | **收集的数据举例** |
| 死亡 | 死亡证书，生命统计，医生、验尸官 或太平间的报告 | 死者的特征、死亡的原因、时间、地点、死亡方式 |
| 患病及其他健康资料 | 医院、诊所或其他医学记录 | 疾病、伤害、与躯体、精神和生殖健康相关的信息 |
| 自我报告 | 普查，专题研究，专题讨论，媒体 | 态度、信念、行为、与文化相关的活动，欺诈与犯罪， 暴露于家庭或社区的暴力 |
| 社区 | 人口档案，当地政府或其他机构的 档案 | 人口数、人口密度、收入和教育水平、失业率、离婚率 |
| 犯罪 | 警察和司法档案、犯罪研究机构 | 犯罪的类型、犯罪者的特征、施暴者和受害者的关 系、暴力发生的情境 |
| 经济 | 项目、机构、组织的档案，专题研究 | 用于健康、住房或社会服务的支出，治疗暴力相关伤 害的费用，服务利用情况 |
| 政策与立法 | 政府和法律档案 | 法律、政策和行动 |

1. 死亡 WHO 估计，2012年全球有475000人死于谋杀，其发生率为6.7/10万。 一般而言，高 收入国家的谋杀率低于低收入或中等收入国家。所有谋杀受害者中，男性占82%,谋杀死亡率超过 女性的4倍。15~29岁男性的谋杀死亡率最高(18.2/10万),其次为30~44岁男性，这反映青壮年 男性是暴力死亡的高危人群。女性谋杀受害者中，38%是被其性伴侣杀害的，而这个比例在男性只 有6%。全球发生的谋杀死亡中，大约一半的手段是火器，1/4的手段是锐器，另外1/4是通过其他 手段实现的。与其他国家相比，中国的谋杀率较低，而且和发达国家的发展趋势一致，呈明显下降的 趋势。

2. 暴力的非致死性健康影响 尽管暴力导致的死亡和躯体伤害更容易受到关注和重视，但实 际上，暴力对心理健康、行为改变、性和生殖健康、慢性躯体疾病和社会影响更大。所有类型的暴力 都会对受害者整个一生的健康产生强烈的影响，而暴力对妇女和儿童的影响更大(表21-2)。例如， 东欧一项多国合作研究表明，较之没有报告童年期不良经历(如虐待，忽视，家庭暴力，父母分居、吸 毒、患精神疾病、坐牢等)的受访者，报告至少有4个儿童期不良经历的受访者出现问题饮酒行为的 可能性高10倍，药物滥用的可能性高6倍，吸烟的可能性高3倍，至少有5个性伴的可能性高4倍， 16岁以前发生性行为的可能性高3倍；暴露于亲密关系暴力的妇女，发生酒精使用障碍和抑郁的可 能性高2倍，自杀未遂的可能性高4.5倍；遭受过非伴侣性暴力的妇女，发生酒精使用障碍的可能性 高2.3倍，发生抑郁症或焦虑症的可能性高2.6倍。

第二十一章 社会病防治 283

**表21-2暴力的非致死性健康影响**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **躯体伤害** | **精神健康与行为问题** | **性与生殖健康** | **慢性疾病** |
| 腹腔创伤 | 酒精与药物滥用 | 意外怀孕 | 关节炎 |
| 胸腔创伤 | 抑郁和焦虑 | 孕期并发症 | 癌症 |
| 脑损伤 | 创伤后应激障碍 | 不安全流产 | 心血管疾病 |
| 烧伤和烫伤 | 进食障碍 | 妇科疾病 | 肾脏疾病 |
| 骨折 | 唾眠障碍 | 复杂的疼痛综合征 | 肝脏疾病 |
| 撕裂伤 | 注意缺陷障碍 | 慢性盆腔疼痛 | 卒中 |
| 残障 | 多动  外化行为问题\*  吸烟  自杀意念和自杀行为 不安全的性行为 | HIV感染  其他性传播疾病 |  |

本外化行为是指未成年人针对环境的消极行为，如斗殴、咒骂、偷盗、损坏财物、离家出走、纵火、饮酒、不遵守纪律等

**(三)人际暴力的主要表现形式**

1. 儿童虐待 儿童虐待是对18岁以下未成年人的折磨和忽视，包括各种形式的躯体和非躯体 暴力，如性虐待、忽视、不当照顾、剥削、剥夺等形式，导致对未成年人健康、生存、发展、尊严等方面的 实际或潜在伤害，其影响可能持续一生。因为儿童虐待的形式多种多样，各研究对其定义也没有统 一，因此缺乏可靠的全球性统计数据。WHO估计，2000年全球有57000名0~15岁儿童死于虐待， 而0~4岁组的虐待致死率是5~15岁组的2倍。因为文化差异和使用的定义不同，非致死性虐待的 全球性统计数字无法估计，整体而言，发展中国家高于发达国家。另据估计，大致20%的女性和 5%～10%的男性在儿童期受到过性虐待。

2. 青少年暴力 WHO 将青少年暴力定义为：发生在10~29岁人群之间的暴力，其形式从霸凌、 斗殴到更为严重的躯体攻击，甚至凶杀，通常发生在相互不认识的青年之间。在世界范围内，估计这 个年龄组每年有20万人死于暴力，占全部谋杀的43%;在因谋杀死亡的青年中，80%是男性；需要医 学处理的严重伤害比死亡数高20~40倍。

3. 亲密关系暴力 亲密关系中或前亲密关系中发生的暴力行为，包括躯体攻击，强迫性的性行 为，心理虐待(如侮辱、贬低、羞辱等),以及操控行为(如社会隔离、限制受害者获取信息或获得帮 助、监视受害者的行动等)。亲密关系暴力可以发生在同性性伴、异性性伴或非性伴之间，通常只有 少数受害者寻求帮助。世界各地的人群调查表明，10%～69%妇女报告在其一生中曾受到过亲密的 男性伴侣的躯体攻击，妇女在调查前12个月遭受过攻击的发生率，从3%(澳大利亚、加拿大、美国) 到27%(尼加拉瓜)、38%(韩国)和52%(巴勒斯坦)。对于很多妇女而言，受到躯体攻击不是一个孤 立的事件，而是长期的虐待。而且，躯体攻击常常伴随着强迫性的性行为和心理伤害。遭受躯体攻 击后，多数妇女选择不求助或仅仅求助于朋友和家庭成员，选择向警察求助的比例相对较低。

4. 性暴力 性暴力是一方违背另一方的意愿，实际的或未遂的强迫性性行为，其形式从强奸到 各种形式的性骚扰，无论双方是否认识，是否存在亲密关系，也无论是否发生在家里。估计全球有

7%的妇女遭受过非亲密性伴侣的性暴力。性暴力的表现形式包括：强奸(婚内、约会对象、陌生人、 轮奸)、性骚扰、以性行为作为代价、与精神或躯体残障的人发生性行为、儿童性虐待、强迫结婚或同 居、童婚、不许避孕和采取措施预防性传播疾病、强制流产、处女检查、伤害生殖器、强制卖淫、性剥 削等。

5. 虐待老人 虐待老人是指不适当的行为，或者在需要的时候缺乏相应的合适行为，导致老年 人躯体伤害或烦恼。包括躯体暴力，性暴力，心理或情绪暴力，经济或物质剥夺，故意忽视与抛弃，以 及导致老年人失去自尊和不尊重老年人等形式。高收入国家的调查表明，60岁以上老年人在调查 前12个月遭受过虐待的发生率在西班牙和英国较低，分别为0.8%和2.6%,在以色列、澳大利亚和 比利时，分别高达18%,23.8%和32%。 WHO 认为，在快速老龄化的国家，老年人遭受的虐待将有所 增加。

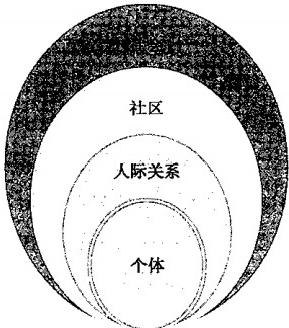
6. 工作场所暴力 工作场所暴力是发生于工作场所的各种暴力行为，施暴者和受害者可以是 同事或上下级关系，也可以是服务提供者与服务接受者关系。1992—2011年，美国有13827人死于 工作场所谋杀，平均每年发生700例；但大多数工作场所暴力为非致死性暴力。我国缺乏工作场所 暴力的准确数据，但近年来医疗机构内的暴力事件已成为社会焦点。

7. 针对性暴力 暗杀或一两个人实施的群体伤害事件，如近年来美国报道的多起学校枪击 事件。

8. 帮派暴力 发生于帮派内部成员之间或帮派与帮派之间的暴力事件。

**三、人际暴力的根源与控制措施**

**(一)人际暴力产生的生态学模式**

人际暴力的形式、施暴者和受害者的特征、发生暴力行为的情境多种多样，对为什么一个人会对 另一个人施行暴力行为，为什么特定社区、特定人群的暴力行

为发生率高于其他社区或其他人群，目前没有也不可能有简 单的解释。暴力行为的发生，是个体、人际、社会、文化和环境 因素复杂交互作用的结果。理解这些因素之间的相互作用， 是应用公共卫生方法预防暴力行为的重要步骤。

从1970年代晚期开始，逐渐在儿童虐待、青少年暴力、亲 密关系暴力、虐待老人的研究中引入了生态学模式(图21-1)。 该模式认为暴力行为是多水平因素对行为影响的产物，探索 个体与情境因素的交互作用有助于了解暴力行为发生的

|  |  |
| --- | --- |
| 原因。 | 图21-1  理解暴力行为的生态学模式 |
| 1. 个体水平是生态学模式的个体水平，试图从个人的生 物学特征、心理特征和个人史等方面寻找暴力行为产生的原 |  |

因，涉及的因素包括神经系统疾病、冲动性、低教育水平、精神障碍和物质滥用、攻击行为史等。值得 注意的是，不仅施暴者可能在个体水平上存在一些特征，受害者特别是多次受害者同样可能有一些

第二十一章 社会病防治 285

**特征性的人格或行为。**

2. 人际关系是生态学模式的第二层探索社交关系如同伴、亲密关系伴侣、家庭成员的影响。例 如，在伴侣暴力和儿童虐待中，受害者和施暴者居住在一起，增加了暴力行为特别是反复发生的暴力 行为的可能性。又如，在青少年暴力方面，有研究表明，经常在一起进行的消极活动中，暴力行为在 更大程度上被容忍。

3. 社区是生态模式的第三个层面，个体的大多数社会关系都发生在社区，如学校、工作场所和 邻里，其特征可能与个体成为施暴者或受害者有关。社区的人口流动性大、异质性高(居住者特征 不同，社区居民之间的社会联系度很低)、人口密度大、存在某些社会问题(如贩毒、高失业率等)、隔 离程度高(如居民之间互不相识、缺乏对社区事务的参与)、贫穷、社区基础设施缺乏或破旧、对暴力 行为缺乏约束机制和管治力量等因素都与暴力事件的发生有一定的关系。

4. 社会是生态学模式的社会层面探索影响暴力行为的更为广泛的社会因素，包括对暴力行为 的接受性氛围，缺乏对暴力行为的有力控制，以及制造和维持不同群体间距离的因素，例如，支持通 过暴力手段解决问题、强调父权、男权的文化，支持警察和其他执法人员过度使用暴力，支持政治冲 突；教育、经济、健康和社会政策等。

5. 生态模式下各水平之间的复杂交互作用。尽管特定类型的暴力行为可能有一些特别的根 源，但所有类型的暴力行为都是个体、人际关系、社区和社会4个层面的因素交互作用的结果。从整 体上看，影响的方向是远端(社区和社会)层面影响近端(个体和人际关系)层面， 一般而言，近端的 相关因素，如个体特征、人际关系问题等相对容易被理解和接受，但要将更为广泛的远端因素，即来 自社区特别是社会的因素与个别的暴力事件联系起来则较为困难。例如，我国近年来备受关注的医 患之间的暴力事件，人们更倾向于从医务人员和病人及病人家属的特征进行解释，但事实上，医务人 员、病人、病人家属、媒体、社会上的其他参与者都是更为广泛的社会、文化和医疗制度的产物。不能 正确理解这一点，就难以提出全面的、有效的预防和控制策略。又如，个别精神障碍病人的暴力行 为，固然与病人的精神症状有关，但也是社会缺乏对精神障碍治疗和救助机制缺失的结果，以及对精 神障碍病人存在社会歧视等更为宏观的社会因素有着非常密切的联系。

**(二)预防暴力行为的公共卫生策略**

预防暴力行为的公共卫生策略，传统上分为一至三级预防。 一级预防是在暴力发生前预防其发 生；二级预防是对暴力行为的即时反应，如院前急救、临床治疗、被强奸者性传播疾病的预防和治疗； 三级预防则重在对暴力受害者的长期照护，如康复训练、恢复社会功能、缓解心理创伤等。近年来， 暴力预防更多地转向为根据目标人群制定预防策略。其中，普遍性预防是针对特定群体或一般人群 而不是有危险的个体进行干预，如针对学生和社区居民的教育和宣传；选择性预防是针对有一个或 多个危险因素的高危人群进行干预，如对低收入的单亲父母进行培训；针对性预防是对曾经有过暴 力行为的人进行治疗、监管和控制等。

1. 多管齐下措施 因为暴力行为是个体、人际关系、社区和社会4方面多种因素综合作用的结 果，所以预防暴力必须采取多管齐下的措施。这些措施包括：①通过各种手段矫正个体的危险因素， 如通过培训降低个体的冲动性、系统治疗和管理精神疾病病人、通过职业培训提高失业者的劳动技

能等；②创造和谐的家庭和人际关系，如以伴侣和家庭为单位的沟通技能、问题解决技能等方面的训 练、为家庭提供咨询服务；③监测学校、工作场所和邻里等社区环境，采取措施解决社区中的问题； ④缩小贫富差距，降低社会不平等程度，改变与暴力行为发生相关的文化信念等；⑤通过社会政策调 节社会关系，缓解社会矛盾等。

2. 以证据为基础 世界各地都采取了很多措施来预防和控制暴力事情的发生，但这些措施大 多数没有经过严格的科学评估，很难确定其有效性。因此应通过科学评估，确定哪些措施是确实有 效的，在此基础上将有效的措施应用到更大的范围。与此同时，应鼓励根据当时当地的情况，研究可 能有效的新措施。

3. 多水平联合行动 预防暴力需要在本地、国家和全球水平上的联合行动。本地行动具有特 别重要的意义，因为任何更大范围的措施都必须在局部落实才能起作用。无论是地理意义上的社区 (如街道、村庄),还是功能意义上的社区(如学校、工作单位),在暴力预防上都大有可为，应联合社 区各种力量，根据当地的实际情况，确定具体的暴力预防措施。在国家层面上，应以适当措施，联合 多部门制定暴力预防的法律、政策和规划，并采取强有力的措施实施，包括对暴力预防行动给予足够 的人力和经费支持。在全球层面上，则应加强国际合作，在全球范围内推动暴力预防工作。目前包 括 WHO 在内的联合国机构、国际非政府组织、各种基金会都在不同程度上参与全球暴力预防的组 织、咨询、资助、研究活动。

针对暴力预防，2002年WHO 发布了《暴力与健康世界报告》,向成员国提出了9项推荐：①建立 并实施、监测暴力预防国家计划；②增强收集与暴力相关资料的能力；③在暴力行为的发生原因、后 果、代价和预防措施等方面，确定优先行动领域并支持相关研究；④推动一级预防；⑤加强对暴力受 害者的处理；⑥将暴力预防措施整合到社会和教育政策中，并促进性别和社会平等；⑦增加针对暴力 预防的合作和交流；⑧推动和监督国际条约、法律和其他机制的执行以保护人权；⑨针对全球毒品和 武器贸易，采取实用的、国际上可以接受的行动。

**第三节** **自杀行为**

求生是所有生物的本能，但古今中外，自杀、自伤却不是一个罕见的现象。目前，全球每年超过 80万人死于自杀，估计每年自杀未遂和故意自伤的人数是这个数字的10倍以上。预防自杀和自伤 已成为许多国家公共卫生的优先领域之一，联合国可持续发展目标要求到2030年，全球自杀率要下 降 1 0 % 。

**一、自杀的概念与分类**

个人在意识清楚的情况下，自愿地(而不是被别人所逼迫)、有意地采取结束自己生命的行为， 称为自杀(suicide) 。 国际上一般按结局的不同，将自杀行为分为自杀死亡、自杀未遂和自杀意念三 类。我国学者从自杀预防的角度考虑，提出将自杀行为分为以下5类。

1. 自杀意念 有明确的结束自己生命的意愿，但没有付诸任何导致结束生命的实际行动。 一

第二十一章 社会病防治 287

个人的自杀意念属于内部心理活动，可能是清晰的，也可能是非常模糊的。通过观察当事人的语言、 行动可以对是否存在自杀意念及其频度、强度进行评估。

2. 自杀计划 在自杀意念的基础上，形成了如何结束自己生命的计划，但没有进行任何实际的 准备，更没有采取任何实际的行动。自杀计划虽仍处于心理活动过程，但对自杀的方法、时间、地点 已经清晰化，通常意味着实际发生自杀行为的可能性。

3. 自杀准备 在自杀意念和自杀计划的基础上，做了自杀行动的准备，但没有采取导致结束生 命的行动。包括实际准备了用于自杀的物质、工具、方法，或者到自杀现场作了实际的考察等。自杀 准备不仅体现在内心心理活动层面，而且已经体现在行动层面，意味着高度的自杀危险性。

4. 自杀未遂 在自杀意念的基础上，采取了结束自己生命的行动，但该行动没有直接导致死亡的 结局。自杀未遂者通常存在躯体损伤，但躯体损害不是自杀未遂的必备条件。例如，当事人卧到铁道 轨道上试图自杀，但火车快到时因种种原因离开铁轨，虽没有造成任何躯体伤害，仍属自杀未遂。

5. 自杀死亡 在自杀意念的基础上，采取了结束自己生命的行动，该行动直接导致了死亡的结 局。死者在采取行动时，必须有明确的自杀意念，才能认为是自杀死亡。 一般而言，如果死者生前通 过口头交流或文字明确地表达过死亡愿望，可以作为判断自杀死亡的证据；但没有这些证据，并不能 充分排除自杀死亡的可能性，对任何疑似自杀的案例，应采用心理社会解剖(psychosocial autopsy)方 法做进一步的分析。

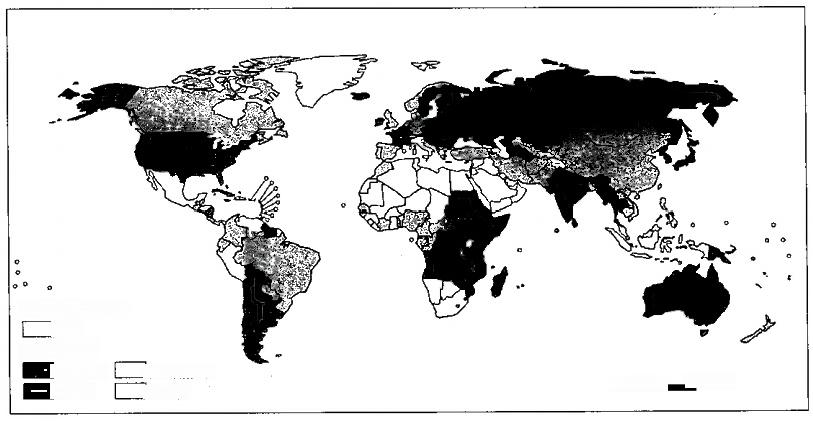
自 伤(self-injury), 或遂意自伤，类自杀、自杀姿势等类似的术语，指在个人意识清楚的情况下， 自愿地采取自我致伤、致残的行为，但完全没有结束自己生命的主观意愿。常见的自我损伤形式包 括切伤皮肤、用锋利的东西刺伤自己的身体、吞食异物或将异物塞人阴道、尿道或肛门等。有些病人 知道不应该这样做，但是控制不住自己要进行自我伤害的冲动，伤害自己后有一种轻松的感觉。另 有少数病人希望通过这种行为来求得同情和理解，或解决自己的人际关系问题。虽然自伤行为不是 自杀行为，其目的不是导致死亡，但统计表明，遂意自伤者的自杀死亡率比普通人群高数倍。而且， 如果自伤后得不到及时的医疗救助，也会导致死亡。因此，在自杀预防工作中， 一般把自伤行为当做 “准自杀行为”而予以重视。

**二、自杀的发生率与分布特征**

自杀既是一个重要的健康问题，又是一个严重的社会问题。 WHO 估计，2012年全球有80.4万 人自杀死亡，经年龄标准化后的全球年自杀率为11.4/10万，其中男性为15.0/10万，女性为8.0/10

万。2012年，自杀占全球所有死亡原因的1.4%,是导致死亡的第十五位原因。15~29岁人群的自 杀占该年龄段全部死亡的8.5%,并且是该年龄段人群的第二位死亡原因(仅次于交通事故)。30~ 49岁人群的自杀占该年龄段全部死亡的4. 1%,是该年龄段人群的第五位死亡原因。值得关注的 是，在高收入国家和东南亚中低收入国家，15~29岁年轻人的自杀分别占全部死亡的17.6%和 16.6%,无论对于男性还是女性而言，自杀都是此年龄段人群最主要的死亡原因。自杀占全部暴力 死亡的56%,其中，男性占50%,女性占71%。在高收人国家，自杀占全部暴力死亡的81%;在中低 收入国家，自杀占男性全部暴力死亡的44%,占女性全部暴力死亡的70%。

1. 地区分布 在向WHO 报告自杀率的国家中，北欧、东欧、俄罗斯、日本、韩国、印度等国家自 杀率较高，美国、英国等国家的自杀率处于中等水平，希腊、 一些南美洲国家的自杀率较低(图21-2)。 进入21世纪后，我国的自杀率明显下降，目前在世界上已处于较低水平。在同一个国家内，不同地 区的自杀死亡率也有差别，如美国西部和西北部地区的自杀死亡率明显高于东部和东北部地区。

自杀率(每10万人口)

<5.0

欧空25.0-9.9

10.0-14.9 =15.0

无可用数据 不适合

*220o*

tr

图21-2

自杀率(1/10万)的全球分布(2012年)

2. 种族分布 在美国，白人的自杀率几乎是少数民族的2倍。据美国人口普查局统计，白人男 性的自杀率为21.4/10万，黑人男性为12.2/10万；白人女性的自杀率为5.2/10万，黑人女性为 2.4/10万。美国原住民、因纽特人的自杀率远高于全国平均水平。

3. 性别分布 在世界上大多数国家，自杀死亡的男女性别比一般为3:1左右，男性高于女性。 而自杀未遂则是女性多于男性，男女性别比为1:3左右。而在中国、印度、斯里兰卡等国家，男女两 性的自杀率比较接近，在某些年龄组，女性自杀率甚至高于男性。

4. 年龄分布 在世界上大多数国家和地区，自杀死亡率随着年龄的增加而升高。近些年来，青 少年自杀死亡率有升高的趋势。但在各年龄段中，仍以60岁及以上老年人自杀死亡率为最高。有 关统计数字表明，我国自杀死亡的年龄分布有两个高峰， 一个与世界上大多数国家和地区一致，即老 年人的自杀死亡率是最高的；另一个是其他国家和地区少见或不明显的，即在25~34岁年龄组有一 个小高峰，在女性尤为突出(图21-3)。

5. 城乡分布 在大多数发达国家，农村人口的自杀死亡率远低于城市人口。然而，我国的研究

非常一致地表明，农村居民的自杀死亡率高于城市，但差异正在缩小。

6. 婚姻状况分布 婚姻状况与自杀率之间的相关性在绝大多数研究中都得到了证实。已婚者 的自杀率大大低于离婚者、丧偶者和适龄未婚者。统计表明，适龄未婚者的自杀率是已婚者的2倍， 离婚者、丧偶者、分居者的自杀率是已婚者的4~5倍。

7. 就业状况与职业分布 一般说来，失业者的自杀率高于有稳定职业者。关于不同职业人群

第二十一章 社会病防治 289

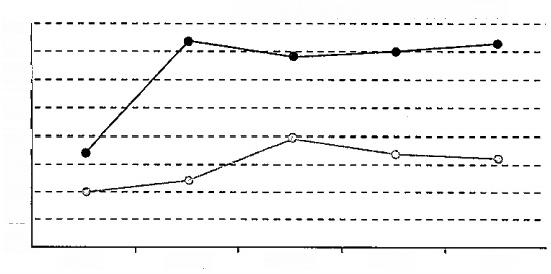
的自杀行为分布，曾有研究表明，医务人员的自杀率高于其他职业人群，但目前已有的资料还不足以 得出肯定的结论。

8. 精神障碍与自杀 精神障碍是自杀死亡的重要原因之一 。西方国家的许多研究表明，自杀 者中精神障碍的患病率高达90%。我国的心理学解剖研究表明，大约有60%的自杀死亡者有精神 障碍诊断。

9. 自 杀 手 段 在不同的社会和文化背景中，可见到各种各样的自杀手段。 一般说来，自杀死亡 者，特别是男性多采用暴力性自杀手段，如枪击、炸药、刀伤、自焚、坠落、投水等；而自杀未遂，特别是 女性多采用非暴力性手段，如服毒、服药等。但在我国，超过半数的自杀死亡是服毒导致的，特别是 在农村地区，服剧毒农药是一种最常见的自杀手段。

最近10多年以来，我国自杀死亡率呈现明显下降的趋势，其中农村女性居民的自杀死亡率下降 更为明显。有关学者认为，导致这一趋势的原因很复杂，可能与农村社会文化的变迁、农村居民经济 收入水平的提高、农村医疗卫生条件(包括精神卫生)的改善、剧毒农药生产和销售的减少、农药使 用的专业化、以及自杀预防工作的开展等诸多因素有关。但在自杀率下降到一定程度后，这一趋势 将会减缓甚至停止，自杀率将会在较长时期内稳定在一定的范围内。某些特殊人群，如老年人和青 少年的自杀率可能会出现相对上升的趋势。

男女比率



高收入国家 e 一中低收入国家

4.0 3.5 3.0| ·

2.5 2.0| 1.5

1.0 0.5

0.0-

5-14 15-29 30-49 50-69 70+

年龄组

图21-3

全球自杀的年龄、性别和收入水平分布(2012年)

**三、自杀的社会根源**

自杀行为在个体层面上与个人性格、价值观念、人际关系、个人所遭受的社会心理压力、个人的 应对方式、获得的社会支持以及精神、躯体健康状况等多种因素有密切的联系。但是，个体层面的影 响因素无法解释为什么在不同的国家和地区自杀率差别很大，为什么在同一个国家和地区不同历史 时期的自杀率存在变化。世界各地的研究表明，自杀率随人口结构、文化信念、对自杀的态度、医疗 保健制度、社会动荡、社会经济状况的变化等诸多社会因素的变化而变化。

1. 社会关系 迪尔凯姆(Durkheim) 根据 一个团体或社会中社会整合(social integration)的 程 度

290 第二十一章 社会病防治

与社会规范对个人的影响，将自杀死亡分为以下4大类：①自我性自杀，多见于社会整合程度低，个 人取向强、情感淡薄的社会中，如个体为了使自己从痛苦中解脱出来而自杀；②利他性自杀，多见于 社会整合程度高、集体取向强的社会中，如为国家利益、集体利益、家庭利益而牺牲自我；③失范性自 杀，多见于在高度动荡的社会中，旧的社会规范被打破，新的社会规范还没有建立起来，个人由于突 然失去社会规范的引领和控制而自杀，如美国经济大萧条期间人群自杀率上升；④宿命性自杀，在社 会规范力量过强的情况下出现的自杀，如监狱中犯人的自杀。

2. 应激 应激既被学术界也被民间用于解释自杀行为的发生。在中国文化背景下，常常将个 体的自杀归因于受了刺激。应激理论认为，自杀行为被自杀者当作一种应付精神紧张状况、心理冲 突的一种手段，是一种危害健康和生命的应对方式。应激机制也被许多学者看作社会、文化和心理 因素导致自杀行为的中介机制。

3. 文化 将文化因素与自杀行为联系起来，相关的假说主要涉及到3个方面：①文化对自杀行 为、对自杀者的态度；②文化源性应激，即与某一特定文化因素相关的应激；③社会文化变迁对社会 关系、生活方式和个人行为产生重大影响。

4. 自杀手段的可及性 有关统计表明，自杀者一般倾向于采取容易获得的自杀手段实施自杀。 例如，美国民众通过一定的手续可以获得枪支，所以枪击就成为一种重要的自杀手段；在我国农村地 区，由于缺乏对剧毒农药、鼠药的严格管制，所以服毒是最主要的自杀手段。在我国、印度、斯里兰卡 等国家的研究表明，控制农药的可及性可以有效地降低自杀率。

5. 医疗卫生服务及其可及性 医疗卫生服务主要可以从2个方面影响自杀行为的发生及其结 局：①提供基本的精神卫生服务，可及的精神卫生服务有可能预防精神障碍病人自杀；②对自杀者的 急救服务，可及的急救服务可以挽救死亡意愿非常强烈的自杀者的生命，而缺乏急救条件可能使本 来死亡意愿并不强烈的自杀者，甚至没有死亡意愿的自我伤害者死亡。

**四、自杀的预防**

研究自杀的最终目的在于预防自杀。遗憾的是，到目前为止，尽管在个别项目上取得了一些成 功的经验，但从总体上看，世界各国在自杀预防方面还没有取得突破性的进展，主要原因有3个方 面：①自杀是一类极为复杂的社会行为，许多因素还没有弄清楚或者不能有效控制；②自杀率相对较 低，即人群中自杀者与非自杀比例差别太大， 一方面使得一般性的自杀预防措施针对性不强，另一方 面又难于寻找高危人群采取重点措施预防；③有效的干预措施还有待发展。

一般认为，必须根据不同人群的不同情况，采取综合性的自杀预防措施。目前，自杀预防工作可 以从以下十个方面进行努力。

1. 建立国家自杀预防战略 自杀预防是一项系统的工程。联合国呼吁世界各国重视自杀预防 工作，倡议成员国建立国家层面的自杀预防战略，以统领、规划和组织社会各个部门共同努力，预防 自杀。到2014年，全世界已有28个国家建立了自杀预防战略。我国到目前为止尚没有启动国家自 杀预防战略工作。

2. 提高人群的心理健康素质 尽管从宏观的层面上看，左右自杀率的因素主要是社会、经济和

第二十一章.社会病防治 291

文化因素；但具体到个案来看，自杀者总是存在某些医学或心理学的问题，或者说宏观因素总要通过 个体的心理反应才能导致自杀。因此，应该把提高社区人群的心理健康水平作为预防自杀的第一个 层次。其措施主要包括：普及心理卫生常识，在学校开设针对性较强的心理卫生课并开展心理技能 训练，建立社区心理咨询和心理保健系统等。

3. 普及有关自杀和自杀预防的知识 目前社会上还对自杀存在许多危险的误解，这些误解甚 至在医务人员中也广泛存在。主要有：①认为想自杀的人不会向别人暴露自己的自杀企图，向别人 谈起自杀不过是想威胁别人。事实上，大约50%的自杀死亡者在自杀前清楚地表达过自己的自杀意 念。表露自杀意念是心理处于困境、需要寻求心理支持的重要信号，即使仅仅是威胁要自杀，也应予 以足够的重视。②认为不能与有自杀可能性的人谈自杀。实际上，和可能自杀的人讨论自杀问题， 可以及时发现病人的自杀意念，对其自杀的危险性进行正确的评估，使病人感觉得到关心、理解、同 情和支持，这在自杀预防工作中具有重要的意义。③认为有自杀意念、自杀未遂的人不需要精神医 学干预，特别是不需要使用精神药物。这种危险的观点广泛存在于病人家属和部分非医学、非精神 医学专业出身的心理咨询工作者中，他们认为病人自杀有其现实的理由，没有症状可以诊断的精神 障碍。事实上自杀者即使不能被诊断为精神障碍病人，但其心理状态也是极为不稳定的，在进行危 机干预和心理治疗的同时，适当地使用一些精神药物是有益的。④认为危机的度过意味着自杀危险 的消失。事实是，如果现实问题仍然存在，则仍要提高警惕性，因为病人表面上的“平静”正是自杀 最危险的时机。⑤认为自杀未遂者并没有真正的死亡愿望而放松警惕。事实上这些人当中有一部 分死亡愿望非常强烈，只是自杀方法不足以致死或者被及时救起。即使死亡愿望不强烈的病人，日 后自杀的可能性也比一般人群高得多。

4. 指导媒体有关自杀事件的报道 近年来，媒体报道与人群自杀的关系得到了广泛的关注。 在发达国家，已有资料表明，媒体对自杀事件不合适的报道将导致一定时间、一定范围内自杀率的上 升；而在规范了媒体对自杀的报道后，自杀率会下降。媒体报道影响人群自杀率的机制目前仍不十 分清楚，推测可能与模仿和社会学习机制有关。 WHO 要求媒体平衡报道自杀问题，积极宣传自杀预 防知识，减少对自杀案例(特别是名人自杀案例)的渲染，避免对自杀方法进行详细的报告和对自杀 的原因进行简单的推断。

5. 减少自杀的机会 有了自杀意念后，还必须有一定的手段才能实现自杀。在自杀意念出现 到实施自杀行为之间，还有一个准备自杀的阶段。因此，很多学者提出加强对常见自杀手段的管理， 以达到减少自杀的目的。这方面的措施包括：加强武器管理，加强对有毒物质的管理，加强对危险场 所的防护和管理等，如多发自杀的大桥、高楼、风景名胜地进行针对性强的管理。

6. 建立预防自杀的专门机构 许多国家成立了各种专门的预防自杀机构，如自杀预防中心、危 机于预中心、救难中心、生命线等，利用便利的电话、互联网络进行危机干预和自杀预防。据中国台 湾地区资料显示，在向生命线求助的个案中，有0.1%的人自杀死亡(远高于一般人群),1.7%的人曾 有自杀未遂，2.2%的人有过自杀念头。虽然没有足够的证据表明这些机构的工作降低了当地的自 杀率，但对于处于危机状况的个体提供支持和帮助的作用是肯定的。

7. 对医务工作者和心理咨询工作者进行培训 许多研究表明，自杀病人常首先求助于初级卫

292 第二十一章 社会病防治

生保健机构或综合性医院，发展中国家的情况尤其如此。然而，大多数医务人员对自杀行为缺乏必 要的了解，甚至对与自杀有关的精神障碍(如抑郁症等)也缺乏认识，更谈不上进行危机干预和心理 治疗了。对自杀未遂的处理模式，也是以躯体治疗为主，部分医务人员甚至在抢救和治疗自杀未遂 者的过程中，用语言表示对自杀者的厌恶和鄙视，成为医源性自杀的重要诱因之一。在我国广大农 村地区，自杀的手段以服有机磷农药最为普遍，但许多基层医生缺乏救治有机磷农药中毒的必要技 术培训。此外，由于我国心理咨询专业发展较晚，专业队伍结构不合理，许多从事心理咨询工作的人员 同样缺乏关于自杀的必要知识，尤其是非医学专业出身的心理咨询者对与自杀有关的精神障碍缺乏必 要的认识。因此，加强对相关医务工作者和心理咨询工作者的培训已成为预防自杀的当务之急。

8. 提供完善的精神卫生服务 精神障碍(特别是抑郁症、精神分裂症、酒瘾、药瘾)病人是自杀 的高危人群之一，是自杀预防的重点。尽管不是每一个自杀者都有精神障碍，但提供完善的精神卫 生服务是预防自杀必要的和有效的途径。

9. 加强学校和工作场所的自杀预防工作 相对而言，学校和工作场所的自杀预防比较容易组 织和实施。近年来，我国的大专院校建立了心理卫生服务网络，推动了针对大学生的自杀预防工作。 .2010年富士康员工集聚性自杀事件发生后，部分企业也开始重视员工心理卫生和自杀预防工作，并 取得了一定的成效。推动学校和工作场所的自杀预防，关键有两点：其一是建立一个相对完整的心 理卫生服务网络，通过这个网络及时发现和转诊可能处于自杀危险中的个体；其二是形成对有自杀 危险性的个体的理解、关爱和支持的氛围，降低对自杀行为的歧视，促使处于自杀危险中的个体积极 寻求帮助。

10. 关注自杀死亡者的亲人 自杀对家庭成员和亲人产生巨大的心理影响。研究表明，自杀死 亡者亲人的自杀率远高于普通人群，其原因主要有两个方面：其一是作为家庭成员，自杀者的亲人和 自杀者具有类似或相同的自杀危险因素；其二是自杀死亡比其他原因导致的死亡给亲人带来更大的 打击和压力，包括更严重的自责以及来自社会的误解和歧视。因此，必须特别关注自杀死亡者亲人 的心理调适和自杀预防，对他们进行定期随访和评估，为他们提供及时有效的心理社会支持，帮助他 们建立互助性组织等。

**第四节** **非故意伤害**

**一** **、非故意伤害的概念**

因为伤害原因的复杂性，对伤害的分类不仅不统一，而且并不完全符合分类逻辑。全球疾病负 担研究将伤害分成4大类：第一类是交通伤害，包括行人道路伤害，自行车道路伤害，摩托车道路伤 害，机动车道路伤害，其他道路伤害和其他交通伤害；第二类是非故意伤害，包括跌倒、溺水、火或热 物质、中毒、暴露于机械外力、医疗事故、动物伤害、异物、其他非意外伤害；第三类是自我伤害与人际 暴力；第四类是自然力量、战争和法律干预等导致的伤害。

非故意伤害(unintentional injury)是指无意识的、意料之外的突发事件造成的人体损伤。因为对

第二十一章 社会病防治 293

“故意”这个词的理解差异，学术界目前对非故意伤害的理解并不一致，例如，2013年全球疾病负担 研究将交通伤害从非故意伤害中分列出来，是否完全合理还有争议，本节所谓的非故意伤害仍包括 交通伤害在内。非故意伤害是人类社会与自然环境有关的各种变量之间互相作用的结果，除了引起 人体损伤外，也可能造成精神创伤或心理障碍。非故意伤害研究的先驱哈登(Haddon) 医生套用传 染病流行病学的理论，提出非故意伤害是由宿主、环境和致伤害因子3个相互作用的因素导致的。 其中，宿主是受伤害的人，某些人口学、心理、行为特征使个体或群体更容易遭到伤害；环境是伤害发 生的背景，包括社会环境、自然环境、生产环境、生活环境等；致伤害因子指的是导致伤害的能量，包 括动能(或称机械能)、热能、电能、辐射能、化学能等，其中机械能的不正常传递导致的伤害超过三 分之二。

**二、非故意伤害的相关研究**

从人类社会存在开始，便有非故意伤害的发生。但人们重视非故意伤害对人类健康和生命的威 胁则是最近几十年的事情。目前，世界各国都对伤害开展多学科的研究，这些研究可以大致概括为 以下3个方面。

1. 流行病学研究 流行病学方法强调研究伤害的类型、在人群中的分布受伤者的特征、伤害的 环境、伤害的原因等。例如，对伤害的类型研究发现，道路交通事故是非故意伤害的主要原因；对伤 害的年龄分布研究发现，学龄前儿童伤害的主要原因是跌倒和吸入毒物，学龄儿童伤害的主要原因 是步行被机动车撞伤，青少年伤害的主要原因是作为驾驶者或行人遭受道路交通事故，老年伤害的 主要原因是跌倒。这些研究对制定伤害控制的策略及具体措施具有指导意义。

2. 行为分析 心理学利用行为分析技术研究“前因-行为-后果”链以确定伤害是如何产生的。 例如，应用行为分析，可通过对儿童的安全行为予以奖励，或对不安全的行为加以惩罚，以强化儿童 的安全行为。对伤害发生的认知心理学研究则侧重于人们如何认识、分析和评估伤害危险性，指导 人们重视和注意安全标志等。

3. 个性特征分析 虽然研究和常识都表明，某些类型的人比其他人更容易遭受伤害，但有关个 性特征和行为类型的分析不能确定事故倾向的特定类型。 一般认为，儿童、青少年和男性更容易受 到某些类型的伤害。某些性格特征也可能与更高的伤害危险性相关。从预防策略的角度，可以考虑 将具有某些易受伤害的人群作为重点，但这不能取代对全人群预防伤害的努力。

**三、非故意伤害的死亡情况**

据2013年全球疾病负担研究估计，我国2013年交通伤害和除交通伤害以外的非故意伤害死亡 数分别为324892和311215人(表21-3),加上因自然力量死亡的7005人，2013年包括交通伤害在 内的非故意伤害总计导致超过64万人死亡。与1990年比较，交通伤害导致的死亡大幅度增加，不 包括交通伤害在内的非故意伤害导致的死亡则大幅度降低。非故意伤害的整体分布特点有：①非故 意伤害死亡率随年龄的增加而上升，但伤害死亡在低年龄组中相对较为重要，这是因为低年龄组因 其他原因导致的死亡率较低；大多数非故意伤害死亡者较为年轻，导致潜在生产寿命损失比例较大。

②农村非故意伤害死亡率大约是城市的2倍，农村地区的男性最高，城市地区的女性最低。③男性 的非故意伤害死亡率大约是女性的2倍，可能与男性更倾向于冒险和职业的性别差异有关。

**表21-32013年与1990年中国伤害死亡人数与死亡率的比较**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **全年龄死亡人数及其变化** | | | **每10万人口死亡率及其变化** | | |
| **1990年**  (人) | **2013年**  (人) | **变化**  (%) | **1990年**  (1/10万) | **2013年**  (1/10万) | **变化**  (%) |
| 伤害合计 | 1033312 | 794033 | -23.6 | 92.81 | 57.09 | -38.8 |
| 交通伤害 | 244042 | 324892 | 34.3 | 21.43 | 21.87 | 2.8 |
| 非故意伤害 | 500706 | 311215 | -38.2 | 43.24 | 24.11 | -44.7 |
| 自我伤害与人际暴力 | 287301 | 150920 | -49.4 | 28.00 | 10.60 | -63.6 |
| 自然力量，战争和法律干预 | 1264 | 7005 | 477.8 | 0.13 | 0.52 | 279.2 |

**四、非故意伤害的预防干预理论**

从社会的角度来说，非故意伤害不仅可以控制，而且能够预防。重大的非故意伤害事件可能影 响到一个国家的声誉，社会的安定，家庭的幸福和个人的安危，例如：客机坠毁、游轮触礁、房屋起火 和倒塌、集体中毒等；而一些小的非故意伤害事件，如道路交通伤害、工伤事故、溺水、消费品安全、医 疗事故等，因其常见、多发，所以总体影响和损失远大于那些重大事件。

非故意伤害的控制与预防的根本在于设计、装备、立法、监督和教育。目前，比较成熟的干预理 论为“四 E 干预”,即工程于预(engineering intervention)、经济干预(economic intervention)、强制干预 (enforcement intervention)和教育干预(educational intervention)。工程干预是指通过对环境与产品的 设计和革新，使其伤害风险减少或无风险，如汽车安全气囊可减少碰撞引起的伤亡。经济干预是指 通过经济鼓励或罚款的手段来影响人们的行为，如对未按规定系安全带的汽车驾驶员处以罚款。强 制干预是指国家通过法律措施对增加伤害危险的行为进行干预，如我国2004年出台的《道路交通安 全法》。教育干预是指通过健康教育增强人们对伤害危险的认识，改变人们的行为方式，如对司机 和公众的道路交通安全知识的宣传。

非故意伤害一般分3个阶段：伤害前阶段、伤害阶段、结局阶段。因此，非故意伤害的预防措施 应包括预防伤害发生(一级预防)、院前急救与医院治疗(二级预防)、社区康复(三级预防)。只有把 健康促进、自救速救、临床救护、功能恢复和基础研究结合起来，建立起地区间和学科间的合作，才能 使非故意伤害得到有效控制。

**第五节** **成瘾行为**

一、成瘾行为的概念与分类

( 一 )成瘾行为的概念

成瘾行为(addictive behavior)是一个松散的概念，可以定义为因沉溺于其中，导致躯体、心理和

第二十一章 社会病防治 295

社会功能损害的任何活动。人类成瘾的对象范围非常广泛，可以是某类物体、某类活动或某类物质。

成瘾行为的主要特点在于其成瘾性或依赖性。与依赖性联系密切的4个方面表现是：①心理依 赖：表现为对完成成瘾行为的强烈欲望和渴求，行为的完成导致暂时的满足体验，焦虑和紧张情绪暂 时缓解，但停止该行为一段时间后，随着焦虑和紧张情绪的增加，重复这一行为的欲望又逐渐加强。

②躯体依赖：在成瘾行为重复一段时间后，中枢神经系统对这一行为产生一种适应状态，导致必须重 复该行为才能维持内部神经电化学活动的平衡和稳定。③耐受性：表现为成瘾行为出现的频率和强 度必须逐渐增加才能达到所追求的效果。④戒断症状：停止成瘾行为一段时间后出现特殊的心理生 理症状群。

**(二)成瘾行为的分类**

根据成瘾对象的不同，可以将成瘾行为大致分为两大类： 一类称为精神活性物质成瘾，指不是出 于医疗需要而成瘾于摄入某种合法的化学物质(如烟草、酒精)或非法的化学物质(如各类毒品);另 一类称为非精神活性物质成瘾，指成瘾于进行某项活动，如上网、赌博等。

1. 精神活性物质成瘾 在医学上，能够影响人类心境、情绪、行为，或者改变意识状态，并具有 致依赖(成瘾)作用的物质被称为精神活性物质(psychoactive substances),也称为成瘾物质或药物。 使用这些物质的目的在于获得或保持某种特殊的心理、生理状态。《美国精神障碍诊断与统计手册 (第5版)》将精神活性物质成瘾称为物质相关障碍(substance-related disorders)。导致物质相关障碍 的精神活性物质主要包括以下7大类。

(1)中枢神经系统抑制剂：能够抑制中枢神经系统，如巴比妥类、苯二氮草类、乙醇(酒精)等，这 类物质具有广泛的可获得性，容易成瘾。

(2)中枢神经系统兴奋剂：能够兴奋中枢神经系统，如咖啡因、苯丙胺、可卡因等，临床主要用于 振奋精神，可减少疲劳感，并可致欣快感，此类药物反复使用极易形成心理依赖。

(3)大麻：世界上最古老、最有名的致幻剂，适量吸入或食用可使人有欣快感，增加剂量可使人 进入梦幻状况，陷入深沉而爽快的睡眠之中。

(4)致幻剂：如麦角酸二乙酰胺、仙人掌毒素等。此类物质使用后能改变意识状况或感知觉，产 生类似精神病的表现，如生动的幻觉、片断的妄想及相应的情绪、行为改变，造成中等程度的心理 依赖。

(5)阿片类：包括天然和人工合成阿片类物质，如海洛因、吗啡、鸦片、美沙酮、二氢埃托啡、哌替 啶、丁丙诺啡等。这类药物在临床上用作镇痛剂，可引起欣快感，常用剂量连续使用2周便会成瘾， 是当今最严重的成瘾物质之一。

(6)挥发性溶剂：如丙酮等。

(7)烟草：世界上成瘾最为广泛的物质。

2. 非精神活性物质成瘾 或称行为成瘾，《美国精神障碍诊断与统计手册(第5版)》称其为非 物质相关障碍(non-substance-related disorders),其中仅列入赌博障碍一个亚类。此外，在破坏性、冲 动控制和品行障碍(disruptive,impulse-control,and conduct disorders)大类下列入纵火癖、偷窃癖两类 与行为成瘾密切相关的障碍。

随着信息科技的发展，近年来沉溺于计算机和网络使用的行为引起了社会的广泛关注，有学者 提出了计算机成瘾、网络成瘾、视频游戏成瘾、信息成瘾等诸多概念，其概念和分类交互重叠。在一 般意义上，这些概念是指过度地、强迫性地使用信息技术终端(包括计算机、手机、游戏机等)和互联 网获取信息、阅读、交流、玩游戏、浏览色情图片和视频等，以致影响了学习、工作、社交、日常生活的 行为。根据这些概念，有些学者制定了相关的量表，提出了诊断标准，并进行了大量的研究。但到目 前为止，学术界对是否需要将这类行为贴上一个标签进行分类、诊断和干预尚存在很大的争议。无 论是《美国精神障碍诊断与统计手册(第5版)》还是《疾病及相关健康问题的国际统计分类(第10 版)》都没有将计算机或网络成瘾列入诊断分类。

目前，计算机和网络逐渐成为人类生活的重要组成部分。过度沉溺于使用计算机等终端和互联 网，已经对很多人特别是部分青少年的社会功能及其发展产生了不良影响，网络成瘾、互联网成瘾、 游戏成瘾等的发生水平和分布情况，因研究者使用的概念、诊断标准和研究方法等方面的不同而差 异很大。社会医学应关注和重视这类行为产生的原因、对身心健康的影响及其预防和控制的策略。

**二、吸毒**

吸毒和毒品都不是科学术语，而是一种通俗说法。毒品是指法律所禁止拥有和使用的精神活性 物质，主要是指阿片类、大麻、苯丙胺、可卡因等，又称为非法药物(illicit drug)。

**(** **一)吸毒的发生率和分布特征**

据 WHO 发布的《2012年世界毒品报告》,2010年统计全球大约有2.3亿人至少吸过1次毒，占 世界成年人口的5%,其中问题吸毒者约为2700万，占世界成年人口的0.6%。新中国成立之前，我 国大约有5%的人口吸食鸦片。根据WHO 资料，我国15岁以上男性与女性吸毒的时点患病率分别 为0.15%和0.04%。专家估计目前我国吸毒者已达1000万，吸食的主要毒品类型包括阿片类和各 类新型毒品(如冰毒、摇头丸)。特别需要注意的是，兴奋剂类毒品的使用有明显的上升趋势。

吸毒者可以分布于任何特征的人群。目前我国的吸毒者多为青少年，男性多于女性，文化程度 低、无固定职业者的吸毒率相对较高。

**(二)吸毒的社会根源**

一般认为，吸毒的原因不能用单一的模式来解释，生物因素、心理因素和社会文化因素都与吸毒 行为的产生、维持、戒断以后的复发有着密切的关系。近年来，神经科学家已经在中枢神经系统发现 了一些与吸毒相关的神经生物学机制。在此，主要讨论社会文化因素的影响和作用。

1. 毒品的可获得性 在所有精神活性物质中，合法的、广泛可以获得的精神活性物质的使用是 最广泛的。新中国成立初期，我国政府对种毒、吸毒、贩毒采取了一系列打击措施，使吸毒现象在20 世纪50—70年代几近绝迹。20世纪70年代末以来，随着“金三角”地区成为国际海洛因类毒品生 产的重要基地，国际毒品贩子千方百计利用我国开放国门的机会，开辟了毒品走私的“中国通道”, 吸毒现象首先沿毒品走私路线死灰复燃，然后逐渐向周边地区扩散，目前已几乎扩展到全国所有的 地区。尽管我国政府在打击毒品方面做出了巨大的努力，但毒品危害依然十分严峻。国外对吸毒者 的职业调查也说明了毒品可获得性对吸毒的重要影响。目前被定义成为毒品的很多化学物质，过去

第二十一章社会病防治 297

曾经或现在仍然是临床药品，医务工作者比其他职业者有更多的机会接触这些物质，导致医生成为 吸毒的高危人群之一。据估计，美国医生中吸毒上瘾者达1%以上，而同期官方的数据是，吸毒者大 约占整个人口的0. 1%,只是医生吸毒率的1/10。

2. 同伴影响和团伙压力 青少年通常受到同伴的引诱和影响，出于好奇、追求刺激等动机而开 始第一次吸毒。在一些亚文化的青少年团伙中，吸毒行为是成为团伙成员的一个标志，团伙对其成 员保持一种压力，使其成员维持吸毒行为。同样， 一个人戒毒以后，如果仍然回到戒毒前所在社会环 境，没有戒毒的同伴会继续给他形成这种压力，使他在很短的时间内重新吸毒，这是目前脱毒治疗后 复发率居高不下(90%以上)的一个非常重要的原因。

3. 成长环境的影响 成长环境是否良好，是影响青少年是否走上吸毒道路的又一个重要的社 会因素。研究表明，吸毒者大多出身于社会的底层，其家庭成员之间缺乏交流，家庭经济条件差，父 母文化程度低等。

4. 社会文化对毒品的容忍程度 世界上所有的国家都制定了控制毒品生产、销售和消费的法 律、法规。但是，由于种种原因，并非所有的国家都以严厉的态度对待毒品犯罪。阿富汗塔利班政权 就曾经被指责容忍甚至鼓励鸦片的种植和生产。“金三角”地区的占据者曾将种植鸦片作为收入的 主要手段之一。在文化层面上，不同文化对毒品的容忍程度不一。在西方国家，有不少人认为吸毒 既不是一种疾病，也不是一种犯罪，而是一种生活方式。对吸毒行为的严厉惩罚被认为是对个人自 由的干涉。美国有学者认为，吸毒的危害与其说是毒品本身造成的，不如说是将吸毒定义为非法造 成的。因此，有人主张将毒品的使用逐渐合法化。在北美洲和欧洲，就有人推动大麻使用的合法化。 在这种思想的影响下，普通民众更能宽容他人的吸毒行为。从吸毒者的性别分布上看，在全世界范 围内都是男性多于女性，其重要原因之一就是各地文化更能够容忍男性的越轨行为，鼓励男性的冒 险行为，包括吸毒。

(三)吸毒的预防与控制

人类与吸毒作斗争的历史已有几百年之久，但离根除毒品危害的目标可谓任重道远。吸毒的预 防与控制主要包括三个方面：第一是减少供给，主要是通过法律，禁止和打击毒品的生产、运输和销 售；第二是减少需求，主要是通过各种措施预防吸毒，脱毒治疗和治疗之后的康复；第三是降低危害， 对于难以戒除毒瘾的个体，用替代治疗、针具交换等措施，降低吸毒对个人和社会的危害。在不同国 家和同一国家的不同时期，对这三方面措施的侧重点会有所不同，但目前公认，应该从这三个方面采 取综合性措施。

**三、问题饮酒行为**

( 一 )问题饮酒行为的概念

酒是世界上使用最为广泛的精神活性物质，它对中枢神经系统作用可以分为3个阶段：第一阶 段，皮质下释放，表现为健谈，控制能力下降，情绪高涨甚至欣快，有轻度行为障碍；第二阶段，皮质下 释放到中枢抑制，表现为自我控制能力明显下降，动作精确性损害，步态不稳；第三阶段，中枢抑制， 表现为深睡到昏迷，严重者可因衰竭而死亡。有研究认为，适量饮酒有利于心血管健康，但从酒对中

枢神经系统的影响看，即使小量饮酒也可能影响驾驶和操作机器的能力。

任何对个人和社会产生不良影响的饮酒行为都可以称为问题饮酒行为(problem drinking behav- ior), 不论是社交性饮酒还是酗酒。饮酒可以导致一系列的个人健康和社会问题，如急性酒精中毒、 酒精性肝硬化、酒精性脑病、营养不良、情绪失控、人际冲突、酒后错误决策、交通肇事等，甚至暴力行 为、自伤、自杀和违法犯罪等。

**(二)问题饮酒行为的预防与控制**

问题饮酒行为的预防与控制主要应从以下方面入手：①广泛宣传饮酒可能导致的个人健康与社 会后果，使公众了解酒精对人体特别是中枢神经系统可能产生的影响；②制定和严格执行与饮酒相 关的法律和法规，如严格禁止未成年人购买和使用酒精，禁止酒后驾车等；③倡导不饮酒、少饮酒的 文化，改变劝酒、比酒量的不良风气；④加强对酒依赖病人的早期诊断和治疗，提供有效的戒酒治疗 和康复服务。

**第六节** **与性行为相关的社会病**

一、与性行为相关的社会病的概念与分类

在现代社会中，除了繁衍后代外，性行为(sexual behavior)还具有许多功能，如取乐、解闷、巩固 配偶关系、调节社会关系、追求刺激等功能，是满足人们生理、心理和社会功能的重要手段。历史上， 性行为是人类最为关心、在认识上最不统一、在道德规范方面最具争议的行为之一。千百年来，社会 对性行为的态度虽因时代和文化背景的不同而有所改变，但总体上可以形容为一条“光谱带”,在这 条“带”上，以性禁锢、禁欲主义、严格控制性行为为一端，以性放纵、性解放、赞成性自由为另一端。

与性行为相关的社会病是指不符合社会道德和法律规范的性行为导致的健康和社会问题，可以 大致分为以下3类：①各类与性行为相关的违法犯罪行为，如强奸、卖淫嫖娼、制造和传播色情物品 等；②不安全性行为导致的各类问题，如性传播疾病、艾滋病、意外妊娠特别是青少年妊娠等；③与性 禁锢相关的各类问题，如对人性的摧残、性无知导致的种种问题等。

**二、与性行为相关社会病的社会根源**

从社会医学角度看，与性行为相关的社会病的发生和发展的主要社会原因有以下4个方面。

1. 性禁锢 一般认为，现代社会中的性禁锢观念最初起源于原始社会中的各种性禁忌。这些 禁忌有些是合理的，如禁止近亲之间的性行为和在月经期间性交；而另一些则是不合理的，如基于月 经血是不干净的，禁忌处于月经期的妇女与人交谈，甚至禁忌她们与别人见面，这是人类性禁锢的开 始。直到今天，主张与反对性禁锢的斗争已经持续了几千年，但性禁锢的现象还远远没有绝迹。性 禁锢不仅导致性无知、导致对人性的摧残，而且会阻碍人们获得必要的、正确的性知识和性传播疾病 防治知识，导致对性功能障碍和性传播疾病的严重社会歧视，这种社会歧视使得很多人得了性传播 疾病之后羞于去医院就诊，结果又把它传染给别人。

第二十一章 社会病防治 299

2. 性放纵 . 性放纵是对性禁锢的反动，具有相反的文化观念和行为取向。性放纵者在观念上 主张完全的性自由，在行为上表现为随时随意地进行性活动。自中世纪性禁锢过去以后，许多西方 人的性观念逐渐开放，在20世纪30年代和60年代兴起了两次大规模的“性解放”运动。这种运动 一方面对打破性禁锢起了积极的作用，另一方面也为主张性放纵的人提供了保护伞。很多人在“性 解放”的旗帜下，要求打破现代的家庭婚姻制度，实行群婚、试婚、未婚同居、夫妻互换、卖淫嫖娼、一 夜情等淫乱行为。性行为的放纵是严重危害健康的性传播疾病(如梅毒、淋病、生殖器疱疹、艾滋病 等)流行的主要根源。

3. 人口流动 从国际上看，经济的全球化和交通的便捷化导致了世界范围的大规模人口流动； 从国内看，我国目前正处在社会转型时期，商业、服务行业、旅游行业快速发展，使国内流动人口的规 模大幅度扩大。流动人口通常是性行为相对活跃的人群，在性传播疾病的传播中具有重要的影响。

4. 医疗条件 在很多发展中国家，性传播疾病病人因为医疗条件的限制在患病后得不到及时 的治疗。例如，在一些农村地区，由于基层医务人员技术水平的限制，不能正确诊断和治疗性传播疾 病，而到具有诊断和治疗技术的大医院则路途遥远，费用昂贵。与此同时，各地都存在打着治疗性传 播疾病招牌的游医，他们对性传播疾病造成许多误诊误治，对性传播疾病的防治产生不利的影响。

**三、性传播疾病及艾滋病的预防与控制**

性传播疾病(sexually transmitted diseases,STDs)是主要由性行为接触或类似性行为接触为主要 传播途径的一组疾病，过去称为性病，1975年WHO 常任理事会确定改用现名。由于通过性行为传 播的疾病很多并无自觉症状，故有学者建议使用性传播性感染(sexually transmitted infections,STIs) 这一术语。美国性传播疾病问题委员会主席莫罗(Morrow) 指出，全世界至少有八分之一的人受到 性传播疾病的侵害。尽管在最近几十年间，人类有了更多的控制性传播疾病的手段，然而性传播疾 病对人类的危害仍然非常严重，尤其20世纪80年代艾滋病(acquired immunodeficiency syndrome, AIDS)的出现，更使性传播疾病成为备受关注的全球性问题。目前已经发现，能通过性行为途径传 播的疾病多达30余种，其中主要通过性交传播的有数种。性传播疾病的主要受害者是成年人和女 性病人生产的婴儿。

预防和控制性传播疾病及艾滋病，主要应从以下方面人手。

1. 倡导健康的性观念和安全的性行为 防治性传播疾病(包括HIV 感染)目前已经成为了一 项重要的公共卫生课题，世界各国都投人了大量的人力、物力和财力。但性传播疾病的传播主要与 性行为有关，对于性行为的干预措施是树立健康性观念，提倡安全的性行为。所谓健康性观念，既不 是对性的禁锢，也不是对性的放纵。安全的性行为应遵循以下4点基本条件：①对自己的性欲望，既 不过于压制，也不过分地追求满足。人的性欲望的强弱有很大的个体差异，不能硬性地规定只能有 多少性行为或必须有多少性行为。②对性行为所造成的社会后果，要有充分的心理准备；在不能担 负其社会责任时，对性行为要采取谨慎克制的态度。③个体的性行为要符合社会法律和道德规范。 虽然在许多社会中，并不是所有的法律和道德对性行为的要求都是合理的，但是违反这些法律和道 德仍然对个体健康的发展不利。④健康的性行为必须以正确的性卫生知识为基础，要防止疾病的产

生与传播，保持对性伴的忠诚、使用安全套对预防性传播疾病及艾滋病感染具有极为重要的意义。

2. 采取适当的形式，广泛宣传性病防治知识 让人们了解各种常见性传播疾病的传播途径和 临床表现及其防治方法，推荐正规的治疗机构为性传播疾病病人服务。通过宣传，消除社会公众对 性传播疾病的各种错误认知，改变社会公众对性传播疾病病人的歧视，使性传播疾病病人能够正视 自己的疾病，接受及时有效的治疗；对于HIV 感染者和艾滋病病人，尤其需要给予充分的关爱，使他 们融入社会，接受治疗，预防传播。

3. 加强对性传播疾病的监测 监测是防治工作的一个重要组成部分，其目的在于及时掌握性 传播疾病的流行动态，考核防治效果，为制定社会性的干预措施提供依据。监测的内容至少要包括 以下方面：①针对重点人群的监测：根据流行病学研究资料，对高危人群进行重点监测；②针对重点 疾病如梅毒、淋病、艾滋病进行重点监测；③对性传播疾病的治疗情况进行监测。

4. 对性传播疾病高危人群进行有针对性的预防工作 性传播疾病高危人群，如性工作者、同 性恋者、吸毒者、特殊服务行业人员、流动人口等常常与主流社会存在一定的社会和心理距离，各种 常规传播媒介难以介入到他们中间去。因此要采取特殊的措施，向他们介绍性传播疾病预防知识， 使他们能够自觉地接受监测，主动使用预防性传播疾病的安全措施，拒绝不安全的性行为。

**四、青少年妊娠的预防与控制**

青少年是一个动态的概念，因文化和社会背景的不同，世界各国对青少年的界定并不一致。青 少年妊娠(adolescent pregnancy)可以定义为法定结婚年龄以前发生的所有妊娠现象，包括有意怀孕 和意外怀孕。据WHO的统计资料显示，全世界每年约有1400万青春期少女生育(其中多数是非意 愿性妊娠)、每年有55万次少女流产、440万少女堕胎。中国目前约有2亿15~24岁的青少年，每年 有2000万青少年进入性成熟期，青少年性成熟的年龄比20世纪70年代提前了4~5岁。随着青少 年性成熟的提早，性观念的改变，以及社会意识、经济状况、文化背景、宗教传统等社会环境的改变， 青少年妊娠率有逐年上升的趋势。美国每年至少有100万15~19岁的青少年怀孕。在我国某省会 城市调查中，青少年婚前性行为者占调查对象的55%,妊娠占3%。

青少年意外妊娠后进行的人工流产，会给这些少女带来诸多健康隐患：易造成子宫疾病和感染； 有可能影响今后的怀孕与生育；少数人因非法人流、私自堕胎等造成终身后遗症；对其造成严重心理 创伤等。此外，怀孕的青少年更可能辍学，从事低收入工作或失业；产下的婴儿面临的健康危险性更 高，受教育的程度更低。

预防和控制青少年妊娠可以从以下方面人手。

1. 提高全民族的文化教育水平 研究表明，父母的文化程度与青少年的适应不良行为，包括青 少年妊娠有着密切的联系。提高父母的文化教育水平，可以使其子女有较好的成长环境，有机会接 受较多的学校教育。与此同时，要强化义务教育，尽量降低青少年的失学率。

2. 要在全社会形成健康的性观念和性道德 培养良好的社会道德风尚，鼓励健康向上的精神 文化，清除色情文化对青少年的影响。随着互联网的普及，要加大对色情网站的打击，以免色情文化 对青少年产生冲击。家庭成员如父母要对青少年的行为，包括性行为起表率作用，树立严肃对待生

第二十一章 社会病防治 301

活的榜样。要充分认识同辈团体和亚文化对青少年不良行为的影响，教师和家长要通过积极的教 育，主动引导青少年的社交活动向健康的方向发展。

3. 打破性禁锢，推动针对青少年的性健康教育 通过教育，让广大青少年了解自己的生理发 育规律，了解过早性行为可能导致的后果，促进青少年的心理和社会成熟，掌握安全性行为的基本知 识和技能。

4. 加大对怀孕青少年的帮助力度 青少年怀孕后，由于缺乏相应的知识和害怕社会歧视，往往 得不到正确的处理，对其将来的躯体和心理健康产生严重的影响。近年来，我国各地相继成立了各 种各样的援助中心帮助怀孕的青少年。今后应继续加大这方面工作的力度，努力提高援助人员的专 业素质，尽量降低不良后果的发生率。与此同时，社区、学校和家庭对怀孕的青少年应正确对待，不 能粗暴处理。

**第七节** **精神障碍**

一、精神障碍的概念与分类

精神障碍(mental disorders)是一类具有临床意义的行为或心理综合征，伴随痛苦体验和(或)功 能障碍，对健康造成危害并影响整个社会的发展。

WHO的《疾病及相关健康问题的国际统计分类(第10版)》(international statistical classification of diseases and related health problems,ICD-10)将精神障碍分为十大类：①器质性与症状性精神障碍； ②使用精神活性物质所致的精神和行为障碍；③精神分裂症、分裂型障碍和妄想性障碍；④心境(情 感)障碍；⑤神经症性、应激相关的及躯体形式障碍；⑥伴有生理紊乱及躯体因素的行为障碍；⑦成 人人格与行为障碍；⑧精神发育迟滞；⑨心理发育障碍；⑩通常起病于儿童与青少年期的行为与情绪 障碍。

**二、精神障碍的患病率与疾病负担**

关于精神障碍的发病率和患病率，因为分类体系、诊断标准和研究方法不一致而存在较大的差 异。一般估计，精神病性障碍的人群患病率在1%左右，其他需要治疗和干预的精神障碍患病率在 5%～15%之间。我国4个省的精神障碍流行病学调查发现，所有精神障碍的1个月患病率为 17.5%,情感障碍、焦虑障碍、物质滥用障碍和精神病性障碍的1个月患病率分别为6.1%、5.6%、 5.9%和10%。2013全球疾病负担研究表明，2010年，每10万人口精神与行为障碍占全部伤残调整 寿命年的7.4%,比1990年所占比重增加5.9%;占全部伤残损失健康生命年(years lived with disabil- ity,YLD) 的22.7%,比1990年所占比重增加5.0%。以伤残损失健康生命年统计，2010年，全球疾病 负担排行前20个疾病中，精神障碍就有7个。抑郁障碍、焦虑障碍、物质滥用障碍、酒精使用障碍、 精神分裂症、双相障碍和心境恶劣分别排在第2、7、12、15、16、18和19位。在我国，抑郁障碍、酒精 使用障碍、精神分裂症、焦虑障碍、双相障碍和心境恶劣分别排在第2、9、11、12、14和15位。

**三、精神障碍的社会根源**

( 一)社会文化因素与精神障碍的确定

1. 文化信念的影响 所有社会都对正常与异常、健康与疾病有一套范围广泛的社会规范，它是 由人们共同拥有的文化信念所决定的。在不同的文化背景中，这些社会规范并不统一，即使在同一 文化背景中，在不同的场合、对不同的人群也不尽一致。例如，附体、着魔、替神讲话、与神灵通话、听 到祖先的声音、看到鬼神等现象，在现代世俗社会中，会被看作妄想、幻觉之类的症状，成为诊断精神 障碍的依据；相反，在笃信宗教的人群中或在某些传统社会中，在特定场合下这些行为表现是完全可 以接受的，是宗教观念、民间信念中一个正常的组成部分。在普遍相信恶神或魔法附体可以招致灾 难的地方，如果不相信神灵或巫师的法力，便成了明显的异常，是对正常价值观的一种“排异性”的 拒绝。

2. 社会发展的影响 纵观精神病学的发展历史，不难发现精神障碍的界定有一个随社会发展 而逐渐增加的过程。总的趋势是被定义的精神障碍种类越来越多，分类越来越细。当然，这个过程 反映了精神病学知识的扩展和深入，但无疑也与社会经济发展和人们生活水平的提高有密切的联 系。一般说来，在经济收入低、社会发展落后的人群中， 一些轻微的情绪和躯体障碍算不上是“疾 病”现象；而在生活较为宽裕、社会发展水平较高的社会中，则会被认为是需要治疗的疾病表现。典 型的例子是老年期大脑退行性变化所导致的人格改变和认知能力下降，曾长期被认为是生命周期的 正常表现，而现在则越来越多地被认为属于精神不正常的疾病范畴。

3. 医学化的影响 近年来，不断有学者提出医学化的概念，主要是指医学界将原来不属于医学 问题的现象纳入自己研究和服务范畴的倾向。这些现象有的是生理性的，如老龄、月经、怀孕、生育 等；有的是社会问题或行为问题，如社会隔离、贫穷、失业、不幸福、孤独感、有害物质滥用、自杀等。 在精神学领域，医学化最初是指一些社会和行为问题被当作精神卫生问题来研究。例如，20世纪初 以来，美国许多犯罪行为被重新定义为精神障碍。心理动力学对犯罪动机的强调，在一定程度上改 变了社会对越轨行为的看法。近年来，对犯罪行为的生物医学的某些研究，找到犯罪者特别是攻击 型犯罪者脑内的某些生物学改变，进一步将一些犯罪行为纳人精神卫生的范围。更为典型的情况是 把自杀、有害物质滥用、性变态和性犯罪行为纳入精神卫生的范围。

(二)社会结构因素与精神障碍的分布

社会结构是指社会整体的构成要素以及他们之间相对稳定的关系。大量研究表明，在不同的社 会结构群体(如不同的社会阶层、种族、婚姻状况、文化程度等)中，精神障碍的分布是不同的。其 中，关于精神障碍与社会阶层和婚姻状况关系的研究结果是最一致的。 一般地说，处于社会劣势的 群体(如低社会阶层)精神障碍患病率较高，而处于社会优势的群体(如高社会阶层)精神障碍患病 率较低，尽管在个别精神障碍的分布方面存在相反的表现。

对各社会群体之间精神障碍分布不同的原因，目前倾向于用多元的理论来进行阐释。主要有以 下方面。

1. 不同群体对应激的耐受性，或者说对应激致病的易感性存在差异。影响耐受性或易感性的

第二十一章 社会病防治 303

因素主要有生活经历、躯体和心理素质、应付方式、经济状况和社会支持等方面，其中，社会支持受到 了特别的重视。

2. 社会分层与社会流动的影响。例如，在解释社会阶层与精神障碍的关系时，有学者提出，在 较开放的社会中，素质较低的个体总是倾向于向较低的社会阶层流动，而素质较高的个体则倾向于 向高社会阶层流动，其结果必然是低阶层群体的精神障碍患病率较高。在婚姻状况方面，也可作出 类似的解释，即个体素质较差者单身和离婚的机会可能比较大，结果在单身和离婚人群中，精神障碍 患病率比较高。

3. 不同社会结构群体对精神卫生服务的利用不同。 一方面，处于劣势的群体对自己的精神健 康状况缺乏必要的了解；另一方面，由于受到资源的限制，较少利用或难以利用精神卫生服务，导致 失去疾病治疗的时机，使病程迁延，整个群体的精神障碍患病率较高。而处于优势群体的情况则正 好相反。

**(三)社会动荡与精神障碍**

导致社会动荡和社会动乱的主要原因包括：社会经济萧条或经济状况激烈震荡、政治动荡、战 争、种族迫害、重大自然灾害(如严重的地震、飓风、大规模的火灾等)等。社会动荡导致精神健康损 害的机制主要有3个方面。

1. 原有社会、经济、文化和心理基础的破坏 例如，原有价值观念、信仰系统和行为准则的破 坏，新的系统短时又难以建立起来，使人们产生一种价值失落感和精神沮丧；原有生活基础遭受破 坏，失业导致经济安全感的缺乏，犯罪行为增加导致社会安全感的缺乏；原有社会支持系统遭到破 坏，个体应对精神应激的能力下降；原有卫生保健系统遭到破坏，精神障碍病人不能得到及时有效的 治疗。

2. 精神应激的增加 如遭遇动乱造成的财产、亲人和人际关系的损失、角色定位因难、人身自 由失去保障、痛苦场面等强烈刺激都会导致应激水平的升高。

3. 被动移民和难民增加 一般来说，较大规模的社会动乱总是伴随着被动移民和难民的增加。 这些移民和难民在新的生活环境中，必须面对经济困难、价值观念冲突、语言不同等导致的社会隔 离、不安全感和适应性焦虑。

(四)文化源性应激

心理社会应激作为精神障碍的病因已得到公认。人类学研究表明，某些文化信仰、价值观和惯 例可能增加对个体的刺激数量，由此导致的应激可以看作是文化源性的，主要有以下方面：

1. 有些信念可以直接引起应激 例如，因相信超自然力量导致的鬼神附体、灵魂出窍，或相信 遭到了现实中具有某些特征的人的“诅咒”或被“施以魔法”,或相信因为违反某些禁忌而遭到惩罚， 都可以导致焦虑、惊恐和抑郁情绪，在有些情况下甚至可以造成受害者在短期内死亡，如伏都死 (voodoo death)和缩阳症(koro) 等 。

2. 特殊的文化期望可能导致人们遭受更多的压力 例如，在现代社会中，人们期望男性有一种 所谓的“男子气概”,包括期望男性在事业、社会声望、经济等方面取得更大的成就，在困难和挫折面 前更坚强，鼓励或容忍男性更多地进行冒险行为。同时，在女性越来越注重独立和追求成就的今天，

仍要求她们保持贤妻良母的传统角色，给她们带来双重的压力。在中国社会中，父母对子女学业和 事业成就的期望，常常使青少年遭受巨大的压力，尽管近年来社会各界的呼声不断升高，但这种现象 并没有得到根本的改变。

3. 某些文化标签带来应激 现代社会通过制度化的形式给人们贴上各种各样的标签，如各种 “先进”“标兵”“英雄”“罪犯”等。在绝大多数情况下，这些标签都会给当事人带来压力，消极的、歧 视性的标签如此，某些积极的、赞扬性标签也不能例外。在一个标签使用泛滥的团体中，缺乏必要的 标签也会造成归属感的危机，因而造成巨大的压力。在医学实践中， 一个常见的事实是，像癌症、心 脏病、HIV 感染之类的问题在没有被给予诊断标签以前，可以保持良好的精神状况，也没有明显的心 理社会功能损害的表现。但一旦诊断标签被证实，其良好精神状况可能会立即遭到破坏。疾病的标 签不仅意味着减轻社会责任，而且很可能带来社会歧视和其他的社会压力。例如，个体一旦被贴上 精神障碍的标签，其他人对他履行责任和完成工作任务的能力就会持怀疑甚至否定态度，即使他的 疾病已经治愈也是如此。

(五)对精神病人的歧视

不论在东方还是在西方环境中，都有相当一部分人对精神病人持歧视的态度。研究表明，男性 和文化程度较低者对精神病人的歧视比女性和文化素质较高者更为强烈。对精神病人的歧视主要 有以下表现。

1. 不尊重精神病人的人格，剥夺精神病人的基本权利 在许多社会中，对精神病人进行围观、 调笑、谩骂是一种普遍的现象；他们常常被赶出家门，成为无家可归者，过着悲惨的生活。这与社会 的文化信念和价值观念有关。精神病人的社会功能在疾病的发作期间会不可避免地下降，即使治愈 以后，社会功能也难以恢复到病前的水平。对追求个人价值和发展的人来说，精神病人不仅不能为 社会作出贡献，而且会给家庭和社会带来沉重的经济和心理压力。这些人只看到了精神病人的病态 对社会的影响，看不到他们应享受的基本权利，对精神病人缺乏基本的同情。

2. 将精神障碍裁定为非道德的行为而加以歧视和谴责 在现代精神卫生运动开展以前，精神 病人常常被当作犯人关押和惩罚；即使在今天，还有不少人认为精神障碍是思想问题和道德问题，酒 瘾、药物滥用者普遍被认为是不负责任、道德品质低下的人。

3. 对精神病人进行社会隔离 尽管近几十年来，西方国家大力倡导社区精神卫生运动，但住院 治疗仍然是一种主要的治疗手段，而精神病人住院的病房常常实行对外界的严格隔离。部分精神病 人在疾病影响下，丧失理智，丧失对自身行为正当与否的辨认能力和控制能力，可能出现攻击行为。 但并非所有的精神病人都有这样的行为，对同一个病人，也只是在病程的某一个阶段会出现这样的 反应。然而，由于缺乏对精神障碍的认识，大多数人害怕与精神病人接触，尽量避免与他们进行 交往。

毫无疑问，社会歧视是导致精神障碍慢性化的一个重要原因。首先，社会歧视使他们感到自己 是社会的异类，是社会的负担和包袱，低人一等，因而形成巨大的心理压力。其次，社会歧视使精神 病人不能有效地、及时地利用卫生服务资源和其他社会资源。例如，由于害怕社会歧视，相当一部分 精神病人的家属极力隐瞒自己亲人患病的事实，在病程的早期不送病人到专业机构就诊，以躯体疾

第二十一章 社会病防治 305

病、鬼神附体等可以为社会文化所接受的理由解释病人的怪异行为，从而耽误了精神病人的治疗和 康复。在很多社会中，在精神障碍治愈后，仍然存在对精神病人的刻板印象，继续将他们当作社会和 家庭的负担，拒绝接受他们的正常居民角色，不合理地否定他们的工作能力和社会功能。

四、精神障碍的预防与控制

目前我国正在建设精神障碍的预防和控制体系，重性精神障碍的治疗管理已列入基本公共卫生 范畴，国家精神卫生立法已在2013年5月开始执行。预防和控制精神障碍是一项系统的社会工程。

根据国际上的经验和我国的实际情况，需要解决的问题主要有以下方面。

1. 全面落实精神卫生法提出的要求，加大对精神卫生服务的投入，切实保护精神障碍病人的 权益。

2. 精神障碍病人，特别是重性精神障碍病人是弱势人群，需要完善社会保障制度，发展社会救 助机制，为他们的生活提供基本保障。

3. 建立和完善精神卫生服务体系，完善医疗保障制度，使精神障碍病人能够接受基本的治疗和 康复服务。

4. 营造理解和接纳的社会氛围，降低社会歧视，使精神障碍病人有一个较好的社会生活环境。

5. 大力开展社区精神卫生服务，促进精神障碍病人的社区康复。

6. 采取有效措施，预防精神障碍病人的危险性行为，如暴力、自杀、意外伤害、走失等。

7. 加强精神卫生知识的普及，提高人们的精神健康素养，预防精神障碍的发生，促进全民健身 健康水平的提高。

8. 支持和推动精神卫生领域的科学研究。

**(肖水源** **罗** **丹** **)**

|  |  |
| --- | --- |
| 思考题 | 1.社会病的主要特点是什么?如何理解社会病与社会问题、越轨行为的 关系?  2.简述自杀预防的主要措施。  3.人际暴力的主要表现形式有哪些?如何预防人际暴力?  4.简述精神障碍发生与发展的社会根源。 |



**附录** **社会医学常用调查表**

(一)行为危险因素问卷调查表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| AA: 年 □□□□ AAYY | CC:群随机号 | □□□□ CC |
| 月 □□ AAMM  BB:调查城市 (用汉语拼音) | DD:户随机号 | □□□□ DD |



(针对家庭成员中任一成员，最好是户主)

你好，我是“行为与健康”调查组成员，我们正在做的这项调查是关于居民健康状况及每天的生活习惯。调 查结果将为政府部门制定政策提供参考。你的回答对我们的调查十分重要。调查只占用半个小时左右的时间，调 查中获得的所有信息都是保密的，我们只需要总体结果，被调查人的姓名不被记录。希望支持我们的工作，谢谢!

我们的研究要求随机选择你们家中的1位成年人进行访问。

EE: 请问你家中15~69岁的成年男性和女性各有多少位?男：人 □□ E male

女 ： 人 □□ EE female

请讲一下他们的情况(按年龄由高到低排列)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编 号 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 |
| 性 别 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年 龄 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出生日期  (年月日) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

FF: 被调查人的编号为

GG:调查情况：

GG1:预约日期： 月 日

GG2: 实际调查日期： 月 日

GG3: 调查开始时间：

GG4: 调查所需时间： 分钟

GG5:调查情况编号：

请按下列情况选出调查情况编号：

01. 完成调查 02. 被调查者拒绝调查03.被调查者语言障碍，无法交谈

04. 被调查者因疾病、有精神或听说障碍，不能回答问题

□□ FF

□□/□□ GG1

□□/□□ GG[2](#bookmark524)

□□:□□ GG[3](#bookmark525)

□□GG4

□□GG5

附录 社会医学常用调查表 307

05. 家里没人 06. 被调查者不在家 07. 无符合要求的调查对象

08. 其他 99. 不详

HH: 是否在本月内完成调查： □HH

1 . 是 2 . 否 99. 不详

调查人 (签字) 督导人 (签字) 日期 以下对被调查人进行调查：

第一部分 人口学资料

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.01你的年龄 岁  1.02你的性别 1)男  1.03你的民族 | | 2)女 | □ 口N1.01  □ N1.02  □ N1.03 | | |
| 1)汉族 2)回族 1.04你的婚姻状况  1)在婚 2)离异 1.05你的文化程度 | 3)满族  3)丧偶 | 4)维吾尔族  4)分居 | 5)其他  5)未婚 | 99)不详  99)不详 | □N1.04  □N1.05 |
| 1)文盲、半文盲 2)小学 3)初中 4)高中或中专  5)大专 6)本科 7)研究生及以上 99)不详  1.06你的职业 □□N1.06  1)国家机关及事业单位工作人员 2)企业职工 3)商业服务业人员  4)医疗卫生人员 5)教育工作者 6)交通运输人员  7)离退休人员 8)三资企业及民营企业职员  9)三资企业及民营企业业主及个体经营者  10)无正式工作的临时工及无业人员11)学生 12)家务劳动  13)从事农、渔、牧业劳动 14)其他 99)不详  1.07你家每月人均收入是多少? □N1.07  1)<1500元2)1500元~3)3500元~4)8000元~ 5)12500元~6)50000元~7)100000元~  1.08你不穿鞋时的体重? 千克(取一位小数) □□. □N1.08  1.09你不穿鞋时的身高? 厘米(取整数) □□□ N1.09 | | | | | |
| 第二部分 健康状况 | | | | | |

2.01过去30天里，有多少天身体不好(包括生病及受伤)? □ N2.01

1)>15天2)7~15天3)1~6天4)没有 99)不知道

2.02过去30天里，有多少天精神状况不好(包括精神紧张、情绪低落及不稳定)? □N2.02

1)>15天2)7~15天3)1~6天4)没有(如选4,则转至第三部分)

99)不知道

2.03过去30天里，最主要是哪一类身体或精神疾病使你感到身体或精神状况不好? □□ N2.03

1)肝、肠炎等传染病 2)肿瘤 3)心血管疾病 4)呼吸系统疾病

308 附录 社会医学常用调查表

· 5)消化系统疾病 6)泌尿生殖系统疾病 7)妇产科疾病

8)神经精神系统疾病 9)意外伤害 10)内分泌系统疾病

11)其他 99)不知道

2.04过去30天里，因为身体或精神疾病，你有多少天不能独自完成一些日常活动?

如家务活/外出买东西/上班/娱乐 □ N2.04

1)>15天2)7~15天3)1～6天4)没有 99)不知道

2.05过去30天里，因为身体或精神疾病，你有多少天不能自理个人的生活?

如吃饭/洗澡/穿衣 □N2.05

1)>15天2)7~15天3)1~6天4)没有 99)不知道

2.06过去30天里，最主要是哪一类身体或精神疾病限制了你的日常活动? □□ N2.06

1)肝、肠炎等传染病 2)肿瘤 3)心血管疾病 4)呼吸系统疾病

5)消化系统疾病 6)泌尿生殖系统疾病 7)妇产科疾病

8)神经精神系统疾病 9)意外伤害 10)内分泌系统疾病

11)其他 99)不知道



第三部分 健康保健及卫生服务



3.01你享受哪一种医疗保健制度? □N3.01

1)公费 2)劳保 3)半公费半劳保 4)医疗保险

5)合作医疗 6)全自费 7)其他 99)不知道

3.02你最近一次由医生做健康体检距现在有多久? □N3.02

1 ) < 1 年 2 ) 1 年 ~ 3 ) 2 年 ~ 4)>5年5)从未体检过99)不知道

3.03过去30天里，你是否到医院看过病或请医生上门治疗过? □N3.03

1)是 2)否(转至第3.05题) 99)记不清(转至第3.05题)

3.04过去30天里，你自己实际支付了看病费用的百分之几(除去报销部分)?

% □□□N3.04

3.05过去30天里，你是否有过该看病而未看成的情况? □N3.05

1)是 2)否(转至第3.07题) 99)记不清(转至第3.07题)

3.06过去30天里，你需要到医院看病而未实现的最主要的原因是什么? □N3.06

1)病情不重 2)自己买药 3)经济困难 4)路途较远

5)医院服务不方便(如等候时间过长) 6)其他 99)不知道

3.07过去30天里，你是否接受过诸如控烟、合理膳食等健康教育的宣传? □N3.07

1)是 2)否 99)记不清

第四部分 吸烟

4.01 下面关于“吸烟”的说法，你持什么观点?

4.01a 你认为吸烟对健康有何影响? □N4.01a

1)无害 2)轻度有害 3)中度有害 4)重度有害 99)不知道 4.01b 被动吸烟对健康有何影响?

1)无害 2)轻度有害 3)中度有害 4)重度有害 99)不知道

4.01c 吸烟者与非吸烟者相比，更易得哪些疾病?(此题可多选，将选号画圈)

1)气管炎 2)肺癌 3)胃癌 4)冠心病 5)高血压

6)胃肠炎 7)其他 8)两者没有差别 99)不知道

4.01d 孕妇吸烟是否会影响胎儿的正常发育?

1)无影响 2)轻度有害 3)中度有害 4)重度有害 99)不知道

4.01e 你是否赞同成年男子就应该吸烟?

1)非常赞同 2)比较赞同 3)无所谓 4)不赞同 5)很不赞同

99)不知道

4.01f 你是否赞同年轻女性吸烟很时髦?

1)非常赞同 2)比较赞同 3)无所谓 4)不赞同 5)很不赞同

99)不知道

4.01g 你是否赞同禁止所有的烟草广告?

1)比较赞同 2)无所谓 3)不赞同 99)不表态

4.01h 你是否赞同进一步提高香烟的价格?

1)比较赞同 2)无所谓 3)不赞同 99)不表态

4.02 过去30天里，当你发现有人在公共场所吸烟时，你是否劝阻过?

1)劝阻 2)未劝阻 3)未发现 99)不表态

4.03 你是否曾经劝说过你周围的人(家属或同事、朋友等)戒烟?

1)是 2)否 99)不表态

4.04 你周围有哪些人吸烟?(此题可多选，将选号画圈)

1)父亲、母亲2)祖(外祖)父母3)老师4)丈夫/妻子5)朋友、同学、同事

6)领导 7)子女 8)其他9)没有 99)不知道

4.05 你是否经常吸入吸烟者呼出的烟雾(即被动吸烟)超过15分钟/天?

1)几乎每天 2)平均每周有3天以上 3)平均每周有1~3天

4)平均每周不到1天 99)没有(转至第4.07题)

4.06 你经常在何种场合被动吸烟?(此题可多选，将选号画圈)

1)家中 2)工作场所 3)公共场所 4)其他 99)不详

4.07 你是否吸过烟?

1)是 2)否(转至第五部分)

4.08 你开始吸第一支烟的年龄? 岁

4.09 你在何种情况下开始吸烟?

1)同学、朋友劝说 2)自己好奇买/拿的 3)父母、亲戚给的

4)社交需要 5)解乏 6)其他 99)不知道

4.10 到目前为止你是否吸足了100支烟?

□N4.01b

\*N4.01c

□N4.01d

□N4.01e

□N4.01f

□ N4.01g

□N4.01h

□N4.02

□N4.03

\* \*N4.04

□N4.05

\* \*N4.06

□N4.07

□□ N4.08

□N4.09

□ N4.10

310 附录 社会医学常用调查表

1)是 2)否 目前年龄在15~20岁答 左栏(第4.11~4.13题)

99)不知道

目前年龄>20岁答

右栏(第4.14~4.16题)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 4.11一生中你是否有过每周吸烟，连续或累 积3个月或3个月以上的情况? □N4.11  1)是2)否(转至第五部分)  99)记不清(转至第五部分)  4.12你现在是否还在吸烟? □N4.12  1)每天至少吸1支2)每周至少吸1支  3)每周不足1支4)否(转至第4.21题)  4.13你平均每星期吸烟多少支?  支 □□N4.13 | |  | 4.14一生中你是否有过每周吸烟，连续或累 积6个月或6个月以上的情况? □N4.14  1)是2)否(转至第五部分)  99)记不清(转至第五部分)  4.15你现在是否还在吸烟? □N4.15  1)每天至少吸1支2)每天吸不足1支  3)否(转至第4.21题)  4.16你平均每天吸烟多少支?  支 □□N4.16 | |
|  |  | | |  |



4.17 过去30天里，你是否在公共场所吸烟?

1)经常吸 2)偶尔吸 3)从不吸 99)不表态

4.18 过去30天里，你是否当着小孩的面吸过烟?

1)吸过 2)未吸过 99)不表态

4.19 过去30天里，你是否劝过同龄人吸烟或给年轻人递过烟?

1)有过 2)否 99)不表态

4.20 你目前是否打算戒烟?

1)是 2)否 99)不知道

□N4.17

□N4.18

□N4.19

□ N4.20

第五部分 饮酒

|  |  |
| --- | --- |
| 5.01 过去30天中，你是否喝过啤酒、果酒、白酒等含酒精的饮料?  1)是 2)否(转至第5.04题) | □N5.01 |
| 5.01a 啤酒 瓶 (指30天总量，超过99按99计)  5.01b 葡萄酒等果酒 杯(指30天总量，超过99按99计)  5.01c白酒 两(指30天总量，超过99按99计)  5.01d其他(填最主要的一种) 杯(指30天总量，超过99按99计)  5.02 过去30天中，你喝了几次含酒精饮料? 次(超过99按99计)  5.03 过去30天中，包括所有类型的含酒精饮料，你有多少回一次喝3两以上? 回(超过99按99计)  5.04 下面关于“饮酒”的常识，你是否知道?  5.04a 哪些人不宜饮酒?(此题可多选，将选号画圈)  1)肝硬化病人 2)孕妇及儿童 3)高血压病人  4)冠心病病人 5)脑力劳动者 99)不知道 | □□ N5.01a  □□ N5.01b  □□ N5.01c  □□ N5.01d  □□ N5.02  □□ N5.03  \* \*N5.04a |

5.04b 只要没病，一次大量饮酒对身体并无损害 □N5.04b

1)对 2)不对 99)不知道

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 第六部分 高血压意识 | | | |
| 6.01 下列哪个血压值是成年人的正常血压?  1)170/110mmHg 2)110/70mmHg 3)140/90mmHg  6.02 下面哪个血压值是临界高血压?  1)170/110mmHg 2)110/70mmHg 3)140/90mmHg 6.03 下列有关“高血压防治”的说法，你持什么观点? | 4)80/55mmHg  4)80/55mmHg | 99)不知道  99)不知道 | □N6.01  □N6.02 |
| 6.03a 你认为一个35岁以上的人，每年应测量一次血压吗? □N6.03a  1)应测量 2)有症状才测量3)没必要 99)不知道  6.03b 一个高血压病人，如果血压得不到有效控制，可发展为哪些疾病?(此题可多选，将选号画圈)  \* \*N6.03b  1)脑卒中 2)冠心病 3)肿瘤 4)不会发展 99)不知道  6.03c 一个高血压病人，应如何来控制血压?(此题可多选，将选号画圈) \*N6.03c  1)按医嘱服药 2)按医生的建议调理饮食 3)保持情绪稳定  4)做适宜活动 5)控制体重 6)不用控制 7)其他 99)不知道  6.04 你最近一次由医务人员量血压有多久了? □ N6.04  1)<6个月 2)6个月~ 3)1年~ 4)2年~ 5)>5年  6)从未量过(转至第七部分) 99)记不清  6.05 你是否被医务人员告知患有高血压? □N6.05  1)是 2)否(转至第七部分) 99)记不清(转至第七部分)  6.06 患高血压后，你是否定期测量血压? □N6.06  1)至少每周一次 2)至少每月一次 3)至少3个月一次 4)半年一次  5)半年以上一次 6)没再测量过 99)不详  6.07 患高血压后，你采取了哪些措施来控制血压?(此题可多选，将选号画圈) \* \*N6.07 ·  1)按医嘱服药 2)按医生的建议调理饮食 3)保持情绪稳定  4)做适宜活动 5)控制体重 6)未采取措施 99)记不清 | | | |
| 第七部分 高血脂意识 | | | |

7.01 血胆固醇和甘油三酯是在血液中发现的脂类物质，称为血脂。

下列有关“血脂”的说法，你持什么观点?

7.01a 你是否认为一个40岁以上的人应每年常规检查血脂? □N7.01a

1)是 2)否 .99)不知道

7.01b 血脂高会引起哪些疾病?(此题可多选，将选号画圈) \* \*N7.01b

1)冠心病 2)脑卒中 3)肿瘤 4)贫血 5)糖尿病 6)其他疾病

7)不会得病99)不知道

7.02 以下方法能否预防高血脂?(此题可多选，将选号画圈)

1)少吃高脂肪的食物 2)增加体力活动 3)控制体重 4)服降脂药

99)不知道

7.03 你是否曾经做过血脂检查?

1)是 2)否(转至第八部分) 99)记不清(转至第八部分)

7.04 你最近一次做检查有多久了?

1)<1年 2)1年~ 3)2年~ 4)>5年 99)记不清

7.05 你是否曾被医生或其他医务人员告知你的血脂高?

1)是 2)否(转至第八部分) 99)记不清(转至第八部分)

7.06 你被告知血脂高后，多久测量一次血脂?

4)2年以上一次 5)没再检查

1)半年一次 2)1年一次 3)2年一次

99)不详

\* N7.02

□N7.03

□N7.04

□N7.05

□N7.06

第八部分 体育锻炼

8.01 过去30天里，你平均每周有几天骑自行车或步行超过30分钟?

(不包括骑自行车/步行锻炼) □N8.01

1)>5天2)3~5天3)1~2天4)0天5)没骑自行车/步行99)记不清

8.02 过去30天里，你是否参加任何体育锻炼或运动，如跑步/跳舞/游泳/球类运动/步行/骑自行车等?(不

|  |  |
| --- | --- |
| 包括第8.01题所列的情况)  1)是(转至第8.04题) 2)否(只答第8.03题) 99)记不清(转至第九部分)  8.03 如果回答“否”,不参加体育锻炼最重要的原因是什么?(转至第九部分)  1)没时闻  2)工作很累 3)不喜欢运动 4)无场地和条件  5)不会(缺乏技能) 6)其他 99)不知道  8.04 过去30天里，平均每周你进行过多少次这样的运动?  1)20次以上 2)10~20次 3)5~10次 4)1~4次 99)不详  8.05 过去30天里，当你进行这些运动时，是否有呼吸急促/心跳加速/微微出汗等现象?  1)每次都有 2)大多数时候有 3)偶尔有 4)没有 99)不知道  8.06 当你进行这些运动时，你平均每次持续或累积多少分钟? 分钟(超过99按99计) | □N8.02  □N8.03  □N8.04  □N8.05  □N8.06 |
| 第九部分 饮食习惯 |  |
| 9.01 过去30天里，你平均每周有几天吃以下食物?  9.01a 新鲜的蔬菜，尤其是绿色蔬菜和水果：  1)5~7天 2)3~4天 3)1~2天 4)<1天 99)记不清  9.01b 瘦肉、鱼、禽： | □N9.0la  □N9.01b |

附录 社会医学常用调查表 313

1)5~7天 2)3~4天 3)1~2天 4)<1天 99)记不清

9.01c 豆类或豆制品： □N9.01c

1)5~7天 2)3~4天 3)1~2天 4)<1天 99)记不清

9.01d 蛋类： □ N9.01d

1)5~7天 2)3~4天 3)1~2天 4)<1天 99)记不清

9.01e 奶及奶制品： □N9.01e

1)5~7天 2)3~4天 3)1~2天 4)<1天 99)记不清

9.01f甜食：如甜点心，冰激凌，奶糖等： □N9.01f

1)5~7天 2)3~4天 3)1~2天 4)<1天 99)记不清

9.01g 含油和脂肪多的食物，如油炸食品，肥肉等： □N9.01g

1)5~7天 2)3~4天 3)1~2天 4)<1天 99)记不清

9.01h 腌制或熏制食品： □N9.01h

1)5~7天 2)3~4天 3)1~2天 4)<1天 99)记不清

9.02 过去30天里，你的口味与当地一般人相比： □ N9.02

1)更咸 2)稍咸 3)一样 4)略淡 5)很淡 99)不知道

9.03 过去30天里，你家烹调用的油是哪一种? □N9.03

1)全是动物油 2)全是植物油 3)动物油和植物油各半

4)多动物油少植物油 5)多植物油少动物油 99)记不清

9.04 过去30天里，你吃过几次动物肝、肾、脑? □N9.04

1)>4次 2)2~4次 3)1次 4)无 99)记不清

9.05 下列有关合理膳食的知识，你是否知道?

9.05a 下列哪些食品含胆固醇高?(此题可多选，将选号画圈) \* \*N9.05a

1)豆腐 2)苹果 3)蛋黄 4)动物脑及内脏 99)不知道

9.05b多吃含胆固醇高的食物易患哪种疾病? □N9.05b

1)冠心病 2)肿瘤 3)消化不良 99)不知道

9.05c 吃盐过多，对血压有什么影响? □N9.05c

1)易患高血压 2)使血压降低 3)血压不变 99)不知道

9.05d 哪种饮食习惯容易导致糖尿病?(此题可多选，将选号画圈) \* \*N9.05d

1)常吃含盐多的食物 2)常吃高脂肪的食物3)常吃高糖食物 99)不知道

第十部分 妇女健康

(25岁及以上的女性回答)

10.01 下面有关“乳腺自查”的方法，你了解哪些?(此题可多选，将选号画圈) \* \*N10.01

1)对镜观察乳腺外形是否对称2)平躺在床上，用手掌平摸乳房，看是否有肿块、结节

3)乳头是否有渗溢 4)乳头是否有无痛性流血 99)不知道(转至第10.04题)

10.02 你是否按以上方法做过“乳腺自查”? □N10.02

1)是，每月自查 2)是，偶尔自查 3)否 99)记不清

10.03 你从何处学习的“乳腺自查”技术? □ N10.03

1)临床医生 2)社区预防医生 3)医学杂志 4)健康专栏 5)其他

99)不知道

10.04 你最近一次到医院做“乳腺检查”有多久了? □N10.04

1)<1年 2)1年~ 3)2年~ 4)3年~ 5)>5年

6)未做过(转至第10.06题) 99)不知道

10.05 你最近一次到医院做这种检查的原因? □N10.05

1)常规检查 2)检查目前及以前的乳腺疾病 3)检查是否患乳腺癌

99)不知道

10.06 你是否曾做过“宫颈细胞学涂片”检查? □N10.06

1)是 2)否(转至第十一部分) 99)记不清(转至第十一部分)

10.07 你最近一次进行这种检查有多久了? □N10.07

1)<1年 2)1年~ 3)2年~ 4)3年~ 5)>5年 99)记不清

10.08 你最近一次做这种检查的原因? □ N10.08

1)常规检查 2)检查目前及以前的宫颈疾病 3)检查是否患宫颈癌

99)记不清



第十一部分 意外伤害

|  |  |
| --- | --- |
| 以下问题是关于意外伤害中的交通事故：  11.01 你主要从下列哪类途径得到有关交通规则的知识?(此题可多选，将选号画圈) |  |
|  | \* \*N11.01 |
| 1)电视，收音机2)报刊、杂志，书籍3)宣传栏4)交通部门5)工作单位，学校  6)父母，朋友，邻居 7)其他 8)从不看(听)这类知识 99)不知道途径  11.02 下面有关交通安全的说法，你持什么观点?  11.02a 只要没有汽车，自行车也可在机动车道上行驶 | □ N11.02a |
| 1)正确 2)不正确 99)不知道  11.02b 驾驶或乘坐小型汽车时，哪些人应佩戴安全带?(此题多选，将选号画圈)  1)司机 2)司机旁座乘客 3)后排乘客 4)都不用戴 99)不知道  11.02c 只要有驾驶证，可驾驶任何机动车  1)正确 2)不正确 99)不知道 | \* \*N11.02b  □N11.02c |
| 11.02d 与他人闲谈、吸烟等并不影响驾车 | □N11.02d |
| 1)正确 2)不正确 99)不知道  11.02e 骑自行车时，你认为下列哪些行为违章?(此题多选，将选号画圈) | \* \*N11.02e |
| 1)骑车时手中持物 2)扶身并行、互相追逐或曲折行驶  3)在大中城市骑车带成人 4)骑车带学龄前儿童 99)不知道 |  |

附录 社会医学常用调查表 315

11.02f 行人可以在任何地方招呼出租车 □N11.02f

1)正确 2)不正确 99)不知道

11.03 过去30天里，你在骑自行车时，是否有过闯红灯/占用机动车道/骑车带人/拐弯不打手势/逆行等经历?

□N11.03

1)十有八九 2)一半的情况有 3)偶尔 4)没有 5)没骑过自行车

11.04 过去30天里，你在乘汽车时，是否有过车未停稳便上下车的经历? □N11.04

1)十有八九 2)一半的情况有 3)偶尔 4)没有 5)没坐过公共汽车

11.05 过去30天里，你在驾驶或乘坐小型汽车时，是否按规定正确佩戴安全带? □N11.05

1)十有八九 2)一半的情况有 3)偶尔 4)没有

5)没驾驶/没坐过小型汽车 6)按规定不用戴安全带

11.06 过去30天里，当你步行时，是否有过在自行及机动车道上行走/乱穿马路等经历? □N11.06

1)十有八九 2)一半的情况有 3)偶尔 4)没有 5)没有步行过

11.07 过去30天里，当你驾驶机动车时，有无以下经历?

11.07a 酒后开车： □N11.07a

1)十有八九 2)一半的情况有 3)偶尔 4)没有 5)没开过车

11.07b 疲劳驾驶： □N11.07b

1)十有八九 2)一半的情况有 3)偶尔 4)没有 5)没开过车

11.07c 除上述两种情况以外的其他违章经历： □N11.07c

1)十有八九 2)一半的情况有 3)偶尔 4)没有 5)没开过车



第十二部分 性传播疾病/艾滋病



12.01 你主要从哪些途径得知性传播疾病的防治知识?(此题可多选，将选号画圈) \* \*N12.01

1)电视，收音机 2)报刊，杂志，书籍 3)宣传栏 4)医疗卫生部门

5)工作单位，学校 6)父母，朋友，邻居 7)其他 99)记不清

12.02 你认为下列哪些途径会传播性传播疾病?(此题可多选，将选号画圈) \* \*N12.02

1)与性传播疾病病人发生性关系

2)使用了性传播疾病病人用过的澡盆，便桶或污染的衣裤

3)患性传播疾病的母亲在生小孩时会传染给她的孩子

4)与性传播疾病病人握手

99)不知道

12.03 你主要是从下列哪些途径听说艾滋病的?(此题可多选，将选号画圈) \* \*N12.03

1)电视，收音机 2)报刊，杂志，书籍 3)宣传栏 4)医疗卫生部门

5)工作单位，学校 6)父母，朋友，邻居 7)其他 99)记不清

12.04 你认为下列哪些途径可以传播艾滋病?(此题可多选，将选号画圈) \* \*N12.04

1)与艾滋病病人或艾滋病病毒感染者握手

2)使用艾滋病病人或艾滋病病毒感染者用过的牙刷或剃须刀

316 附录 社会医学常用调查表

3)与艾滋病病人或艾滋病病毒感染者发生性关系

4)与艾滋病病人或艾滋病病毒感染者共用注射器

5)患艾滋病或感染艾滋病病毒的妇女怀孕后生的小孩可能患艾滋病

6)使用艾滋病病人或艾滋病病毒感染者用过的碗筷、口杯

99)不知道

12.05 你了解目前中国/本地区性传播疾病/艾滋病的哪些流行情况?(此题可多选，将选号画圈)

\* \*N12.05

1)性传播疾病在中国呈上升趋势 2)艾滋病在中国呈上升趋势

3)性传播疾病在本市是一个严重问题4)艾滋病在本市是一个严重问题99)不知道

12.06 假如你有一个15岁左右的孩子，你认为你/他(她)应该了解有关性、性传播疾病及艾滋病传播的知识吗?

□ N12.06

1)应该，现在正合适 2)应该，还应早一些 3)应该，但应晚一些

4)不应该 99)不知道

12.07 如果你周围的人得了性传播疾病/艾滋病，你可能会如何对待他? □N12.07

1)避免接触 2)同情，但避而远之 3)与从前一样 4)歧视 5)其他

99)不知道该如何对待

12.08 假如你需要咨询有关性传播疾病/艾滋病的知识，你知道热线电话吗? □ N12.08

1)知道(电话号码 ) 2)不知道 (以下问题允许笔答)

12.09 以下是有关避孕套的说法，你认为哪些是正确的?(此题可多选，将选号画圈) \* N12.09

1)避孕套不仅适用于避孕，而且可以预防性传播疾病、艾滋病

2)每次性交时均使用避孕套是预防性传播疾病、艾滋病的可靠方法

3)很多朋友认为，与一个新的性伴发生性关系时，应使用避孕套

99)不知道

12.10 假如你的一个朋友需要避孕套，你知道在什么地方得到吗? □N12.10

1)知道 2)不知道

12.11 你是否有过性行为? □N12.11

1)是 2)否(不再回答以下问题)

12.12 你或你的性伴是否曾经使用过避孕套? □N12.12

1)是 2)否(不再回答以下问题)

12.13 过去30天中，你是否有过性行为? □ N12.13

1)是 2)否(不再回答以下问题)

12.14 过去30天中，你或你的性伴是否使用过避孕套? □ N12.14

1)是 2)否(不再回答以下问题)

12.15 过去30天中，你或你的性伴如果使用避孕套，目的是：(此题可多选，将选号画圈) \* \*N12.15

1)用于避孕 2)用于预防性传播疾病/艾滋病 3)尝试 99)不知道

12.16 假如你需要避孕套时，你是否能方便地得到? □N12.16

1)是(转至12.18题) 2)否

12.17 如果你不能方便地得到，原因是什么? □ N12.17

1)不知道到哪里去买(取) 2)附近没有 3)不好意思去买(取)

4)时间上不方便 5)其他 99)不知道

12.18 过去30天中，你或你的性伴主要从什么途径得到(买/取)避孕套? □N12.18 1)药店 2)商店 3)计划生育部门 4)工作单位 5)其他

99)不知道

|  |  |
| --- | --- |
| 以下由调查员填写： |  |
| Ⅱ:被调查人对问卷的理解程度： | □□ Ⅱ |
| 1)完全理解(>90%) 2)大部分理解(>60%) 3)部分理解(50%左右)  4)不理解(<40%) |  |
| JJ: 被调查人的配合程度： | *□□JJ* |
| 1)完全配合 2)基本配合 3)不太配合 4)完全不配合 |  |
| (二)中国人生活事件心理应激量表 | LCU  37 |
| 等级 生活事件 LCU 等级 生活事件 |
| 1 丧偶 110 34 性生活障碍 |
| 2 子女死亡 102 35 家属行政处分 | 36 |
| 3 父母死亡 96 36 名誉受损 | 36 |
| 4 离婚 65 37 中额借贷 | 36 |
| 5 父母离婚 62 38 财产损失 | 36 |
| 6 夫妻感情破裂 60 39 退学 | 35 |
| 7 子女出生 58 40 好友去世 | 34 |
| 8 开除 57 41 法律纠纷 | 34 |
| 9 刑事处罚 57 42 收入显著增减 | 34 |
| 10 家属亡故 53 43 遗失贵重物品 | 32 |
| 11 家属重病 52 44 留级 | 32 |
| 12 政治性冲击 51 45 夫妻严重争执 | 32 |
| 13 子女行为不端 50 46 搬家 | 31 |
| 14 结婚 50 47 领养子女 | 31 |
| 15 家属刑事处罚 50 48 好友决裂 | 30 |
| 16 失恋 48 49 工作显著增加 | 30 |
| 17 婚外的两性关系 48 50 小量借贷 | 27 |

318 附录 社会医学常用调查表

**续表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 等级 生活事件 | LCU | 等级 | **生活事件** | LCU |
| 18 大量借贷 | 48 | 51 | 退休 | **26** |
| 19 突出成就荣誉 | 47 | 52 | 工作变动 | **26** |
| 20 恢复政治名誉 | 45 | 53 | 学习困难 | **25** |
| 21 重病外伤 | 43 | 54 | 流产 | **25** |
| 22 严重差错事故 | 42 | 55 | 家庭成员纠纷 | **25** |
| 23 开始恋爱 | 41 | 56 | 和下级冲突 | 24 |
| 24 行政纪律处分 | 40 | 57 | 入学或就业 | 24 |
| 25 复婚 | 40 | 58 | 参军复员 | 23 |
| 26 子女学习困难 | 40 | 59 | 受惊 | 20 |
| 27 子女就业 | 40 | 60 | 业余培训 | 20 |
| 28 怀孕 | 39 | 61 | 家庭成员外迁 | 19 |
| 29 升学就业受挫 | 39 | 62 | 邻居纠纷 | 18 |
| 30 和上级冲突 | 39 | 63 | 同事纠纷 | 18 |
| 31 入党入团 | 39 | 64 | 睡眠重大改变 | 17 |
| 32 子女结婚 | 38 | 65 | 暂去外地 | 16 |
| 33 免去职务 | 37 |  |  |  |

注 ：LCU 生活变化单位(life change unit)

(三)良好适应状态指数评价量表(QWB)

A. 计算权重的健康要素

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 标号 | 等级号 分级意义 | | 权重 |
| 移 动  (MOB) | 5  4,3  2,1  0 | 不因为健康原因而使驾驶或使用公共交通工具(如公共汽车、火车、 飞机、地下通道)受限  因为健康原因而不能驾驶或使用公共交通工具(<16岁，不能坐车， 或比同龄人需要更多的帮助才能使用公共交通工具)  作为一个卧床病人而住院(疗养院、临终治疗医院、养老院、精神病 院等)  死亡 | -0.000  -0.062  -0.090  -0.090 |
| 生理活动 (PAC) | 4  3,2  1 | 不因健康原因活动受限  举手、弯腰、屈腿，上下楼梯及/或攀登，使用拐杖，活动受限，走路不 如同龄人快和远；使用轮椅，不需他人帮助而能自行控制其运动  一天大部分时间躺在床上，使用轮椅，没有他人帮助不能控制其 运动 | -0.000  -0.060  -0.077  -0.077 |
| 0 死亡 | |

附录 社会医学常用调查表 319

续表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 标号 | 等级号 分级意义 | | 权重 |
| 社会活动  (SAC) | 因健康原因，其主要的角色功能(工作，持家，学习，退休)和其他 5 不  活动(人际的、社区的、宗教的、社会的和娱乐的)受限 | | -0.000  -0.061  -0.106  -0.106 |
| 4,3,2  1  0 | 因健康原因，不能执行主要的角色功能和其他活动，但能照顾自己 (进食、洗澡、穿衣、上厕所)  因健康原因不能照顾自己(或比同龄人需要更多的帮助)  死亡 |

B.症状/复合健康问题的权重系数

|  |  |
| --- | --- |
| 综合性描述 | 权重 |
| 1.死亡 | -0.407 |
| 2.意识丧失，如卒中昏厥或昏迷 | -0.407 |
| 3.面部、躯体、手臂或腿部大面积烧伤 | -0.367 |
| 4.疼痛、流血、瘙痒、性器官排泄物——不包括正常的月经来潮 | -0.349 |
| 5.学习、记忆或思考困难 | -0.340 |
| 6.上肢、下肢缺失、畸形弯曲、瘫痪(不能移动)或骨折-包括戴假肢或支撑架 | -0.333 |
| 7.疼痛、僵直、虚弱、麻木或胸部、腹部(包括疝气、脱肛)、两肋、颈部、背部、腰部或任何手、 足、上肢、下肢关节不舒服 | -0.299 |
| 8.大小便时疼痛、烧灼感、出血、瘙痒或其他困难 | -0.292 |
| 9.胃部不适、反胃、呕吐或大便失控、伴有或不伴有发热、寒战、疼痛 | -0.290 |
| 10.疲劳、虚弱或体重下降 | -0.259 |
| 11.咳嗽、哮喘、气短、伴有或不伴有发热、寒战、疼痛 | -0.257 |
| 12.阵发性的不安、压抑或尖叫 | -0.257 |
| 13.头痛、眩晕、耳鸣，阵发性地感到发热、神经过敏或颤抖 | -0.244 |
| 14.面部、躯干、四肢大面积的发疹和充血 | -0.240 |
| 15.讲话困难，如发音不清、口吃、嘶哑或不能讲话 | -0.237 |
| 16.单眼或双眼疼痛或不适(如充血和发痒),矫正后的视物困难 | -0.230 |
| 17.与年龄和身高不相称的超重或面部、躯体、四肢的皮肤缺陷，如粉刺、疣、瘀伤或色素 沉着 | -0.186 |
| 18.耳朵、牙齿、颌、喉、嘴唇、舌疼痛，脱牙和假牙一包括带固定器，鼻塞、流涕或听力障碍 (包括戴助听器) | -0.170 |
| 19.因健康原因而取药或治疗饮食 | -0.144 |
| 20.戴眼镜或用放大镜 | -0.101 |
| 21.呼吸烟雾或不清洁的空气 | -0.107 |
| 22.没有症状或健康问题 | -0.000 |

**320 附录** **社会医学常用调查表**

(四)疾病影响程度量表(SIP)

使用指导语(以下是针对被调查者的训练):

开始调查之前，我先讲一下如何回答调查内容。这些内容都是您生活中所经历的，由于您的健康状况，现 在您不能像往常那样进行这些活动：可能减少外出，可能缩短做某事的时间，可能以不同的方式做某事，这些变 化可能是最近出现或持续了一段时间。现在我们要调查的是您今天由于健康原因所造成的变化。

例如：“我不能骑车”,如果该描述是您今天由于健康原因所造成的情况，您应该告诉我“是”。[如果今天 您在住院，您在这儿是由于您的健康状况并且您不能做往常做的这些事情。例如：平时你骑车，而今天由于住 院而不能骑车，您应该回答“是”。]另一方面，如果您从不骑车，或者今天未骑车是由于您的车胎坏了，这是与 您的健康无关的，您应该答“否”;若您很少骑车，并觉得该描述只能部分反映您的情况，也回答“否”。

特别注意：在回答调查内容时，不得与任何人(包括家人)进行讨论。再次提醒：调查内容的功能变化，肯 定是由健康原因引起的，才回答“是”,否则，应回答“否”。

I.SR-0499

1. 几乎整天躺着休息[083]

2. 几乎整天坐着[049]

3. 昼夜大部分时间都在唾觉或打盹[104]

4. 经常白天躺下休息几次[058]

5. 经常似睡非睡地坐着[084]

6. 睡眠不好，例如醒得早，夜间常醒，难以长时间睡着[061]

7. 常在白天睡觉或打盹[060]

Ⅱ.EB-0705

1. 觉得自己很糟、无用，如认为自己是别人的负担[087]

2. 我突然发笑或大叫[068]

3. 在疼痛不适时，常呻吟或悲叹[069]

4. 我曾想过自杀[132]

5.行动紧张、不安[046]

6. 经常抓住或摩擦身体不适处[062]

7. 急躁，对自己感到不耐烦，责备自己[078]

8. 对未来不抱希望[089]

9. 会突然感到惊慌[074]

Ⅲ.BCM-2003

1. 即使有人帮助，行动也困难，如上下车，洗澡[084]

2. 需抓住东西，靠人帮助才能上下床或椅子[121]

3. 只能站立较短的时间[072]

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ 口

否

是

是

是

是

是

是

是

□

□

□

□

□

□

否

否

否

否

否

否

□

否

是

是

是

是

是

是

是

是

是

□

□

否

否

□

□

□

□

口

□

□

否

否

否

否

否

否

否

是

是

是

口

否

□

否

□

**附录** **社会医学常用调查表** 321

4. 自己不能保持平衡[098]

5. 手或手指活动受限[064]

6. 只有靠人帮助，才能站起来[100]

7. 只有抓住它物才能跪下、弯腰[064]

8. 一直处于限制性体位[125]

9. 身体移动不方便[058]

10. 上下床或椅子要抓住东西，如拐杖[082]

11. 大部分时间躺着[113]

12. 经常改变体位[030]

13. 需抓住东西才能在床上移动[086]

14. 洗澡需要一点帮助[089]

15. 完全不能洗澡，要别人帮着洗[115]

16.在别人帮助下，可以使用便盆大小便[114]

17. 穿鞋袜有困难[057]

18.小便不能控制[124]

19.自己不能扣好衣服[074]

20. 穿脱衣服要花很长时间[074]

21. 大便不能控制[128]

22.自己可以穿衣，但很慢[043]

23. 只能靠别人帮助，才能穿衣[088]

IV.HM-0668

1. 只能短时间地做些家务或歇会再做[054]

2. 与以往相比，家务事做得少多了[044]

3. 不做以往常做的任何家务活了[086]

4. 过去我常修修补补，现在不做了[062]

5. 过去常去商店买东西，现在不去了[071]

6. 过去常清扫房间，现一点也不干了[077]

7. 动手的活做起来困难，如修补[069]

8. 过去常自己洗衣服，现在不干了[077]

9. 家里的重活不能做[044]

10. 家庭收支事务不能管了，如存取款、生活[084] V.M-0719

1. 仅能在一栋房子里活动[086]

2. 只能待在室内[106]

3. 待在床上的时间较以前多[081]

4. 大部分时间待在床上[109]

5. 现已不能挤乘公共汽车[041]

是

是

是

是

是

是

是

是

是

是

是

是

是

是

是

是

是

是

是 是 是 是 是 是 是

是

是

是

是

是

是

是

是

是

是

|  |  |
| --- | --- |
| □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  口  □  □  □  □  □  □  □ | 否  否  否  否  否  否  否  否  否  否  否  否  否  否  否  否  否  否 |

口否

|  |  |
| --- | --- |
| □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □ | 否  否  否  否  否  否  否  否  否  否  否  否  否  否  否 |

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

322 附录 社会医学常用调查表

6. 大部分时间待在家里[066]

7. 能到附近有休息室的地方去[056]

8. 不能去闹区[048]

9. 在外面只能待在一会儿就得回家[054]

10. 在黑暗的地方走路要有人扶着[072]

VI.SI-1450

1. 很少出去走亲访友[044]

2. 根本不外出走亲访友[101]

3. 对别人的事情不感兴趣，也不愿帮忙[067]

4. 常对周围的人发脾气，吼他们，回答尖刻[084]

5. 很少对周围的人表示慈爱[052]

6. 很少参加集体社交活动[036]

7. 缩短了走亲访友的时间[043]

8. 回避别人社交性的拜访[080]

9. 性功能减弱了[051]

10: 关注自己的健康变化[052]

11. 很少与周围的人交谈[056]

12. 对别人要求很多，让别人为自己做事，并指使他们怎么做[088]

13. 大部分时间一个人待在着[086]

14. 与家人不能和睦相处[088]

15. 常对家人发怒，打骂他们[119]

16. 尽可能地和家人少待在一起[102]

17. 很少关心孩子们的事[064]

18. 不理睬家里其他人[115]

19. 过去常关心家里和孩子们的事，现在不了[079]

20. 不像往常那样与家人开玩笑了[043] VI.A-0842

1. 现在走路比以往短了，常要停下歇歇[048]

2. 不能上下山坡[056]

3. 上下楼梯需拐杖，扶住栏杆[067]

4. 要人扶着才能上下楼梯[076]

5. 坐着轮椅才能四处活动[096]

6. 一点也不能走了[105]

7. 走路摇晃，跛着，易跌倒[055]

8. 走路只能靠别人扶着[088]

9. 上下楼梯比以前更慢，常停下[054]

10. 完全不能上下楼梯[083]

□

是

是

是

是

是

是

**是**

是

是

是

**是**

是

**是**

是

是

是

是

是

是

是

是

是

是

是

是

否

否

否

否

否

◇

□

□

□

□

否

**否**

**否**

否

否

**否**

**否**

**否**

**否**

**否**

**否**

**否**

**否**

否

否

否

否

**□**

**□**

□

□

**□**

**□**

**口**

**□**

**□**

**□**

**□**

□

□

□

□

□

□

否

□

否

**否**

**□**

□

是

是

是

是

是

是

是

是

是

是

否

□

否

否

否

否

否

否

否

否

否

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

口

**□**

**□**

□

□

**□**

**□**

**□**

□

□

□

□

**□**

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

附录 ·社会医学常用调查表 323

11. 只能拄着拐杖，扶着墙或家具才能走动[079]

12. 比以前走得更慢了[035] VI.AB-0777

1. 做事没有头绪，同时开始几件事情[090]

2. 比以前更易出些小事故，如走路摔倒，撞上某物，打掉东西[075]

3. 对他人的言行反应迟钝[059]

4. 做事有始无终[067]

5. 难以思考和解决问题，如订计划、作决定，学习新东西[084]

6. 有时糊涂，搞不清时间、方向、自己在哪儿，周围有什么人[113]

7. 很健忘，如东西放在哪儿，锁门没有等[078]

8. 不能长时间集中注意力[067]

9. 比平常犯更多的错[064]

10.难以从事要思考和集中注意力的活动[080] IX.C-0725

1. 书写困难[070]

2. 多半用手势与别人交流[102]

3. 说话只有几个非常了解我的人才理解[093]

4. 说话常常不能控制音量[083]

5. 除了签名，已不能书写[083]

6. 离别人很近或看着别人，才能谈话[067]

7. 说话有困难，如哽住，口吃，颤抖，吐词不清[076]

8. 别人难以理解我的意思[087]

9. 紧张时，说话就不清楚[064]

\*除了家务，你还上班或做其他工作吗?

(若您还上班工作，请进入X, 即W-0515, 并回答后续问题。)

(若您不上班工作，请进入XI,即 RP-0422, 并继续后续问题。) 若您不上班，是离、退休吗?

与健康状况有关吗?

X.W-0515 (若您不工作，并不是由于健康原因，请跳过该部分)

1. 我不干任何工作[361]

(如果是，不必回答下面8个问题，从十一部分开始，即XI 、RP-0422开始)

2. 仅在家里做部分工作[037]

3. 完成的工作任务没有以前多了[055]

4. 常对同事发脾气，吼他们，回答问题很尖刻[080]

5. 我工作的时间缩短了[043]

6. 只能做些轻活[050]

7. 我仅能干一会儿，常常休息[061]

否

是

是

口

口

否

否

是

是

是

是

是

是

是 是

是

是

是

是

是

是

是

是

是 是 是

□

□

□

□

□

□

□ □

□

口

否

否

否

否

否

否 否

否

否

否

口

□

口

□

□

□

□ 口 □

否

否

否

否

否

否 否

否

□

否

是

否

是

是

否

**否**

**是**

**□**

否

是

是

是

是

是

是

□

□

否

否

口

否

口

◇

□

否

否

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

**□**

□

□

□

□

□

□

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 8. 能干往常工作，但有些变化，如用不同工具/与他人换工作[034] | **是** | **□** | **否** | **□** |
| 9. 我的工作不像以前那样细心，精确[062] | **是** | **□** | **否** | **□** |
| XI.RP-0422  1. 业余爱好或娱乐的时间缩短了[039] | 是 | □ | 否 | □ |
| 2. 外出参加娱乐活动的次数减少了[036] | 是 | 口 | 否 | □ |
| 3. 非活动性的消遣(如看书、电视、打牌)的时间减少了[059] | 是 | □ | 否 | □ |
| 4. 非活动性的消遣(如看书、电视、打牌等)我都不玩了[084] | 是 | □ | 否 | □ |
| 5. 现在更多地从事非活动性消遣，替代了往常的活动性娱乐[051] | 是 | □ | 否 | □ |
| 6. 我参加集体活动的时间较以前少了[033] | 是 | □ | 否 | □ |
| 7. 往常的躯体活动(如打球等)减少了[043] | 是 | □ | 否 | □ |
| 8. 我不再从事往常的躯体活动了[077] | 是 | □ | 否 | □ |
| XII.E-0705  1. 吃的比以前少了[037] | 是 | □ | 否 | □ |
| 2. 我自己能吃饭，但必须是专门为我做的，或特别的餐具[077] | 是 | □ | 否 | □ |
| 3. 需吃特别的膳食，如软食、低盐、低脂肪、低糖或平衡膳[043] | 是 | □ | 否 | □ |
| 4. 我仅能吃些流汁如牛奶、豆浆[104] | 是 | □ | 否 | □ |
| 5. 吃东西挑剔，或只一点一点地吃一些[059] | 是 | □ | 否 | □ |
| 6. 现在很少喝饮料(如茶水，啤酒、果汁)[036] | 是 | □ | 否 | □ |
| 7. 吃饭时需要别人帮助(如准备好、加饭等)[099] | 是 | □ | 否 | □ |
| 8. 吃饭时要别人喂[117] | 是 | □ | 否 | □ |
| 9. 什么都不能吃，只有靠胃管或输液供给营养[133] | 是 | □ | 否 | 口 |

(五)癌症病人生活功能指数(FLIC)

|  |  |
| --- | --- |
| (1)请回答以下全部的问题。  (2)回答问题的方法：请在每个问题下面的线段适当位置处划一个“/”作出标记，以反映您的实际情况。 | |
| 不愿意 非常愿意 | 正确 |

姓名或编号 填表日期 年 月 日

1.大多数人曾感受过沮丧(情绪低落)的时刻，列出您对这种感受的次数。

从来没有



连续不断

2. 对于应付每天的压力，您应付得怎样?

不好



非常好

3. 您花多少时间在思考您的病情?

经常



完全不想

4. 估计您个人的能力去保持日常的娱乐和悠闲的活动。

大有能力



无能力

5.想吐的感觉有没有影响您的日常活动?

没有



时常有

6. 您今天觉得好吗?

很差



很好

7. 如果有必要的话，您今天有没有体力去准备一餐饭或做轻微的家务(例如洗碗)?

有体力



无体力

8. 在过去两星期内，估计您的病情对您最亲近的人产生困苦的程度有多少?

没有困苦



极大困苦

9. 估计您对生命感到失望的时刻。

时常



从不

10. 在过去一个月里，估计您对完成工作或家务满意的程度。

非常不满意



非常满意

11.今天您是否感觉不舒服?

没有不舒服



非常不舒服

12. 您个人认为在过去两个星期内，您的病情对于您最亲近的人，生活上被干扰的程度有多少?

有干扰



没有干扰

13. 疼痛或不舒服有没有影响您每天的活动?

没有影响



极大影响

14. 在过去两个星期您认为您的病情对您个人所增加的困苦有多少?

极大困苦



没有困苦



15.您能够完成多少工作以外的日常活动?

全部



全无

16. 在过去两个星期内，您是否愿意与您最亲近的人闲谈或会面?

不愿意



非常愿意

17. 在过去两个星期内您经常想吐吗?

完全没有



经常有

18. 估计您对将来产生恐惧的程度。

经常害怕



不害怕

19. 估计在过去两星期内，您是否愿意与朋友会面或闲谈。

不愿意



非常愿意

20.在过去两星期内，您认为有多少疼痛及不舒服的感觉是与您的病情有关。 与病情无关  全部关于病情

21. 估计您对医者的指示与处理有多少信心。

无信心  很有信心

22. 您今天觉得自己看起来好吗?

极坏  非常好

(六)36条目简明健康量表(SF-36,v2)

说明：本调查涉及你对自身健康的观点。这些信息将有助于追踪你从事日常活动的能力及自身感觉。请 回答所有问题，按指定方法作标记(直接在数字上画圈，如①②③)。如果你对答案不确定，请给出你认为最好 的答案。

1. 总的来说，你认为你的健康状况：

①棒极了 ②很好 ③ 好 ④ 过 得 去 ⑤糟糕

2. 与一年前相比，你如何评价现在的健康状况?

①比一年前好多了 ②比一年前好一点 ③和一年前差不多

④比一年前差一点 ⑤比一年前差多了

3. 下列项目是你平常在一天中可能做的事情。你现在的健康限制你从事这些活动吗?如果是的话，程度 如何?

3a. 高强度活动，如跑步、举重物、参与剧烈运动

①是，很受限 ②是，稍受限 ③不，完全不受限

3b. 中等度活动，如移动桌子，推动真空吸尘器(或拖地板)、打保龄球、打高尔夫球(或打太极拳) ①是，很受限 ②是，稍受限 ③不，完全不受限

3c. 举或搬运杂物

①是，很受限 ②是，稍受限 ③不，完全不受限 3d. 爬数层楼梯

①是，很受限 ②是，稍受限 ③不，完全不受限 3e. 爬一层楼梯

①是，很受限 ②是，稍受限 **③不，完全不受限** 3f. 弯腰、屈膝

①是，很受限 ②是，稍受限 **③不，完全不受限**

3g. 步行1500米以上

①是，很受限 ②是，稍受限 ③不，完全不受限

3h. 步行几个路口

①是，很受限 ②是，稍受限 ③不，完全不受限

3i. 步行一个路口

①是，很受限 ②是，稍受限 ③不，完全不受限

3j.自己洗澡或穿衣

①是，很受限 ②是，稍受限 ③不，完全不受限

4. 在过去4周，你有多少时间因为生理健康原因，在工作或从事其他日常活动时有下列问题? 4a. 减少了工作或从事其他活动的时间

①所有时间 ②大多数时间 ③一些时间 ④一点时间 ⑤没有时间

4b. 减少了工作量或活动量

①所有时间 ②大多数时间 ③一些时间 ④一点时间 ⑤没有时间

4c. 从事工作或其他活动的种类受限

①所有时间 ②大多数时间 ③一些时间 ④一点时间 ⑤没有时间

4d. 从事工作或其他活动有困难(如，费劲)

①所有时间 ②大多数时间 ③一些时间 ④一点时间 ⑤没有时间

5. 在过去4周，你有多少时间因为任何情感问题(如感到抑郁或焦虑),在工作或从事其他日常活动时有下列

问题?

5a. 减少了工作或从事其他活动的时间

①所有时间 ②大多数时间 ③一些时间 ④一点时间 5b. 减少了工作量或活动量

①所有时间 ②大多数时间 ③一些时间 ④一点时间 5c. 从事工作或其他活动不像平常那么专心

①所有时间 ②大多数时间 ③一些时间，④一点时间

⑤没有时间

⑤没有时间

⑤没有时间

6. 在过去4周，你的生理健康或情感问题在何种程度上干扰了你与家人、朋友、邻居、或团体的正常社会活动?

①完全没有 ②轻度 ③中度 ④重度 ⑤极度

7. 在过去4周，你经受了多少躯体疼痛?

①完全没有 ②很轻微 ③轻微 ④中等 .⑤严重 ⑥很严重

8. 在过去4周，疼痛在多大程度上干扰了你的正常工作(包括户外工作和家务劳动)

①完全没有 ②一点点 ③中度 ④重度 ⑤极度

9. 这些问题将问及你在过去4周的感觉和情感体验。对每一问题，请给出与你想法最接近的一个答案。在过 去4周，有多少时间：

9a. 你觉得干劲十足?

①所有时间 ②大多数时间 ③一些时间 ④一点时间 ⑤没有时间

9b. 你非常紧张?

①所有时间 ②大多数时间 ③一些时间 ④一点时间 ⑤没有时间

9c. 你感到情绪低落、沮丧，怎么也快乐不起来?

①所有时间 ②大多数时间 ③一些时间 ④一点时间 ⑤没有时间

9d. 你觉得平静、安适?

①所有时间 ②大多数时间 ③一些时间 ④一点时间 ⑤没有时间

9e. 你觉得精力旺盛?

①所有时间 ②大多数时间 ③一些时间 **④一点时间** ⑤没有时间

9f. 你感到心灰意冷吗?

①所有时间 **②大多数时间** **③一些时间** ④一点时间 ⑤没有时间

9g. 你觉得累极了?

①所有时间 **②大多数时间** ③一些时间 ④一点时间 ⑤没有时间

9h. 你快乐吗?

①所有时间 ②大多数时间 ③一些时间 ④一点时间 ⑤没有时间

9i. 你觉得疲劳吗?

①所有时间 ②大多数时间 ③一些时间 ④一点时间 ⑤没有时间

10. 在过去4周，有多少时间你的社会活动(如访问朋友，亲戚等)受你的生理健康或情感问题的影响?

①所有时间 ②绝大多数时间 ③一些时间 ④一点时间 ⑤没有时间

11.下列每一种情形与你实际情况符合的程度如何?

11a. 和其他人相比，我似乎更容易生病

①全部符合 ②大部分符合 ③不知道 ④大部分不符合 ⑤全部不符合 11b. 我和我认识的人一样健康

①全部符合 ②大部分符合 ③不知道 ④大部分不符合 ⑤全部不符合 11c. 我预计我的健康状况将变得更差

①全部符合 ②大部分符合 ③不知道 ④大部分不符合⑤全部不符合 11d. 我的身体棒极了

①全部符合 ②大部分符合 ③不知道 ④大部分不符合⑤全部不符合

(七)世界卫生组织生存质量测定量表(WHOQOL-100)

填表说明：

这份问卷是了解您对自己的生存质量、健康情况以及日常活动的感觉如何，请您一定回答所有问题。如果 某个问题您不能肯定如何回答，就选择最接近您自己真实感觉的那个答案。

所有问题都请您按照自己的标准、愿望，或者自己的感觉来回答。注意所有问题都只是您最近两星期内的 情况。

例如：您对自己的健康状况担心吗?

根本不担心① 很少担心② 担心(一般)③ 比较担心④ 极担心⑤

请您根据您对健康状况担心的程度在最适合的数字处打一个“ √ ”,如果您比较担心您的健康状况，就在 比较担心下“④”处打一个“ √”,如果根本不担心自己的健康，就在根本不担心下“①”处打一个“ √”。

谢谢您的合作!

下列问题是问前两星期中的某些事情，诸如快乐或满足之类积极的感觉。如果您极大程度上经历过这些 事情，就在对应于“极”的数字“⑤”处打一个 √ ;如果您根本没有经历过这些，就在对应于“根本不”或“根本 无”的数字“①”处打 √ ;如果您的答案介于“根本无”和“极”之间，就在数字“②”、“③”、“④”中挑选一个最适 合您的情况打 √。

问题均涉及前两个星期。

□作登记用

(您不用填)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| F1.2 | 您对自己的疼痛或不舒；根本不担  服担心吗? 心① | 很少担心 ② | 担心(一 般)③ | 比较担心 ④ | 极担心⑤ | □ |
|  |  |
| F1.3 | 您在对付疼痛或不舒服 根本没困 时有困难吗? 难① | 很少有困 难② | 有困难(一 般)③ | 比较困难 ④ | 极困难⑤ | □ |
|  |  |
| F1.4 | 您觉得疼痛妨碍您去做 根本不妨 自己需要做的事情吗? 碍① | 很少妨碍 ② | 有妨碍(一 般)③ | 比较妨碍 ④ | 极妨碍⑤ |  |
|  |  |
| F2.2 | 您容易累吗? 根本不容 | 很少容易 | 容易絮(一 | 比较容易 | 极容易累 | □ |

易累① 累② 般)③ 累④ ⑤

F2.4 疲乏使您烦恼吗? 根本不烦 很少烦恼 烦恼(一 比较烦恼 极烦恼⑤ □

恼① ② 般)③ ④

F3.2 您睡眠有困难吗? 根本没困 很少有困 有困难(一 比较困难 极困难⑤

难① 难② 般)③ ④

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| F3.4 睡眠问题使您担心吗? | 根本不担 心① | 很少担心 ② | 担心(一 比较担心 般)③ ④ | 极担心⑤ | □ |
|  |  |
| F4.1 您觉得生活有乐趣吗? | 根本没乐 趣① | 很少有乐 趣② | 有乐趣(一 比较有乐 般)③ 趣④ | 极有乐趣 ⑤ | □ |
|  |

F4.3

F4.4

F5.3

F6.1

F6.2

F7.2

F7.3

F8.2

F8.3

F8.4

F10.2

F10.4

FF11.2

F11.3

F11.4

F13.1

F15.2

F15.4

F16.1

F16.2

F16.3

您觉得未来会好吗?

在您生活中有好的体 验吗?

您能集中注意力吗?

您怎样评价自己?

您对自己有信心吗?

您的外貌使您**感到压** 抑吗?

您外貌上有无使您感到 不自在的部分?

您感到忧虑吗?

悲伤或忧郁等感觉对您 每天的活动有妨碍吗?

忧郁的感觉使您烦恼吗?

您从事日常活动时有困 难吗?

日常活动受限制使您烦 恼吗?

您需要依靠药物的帮助 进行日常生活吗?

您需要依靠医疗的帮助 进行日常生活吗?

您的生存质量依赖于药 物或医疗辅助吗?

生活中，您觉得孤独吗?

您在性方面的需求得到 满足吗?

您有性生活困难的烦 恼吗?

日常生活中您感觉安 全吗?

您觉得自己居住在一个安 全和有保障的环境里吗?

您担心自己的安全和保

根本不会 好①

根本没有 ①

根本不能 ①

根本没价 值①

根本没信 心①

**根本没压**

抑①

根本没有 ①

根本没忧 虑①

根本没妨 碍①

根本不烦 恼①

根本没困 难①

根本不烦 恼①

根本不需 要①

根本不需 要①

根本不依 赖①

**根本不孤**

独①

根本不满 足①

根本没烦 恼①

根本不安

**全①**

根本没安

**全保障①**

**根本不担**

很少会好 ②

**很少有②**

**很少能②**

**很少有价** **值②**

**很少有信** **心②**

**很少有压** **抑②**

**很少有②**

**很少有忧** **虑②**

**很少有妨** **碍②**

**很少烦恼**

②

**很少有困** **难②**

**很少烦恼**

②

**很少需要**

②

**很少需要**

②

**很少依赖**

②

**很** **少** **孤** **独②**

**很少满足**

②

**很少有烦** **恼②**

**很少安全**

②

**很少有安** **全保障②**

**很少担心**

|  |  |
| --- | --- |
| 会好(一 般)③  有 ( 一  **般)③**  **能(一般)** ③  **有价值(一** **般)③**  有信心(一 般)③  **有压抑(一** **般)③**  有 ( 一 | 会比较好 ④  比较多④  **比较④**  **比较有价** **值④**  **比较有信**  心④  **比** **较** 压 **抑④**  比较多④ |

**般)③**

**有忧虑(一** 比较忧虑 **般)③** ④

**有妨碍(一** 比较妨碍 **般)③** ④

**烦恼(一般)** **比较烦恼** ③ ④

**有困难(一** **比较困难** **般)③** ④

**烦恼(一般)**  **比较烦恼** ③ ④

**需要(一** **比较需要** **般)③** ④

**需要(一** **比较需要** **般)③** ④

**依赖(一** **比较依赖** **般)③** ④

**孤** **独** **(** **一** **比** **较** **孤** **般)③** **独④**

**满足(一般)** **多数满足** **③** **④**

**烦恼(一般)比较烦恼** **③** **④**

**安全(一般)比较安全** ③ ④

**有安全保障** **比较有安** **(一般)③** **全保障④**

**担心(一** **比较担心**

会极好⑤

**极多⑤**

**极能⑤**

**极有价值**

⑤

**极有信心**

⑤

极压抑⑤

极多⑤

极忧虑⑤

极妨碍⑤

极烦恼⑤

极困难⑤

极烦恼⑤

极需要⑤

极需要⑤

**极依赖⑤**

**极孤独⑤**

**完全满足**

⑤

**极烦恼⑤**

**极安全⑤**

**极有安全** **保障⑤**

**极担心⑤**

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□



□

障吗? **心①** ② **般)③** ④

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| F17.1 | 您住的地方舒适吗? 根本不舒 适① | 很少舒适 ② | **舒适(一** 比较舒适 般)③ ④ | 极舒适⑤ | □ |
| F17.4 | 您喜欢自己住的地方吗? 根本不喜 欢 ① | 很少喜欢 ② | 喜欢(一 比较喜欢 般)③ ④ | 极喜欢⑤ | □ |
| F18.2 | 您有经济困难吗? 根本不困 难① | 很少困难 ② | 困难(一般)比较困难 ③ ④ | 极困难⑤ |  |
| F18.4 | 您为钱财担心吗? 根本不担 心① | 很少担心 ② | 担心(一般)比较担心 ③ ④ | 极担心⑤ | □ |
| F19.1 | 您容易得到好的医疗服 根本不容 | 很少容易 | 容易得到 比较容易 | 极容易得 | □ |
|  | 务吗? 易得到① | 得到② | (一般)③ 得到④ | 到⑤ |  |
| F21.3 | 您 空 闲 时 间 享 受 到 乐 根本没乐 | 很少有乐 | 有乐趣 比较有乐 | 极有乐趣 | [ |
|  | 趣吗? 趣① | 趣② | (一般)③ 趣④ | ⑤ |  |
| F22.1 | 您 的 生 活 环 境 对 健 康 根本不好  好吗? ① | 很少好② | 好(一般) 比较好④ ③ | 极好⑤ | □ |
| F22.2 | 居住地的噪声问题使您 根本不担  担心吗? 心① | 很少担心 ② | 担心(一般) 比较担心 ③ | 极担心⑤ | □ |
| F23.2 | 您有交通上的困难吗? 根本没困 难① | 很少有困 难② | 有困难 比较困难 (一般)③ ④ | 极困难⑤ | □ |
| F23.4 | 交通上的困难限制您的 根本没限  生活吗? 制① | 很少有限 制② | 有限制 比较限制 (一般)③ ④ | 极限制⑤ | □ |

下列问题是问过去两星期内您做某些事情的能力是否“完全、十足”,例如洗衣服、穿衣服、吃饭等动作。 如果您完全能够做到这些事情，则在“完全”所对应的数字“⑤”处打 √,如果您根本不能做到这些事情，就在与 “根本不”对应的数字“①”处打 √,如果您认为是介于“完全”和“根本不”之间，就在数字“②”、“③”或“④”处 打 √ 。问题均涉及前两个星期。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| F2.1 | 您有充沛的精力去应付 | 根本没精 | 很少有精 | 有精力(一 多数有精 | 完全有精 | □ |
|  | 日常生活吗? | 力① | *力②* | 般)③ *力④* | *力⑤* |  |
| F7.1 | 您认为自己的外形过得 | 根本过不 | 很少过得 | 过得去(一 多数过得 | 完全过得 | □ |
|  | 去吗? | 去① | 去② | 般)③ 去④ | 去⑤ |  |
| F10.1 | 您能做自己日常生活的 事情吗? | 根本不能 ① | 很少能② | 能(一般) 多数能④ ③ | 完全能⑤ | □ |
| F11.1 | 您依赖药物吗? | 根本不依 赖① | 很少依赖 ② | 依赖(一般)多数依赖 ③ ④ | 完全依赖 ⑤ | □ |
| F14.1 | 您能从他人那里得到您 所需要的支持吗? | 根本不能 ① | 很少能② | 能(一般) 多数能④ ③ | 完全能⑤ | □ |
| F14.2 | 当需要时您的朋友能依 | 根本不能 | 很少能依 | 能依靠(一 多数能依 | 完全能依 | □ |
|  | 靠吗? | 依靠① | 靠② | 般)③ 靠④ | 靠⑤ |  |
| F17.2 | 您住所的质量符合您的 | 根本不符 | 很少符合 | 符合(一般)多数符合 | 完全符合 |  |
|  | 需要吗? | 合① | ② | ③ ④ | ⑤ |  |
| F18.1 | 您的钱够用吗? | 根本不够 用① | 很少够用 ② | 够用(一般)多数够用 ③ ④ | 完全够用 ⑤ | □ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| F20.1 | 在日常生活中您需要的 | 根本不齐 | 很少齐备 | 齐备(一般) | 多数齐备 | 完全齐备 | □ |
|  | 信息都齐备吗? | 备① | ② | ③ | ④ | ⑤ |  |
| F20.2 | 您有机会得到自己所需 | 根本没机 | 很少有机 | 有机会(一 | 多数有机 | 完全有机 | □ |
|  | 要的信息吗? | 会① | 会② | 般)③ | 会④ | 会⑤ |  |
| F21.1 | 您有机会进行休闲活 | 根本没机 | 很少有机 | 有机会(一 | 多数有机 | 完全有机 | □ |
|  | 动吗? | 会① | 会② | 般)③ | 会④ | 会⑤ |  |
| F21.2 | 您能自我放松和自找乐 趣吗? | 根本不能 ① | 很少能② | 能(一般) ③ | 多数能④ | 完全能⑤ | □ |
| F23.1 | 您有充分的交通工具吗? | 根本没有 ① | 很少有② | 有(一般) ③ | 多数有④ | 完全有⑤ | □ |

下列问题要求您对前两个星期生活的各个方面说说感觉是如何的“满意、高兴或好”,例如关于您的家庭 生活或您的精力。想一想对您生活的各个方面是如何的满意或不满意，在最符合您的感觉的数字上打 √。问 题均涉及前两个星期。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| G2 | 您对自己的生存质量满 意吗? | 很不满意①不满意② | 既非满意也  非不满意③ | 满意④ | 很满意⑤ | □ |
| G3 | 总的来讲，您对自己的生 活满意吗? | 很不满意①不满意② | 既非满意也  非不满意③ | 满意④ | 很满意⑤ | □ |
| G4 | 您对自己的健康状况满 意吗? | 很不满意①不满意② | 既非满意也  非不满意③ | 满意④ | 很满意⑤ |  |
| F2.3 | 您对自己的精力满意吗? | 很不满意①不满意② | 既非满意也  非不满意③ | 满意④ | 很满意⑤ |  |
| F3.3 | 您对自己的睡眠情况满 意吗? | 很不满意①不满意② | 既非满意也  非不满意③ | 满意④ | 很满意⑤ | □ |
| F5.2 | 您对自己学习新事物的 能力满意吗? | 很不满意①不满意② | 既非满意也  非不满意③ | 满意④ | 很满意⑤ | □ |
| F5.4 | 您对自己作决定的能力 满意吗? | 很不满意①不满意② | 既非满意也  非不满意③ | 满意④ | 很满意⑤ | □ |
| F6.3 | 您对自己满意吗? | 很不满意①不满意② | 既非满意也  非不满意③ | 满意④ | 很满意⑤ | □ |
| F6.4 | 您对自己的能力满意吗? | 很不满意①不满意② | 既非满意也 非不满意③ | 满意④ | 很满意⑤ | □ |
| F7.4 | 您对自己的外形满意吗? | 很不满意①不满意② | 既非满意也  非不满意③ | 满意④ | 很满意⑤ | □ |
| F10.3 | 您对自己做日常生活事 情的能力满意吗? | 很不满意①不满意② | 既非满意也 非不满意③ | 满意④ | 很满意⑤ | □ |
| F13.3 | 您对自己的人际关系满 意吗? | 很不满意①不满意② | 既非满意也  非不满意③ | 满意④ | 很满意⑤ | □ |
| F15.3 | 您对自己的性生活满 意吗? | 很不满意①不满意② | 既非满意也 非不满意③ | 满意④ | 很满意⑤ | □ |

F14.3

F14.4

F13.4

F16.4

F17.3

F18.3

F19.3

F19.4

F20.3

F20.4

F21.4

F22.3

F22.4

F23.3

F13.2

G1

F15.1

F3.1

F5.1

F19.2

您对自己从家庭得到的 支持满意吗?

您对自己从朋友那里得 到的支持满意吗?

您对自己供养或支持他 人的能力满意吗?

您对自己的人身安全和 保障满意吗?

您对自己居住地的条件 满意吗?

您对自己的经济状况满 意吗?

您对得到卫生保健服务 的方便程度满意吗?

您对社会福利服务满 意吗?

您对自己学习新技能的 机会满意吗?

您对自己获得新信息的 机会满意吗?

您对自己使用空闲时间 的方式满意吗?

您对周围的自然环境(比 如：污染、气候、噪声、景 色等)满意吗?

您对自己居住地的气候 满意吗?

您对自己的交通情况满 意吗?

您与家人的关系愉快吗?

您怎样评价您的生存 质量?

您怎样评价您的性生活?

您睡眠好吗?

您怎样评价自己的记 忆力?

您怎样评价自己可以得 到的社会服务的质量?

很不满意①不满意②

很不满意①不满意②

很不满意①不满意②

很不满意① .不满意②

很不满意①不满意②

很不满意①不满意②

很不满意①不满意②

很不满意①不满意②

很不满意①不满意②

很不满意①不满意②

很不满意①不满意②

很不满意①不满意②

很不满意①不满意②

很不满意①不满意②

|  |  |
| --- | --- |
| 很不愉快 ①  很差①  很差①  很差①  很差①  很差① | 不愉快②  差②  差②  差②  差②  差② |

既非满意也 非不满意③

既非满意也 非不满意③

既非满意也 非不满意③

既非满意也 非不满意③

既非满意也 非不满意③

既非满意也 非不满意③

既非满意也 非不满意③

既非满意也 非不满意③

既非满意也 非不满意③

既非满意也 非不满意③

既非满意也 非不满意③

既非满意也 非不满意③

既非满意也 非不满意③

既非满意也 非不满意③

既非愉快也 非不愉快③

不好也不 差③

不好也不 差③

不好也不 差③

不好也不 差③

不好也不 差③

满意④

满意④

满意④

满意④

满意④

满意④

满意④

满意④

满意④

满意④

满意④

满意④

满意④

满意④

愉快④

好④

好④

好④

好④

好④

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ 口

很满意⑤

很满意⑤

很满意⑤

很满意⑤

很满意⑤

很满意⑤

很满意⑤

很满意⑤

很满意⑤

很满意⑤

很满意⑤

很满意⑤

很满意⑤

很满意⑤

很愉快⑤

很好⑤

很好⑤

很好⑤

很好⑤

很好⑤

下列问题有关您感觉或经历某些事情的“频繁程度”。例如关于您亲友支持或觉得不安全之类的消极感 受。如果您在前两个星期里根本没有这些感受，就在“没有”的数字处打 √ ;如果您经历过这些，想一想频繁的 程度，在最接近您的情形的数字处打 √。例如：如果您时时刻刻都有疼痛的感觉，就在“总是有”下数字⑤处打 √ ,问题涉及前两个星期。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| F1.1 | 您有疼痛吗? | 没有疼痛 | 偶尔有疼 | 时有时无 | 经常有疼 | 总是有疼 □ |
|  |  | ① | 痛② | ③ | 痛④ | 痛⑤ |
| F4.2 | 您通常有满足感吗? | 没有满足 | 偶尔有满 | 时有时无 | 经常有满 | 总是有满 |
|  |  | 感① | 足感② | ③ | 足感④ | 足感⑤ |
| F8.1 | 您有消极感受吗?(如情 | 没有消极 | 偶尔有消 | 时有时无 | 经常有消 | 总是有消 |
|  | 绪低落、绝望、焦虑、忧 郁 ) | 感受① | 极感受② | ③ | 极感受④ | 极感受⑤ |

以下问题有关您的工作，这里工作是指您所进行的主要活动。包括志愿性工作、全日性学习、家务、照顾孩 子、有收入的工作和无收入的工作等。所以，这里所说的工作，是指用去您大部分时间和精力的活动。问题涉 及前两个星期。

F12.1 您能工作吗? 根本不能①很少能② 能 ( 一 般 ) ③ 多 数 能 ④ )完全能⑤ □

F12.2 您觉得您能完成自己的 根本不能①很少能② 能(一般)③多数能④ 完全能⑤ □ 职责吗?

F12.4 您对自己的工作能力满 很不满意①不满意② 既非满意也 满意④ 很满意⑤ □

意吗? 非不满意③

F12.3 您如何评价自己的工作 很差① 差② 不好也不差好④ 很好⑤ □

能力? ③

以下问题问的是您在前两个星期中“行动的能力”如何。这里指当您想做事情或需要做事情的时候移动 身体的能力。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| F9.1 | 您行动的能力如何? | 很差① | 差② | 不好也不 好④ 差③ | 很好⑤ |  |
| F9.3 | 行动困难使您烦恼吗? | 根本不烦 恼① | 很少烦恼 ② | 烦恼(一般)比较烦恼 ③ ④ | 极烦恼⑤ | □ |
| F9.4 | 行动困难影响您的生活 方式吗? | 根本不影 响① | 很少影响 ② | 影响(一般) 比较影响 ③ ④ | 极影响⑤ | □ |
| F9.2 | 您对自己的行动能力满 意吗? | 很不满意 ① | 不满意② | 既非满意也 满意④ 非不满意③ | 很满意⑤ | □ |

以下问题有关您个人的信仰，以及这些如何影响您的生存质量。这些问题有关宗教、神灵和其他信仰。这 些问题也涉及前两个星期。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| F24.1 | 您的个人信仰增添您生 | 根本没增 | 很少有增 | 有增添(一 有比较大 有极大增 □ |
|  | 活的意义吗? | 添① | 添② | 般)③ 增添④ 添⑤ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| F24.2 | 您觉得自己的生活有意 | 根本没意 | 很少有意 | 有意义(一 | I比较有意 | 极有意义 | □ |
|  | 义吗? | 义① | 义② | 般)③ | 义④ | ⑤ |  |
| F24.3 | 您的个人信仰给您力量 | 根本没力 | 很少有力 | 有力量(一 | 有比较大 | 有极大力 | □ |
|  | 去对待困难吗? | 量① | 量② | 般)③ | 力量④ | 量⑤ |  |
| F24.4 | 您的个人信仰帮助您理 | 根本没帮 | 很少有帮 | 有帮助(一 | 有比较大 | 有极大帮 | □ |
|  | 解生活中的困难吗? | 助① | 助② | 般)③ | 帮助④ | 助⑤ |  |

此外，还有3个问题：

101.

102

家庭摩擦影响您的生 根本没影

活吗? 响①

您的食欲怎么样? 很差①

很少影响 ②

差②

影 响 ( 一 般)③

不好也不 差③

有比较大 影响④

好④

有极大影 响⑤

很好⑤

103. 如果让您综合以上各方面(生理健康、心理健康、社会关系和周围环境等方面)给自己的生存质量打 一个总分，您打多少分(满分为100分)分。

(八)欧洲生存质量测定量表(EQ-5D)

请在下列各组选项中，指出哪一项叙述最能描述您今天的健康状况，并在空格内打 √。

行 动

我可以四处走动，没有任何问题。

我行动有些不便。

我卧病在床。

自我照顾

我能照顾自己，没有任何问题。

我在盥洗，洗澡或穿衣方面有些问题。

我无法自己盥洗，洗澡或穿衣。

日常活动(如工作，学习，家务，家庭或休闲活动)

我能从事日常活动，没有任何问题。

我在从事日常活动方面有些问题。

我无法从事日常活动。

疼痛/不舒服

我没有任何疼痛或不舒服。

我觉得中度疼痛或不舒服。

我觉得极度疼痛或不舒服。

焦虑/沮丧

我不觉得焦虑或沮丧。

我觉得中度焦虑或沮丧。

我觉得极度焦虑或沮丧。

心目中最好的

**健康状况**

**100**

9 0

8 0

佳0

6 王 0

5 0

4王 0

3三

0

2 0

工 0

0

心目中最差的

健康状况

□

□

□

□

为了帮助一般人陈述健康状况的好坏，我们画了 一个刻度尺(有点像温度计),在这刻度尺上，100代 表您心目中最好的状况，0代表您心目中最差的状况。

我们希望就您的看法，在这个刻度尺上标出您今天 健康状况的好坏。请从下面方格中画出一条线，连到刻 度尺上最能代表您今天健康状况好坏的那一点。

您今天的 健康状况

( 九 )APGAR 家庭功能问卷

第 一 部 分 ：

填写下列问题 ， 您就能对您的家庭有更好的了解 ， 如果您对您的家庭或本项目还有其他补充 ， 请写在补充

附录 社会医学常用调查表 337

说明处。“家庭”是指平常与您住在一起的成员，如果您是一个人居住，请将目前与您最密切的人当作您的 家人 。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 问题 | 经常这样 | 有时这样 | 几乎很少 |
| 1.当我遇到困难时，可以向家人得到满意的帮助 补充说明： | □ | □ | □ |
| 2.我很满意家人与我讨论各种事情以及分担问题的方式 补充说明： | □ | □ | □ |
| 3.希望从事新的活动或发展时家人都能接受且给予支持 | □ |  | □ |
| 补充说明：  4.我很满意家人对我表达感情的方式以及对我的情绪的反应 补充说明： | □ |  |  |
| 5.我很满意家人与我共度时光的方式 补充说明： |  |  |  |

注：每道问题都有3个答案供选择，若答“经常这样”得2分，“有时这样”得1分，“几乎很少”得0分。 总分是7~10分，表示家庭功能良好，4~6分表示家庭功能中度障碍，0~3分表示家庭功能严重障碍。

第二部分：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 按密切程度将与您住在一起的人  (配偶、孩子、重要的人、朋友)顺序写下 | | | 跟这些人相处的关系() | | |
| 关系 | 年龄 | 性别 | 好 | 一般 | 不好 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 如果你和家人不住在一起，你经常求助的人 (家庭成员、朋友、同事、邻居) | | | 跟这些人相处的关系() | | |
| 关系 | 年龄 | 性别 | 好 | 一般 | 不好 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

(十)社会支持评定量表(SSRS)

指导语：下面的问题用于反映您在社会中所获得的支持，请按各个问题的具体要求，根据您的实际情况写。

338 附录 社会医学常用调查表

谢谢您的合作。

1. 您有多少关系密切，可以得到支持和帮助的朋友?(只选一项)

(1) 一 个也没有(2)1~2个(3)3~5个(4)6个或6个以上

2. 近一年来您：(只选一项)

(1)远离他人，且独居一室 (2)住处经常变动，多数时间和陌生人住在一起

(3)和同学、同事或朋友住在一起 (4)和家人住在一起

3. 您与邻居：(只选一项)

(1)相互之间从不关心，只是点头之交 (2)遇到困难可能稍微关心

(3)有些邻居很关心您 (4)大多数邻居都很关心您

4. 您与同事：(只选一项)

(1)相互之间从不关心，只是点头之交 (2)遇到困难可能稍微关心

(3)有些同事很关心您 (4)大多数同事都很关心您

5. 从家庭成员得到的支持和照顾(在合适的框内划“ √”)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 无 | 极少 | 一般 | 全力支持 |
| A.夫妻(恋人) |  |  |  |  |
| B.父母 |  |  |  |  |
| C.儿女 |  |  |  |  |
| D.兄弟姐妹 |  |  |  |  |
| E.其他成员(如嫂子) |  |  |  |  |

6. 过去，在您遇到急难情况时，曾经得到的经济支持和解决实际问题的帮助的来源有：

(1)无任何来源 (2)下列来源：(可选多项)

A. 配偶 B. 其他家人 C. 亲戚 D. 朋友 E. 同事 F. 工作单位 G. 党团工会等官方或半官方组织

H. 宗教、社会团体等非官方组织 I. 其他(请列出)

7. 过去，在您遇到急难情况时，曾经得到的安慰和关心的来源有：

(1)无任何来源 (2)下列来源：(可选多项)

A. 配偶 B. 其他家人 C. 亲戚 D. 朋友 E. 同事 F. 工作单位 G. 党团工会等官方或半官方组织

H. 宗教、社会团体等非官方组织 I. 其他(请列出)

8. 您遇到烦恼时的倾诉方式：(只选一项)

(1)从不向任何人诉述 (2)只向关系极为密切的1~2个人诉述

(3)如果朋友主动询问您会说出来(4)主动诉述自己的烦恼，以获得支持和理解

9. 您遇到烦恼时的求助方式：(只选一项)

(1)只靠自己，不接受别人帮助 (2)很少请求别人帮助

(3)有时请求别人帮助 (4)有困难时经常向家人、亲友、组织求援

10. 对于团体(如党团组织、宗教组织、工会、学生会等)组织活动：(只选一项)

(1)从不参加(2)偶尔参加(3)经常参加(4)主动参加并积极活动

**推荐阅读**

[1]中国共产党中央委员会，中华人民共和国国务院. 中共中央国务院关于深化医药 卫生体制改革的意见 .<http://www.gov.cn/test/2009-04/08/content_1280069.htm.> [2009-03-17]

[2]中国共产党中央委员会，中华人民共和国国务院.中共中央国务院“健康中国 2030”规划纲要.<http://www.gov.cn/zhengce/2016-10/25/content_5124174.htm.>

[2016-10-25]

[3]钱忠信. 中国医学百科全书 · 社会医学与卫生事业管理.上海：上海科学技术出版 社，1984.

[4]梁浩材.社会医学.长沙：湖南科学技术出版社，1988.

[5]顾杏元.社会医学.上海：上海医科大学出版社，1990.

[6]龚幼龙.社会医学.北京：人民卫生出版社，2000.

[7]龚幼龙，严非.社会医学.3版.上海：复旦大学出版社，2009.

[8]张拓红.社会医学.2版.北京：北京大学医学出版社，2010.

[9]卢祖洵，姜润生.社会医学.北京：人民卫生出版社，2013.

[10]李鲁.卫生事业管理.2版.北京：中国人民大学出版社，2011.

[11]程晓明.卫生经济学.3版.北京：人民卫生出版社，2012.

[12]郝模.卫生政策学.2版.北京：人民卫生出版社，2013.

[13]风笑天.社会研究方法.4版.北京：中国人民大学出版社，2013.

[14]世界卫生组织.2000年世界卫生报告卫生系统：改进业绩.北京：人民卫生出版 社，2000.

[15]国家卫生计生委统计信息中心.第五次国家卫生服务调查分析报告.北京：中国协 和医科大学出版社，2015.

[16]Engel GL.The need for a new medical model:a challenge for biomedicine.Science, 1977,196(4286):129-136.

[17]Geoffrey R.The strategy of preventive medicine.London:Oxford Medical Press,1991.

[18]Wear A.Medicine in society.Cambridge:Cambridge University Press,1992.

[19]Li L,Wang HM,Shen Y.Chinese SF-36 health survey:translation,cultural adaptation, validation,and normalization.J Epidemiol Community Health,2003,57:259-263.

[20]WHO.Closing the gap in a generation:health equity through the action on social deter- minants of health.[http://www.who.int/social \_delerminants/thecommission/](http://www.who.int/social_delerminants/thecommission/finalreport/en) [finalreport/en](http://www.who.int/social_delerminants/thecommission/finalreport/en)[<2008>]

**340 推** **荐** **阅** **读**

[21]WHO.Adelaide statement on health in all policies.<http://www.who.in/social_determi>-

nants/publications/countryaction/adelaide\_statement\_hiap/en[2010]

[22]WHO.Health systems financing:the path o universal coverage:World health report [2010.htp://www.who.int/whr/2010/en[2010]](2010.htp://www.who.int/whr/2010/en%5B2010%5D)

[23]WHO.Research for universal health coverage:World health report 2013.<http://www.> who.int/whr/2013/report/en[2103]

[24]WHO.Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020.<http://> [www.who.int/nmh/publications/ned-action-plan/en[2013]](https://www.who.int/nmh/publications/ned-action-plan/en%5B2013%5D)

[25]Liu P,Guo Y,Qian X,et al.China's distinctive engagement in global health.Lancet, 2014,384(9945):793-804.

[26]WHO.Global status report on non-communicable diseases 2014.<http://www.who.int/> nmh/publications/ncd-status-report-2014/en[2014]

[27]UN.The millennium development goals report 2015.<http://www.un.org/millennium>-

goals/news.shtml[2015]

[28]UN.Sustainable development goals.<http://www.undp.org/content/undp/en/home/sus>-

tainable-development-goals.html[2015]

[29]GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators.Global,regional,and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death,1990- 2013:a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013.Lancet,2015, 385(9963):117-171.

[30]WHO.World health statistics 2016:monitoring health for the SDGs.<http://www.who.> int/gho/publications/world\_health\_statistics/2016/en[2016]

**中英文名词对照索引**

21世纪人人享有卫生保健 health-for-all poliey for

F

the twenty-first century 171

36条目简明健康量表 the MOS 36-item short form health survey,SF-36153

A

癌症病人生活功能指数量表 functional living index cancer scale,FLIC 154

B

暴力 violence 281

C

倡导促动 advocacy 71

成本-效果分析 cost-effectiveness analysis,CEA 128 成本-效益分析 cost-benefit analysis,CBA 129

成本-效用分析 cost-utility analysis,CUA [129](#bookmark526)

成瘾行为 addictive behavior [294](#bookmark527)

城市化 urbanization [53](#bookmark528)

初级卫生保健 primary health care,PHC 172

访谈法 interview [86](#bookmark529)

非法药物 illicit drug [296](#bookmark530)

非故意伤害 unintentional injury 292

G

攻击 aggression [280](#bookmark531)

观察法 observation [84](#bookmark532)

国家卫生服务制度 national health services,NHS [197](#bookmark533)

过程评价 process evaluation [121](#bookmark534)

J

机械论医学模式 mechanistic medical model [14](#bookmark535)

绩效评价 performance evaluation [237](#bookmark536)

技术 technology [61](#bookmark537)

家庭 family [239](#bookmark538)

结构评价 structure evaluation [121](#bookmark539)

结果评价 outcome evaluation [121](#bookmark540)

经济发展 economic development [37](#bookmark351)

精神障碍 mental disorders [301](#bookmark541)

D

德尔菲法 Delphi [77](#bookmark542)

定量研究 quantitative research [85](#bookmark543)

定性研究 qualitative research [80](#bookmark544)

E

二级预防 secondary prevention 269

将健康融入所有政策 health in allpolicies,HiAP [33](#bookmark545)

健康 health [3](#bookmark546)

健康管理 health management [207](#bookmark460)

健康家庭 health family [241](#bookmark547)

健康社会决定因素 social determinants of health,SDH

24

健康投资 health investment [44](#bookmark548)

健康危险因素 health risk factors [130](#bookmark549)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 342 | 中英文名词对照索引  健康危险因素评价 health risk factors appraisal,HRA |  |
|  |  | R |
|  | 133 |  |
|  | 健康相关生命质量 health related quality of life, HRQOL 144  健康相关行为 health related behavior 68  健康治理 health governance 210 | 人格 personality 65 人口 population 47  认知 cognition 65  S |
|  | K  科学 science 61  可持续发展目标 sustainable development goals,SDG  173  L  良好适应状态指数 quality of well being index,QWB  152  M  慢性病治疗功能评价系统 the functional assessment  of chronic illness therapy,FACIT 155  慢性非传染性疾病 non-communieable diseases,NCDs  265  O  欧 洲 生 存 质 量 测 定 量 表 EuroQoL five-dimension questionnaire,EQ-5D 154  P  评价年龄 appraisal age 138  Q  千年发展目标 millennium development goals,MDGs  172  青少年妊娠 adolescent pregnancy 300  全球卫生 global health 169 | 三级预防 tertiary prevention 270  筛检 sereening 271  社会病 sociopath/social pathology 278  社会疾病保险 social sickness insurance 198  社会弱势人群 social vulnerable group 249  社会网络 social network 54  社会卫生状况 social health status 160  社会医学 social medicine 1  社区卫生服务 community health service,CHS 225 深人访谈 in-depth interview 82  神灵主义医学模式 spiritualism medical model 13  生命质量 quality of life,QOL 144  生态学模式 ecological model 15  生物-心理-社会医学模式 bio-psycho-social medical  model 18  生物医学模式 biomedical model 15  食品安全 food safety 51  世界卫生组织生存质量测定量表 the WHO quality  of life assessment instrument,WHOQOL 153  T  体力活动 physical activity 52  W  卫生保健制度 health care system 192  卫生费用 health expenditure 108  卫生服务利用 health services utilization 101  卫生服务需求 health services demand 100  卫生服务需要 health services need 100 |

中英文名词对照索引 [343](#bookmark550)

卫生服务研究 health services research [95](#bookmark551)

Y

卫生服务要求 health services want 100

卫 生 服 务 综 合 评 价 comprehensive evaluation on

health services [110](#bookmark552)

卫生工作方针 health work principles [186](#bookmark553)

卫生人力 health manpower [107](#bookmark554)

卫生体制改革 health system reform [188](#bookmark555)

卫生项目 health program [114](#bookmark556)

卫生项目评价 health program evaluation [115](#bookmark557)

卫生政策 health policy [175](#bookmark558)

文化 culture [57](#bookmark559)

问卷 questionnaire [88](#bookmark560)

问题饮酒行为 problem drinking behavior [298](#bookmark561)

压力 stress [66](#bookmark562)

一级预防 primary prevention [268](#bookmark563)

医学模式 medical model [12](#bookmark564)

营养 nutrition [49](#bookmark358)

影响评价 impact evaluation [121](#bookmark565)

Z

增长年龄 achievable age [139](#bookmark566)

职业压力 oceupational stress [52](#bookmark360)

质量调整生存年 quality-adjusted life years,QALY

158

X

效 度 validity [94](#bookmark567)

信度 reliability [93](#bookmark390)

性传播疾病 sexually transmitted diseases,STDs [299](#bookmark568)

选题小组讨论 nominal group discussion [84](#bookmark569)

专题小组讨论 focus group discussion 83

自然哲学医学模式 nature philosophical medical model

13

自 杀 suicide [286](#bookmark570)

自 伤 self-injury [287](#bookmark571)