

普通高等教育“十一五”国家级规划教材 高等医学院校卫生事业管理专业教材

**社会医学**

**(第2版)**

**主** **编** **张拓红**

**北京大学医学出版社**

责任编辑：李小云

封面设计： 耕 方假伊呂作度

高等医学院校卫生事业管理专业教材

卫生事业管理(第2版)

实用卫生统计学(第2版)

实用流行病学(第2版)

卫生经济学(第2版)

*社会医学(第2版)*

医疗保障原理与政策(第2版)

医院管理学(第2版)

卫生法学(第2版)

环境医学概论(第2版)

健康教育与健康促进(第2版)

医学伦理学(第2版)

医学文献检索(第2版)

明码8113967790510471

密码

一木书采用出版物数码防伪系统

刮开涂层将16位防伪密码发短信至106695881280 详情请查询中国扫黄打非网 ([www.shdf.gov.cn)](https://www.shdf.gov.cn))

ISBN978-7-81116-905-8

9787811169058>

定价：21.50元

普通高等教育“十一五”国家级规划教材 高等医学院校卫生事业管理专业教材

**社** **会** **医** **学**

(第2版)

**主** **编** 张拓红

**编** **委** (按姓氏拼音排序)

黄 森 黄悦勤 李 军

李爱兰 李曼春 刘 民

王红妹 王江蓉

**北京大学医学出版社**

**图书在版编目** **(CIP)** **数** **据**

社会医学/张拓红主编 . — 2版 . — 北京：北京 大学医学出版社，2010.5

ISBN 978-7-81116-905-8

I.① 社 … Ⅱ.①张 … Ⅲ . ①社会医学一医学院校一 教材 IV.①R1

中国版本图书馆CIP 数据核字(2010)第052239号

**社** **会** **医** **学** **(** **第** **2** **版** **)**

**主** **编：**张拓红

**出版发行：**北京大学医学出版社(电话：010-82802230)

**地** **址：**(100191)北京市海淀区学院路38号北京大学医学部院内

**网** **址：**<http://www.pumpress.com.cn>

**E -mail:** booksale@bjmu.edu.cn

**印** **刷：**北京新艺印刷有限公司

**经** **销：**新华书店

**责任编辑：**李小云 **责任校对：**金彤文 **责任印制：**张京生

**开** **本：**787mm×1092mm 1/16 **印张：**12.75 **字数：**321千字

**版** **次：**2010年5月第2版2010年5月第1次印刷 **印数：**1—4000册

**书** **号：**ISBN 978-7-81116-905-8

**定** **价：**21.50元 **版权所有，违者必究**

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

**前** **言**

我国社会医学学科建立二十多年来，教学和科研实践得到了很大的发展。学习社会医学 的不同层次的卫生管理专业学生人数，特别是在职学习卫生管理专业的本科学生人数不断增 加。同时，社会医学发展的理论和实践，也随着人口老年化、城市化和国际化趋势的发展而 不断发展，社会因素，尤其是社会制度和经济发展对健康的影响日益受到人们的重视，采取 适宜的社会卫生策略提高和改善人民群众的健康水平已经成为全社会的责任。因此，如何进 行社会医学教学以及如何选择合适的教材适应不同层次医学生的要求，显得尤为重要。在这 种情况下，为适应我国医药卫生体制改革和发展以及教育体制改革的需要，我们编写了这本 教 材 。

本书在编写的过程中，贯彻了“三基”的要求，即注重加强基本理论、基本知识和基本 技能的训练，力求达到具有较强的思想性、科学性、启发性、先进性和实用性，使其不仅可 以作为卫生管理专业本科生的教材，还可以作为医学本科其他各专业、电大学生和各层次社 会医学专业教学和科研工作者的参考教材。

本书主要分为三大部分。第一部分为社会医学概论，主要讲述绪论、医学模式与健康 观、社会因素与健康、社区卫生服务和社会卫生策略；第二部分为社会医学研究方法，主要 讲述社会调查研究方法、健康状况评价、健康危险因素评价和生活质量评价；第三部分为各 种主要社会人群的社会医学问题，主要讲述儿童青少年、妇女、老年人口、残疾人群以及城 市和农村社会医学问题。

本教材的特点有三个方面。 一是考虑到社会医学学科理论和实践日新月异发展的特点， 在教材当中尽量引用最新的数据和研究成果，使教材具有一定的时代性；二是可读性，尽量 照顾读者群广泛的特点，举例详尽，叙述通俗易懂，便于自学；三是连续性，保持社会医学 教材原有的体系清楚、逻辑性强，从发现问题到提出解决问题建议的思路，先介绍健康的概 念及测量，继而介绍健康的影响因素(特别注重社会影响因素),最后提出相应的对策。本 教材既沿用了原来社会医学教材的传统体例，也增加了一些新的内容，例如社会卫生策略部 分增加了有关个体和群体预防策略的内容，力图通过对这两种策略的比较，开阔学生的思 路，使学生了解在选择社会卫生策略方面应当有所权衡。

鉴于本教材编写时间比较仓促，且编者们的经验和水平有限，缺点在所难免，恳请读者 们批评、指正。

张拓红

2009年12月

**目** **录**

[**第一章** **绪** **论** 1](#bookmark1)

[第一节 社会医学的基本概念 1](#bookmark2)

[一 、社会医学的学科性质 1](#bookmark3)

[二 、健康的概念 2](#bookmark4)

[三、社会医学的研究对象和研究内容](#bookmark5)

[4](#bookmark6)

[第二节 社会医学的任务和作用 8](#bookmark7)

[一 、任务 8](#bookmark8)

[二 、作用 8](#bookmark9)

[第三节 社会医学的创立和发展 8](#bookmark10)

[一 、社会医学的萌芽时期(1760年](#bookmark11)

[到1840年) 8](#bookmark11)

[二 、社会医学的创立时期(1840年](#bookmark12)

[到1880年) 9](#bookmark12)

[三 、社会医学的发展时期(1880年](#bookmark13)

[到现在) 9](#bookmark13)

[第四节 学习社会医学课程的方法 9](#bookmark14)

[一 、课程的性质和任务 9](#bookmark15)

[二 、相关课程的衔接、配合、分工](#bookmark16)

[10](#bookmark17)

[三 、课程的教学基本要求 10](#bookmark18)

[四 、教学方法和教学形式建议 10](#bookmark19)

[五、课程教学要求的层次 10](#bookmark20)

[测试题 10](#bookmark21)

[参考答案 12](#bookmark22)

[**第二章** **医学模式与健康观** 14](#bookmark23)

[第一节 什么是医学模式 14](#bookmark24)

[一 、医学模式是医学实践的总结 14](#bookmark25)

[二 、医学模式是指导医学实践的自然](#bookmark26)

[观和方法论 14](#bookmark26)

[三 、医学模式的动态性 14](#bookmark27)

[第二节 医学模式的转变及其动因 15](#bookmark28)

[一 、神灵主义医学模式 15](#bookmark29)

[二、自然哲学医学模式 15](#bookmark30)

[三、机械论医学模式 16](#bookmark31)

[四 、生物医学模式 16](#bookmark32)

[第 三 节 现代医学模式的特征 17](#bookmark33)

[一 、现代医学模式产生的动因 17](#bookmark34)

[二 、生物一心理-社会医学模式的基本](#bookmark35)

[内容 20](#bookmark35)

[第四节 现代医学模式健康观和医学优先](#bookmark36)

[战略 21](#bookmark37)

[一 、现代医学模式引发的对医学目的](#bookmark38)

[的重新审视 21](#bookmark38)

[二 、现代医学模式对卫生服务的影响](#bookmark39)

[22](#bookmark40)

[三、对医学教育的影响 23](#bookmark41)

[四 、对预防医学的影响 24](#bookmark42)

[五 、对临床医学的影响 24](#bookmark43)

[六 、对健康状况评价的影响 25](#bookmark44)

[测试题 25](#bookmark45)

[参考答案 26](#bookmark46)

[**第三章** **社会因素与健康** 29](#bookmark47)

[第一节 社会因素的概述 29](#bookmark48)

[一 、社会因素的概念 29](#bookmark49)

[二 、社会因素影响健康的特点 30](#bookmark50)

[三、社会因素影响健康的机制 30](#bookmark51)

[第二节 宏观经济与健康 32](#bookmark52)

[一 、经济水平低下影响健康 32](#bookmark53)

[二 、经济发展促进健康水平的提高](#bookmark54)

[32](#bookmark55)

[三 、健康水平的提高促进经济发展](#bookmark56)

[33](#bookmark57)

[四 、经济发展对健康可能带来的](#bookmark58)

[负面影响 33](#bookmark58)

[第三节 社会条件(发展)与健康 33](#bookmark59)

[一 、社会制度与健康 33](#bookmark60)

[二 、人口发展与健康 34](#bookmark61)

[三 、卫生事业发展与健康 35](#bookmark62)

[第四节 社会生活与健康 36](#bookmark63)

**社会医学(第2版)**

[一 、社会阶层与健康 36](#bookmark64)

[二 、社会关系与健康 36](#bookmark65)

[三、社会营养与健康 38](#bookmark66)

[第五节 社会文化与健康 39](#bookmark67)

[一 、概述 39](#bookmark68)

[二 、教育对健康的影响 39](#bookmark69)

[三、文化对精神健康的影响 40](#bookmark70)

[四 、风俗习惯对人群健康的影响 40](#bookmark71)

[五 、宗教对人群健康的影响 40](#bookmark72)

[第六节 社会心理因素与健康 41](#bookmark73)

[一 、概述 41](#bookmark74)

[二 、个性心理特征与健康 42](#bookmark75)

[三、应激与健康 42](#bookmark76)

[四 、生活事件与健康 43](#bookmark77)

[五、情绪与健康 47](#bookmark78)

[第七节 行为生活方式与健康 47](#bookmark79)

[一 、概述 47](#bookmark80)

[二 、促进健康的行为 48](#bookmark81)

[三 、吸烟与健康 49](#bookmark82)

[四 、酒滥用与健康 49](#bookmark83)

[五、药物滥用与健康 49](#bookmark84)

[六 、不良性行为与健康 50](#bookmark85)

[测试题 50](#bookmark86)

[参考答案 51](#bookmark87)

[**第四章** **社会调查研究方法** 55](#bookmark88)

[第一节 概 述 55](#bookmark89)

[一 、社会医学研究方法 55](#bookmark90)

[二 、社会调查研究 57](#bookmark91)

[第二节 社会调查研究的基本程序 58](#bookmark92)

[一 、提出研究问题 58](#bookmark93)

[二 、设计研究方案 58](#bookmark94)

[三 、收集资料 60](#bookmark95)

[四 、分析资料与解释结果 62](#bookmark96)

[五、散发和应用研究结果 62](#bookmark97)

[第三节 问卷调查 62](#bookmark98)

[一 、问卷调查的概念 62](#bookmark99)

[二 、问卷的基本结构 63](#bookmark100)

[三 、问卷设计的步骤 65](#bookmark101)

[四 、问卷设计的注意问题 66](#bookmark102)

[五、问卷的信度与效度 66](#bookmark103)

[第四节 观察法 67](#bookmark104)

[一 、观察法的分类 67](#bookmark105)

[二 、观察法的应用 68](#bookmark106)

[三、观察法的实施步骤 69](#bookmark107)

[四 、观察法的优缺点 70](#bookmark108)

[第五节 个别深入访谈法 73](#bookmark109)

[一 、个别深入访谈的功用 73](#bookmark110)

[二 、个别深入访谈的实施 73](#bookmark111)

[三 、个别访谈法的优缺点 76](#bookmark112)

[第六节 专题小组讨论 76](#bookmark113)

[一 、基本概念 76](#bookmark114)

[二 、专题小组讨论的应用 77](#bookmark115)

[三 、开展专题小组讨论的基本步骤](#bookmark116)

[77](#bookmark117)

[四 、专题小组讨论的优缺点 79](#bookmark118)

[测试题 80](#bookmark119)

[参考答案 81](#bookmark120)

[**第五章** **健康状况评价** 84](#bookmark121)

[第一节 健康状况评价的概念 84](#bookmark122)

[一 、个体的健康状况评价 84](#bookmark123)

[二 、群体的健康状况评价 86](#bookmark124)

[三、健康状况评价的概念和意义 86](#bookmark125)

[四 、健康状况评价的发展 87](#bookmark126)

[第二节 健康状况评价的指标 88](#bookmark127)

[一 、健康相关指标 88](#bookmark128)

[二 、健康状况指标 91](#bookmark129)

[三 、指标的获得途径 93](#bookmark130)

[第三节 健康状况评价的方法 95](#bookmark131)

[一 、症状功能评价法 95](#bookmark132)

[二 、寿命表法 98](#bookmark133)

[第四节 健康状况综合评价 101](#bookmark134)

[一 、发展综合指标的原因 101](#bookmark135)

[二 、常用综合指标 102](#bookmark136)

[测试题 102](#bookmark137)

[参考答案 104](#bookmark138)

[**第六章** **健康危险因素评价** 106](#bookmark139)

[第一节 概 述 106](#bookmark140)

[一 、健康危险因素 106](#bookmark141)

[二 、健康危险因素评价 108](#bookmark142)

三、慢性非传染性疾病的发展过程和

2

**目** **录**

[健康管理 108](#bookmark144)

[第二节 健康危险因素评价的计算](#bookmark145)

[方法 109](#bookmark145)

[一 、收集资料 109](#bookmark146)

[二 、分析资料 111](#bookmark147)

[第三节 健康危险因素评价 115](#bookmark148)

[一 、健康危险因素评价的意义 115](#bookmark149)

[二、个体评价 115](#bookmark150)

[三、群体评价 116](#bookmark151)

[**第七章** **生活质量评价** 117](#bookmark152)

[第一节 生活质量的概念和内容 117](#bookmark153)

[一 、生活质量和生命数量 117](#bookmark154)

[二 、健康相关生活质量 117](#bookmark155)

[第二节 健康相关生活质量的评价](#bookmark156)

[内容 118](#bookmark156)

[一 、躯体健康 118](#bookmark157)

[二 、心理健康 118](#bookmark158)

[三、社会功能 119](#bookmark159)

[四、一般性感觉 119](#bookmark160)

[第三节 常用的生活质量量表 119](#bookmark161)

[一 、WHO 生活质量测定量表](#bookmark162)

[(WHOQOL -100) 119](#bookmark162)

[二、36条目简明健康量表(SF -36)](#bookmark163)

[124](#bookmark164)

[三、疾病影响量表(SIP ) 126](#bookmark165)

[第四节 生活质量评价的应用 130](#bookmark166)

[一 、健康状态评价 130](#bookmark167)

[二 、选择治疗方法 130](#bookmark168)

[三、计算质量调整生存年数 130](#bookmark169)

[四、成本-效益分析 130](#bookmark170)

[测试题 130](#bookmark171)

[参考答案 132](#bookmark172)

[**第八章** **社区卫生服务** 133](#bookmark173)

[第一节 社区卫生服务基本概念 133](#bookmark174)

[第二节 社区卫生服务的对象 134](#bookmark175)

[一 、社区卫生服务对象 134](#bookmark176)

[二 、社区卫生服务对象分类 134](#bookmark177)

[第三节 社区卫生服务内容和任务](#bookmark178)

[135](#bookmark179)

[一、社区卫生服务的基本内容 135](#bookmark180)

[二 、社区卫生服务机构的基本工作](#bookmark181)

[内容 135](#bookmark181)

[三、澳大利亚皇家医学院提出的社](#bookmark182)

[区全科医疗核心服务内容 136](#bookmark182)

[四、社区卫生服务方式 138](#bookmark183)

[五 、社区卫生服务任务 139](#bookmark184)

[第四节 社区卫生服务的特点 139](#bookmark185)

[一 、以生物一心理-社会医学模式为](#bookmark186)

[指导 139](#bookmark186)

[二 、基层医疗、预防、保健服务](#bookmark187)

[139](#bookmark188)

[三 、以预防为导向的服务 139](#bookmark189)

[四、综合性服务 140](#bookmark190)

[五 、持续性服务 140](#bookmark191)

[六 、协调性服务 140](#bookmark192)

[七、可及性服务 140](#bookmark193)

[八、以家庭为单位的服务 141](#bookmark194)

[九、以社区为基础的服务 141](#bookmark195)

[十、团队合作的工作方式 141](#bookmark196)

[第五节 社区卫生服务组织形式 141](#bookmark197)

[一 、城市社区卫生服务机构设置](#bookmark198)

[原则 142](#bookmark198)

[二 、城市社区卫生服务机构](#bookmark199)

[(中心和站)基本标准 142](#bookmark199)

[第六节 社区诊断和社区卫生服务](#bookmark200)

[发展计划 143](#bookmark200)

[一 、社区诊断 143](#bookmark201)

[二、加强城市社区卫生人才队伍](#bookmark202)

[建设 146](#bookmark202)

[测试题 147](#bookmark203)

[参考答案 149](#bookmark204)

[**第九章** **社会卫生策略** 151](#bookmark205)

[第一节 社会卫生策略的概念 151](#bookmark206)

[一 、健康问题的发现 151](#bookmark207)

[二 、健康问题的根源 151](#bookmark208)

[第二节 个体预防策略——自我保健](#bookmark209)

[153](#bookmark210)

[一 、社会基础 153](#bookmark211)

[二 、优点 154](#bookmark212)

[三、缺点 155](#bookmark213)

**社会医学(第** **2版)**

[第三节 群体预防策略 156](#bookmark215)

[一 、基础 156](#bookmark216)

[二 、优点 157](#bookmark217)

[三、缺点 158](#bookmark218)

[第四节 全球卫生策略与初级卫生](#bookmark219)

[保健 158](#bookmark219)

[一 、初级卫生保健 158](#bookmark220)

[二 、全球卫生面临的新挑战 159](#bookmark221)

[三、21世纪人人享有卫生保健 160](#bookmark222)

[第五节 中国的卫生策略 161](#bookmark223)

[一 、中国的卫生问题 161](#bookmark224)

[二 、中国的卫生策略 162](#bookmark225)

[三、卫生发展战略 163](#bookmark226)

[测试题 163](#bookmark227)

[参考答案 164](#bookmark228)

[**第十章** **特殊人群社会医学** 167](#bookmark229)

[第一节 儿童青少年社会医学 167](#bookmark230)

[一 、儿童青少年健康问题 167](#bookmark231)

[二 、儿童青少年健康的影响因素](#bookmark232)

[168](#bookmark233)

[三 、社会卫生措施 169](#bookmark234)

[第二节 妇女社会医学 170](#bookmark235)

[一 、我国妇女保健现状 170](#bookmark236)

[二 、社会卫生问题及影响因素 171](#bookmark237)

[三、社会卫生措施 171](#bookmark238)

[第三节 老年人口社会医学 172](#bookmark239)

一 、人口老龄化及我国人口老龄化

[的特点 172](#bookmark240)

[二 、老年人口的健康状况 173](#bookmark241)

[三、老年人口的健康影响因素 174](#bookmark242)

[四 、老年人口的社会卫生对策 175](#bookmark243)

[第四节 残疾人群的社会医学问题](#bookmark244)

[177](#bookmark245)

[一 、残疾人口的社会卫生状况 177](#bookmark246)

[二 、残疾人的社会医学问题 178](#bookmark247)

[三、残疾人口健康的影响因素 179](#bookmark248)

[四 、残疾人全面社会保健与康复](#bookmark249)

[180](#bookmark250)

[测试题 181](#bookmark251)

[参考答案 182](#bookmark252)

[**第十一章** **城市与农村社会医学**  184](#bookmark253)

[第一节 城市社会医学 184](#bookmark254)

[一 、城市的主要社会卫生问题 184](#bookmark255)

[二 、影响城市人群健康的社会因素](#bookmark256)

[186](#bookmark257)

[三 、城市社会卫生措施 187](#bookmark258)

[第二节 农村社会医学 188](#bookmark259)

[一 、农村的主要社会卫生问题 188](#bookmark260)

[二 、影响农村人群健康的社会因素](#bookmark261)

[191](#bookmark262)

[三 、社会卫生措施 192](#bookmark263)

[测试题 194](#bookmark264)

[参考答案 194](#bookmark265)

**第一章** **绪** **论**

**学** **习** **目** **标**

1. 社会医学的研究对象和内容

2. 社会医学的任务和作用

3. 社会医学的创立和发展

**教学目标**

1. 阐述社会医学的研究对象

2. 陈述社会医学的研究内容

3. 知道社会医学的任务

4. 列举社会医学的作用

5. 知道社会医学的发展阶段

6. 说明社会医学历史上的主要代表人物、主要论著和成就



**第一节** **社会医学的基本概念**

**一** **、社会医学的学科性质**

社会医学是研究社会因素与健康及疾病之间相互联系及其规律的一门科学，是医学与社 会学之间相互渗透而发展起来的，它综合了生物医学与社会学的研究方法与成果，是社会学 和生物医学之间的交叉或边缘学科。

传统的生物医学属于自然科学范畴，是通过寻找生物学因素对人的健康与疾病所造成的 影响，达到通过物理、化学和生物学手段来控制疾病，保障人的身体健康的目的。生物医学 所研究的对象是人的健康与疾病，研究生物学因素对人的健康与疾病所造成的影响，并试图 通过物理、化学和生物学手段来控制疾病和健康。《辞海》指出：医学是研究人类生命过程 以及同疾病作斗争的一门科学体系，属于自然科学范畴。从人的整体性及其同外界环境的辩 证关系出发，用实验研究、现场调查、临床观察等方法，不断总结经验，研究人类生命活动 和外界环境的相互关系，研究人类疾病的发生、发展及其防治、消灭的规律，以及增进健 康、延长寿命和提高劳动能力的有效措施。例如，当一名患者感到头痛不适，来到神经内科 就诊，以往医生首先要考虑的往往是患者有没有其他躯体器官的病变，有没有神经系统的生 理学和生物化学方面的改变。证实医生的“疾病是器质性的”这一假设的办法，除了医生要 询问病人的病史，用随身的器械进行简单物理诊断外，往往医生还要借助化验和辅助诊断手 段，诸如CT 、核磁共振等方法对病人进行进一步的诊断。如果通过一系列检查没有发现病

**社** **会** **医** **学** **(** **第** **2** **版** **)**

1

人的器质性病变，有的医生会认为这个人是健康的，头痛不适只是因为这个人“神经衰弱”, 最后给病人开一些营养神经的药物就让其回家了。另外的一个例子是，目前有一些相当流行 的看法，因为人类的疾病和健康无一例外都是和人体的基因密切相关，所以认为只要破译了 人类基因的密码，通过分子生物学的技术发展，就能实现对人体基因的控制，所有人类的健 康问题都可以迎刃而解。以上的两个例子都说明，生物医学的关注点在生物学因素。

而社会学与生物医学的看法迥然相异。虽然社会学的发展是从自然科学当中脱胎出来， 并借鉴了自然科学研究的实证主义方法，即一切结论要依靠研究证据的方法，但社会学研究 的对象是人的行为，包括所有的社会依从行为和偏离行为，这些行为的社会原因和社会后 果，以及采用社会手段对偏离行为的控制方法。社会学认为，任何社会都存在着社会规范， 这种规范作为一种文化代代相传，人从小就生活在社会中，就要学习这种社会规范，从出生 一直到老都要受到这种社会规范的约束，所以人的行为，要时时刻刻受到社会的影响，人的 行为，必然有其社会原因，当然也会对社会造成或好或坏的后果。如果是好的后果，社会会 对其进行褒扬，促使好的后果在社会上传播，进而影响到更多人，影响到下一代。而对于不 好的后果，社会就要对其加以限制，甚至是惩罚，以警戒他人和后人，避免这种行为在社会 上传播。通过褒扬和惩戒，社会就能够实现控制，保证社会的秩序，实现规范文化的代代相 传。例如，在抗洪抢险前线中置个人安危于不顾，保证了国家财产和人民安全的英雄，受到 了党和国家的高度赞扬和褒奖，而贪污巨款损害人民利益、抢劫银行犯下多起命案的罪犯就 要受到司法系统的制裁。这些办法都是采用社会手段，如政策、法律、规章、制度等所进行 的社会控制。

同时，社会要找出出现这些社会问题的社会原因，以便更好地控制这些社会问题。社会 学认为，任何偏离行为都不是孤立产生的，它必然与社会本身的构造、体制等有着不可分割 的联系。所以人类的行为问题，如贫困、自杀、青少年暴力、社会动乱，都有着深刻的社会 体制的原因，进行社会变革、社会改造是重要的手段。

而社会医学作为社会学与传统的生物医学的交叉或边缘学科，它是通过评价人群的健 康，找出影响疾病和健康的社会因素，并制定出社会卫生策略，来实现保障人类健康的目 的。与社会学所不同的是，它所研究的人类行为，仅仅局限于人类的疾病和健康；与传统生 物医学所不同的是，它对人类行为的社会原因和社会后果加以追究，试图发现影响人类健康 的制度、经济、文化、心理、家庭、人际关系、生活方式等方面的原因，并通过制定社会政 策、采用社会动员的手段来促进人类的健康。例如，目前对人类健康影响最大的疾病是心血 管系统疾病，而其中最大的杀手是冠心病。而流行病学研究发现，虽然生物学原因诸如遗 传、既往高血压等对于冠心病的发生和发展起到了内因的重要作用，但在冠心病的主要生物 学原因以外，社会因素特别是生活方式和社会心理因素起到了外因的作用。良好的生活方式 可以大大降低冠心病的发病率，比如控制膳食当中的饱和脂肪摄入量、有规律地进行体育锻 炼，经过多项研究证实可以预防冠心病的发生。另外一个方面是，不良的生活方式将会增加 冠心病发病的危险性，如长期处于紧张有压力的工作环境、A 型行为性格等。

**二** **、健康的概念**

社会医学研究的重点是人群的健康。那么首先要对健康概念的内涵和外延有清楚的理 解。世界卫生组织 (WHO) 认为：“健康不仅是疾病或体弱的匿迹，而是身心健康和社会 幸福的完好状态 (Health is a state of complete physical,mental and social well-being and

2

**第** **一** **章** **绪** **论**

not merely the absence of disease or infirmity)”。从这个定义我们可以看到，健康状况不仅 是简单地判断一个人是否生病或受伤，它同样意味着一种完全安适状态。尽管世界卫生组织 认为健康是没有疾病、受伤或痛苦，但很多学者建议当一个人有能力完成日常生活活动时就 可以被认为是健康。许多人认为健康就是功能完好的状态，并在日常生活中采用这种看法。

健康是任何个体或社会行使其功能的必要前提。当我们健康状况良好时，我们能够参与 各种类型的活动，但当我们生病、痛苦或受伤时，正常的日常生活就要受到限制。在我们被 病痛困扰时，其他事情就变得次要或毫无意义。勒内 ·杜博斯 (RenéDuBos,1981) 认为： “健康可以看成发挥功能的能力”。健康人不是没有健康问题，但健康人能够做他们想做的 事 情 。

就像托马斯 ·麦基翁 (Thomas Mckeown,1979) 所观察到的，我们可以从亲身经历中 知道，健康的完好状态不仅是没有疾病或残疾，社会因素、宗教信仰、经济发展、个体特征 和医学水平等因素都会影响健康。医学在健康促进中的作用是预防疾病、避免夭亡、照顾病 人和残疾人。麦基翁认为医学的任务不是创造幸福，而是排除疾病和失能这些造成人们生活 不幸福的现象。

长期以来，人们有一种传统的健康观，认为：疾病与健康是互相排斥的，健康等于无 病，无病等于健康。所以在对人群进行健康测量时，只限于找出其中的病人，所使用的也都 是消极的健康指标，如死亡率、患病率等。这种健康观是一种剩余模式的健康观，因为在躯 体疾病与真正的健康之间，还存在着一个没有疾病但并非健康的状态。

世界卫生组织对健康的定义显示了一种积极的健康观。它包括三个层次的健康：

(1)躯体健康，指躯体的结构完好和功能正常。躯体健康具有相对性，人体通常不断地 通过各种机制调节各种器官和组织的功能，以适应和保持与环境中不利因素之间的平衡，由 于环境不断变化，躯体与环境之间的平衡是相对的；

(2)心理健康，又称精神健康，指人的心理处于完好状态，包括正确认识自我、正确认 识环境和及时适应环境。正确认识自我指的是既不高估、也不低估自己。过高估计自己，过 分夸耀自己，过度自信，工作没有弹性，办事不留后路， 一旦受挫，易引起心理障碍；反 之，过低估计自己，缺乏自尊心、自信心，胆小怕事，缺乏事业的成就感，缺乏责任感等都 是心理不健康的表现。正确认识环境指个人要对过去的、现在的以及将要发生的一切事件和 事物有客观的和一分为二的认识。及时适应环境：指使自己的心理与环境相协调和平衡的过 程，要求人们主动地控制自我，改造环境与适应环境。

(3)社会适应能力，包括三个方面，即每个人的能力应在社会系统内得到充分的发挥； 作为健康的个体应有效地扮演与其身份相适应的角色；每个人的行为与社会规范相一致。

实际上，在健康和不健康之间，并不存在一个截然的分界线。医学上之所以把病人和健 康人截然分开，是受到了传统医学模式的影响。有关医学模式的内容，我们将在第二章中加 以详细叙述。因此，传统的医学和社会医学之间就形成了一个明显的分水岭：传统医学采用 一分为二的观点，把健康和不健康截然分开，健康就等于没有疾病；而社会医学认为，健康 是连续的，健康是躯体、心理和社会三个方面的完好状态，健康不等于没有疾病，没有疾 病的健康只是健康的一个部分或者还不能算作健康。美国学者曾经根据世界卫生组织的 健康定义提出三维健康的八种模式(见表1-1),并对北卡罗莱纳州的356位居民进行了调 查，结果发现，符合世界卫生组织定义的健康人在全人群中不到50%(表1-2)。这一方面 反映了健康是多维的、连续的；另外也反映了世界卫生组织的健康定义，对健康的要求是非

常高的。

**表1-1三维健康的8种模式**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 健康状况 | 心理方面 | 躯体方面 | 社会方面 |
| 1 | 正常健康 | 健康 | 健康 | 健康 |
| 2 | 无病呻吟 | 不健康 | 健康 | 健康 |
| 3 | 处境难堪 | 健康 | 健康 | 不健康 |
| 4 | 患有疾病 | 健康 | 不健康 | 健康 |
| 5 | 严重疑病 | 不健康 | 健康 | 不健康 |
| 6 | 疾病缠身 | 不健康 | 不健康 | 健康 |
| 7 | 虽病犹安 | 健康 | 不健康 | 不健康 |
| 8 | 严重疾患 | 不健康 | 不健康 | 不健康 |

**表1-2北**

**卡罗莱纳州人的三维健康状况**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 健康状况 | 人数 | % |
| 1 | 正常健康 | 172 | 48.3 |
| 2 | 无病呻吟 | 39 | 11.0 |
| 3 | 处境难堪 | 8 | 2.3 |
| 4 | 患有疾病 | 41 | 11.5 |
| 5 | 严重疑病 | 14 | 3.9 |
| 6 | 疾病缠身 | 27 | 7.6 |
| 7 | 虽病犹安 | 8 | 2.2 |
| 8 | 严重疾患 | 47 | 13.2 |
| 合计 | 356 | 100.0 |

**三、社会医学的研究对象和研究内容**

社会医学的研究内容包括三个方面：研究社会卫生状况和人群健康状况；探讨影响人群 健康的因素，特别是社会因素；制定社会卫生策略。

(一)社会卫生状况和人群健康状况

即进行社会诊断。通过统计学、流行病学、社会学的方法，研究人群的健康状况；应用 科学指标对人群健康状况作出评价，找出需要优先解决的问题。常用的科学指标有：生物指 标如疾病、死亡、寿命指标；心理指标如性格心理测量；社会指标有社会支持、社会网络； 综合指标如生命质量指数 (PQLI)。

测量社会卫生状况有很多途径，例如公安部门、统计部门、卫生部门都有常规的登记资 料，还有全面定期搜集的统计资料、抽样监督监测资料供我们使用。我们还可以借鉴国际上 的统计资料，如世界银行、联合国开发计划署、联合国儿童基金会和世界卫生组织的年报资 料。同时，还可以根据研究和工作的需要自己设计和搜集资料。

对于人群的健康状况评价，我们也采取统计学和流行病学的手段。既可以利用以上所述

**第** **一** **章** **绪** **论**

的机构资料，还可以自己搜集资料。例如，当我们打算了解一个人口为30万的城市居民的 健康状况时，可以通过多阶段分层整群抽样的方法，抽取1%或者1.5%的居民，用自己设 计的调查问卷，聘请访问员逐户进行访问调查。调查的内容包括最近一段时间(可以是调查 前的2周、3周或者1个月)内患病、日常生活活动受到限制、出现某些特定的症状或者功 能失调、情绪障碍以及社会交往方面的困难情况。同时还可以了解被调查者的年龄、婚姻状 况、文化程度、职业以及经济收入等情况，了解过去一年内生活当中所发生的事情，并对这 些生活事件在个人生活当中造成的影响进行评估。最好，应当了解家庭、邻里(社区)和社 会对个人的支持。

(二)影响人群健康的因素，特别是社会因素

1. 社会经济地位对健康的影响 西方众多学者认为，社会经济地位 (Social Economic Status,SES) 这个概念可以综合全面地反映一个人在社会当中所处的阶层，而阶层是影响 健康的一个重要因素。衡量社会经济地位的指标有很多，教育、职业和收入都曾经被单独用 来作为社会经济地位的指标使用，但是由于在不同的文化当中，这几个指标所代表的内容也 不一样，所反映的阶层信息千差万别。比如单独使用收入指标，只能反映一个个体或者群体 的收入水平，不能反映消费水平和消费方式，而消费方式是生活方式的一个部分，不同的阶 层，消费方式明显不同。而单独使用教育指标，也只能反映过去的教育水平，无法反映当前 的状况。所以，西方社会学者通过研究，将教育、文化、职业三个概念综合在一起，共同形 成一个指标，称为社会经济地位，用以全面地反映阶层这一概念。

社会经济地位是健康的决定性因素。收入决定了消费能力、营养、住房和医疗保健状 况。职业决定了社会地位、责任感、体力活动和与工作相关的健康风险。教育决定了获取积 极社会、心理和经济资源的能力。三个指标所表述的内容并不一样，只有综合起来，才能全 面反映一个人所处的社会经济地位。例如，从事建筑的工人收入较高，但工作相关健康风险 很大，工作当中所面临的物理、化学、生物和精神危险因素多，受教育的程度较低，决定了 其在社会当中的经济地位相对较低；而国家机关工作人员收入较低，但工作的体力活动少， 责任感强，教育水平相对较高，其社会经济地位就比较高。要实现不同社会经济地位人群之 间的平等，政府、国家应当给贫困人口倾斜性的政策。例如我们常常提到，要给贫困地区以 支持，包括财政和政策方面的支持，而最重要的是政策支持，让他们拥有自我发展的能力。 对贫困大学生，国家采取发放助学贷款，免交部分学费的办法，让他们能够保有所获得的社 会资源，而不是不得已把这种社会资源转让给社会经济地位较高的人。著名学者维尔金森 说，发达国家中间健康水平最高的国家不是最富有的国家，而是最平等的国家，表1-3就 说明了这一点。美国的收入水平比瑞典高得多，但婴儿死亡率却比瑞典高得多，平均期望寿 命比瑞典低得多。中国的收入水平比巴西低得多，但婴儿死亡率和平均期望寿命却与巴西差 不多。

**表1-3部分国家的人均国民收入(GDP,购买力平价，** **PPP)** **与健康指标的关系(2007)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 国家 | 人均GDP(PPP,美元) | 婴儿死亡率(‰) | 平均期望寿命(岁) |
| 美国 | 45850 | 6 | 78 |
| 瑞典 | 36590 | 2 | 81 |
| 日本 | 34600 | 3 | 83 |
| 澳大利亚 | 33340 | 5 | 82 |
| 墨西哥 | 12580 | 18 | 76 |
| 巴西 | 9370 | 20 | 73 |
| 埃及 | 5400 | 30 | 68 |
| 中国 | 5370 | 19 | 74 |
| 斯里兰卡 | 4210 | 17 | 71 |
| 印度 | 2740 | 54 | 64 |
| 坦桑尼亚 | 1200 | 73 | 52 |

虽然收入水平和职业地位也很重要，良好健康状况的最重要决定因素应该是受教育程 度。受教育程度高的人总体上更了解健康生活方式的优点和预防保健的重要性，当他们出现 健康问题时，他们能够更好地获得医疗服务。例如美国1995年的一项研究表明，受教育程 度高的人群与受教育程度低的人群相比，前者主观上更多地感到工作充实，有价值，而且收 入较高，较少出现经济困难，感觉自己对于生活和健康状况有更大的调控力。受教育程度高 的人一般较少吸烟，更多地参加体育锻炼，经常找医生进行体检，而且饮酒比较适量。这种 相关关系随着生命的延续不断加强。受教育程度低的人出现疾病和伤残的可能性随年龄增加 越来越大，而且期望寿命越来越低。英国的研究发现，低社会阶层的男性和女性老年人的健 康状况显著差于受教育程度高、富裕的老年人。无技能工人中慢性病的患病率最高，而在高 级专业人员中慢性病的患病率最低。

2. 社会心理因素对健康的影响 社会因素对某一特定疾病发生和发展的影响，不仅限 于年龄、性别、种族、社会阶层、贫困状况、生活方式、习惯和习俗等因素，人类精神和躯 体之间的相互作用也是影响健康的关键因素。多伦温德曾指出“生活紧张因素能够引起严重 疾病甚至导致死亡”。

社会心理因素对健康影响的一个典型的例子是过劳死。过劳死在日本引起了很大震动， 引发了全球对这个问题的关心。过劳死被定义为“被迫持续进行单调的心理上不愉快的工 作，打乱了工作者正常的生活和工作节律”,以至于“体内蓄积的疲劳加重了心血管疾患而 导致死亡”。这种疾患常见于日本中年男性，他们工作的时间严重超长。日本人的平均劳动 时间远比其他国家长的多。例如，1991年日本工人平均劳动时间为2139小时，而美国只有 1847小时，德国只有1499小时。在日本大机关、大企业工作的男性，尤其是中年一代，非 常看重他们所就职的企业，因为日本人与美国人不同，他们一般都选择一个能够托付终生的 可靠职业，而企业也要求职员对企业忠诚。日本人过去所受到的教育告诉他们，企业是他们 的，企业的荣辱成败与每个人的业绩息息相关；他们是企业的，企业繁荣，他们今后的生活 稳定和事业发展就有所保证。所以加班加点，牺牲和家人团聚的时间，甚至牺牲自己所必需 的休息时间也在所不惜。这样一方面是为了对企业表示忠诚，另外一方面因为人人都是这

**第** **一** **章** **绪** **论**

样，所以提前回家会被同事和家人瞧不起。对日本东京地区大公司职员平均每天的时间安排 进行调查，发现他们日平均工作时间为12小时，还要加上每天从家里到单位的往返路途时 间1小时40分钟，除去睡觉的7小时，他们和家人在一起的时间总共才2小时多一点。日 本学者研究表明，劳动时间过长是过劳死的唯一原因。日本的中年人绝少谈到休假或者业余 活动，他们甚至觉得谈论这些都是罪过。

3. 宗教文化对健康的影响 当今世界上信仰宗教的人仍然很多，对许多人来说，宗教 文化依然是影响健康生活方式的重要因素。许多研究提示，宗教态度和宗教行为可能对许多 与健康相关的行为产生正面影响，这包括禁止吸烟和饮酒，禁止多性伴性关系，提倡加强营 养、保健和体育锻炼等。在一项研究中，德怀尔和米勒观察发现，在强调正统教义和言行一 致的宗教群体中，癌症的死亡率较低。研究者认为，这是由于这些群体不赞成与癌症死亡相 关的某些行为(如吸烟)的结果。

德怀尔等人在广泛查阅文献后发现，其他研究也支持宗教对健康产生正面影响的看法， 例如美国犹他州的摩门教徒期望寿命较长，而且摩门教徒和非摩门教徒人群当中，肺癌的患 病率都低。究其原因，是摩门教的社会环境中人们强烈地反对吸烟，因而也很少有人成为被 动吸烟者。有人比较了犹他州和内华达州的人口死亡率，发现由于犹他州人的健康生活方 式，导致了其健康状况好于内华达州。在内华达州，人们的吸烟率、酒精消费量和家庭不稳 定性显著高于犹他州，而对于宗教的虔诚程度则低于犹他州。

(三)社会卫生策略

即根据健康状况评价和健康影响因素的研究，找出需要优先解决的健康问题，通过政 治、法律、规章制度等渠道，通过卫生立法，卫生规划和社区卫生服务等手段，改善社会经 济状况，从而从根本上解决影响人群健康问题的原因，实现医学保护人群健康，提高人群健 康水平的目标。

社会卫生策略是建立在对整个社会个人健康和人群健康评价的基础之上的。社会医学最 根本的目的是让人们，尤其是社会的领导和决策者们理解，健康不仅仅是个人的问题，健康 是一个社会应当保障的基本人权，所以健康是社会的责任。还要理解健康是社会生产力和文 明发展与进步的前提，没有健康的个人，就没有健康的社会，也就不可能有经济的发展。任 何一种社会制度，都不可避免地要重视卫生工作，尤其是涉及影响公众健康的公共卫生问 题，例如， 一个国家要制定卫生政策，确定一个时期的卫生工作重点，指导各个机构按照这 个方针制定国家和地方的法律、法规，以及各行各业有关卫生的规章制度。例如我们国家的 卫生政策是预防为主、加强农村卫生和发展中西医结合事业，相应的法律有《食品安全法》、 《国境检疫法》、《母婴保健法》、《传染病防治法》、《职业病防治法》等，都在强调预防为主 的方针。法律制定出来之后，还应当建立严格的执法监督制度，有监督机构、监督队伍和惩 罚实施细则，在操作上有足够的力度。当然，任何一个法律在出台的时候都不是十全十美 的，经过一段时间的运作，都应当作及时的修订。我国的部分卫生法律法规已经进行了修 订，使它们更加适应变化了的情况。

社会卫生策略在宏观上强调立法和执法监督，从微观操作上重视基层的保健措施。目前 我国所大力推进的社区卫生服务就是一个很好的例子。社区卫生服务从概念上应当涵盖医 疗、预防、保健、康复、健康教育与健康促进、计划生育这六个方面的内容。世界卫生组织 的大多数成员国的经验表明，社区卫生服务是实现人人享有卫生保健，完成一个社会制度保 障人民健康的重要途径。

**第二节** **社会医学的任务和作用**

**一、任务**

通过对社会医学研究对象和内容的了解，我们可以概括出社会医学的基本任务有以下几 个方面。

1. 评价健康状况 包括个体的健康状况和人群的健康状况。健康状况评价目的是发现 某一个区域范围内个体和群体当中所存在的主要健康问题。通过对社区人群进行家庭健康询 问调查以及对居民健康监测数据分析，可以清楚地看出某一个区域主要的健康问题是什么。 例如，中国的大城市居民两周患病的最主要疾病是高血压和感冒。

2. 开发和应用评价理论和方法 对个体和群体健康的认识是在不断发展的，个体和群 体健康的评价理论和方法也在不断发展和更加完善。开发和应用新的评价理论和方法，有助 于更加全面具体地掌握当地居民的健康状况。例如，世界卫生组织近年来提出了多种健康评 价的新方法，如健康期望寿命 (DALE)、 伤残调整生命年(DALY) 等指标，还在多个国 家协作中，开发出多种语言文化背景下的生命质量评价量表 (WHOQOL-100)。

3. 探索社会因素与人群健康之间的关系 社会因素包括社会制度、社会经济、社会文 化、社会心理等方面，全面了解一个地区的政治、经济、文化、风俗、伦理和生活方式，尤 其是政策变化和经济发展对于一个区域内健康纵向变化的影响。

4. 为制定有效的社会卫生策略提供依据 包括有关健康状况和影响健康的社会因素等 方面的信息。

5. 多学科、多层次合作 通过社区卫生服务实现保障人群健康，提高人群生活质量和 人群健康水平的目的。

**二、作** **用**

社会医学的作用包括：

1. 了解某一个大到国家，小到社区的区域中居民的健康状况，为政府制定社会卫生策 略，制定区域卫生规划等提供依据。

2. 改变生物医学模式对健康观念的影响，倡导积极的健康观，摒弃“无病即健康”的 健康观念；促进居民健康，提高居民生活质量。

3. 开展社区卫生服务，为不断扩展社区卫生服务的内涵，提高社区卫生服务的管理水 平和服务能力提供决策依据。

**第三节** **社会医学的创立和发展**

**一、社会医学的萌芽时期(1760年到1840年)**

1. 古代“整体的人”的思想 古希腊名医希波克拉底(公元前450—公元前377年)就 强调人的生活环境与健康的关系，要求医生了解病人的生活环境和生活方式“知道是什么样 的人患病，比知道这个人患什么病重要”、“医生医治的不仅是病，更重要的是病人”。而瑞

**第** **一** **章** **绪** **论**

士医生巴拉塞尔萨斯(1493—1541)、意大利医生拉马兹尼(1669—1714)等人则深入社会， 考察工人健康状况，描述职业对工人健康的影响。

2.18世纪的产业革命 机械文明促成的大工业生产，迫使失掉土地的农民和破产的小 手工业者大量涌向城市，由于生活、劳动条件极其恶劣，资本家残酷剥削劳动者，使广大劳 动者处于贫病交加的悲惨境地。流行病、职业病和妇幼卫生问题突出。诸子百家著书立说， 从不同角度分析社会弊端根源，提出改革意见和建议。如马尔萨斯在《人口论》中提出人口 过剩与贫困之间的关系；空想社会主义者欧文则提出了限制童工劳动时间的建议。

**二** **、社会医学的创立时期(1840年到1880年)**

1848年，法国医生盖林认为，应当将医学监督、公共卫生和法医学等学科统称为社会 医学。这是第一次提出社会医学的概念。他建议把社会医学分成四个部分：社会生理学，研 究人群身心状况及其与社会制度、法律、风俗习惯间的关系；社会病理学，研究疾病的发生 发展与社会问题的联系；社会卫生学，研究采取各种增进健康，预防疾病的措施；社会治疗 学，研究制定措施对付社会遇到的不安定因素，包括提供各种社会卫生措施。

德国细胞病理学家魏尔啸提出，健康关系着整个社会的发展；社会经济条件对健康有重 要影响。结核病、伤寒、精神病等的发生在很大程度上取决于社会条件的变化。“医学科学 的核心是社会科学”、“医学是一门社会科学，而政治从广义上讲就是医学”。德国医学家进 行医学改革，解决工业化带来的一系列问题，这就是社会医学创立的标志。魏尔啸认为医学 就是一种社会科学，他强调穷人不仅应该得到高质量的医疗保健，还应该有自由选择医生的 权力。只有在改善医疗保健服务的同时，改善人们的社会条件，才能使人们生活得更好。

在英国宪章运动中，激进的民主主义者提倡改革。当时霍乱流行猖獗，单靠某些医院和 医生的努力已无法控制，必须运用社会手段。于是人们从单个防治转向社区卫生工作，颁布 了社会健康条例和关于卫生毒害预防法律。1847年在利物浦任命了第一个卫生局长邓肯。 1856年，在英国第一次开设了公共卫生课，格尔豪任教，提出“疾病和早产儿死亡原因是 社会制度引起的”。这一时期，公共卫生学、社会卫生学和社会医学这些名称是交替使用的。

**三、社会医学的发展时期(1880年到现在)**

法国医生格罗蒂扬在德国柏林大学开设社会卫生学讲座。提出社会卫生学的理论，首次 提出健康、疾病与社会的相互关系。他在《社会病理学》(1912)一书中提出社会医学的许 多观点。如，卫生发展与社会发展同步，社会病因学观点，用社会医学观点系统研究人类疾 病的基本原则。他认为社会状况有可能：①产生或有利于感染疾病的因素；②直接引起疾 病；③传播病因；④影响病程；⑤疾病反过来可以影响社会状况。

**第四节** **学习社会医学课程的方法**

**一** **、课程的性质和任务**

社会医学是医学和社会科学的交叉学科或边缘学科，是社会医学与卫生事业管理的专业 主干课程，也是入门课程。本课程将为从事卫生事业管理的学员阐明现代医学模式下的健康 观，理解生物、心理和社会因素对健康的影响，学习掌握生物-心理-社会医学模式下健康的

测量方法，为制定健康相关的社会政策提供切实的依据。

**二** **、相关课程的衔接、配合、分工**

本课程需要实用统计学和流行病学的基础知识。本课程还为学习《健康教育》、《卫生经 济》、《卫生事业管理》等课程提供必要的知识基础。

**三、课程的教学基本要求**

社会医学的主要内容有四个方面。第一个方面是健康状况评价，阐述医学模式的转变和 现代医学模式下的健康概念，健康概念的具体化，健康概念测量的方法，提出“社会医学诊 断”概念；第二个方面是健康影响因素分析，阐明社会制度、社会经济、社会文化、社会心 理因素、家庭与健康的关系，其中部分因素对健康影响的测量，提出“社会病因学”概念； 第三个方面是针对人群健康状况及其影响因素，提出利用健康教育、社区卫生服务、卫生法 和卫生政策、卫生管理和监督等手段促进健康的社会卫生策略，提出“社会卫生学”概念； 第四个方面是将以上理论运用到具体的人群当中，如妇女、儿童、老年人、残疾人的特殊社 会医学问题及其对策，或者是运用到不同的地域，如城市和农村，具体问题具体分析。通过 这四个方面的教学，达到掌握基本概念和基本理论，了解健康的影响因素，掌握基本的研究 和评价方法，运用所学理论解决特定的人群健康问题。

**四** **、教学方法和教学形式建议**

学生借助多种教学媒体以自学为主。教科书为主媒体教材，电视、计算机等为辅助教学 媒体。通过面授辅导、完成作业、小组讨论、案例教学等方式，加强师生间和学生与学生之 间的沟通。

**五** **、课程教学要求的层次**

要求学员在完成本课程学习后，将能够在了解、掌握和应用三个层面上把握课程内容。 “了解”层面使用的词有知道、描述、简述。“掌握”层面使用的词有解释、陈述、阐述、识 别、比较、列举、举出、分析。“应用”层面使用的词有熟悉、阐释、说明、给出。各层次 在考试中所占百分比为：了解30%,掌握50%,应用20%。具体内容见各章节要求。



**一** **、填空题**

1. 健康的概念包括 健康、 健康和 健康。

2. 社会医学是研究 与 及 之间相互联系及其规律的一门科学。

3. 心理健康包括正确认识 、正确认识 和及时适 应 0

**二** **、选择题**

1. 社会医学是 B. 社会学的分支学科

A. 医学的分支学科 C. 医学与社会学之间的交叉学科

**第** **一** **章** **绪** **论**

B. 已经有病，但自己尚未意识到， 也没有去医院的潜在患者

D. 预防医学的分支学科

E. 基础医学的分支学科

2. 以下哪项内容不是社会医学研究的 内容

A. 社会卫生状况

B. 人群健康状况及其影响因素

C. 疾病的发生原因

D. 社会卫生策略

E. 卫生服务状况对人群健康的影响

3. 社会医学研究的内容是

A. 准确了解某一地区人群健康状况 水平，能够进行国际比较

B. 找出影响人群健康的主要因素

C. 让政府制定出有效的政策

D. 准确了解人群健康状况，找出影 响人群健康的因素并采取有效的 社会卫生策略

E. 评价居民的生命质量

4. 社会医学不能够完成以下哪项任务

A. 开展社会卫生状况的调查研究

B. 研究某一种临床治疗方法的有 效性

C. 开展特殊人群的社区保健

D. 分析社会病因，提出改善卫生状 况的对策与措施

E. 倡导积极的健康观，保护和促进 人群的身心健康

5. 社会医学研究的人群是

A. 去求医的患者

C. 处于康复期的患者

D. 社区全体居民

E. 社区中特殊人群(老人，儿童 等)

6. 社会卫生策略是指

A. 健康教育

B. 人人享有卫生保健

C. 卫生立法

D. 社区卫生服务

E. 通过以上一系列措施，改善社会 卫生状况，提高人群健康水平的 政策

7. 首次提出社会医学一词的是

A. 希波克拉底

B. 威尔啸

C. 德威尔

D. 格罗蒂扬

E. 盖林

8. 在其著作《社会病理学》中，提出 了用社会学观点研究人类疾病的一 些原因，并首次在柏林大学讲授社 会卫生学的是

A. 希波克拉底

B. 威尔啸

C. 盖林

D. 格罗蒂扬

E. 德威尔

**三、问答题**

1. 社会医学的任务是什么?

2. 社会医学的作用是什么?

3. 社会医学的几个主要发展时期是什么?

4. 社会医学的两名重要代表人物及其贡献是什么?

**四** **、论述题**

社会医学的研究内容是什么?



**一、填空题**

1. 躯体 心理 社会

2. 社会因素 健康 疾病

3.自 我 环境 环境

**二、选择题**

1.C 2.C 3.D 4.B 5.D 6.E 7.E 8.D

**三、问答题**

1. (1)评价健康状况。包括个体的健康状况和人群的健康状况。健康状况评价目的是 发现某一个区域范围内个体和群体当中所存在的主要健康问题。

(2)开发和应用评价理论和方法。对个体和群体健康的认识是在不断发展的，个体和群 体健康的评价理论和方法也在不断发展和更加完善。开发和应用新的评价理论和方法，有助 于更加全面具体地掌握当地居民的健康状况。例如，世界卫生组织近年来提出了多种健康评 价的新方法，如健康期望寿命 (DALE)、 伤残调整生命年 (DALY) 等指标，还在多个国 家协作中，开发出多种语言文化背景下的生命质量评价量表 (WHOQOL-100)。

(3)探索社会因素与人群健康之间的关系。社会因素包括社会制度、社会经济、社会文 化、社会心理等方面，全面了解一个地区的政治、经济、文化、风俗、伦理和生活方式，尤 其是政策变化和经济发展对于一个区域内健康纵向变化的影响。

(4)为制定有效的社会卫生策略提供依据。包括有关健康状况和影响健康的社会因素等 方面的信息。

(5)多学科、多层次合作，通过社区卫生服务实现保障人群健康，提高人群生活质量和 人群健康水平的目的。

2. 社会医学的作用包括：

(1)了解某一个大到国家，小到社区的区域中居民的健康状况，为政府制定社会卫生策 略，制定区域卫生规划等提供依据；

(2)改变生物医学模式对健康观念的影响，倡导积极的健康观，摒弃“无病即健康”的 健康观念；促进居民健康，提高居民生活质量；

(3)开展社区卫生服务，为不断扩展社区卫生服务的内涵，提高社区卫生服务的管理水 平和服务能力提供决策依据。

3. (1)社会医学的萌芽时期(1760年到1840年)

(2)社会医学的创立时期(1840年到1880年)

(3)社会医学的发展时期(1880年到现在)

4.1848年，法国医生盖林认为，应当将医学监督、公共卫生和法医学等学科统称为社 会医学。这是第一次提出社会医学的概念。他建议把社会医学分成四个部分：社会生理学， 研究人群身心状况及其与社会制度、法律、风俗习惯间的关系；社会病理学，研究疾病的发

**第** **一** **章** **绪** **论**

生发展与社会问题的联系；社会卫生学，研究采取各种增进健康，预防疾病的措施；社会治 疗学，研究制定措施对付社会遇到的不安定因素，包括提供各种社会卫生措施。

法国医生格罗蒂扬在德国柏林大学开设社会卫生学讲座。提出社会卫生学的理论，首次 提出健康、疾病与社会的相互关系。《社会病理学》(1912)提出社会医学的许多观点。如， 卫生发展与社会发展同步，社会病因学观点，用社会医学观点系统研究人类疾病的基本原 则。他认为社会状况有可能：①产生或有利于感染疾病的因素；②直接引起疾病；③传播病 因；④影响病程；⑤疾病反过来可以影响社会状况。

**四** **、论述题**

研究内容包括三个方面：研究社会卫生状况和人群健康状况；探讨影响人群健康的因 素，特别是社会因素；制定社会卫生策略。

研究社会卫生状况和人群健康状况，即进行社会诊断。通过统计学，流行病学、社会学 的方法，研究人群的健康状况；应用科学指标对人群健康状况作出评价，找出需要优先解决 的问题。常用的科学指标有：生物指标如疾病指标；心理指标如性格心理测量；社会指标有 社会支持、社会网络；综合指标如生命质量指数 (PQLI)。

测量社会卫生状况有很多途径，例如公安部门、统计部门、卫生部门都有常规的登记资 料，还有全面定期搜集的统计资料、抽样监督监测资料供我们使用。我们还可以借鉴国际上 的统计资料，如世界银行、联合国开发计划署、联合国儿童基金会和世界卫生组织的年报资 料。同时，还可以根据研究和工作的需要自己设计和搜集资料。

对于人群的健康状况评价，我们也采取统计学和流行病学的手段。既可以利用以上所述 的机构资料，还可以自己搜集资料。

社会医学运用各种手段，研究社会经济、社会文化、社会心理、行为和生活方式、卫生 服务状况对人群健康的影响，进行社会病因分析，为制定社会卫生策略提供科学依据。

研究社会卫生策略，即根据健康状况评价和健康影响因素的研究，找出需要优先解决的 健康问题，通过政治、法律、规章制度等渠道，通过卫生立法，卫生规划和社区卫生服务等 手段，改善社会经济状况，从而从根本上解决影响人群健康问题的原因，实现医学保护人群 健康，提高人群健康水平的目标。

(张拓红)

**第二章** **医学模式与健康观**

**学习目标**

1. 医学模式的概念与演变

2. 生物一心理-社会医学模式的产生背景、内容及其影响

**教学目标**

1.阐述医学模式的概念及其理论基础

2.列举医学模式转变的各个阶段

3. 解释生物医学模式

4.简述生物一心理-社会医学模式产生的历史背景

5.说明生物一心理-社会医学模式的内容

6.熟悉生物一心理-社会医学模式的影响

**第一节** **什么是医学模式**

**一、医学模式是医学实践的总结**

模式在科学研究中是指研究自然现象或社会现象的理论图式或解释方式，也可以指一种 思想体系或思维方式。模式可以理解为人们认识和解决问题的思想和行为方式，它包括认识 和实践操作两个环节。医学模式的概念是在医学理论发展和医学实践活动过程中形成的，它 实质上是一种医学观，是对医学的本质，医学发展的规律和方向，医学发展的基本思路、方 法，医学发展应该抓住哪些根本问题，医学实践操作的主攻方向是什么等方面，做出的高度 理论概括。医学模式是人类获取健康和防治疾病的经验总结，是人们对客观存在的事实的主 观反映。

**二、医学模式是指导医学实践的自然观和方法论**

不同的医学模式会对医学理论研究和实践操作提供不同的思路，提供它们的主攻方向， 提供探索病因及治疗方法的选择目标。医学模式既指导医学理论研究、临床医学实践的发 展，也指导着卫生发展战略研究、卫生管理实践的发展。

**三、医学模式的动态性**

一种医学模式能在相当长的时间内成为医学家们的共同信念，成为他们为实践这些信念 共同遵循的科学研究纲领，这既不是由他们主观界定的，也不是由他们随意选择的。医学模

**第** **二** **章** **医** **学** **模** **式** **与** **健** **康** **观** 

式的转变是与生产力发展的水平、生产关系的性质、政治和文化背景、科学技术发展水平以 及哲学思想等相关联的。所以社会发展达到一定的水平，医学模式也必然发生相应的改变。 医学模式的转变，实质上就是从现代观念上、现代思维方式上、现代健康需求去把握医学的 时代特征，指导人们能够全方位地把握住医学的发展方向，在人们的观念上和医学实践的操 作上，解决现代社会面临的各种医疗保健问题。

**第二节** **医学模式的转变及其动因**

在这一节，我们将回答以下几个问题：某种医学模式的理论基础是什么?医学模式变化 的动因是什么?人们是如何运用医学模式指导医学实践的?

医学模式的演变过程是一个漫长、曲折的过程，特别是在新旧医学模式转换阶段，它们 之间的冲突和相互渗透是难免的。每种医学模式在其发展过程中也有一个充实和完善的过 程，其中也可能有部分质变的过程。即使新医学模式取得了支配地位，旧医学模式也不会立 即消失，它仍然会继续发挥作用。

**一、神灵主义医学模式**

古代人认为，人类和自然界的万物一样，受到一种神秘的力量所支配，人类的生命与健 康是上帝神灵所赐予。由于人们对客观世界认识不足，无法区别自我与环境，图腾崇拜和泛 神论思想普遍存在，用超自然的力量来解释疾病和健康，认为疾病和灾祸是天谴神罚。在这 样一个理论基础之上，人们虽然当时也使用一些植物和矿物来治疗疾病，但主要的手段却是 求神问卜，符咒祈祷，即使医师(巫师、通灵师)使用药物治疗，也必须秉承神的意志。中 国古代的“炼丹术”也是源自古人对身体的神秘认识，“跳大神”、“烧香求佛”等都是人们 对自我力量认识不足，对自然力量顶礼膜拜的表现。

**二** **、自然哲学医学模式**

随着社会生产力的发展和科学技术水平的提高，人类开始能够客观地认识自我，认识环 境，理解人与环境的关系，并能够对健康与疾病有初步的观察和了解，产生了粗浅的理性概 括。这促使人们对健康和疾病的看法发生改变，不再认为健康和生命受到神秘力量的支配。 人们开始用自然原因解释疾病的发生，把哲学思想与医疗实践直接联系起来。如古希腊依据 土、水、风、火为“万物始基”的“四元素说”,提出了“四体液(血液、黏液、黄胆汁、 黑胆汁)学说”,解释人体的生理、病理变化。从古希腊的名医希波克拉底开始，就认识到 居民的居住条件，生活方式等对健康的影响，强调用整体的观点认识疾病，他对疾病的诊断 首先是关心整体的人而不是局部的病变。我国医学产生了“阴阳五行”病理学说和“内因 (喜、怒、忧、思、悲、恐、惊)”、“外因(风、寒、暑、湿、燥、火)”的病因学说，开始 把健康与疾病和人类生活的环境联系起来观察与思考，并据此产生了中国医学的理论体系。 医疗实践也因为指导思想的转变而发生了变化。如西方社会当中强调体液平衡，疾病是由于 体内的四种体液不平衡所导致。曾经风靡一时的输血疗法和放血疗法就是当时自然哲学医学 模式对医学实践指导的具体体现。而中国一直延续到今天仍然发扬光大的祖国传统医学—— 中医，也是自然哲学医学模式的体现。

**社** **会** **医** **学** **(** **第** **2** **版** **)**

**三** **、机械论医学模式**

欧洲文艺复兴推动了自然科学技术的进步。15世纪工业革命和实验科学大发展，在培 根“用实验方法研究自然”的观点影响下，机械学与物理学有了很大的进步。拉美特里提出 了“人是机器”的观点，把人当成是自己发动自己的机器，而疾病是机器出现故障和失灵， 因此需要修补与完善。在这种机械论的影响下，哈维发现了血液循环，魏尔啸提出了细胞病 理学说。机械论解释生命活动是机械运动，保护健康就是维护机器。这就忽视了人类机体的 生物复杂性以及社会复杂性，产生了对人体观察的片面性和机械性。

**四** **、生物医学模式**

生物科学的进步，解剖学、组织学、胚胎学、生理学、细菌学、生物化学、病理学及遗 传学等生物学体系的形成，使人们从生物学的观点来认识生命现象以及健康与疾病的关系。 生物医学的成就，实验室尤其是显微技术发展、基础医学进步，使人类在传染病防治方面取 得了重大进展，取得人类第一次卫生革命的胜利。生物医学的观点主要集中在两个理论上， 一个是二元论，认为躯体和精神存在着精密的分工，疾病具有微观的生物学基础，也就是疾 病的产生必然可以在躯体上面找到病理变化，如果没有找到，那一定是现有科学技术没有深 入到足够微观的层次，而不是不存在这种改变；另一个是还原论，认为疾病具有微观的物理 和化学基础，疾病的治疗最终都归结于采用物理和化学方法进行治疗。

生物医学模式对医学的发展，起到了重大的促进作用。在基础医学方面，对人体的认识 从宏观进入到微观的细胞和分子层次，建立了基因理论，确定了生物学病因，理解了人体的 免疫机理；在临床医学方面，发现了抗菌药物，实现了外科手术的无菌化，解决了疼痛、感 染和失血的问题，促进了外科的进步。许多严重危害人群健康的烈性传染病病因彻底明确， 从而实现了彻底控制和消灭导致人群高发病和高死亡的许多疾病；在公共卫生方面，建立了 人类和环境之间动态平衡的健康生态学模式，通过公共卫生手段和国家的宏观政策调控，解 决了上下水、居住生活环境、食品、垃圾处理等问题，通过改善环境和提供儿童计划免疫， 大大降低了19世纪以前危害人类生命的烈性传染病，大大地降低了婴儿死亡率，提高了平 均期望寿命，这是19世纪末和20世纪初生物医学的重大成就。

生物医学模式虽然强调生命活动在结构、功能和信息交换方面是一个统一的整体，但却 忽视了人的另外一个方面，即人是生物性与社会性的统一体。生物医学模式的这一缺点，限 制了它的视野，也限制了医学家对健康和疾病的全面认识。在生物医学模式的指导下，医学 家们致力于从生物学角度研究人类的健康和疾病问题。但人是社会的人，人的生物性活动首 先要随着社会的变动而变动，必须遵从一定的社会规范。人的终生都在进行着适应社会的努 力，人们在社会适应过程中遇到的种种问题都会反映到心理和身体的变化当中。因此，人类 的健康问题绝不仅仅是生理活动所能够完全解释的。

生物医学的成就的另一个方面是导致了医学领域的高度专科化，产生了大量甚至过剩 的、专门在大医院中从事专业医疗和科研的专科医生和专家；而以在社区为居民提供初级卫 生保健服务的全科医生，则被视为低水平的医务工作者。所导致的结果是，随着疾病谱和死 因谱的转变，现代的疾病病因日趋复杂，发病机理难以确定，过分专科化的医生无法确切诊 断某些慢性非传染性疾病的病因，在治疗和预防方面逐渐显现出医学的无能为力。冠心病的 多病因性，艾滋病的行为危险因素占主导地位的特征，使得那种认为必须彻底明确生物学病

16

因才能进行有效预防的生物医学思想，渐渐地被控制疾病危险因素才能进行有效预防的生 物-心理-社会医学思想所取代。

**第三节** **现代医学模式的特征**

疾病构成转变和医学科学的发展，日益暴露出生物医学模式的片面性与局限性的缺点。 越来越多的研究资料表明，人类健康与疾病问题并非生物因素所能完全解释，疾病不单纯是 由生物因素所引起；采用生物医学时代的最新成就，也难以治愈许多现代疾病。如许多非传 染性疾病，心理因素和社会因素起的作用甚至大于生物因素；即使是以生物因素为主的传染 性疾病，在流行与防治上也受到社会诸因素的制约，尤其是社会防治措施的力度，卫生服务 因素的强弱，从根本上决定了传染性疾病的发生和发展趋势。许多疾病的生物因素也要通过 心理与社会因素起作用。疾病的病因已经不是单纯明确的一种或几种，而是日趋复杂化，呈 现多因多果，各种病因相互叠加发生作用的现代病因模式。

现代医学模式，即生物-心理-社会医学模式。这是人类疾病谱的转变，人类对疾病与健 康认识深化的产物。

**一** **、现代医学模式产生的动因**

1. 疾病谱和死因谱的转变20世纪，特别是50年代以来，由于生物医学模式的成就， 许多发达国家已经基本上完成了第一次卫生革命的任务，控制了危害人类健康的传染性疾 病，人类疾病谱和死亡谱发生了很大改变，影响人类健康与生命的主要疾病已由传染病逐步 改变为非传染性疾病。在发达国家，心脏病、脑血管病及恶性肿瘤已在死因中占主要地位， 控制非传染性疾病的第二次卫生革命是卫生部门的首要任务。发展中国家虽然传染病尚没有 得到最后控制，但心脑血管疾病及恶性肿瘤的发病率及死亡率也在逐年上升，处于第一次卫 生革命和第二次卫生革命的交替时期。新中国成立60年来，我国居民的疾病谱和死因谱也 发生了重大变化，城市和发达农村地区的疾病和死亡模式已等同于或接近于发达国家，面临 着第二次卫生革命的挑战。表2-1中显示了我国城市人群从1957年到2008年51年间死因 谱的转变。传染病于1957年和1963年还分别列于前五位死因中的第二位，到了1975年下 降为第五位，1985年后退出了前五位死因；呼吸系统疾病则从1957年和1963年的第一位 逐渐下降到1975年的第三位，1985年、1997年和2008年的第四位；相反，心脏病和脑血 管病由1957年和1963年的第四、五位逐渐上升到1985年的第一、二位；恶性肿瘤在1963 年出现在第三位死因当中，到了1997年和2008年，它已经成为危害中国城市居民健康的最 主要死因。

**表2-1我国城市人群前五位主要疾病死因死亡率(1/10万)的变化趋势**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 顺 序 | 1957年 | | | 1963年 | | | 1975年 | | | 1985年 | | | 1997年 | | | 2008年 | | |
| 死因 | 1/10万 | % | 死因 | 1/10万 | % | 死因 | 1/10万 | % | 死因 | 1/10万 | % | 死因 | 1/10万 | % | 死因 | 1/10万 | % |
| 1 | 呼吸  系病 | 120.3 | 16.9 | 呼吸  系病 | 64.4 | 12.0 | 脑血  管病 | 127.1 | 21.6 | 心脏 病 | 131.0 | 23.4 | 恶性  肿瘤 | 135.4 | 22.7 | 恶性  肿瘤 | 153.6 | 27.1 |
| 2 | 传染 病 | 112.2 | 15.4 | 传染 病 | 57.5 | 10.7 | 恶性  肿瘤 | 111.5 | 18.8 | 脑血  管病 | 117.5 | 21.0 | 脑血  管病 | 134.9 | 22.6 | 心脏 病 | 114.4 | 19.7 |
| 3 | 消化 系病 | 52.1 | 7.3 | 恶性  肿瘤 | 46.1 | 8.6 | 呼吸  系病 | 109.8 | 18.6 | 恶性  肿瘤 | 113.8 | 20.3 | 心脏 病 | 100.0 | 16.8 | 脑血  管病 | 112.3 | 19.6 |
| 4 | 心脏 病 | 47.2 | 6.6 | 脑血  管病 | 36.9 | 6.9 | 心脏 病 | 69.2 | 11.7 | 呼吸  系病 | 50.9 | 9.1 | 呼吸  系病 | 84.0 | 14.1 | 呼吸  系病 | 69.9 | 11.9 |
| 5 | 脑血  管病 | 39.0 | 5.5 | 心脏 病 | 36.1 | 6.7 | 传染 病 | 34.3 | 5.8 | 消化 系病 | 23.3 | 4.2 | 损伤 和中 毒 | 36.8 | 6.2 | 损伤 和中 毒 | 30.1 | 5.1 |

资料来源：中华人民共和国卫生部：全国卫生统计年报资料

再观农村地区，如表2-2所示，在2000年，呼吸系统疾病仍是我国农村居民的首要死 因，而结核病、新生儿病也列在第8、9位，说明2000年我国农村地区还在同时面临控制传染 病(结核病)和新生儿病，完成第一次卫生革命和控制慢性非传染性疾病、进行第二次卫生革 命的双重紧迫任务。而经过8年的经济、社会和卫生事业的迅速发展，到2008年，我国农村 居民前十位主要死因分布已与我国城市基本相同(表2-3)。目前，我国城乡卫生工作对策都 主要集中在慢性非传染性疾病的预防和控制上。

**表2-22000年、2008年我国农村居民前十位主要疾病死因分布**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 2000年 | 2008年 |
| 1 | 呼吸系病 | 恶性肿瘤 |
| 2 | 脑血管病 | 脑血管病 |
| 3 | 恶性肿瘤 | 呼吸系病 |
| 4 | 心脏病 | 心脏病 |
| 5 | 损伤和中毒 | 损伤和中毒 |
| 6 | 消化系病 | 消化系病 |
| 7 | 泌尿生殖系病 | 其他疾病 |
| 8 | 肺结核 | 内分泌和代谢病 |
| 9 | 新生儿病 | 泌尿生殖系病 |
| 10 | 内分泌和代谢病 | 神经系病 |

资料来源：中华人民共和国卫生部：全国卫生统计年报资料，2008

**表2-32008年我国城乡居民前十位主要疾病死因分布**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 大城市 | 中小城市 | 农村 |
| 1 | 恶性肿瘤 | 恶性肿瘤 | 恶性肿瘤 |
| 2 | 脑血管病 | 心脏病 | 脑血管病 |
| 3 | 心脏病 | 脑血管病 | 呼吸系病 |
| 4 | 呼吸系病 | 呼吸系病 | 心脏病 |
| 5 | 损伤和中毒 | 损伤和中毒 | 损伤和中毒 |
| 6 | 内分泌和代谢病 | 消化系病 | 消化系病 |
| 7 | 消化系病 | 内分泌和代谢病 | 其他疾病 |
| 8 | 其他疾病 | 其他疾病 | 内分泌和代谢病 |
| 9 | 泌尿生殖系病 | 泌尿生殖系病 | 泌尿生殖系病 |
| 10 | 神经系病 | 神经系病 | 神经系病 |

资料来源：中华人民共和国卫生部：全国卫生统计年报资料，2008

2. 疾病谱和死因谱转变的原因

(1)人口动力学的改变：人口老龄化是人口动力学改变的根本原因。以人口金字塔为例， 随着人口出生率、死亡率的变化，人口金字塔的结构也在发生着变化。随着危害成年人生命的 疾病，如结核病等传染性疾病，得到了良好的控制，慢性非传染性疾病增加，成年人口的平均 寿命显著延长，活到高龄的人口越来越多。由于死亡率降低，高龄人口增加，使得人口金字塔 顶部的陡峭的尖部消失，代之而来的是平缓的增粗加长的梯形。这种人口老化，我们称之为 “金字塔顶部的老化”,表现出来的是老年人口绝对数量和占人口比重的明显增加。同时，发达 地区出现了出生率明显降低的趋势，金字塔底部明显向内缩窄，儿童数量明显减少，从而使儿 童占总人口的比重减小，老年人占总人口比重相应增加。这种人口老化，被称为“金字塔底部 的 老 化 ” 。

(2)流行病学模式的转变：流行病学模式，即疾病模式的转变，其根本原因在于死因竞争 风险。作为每一个个体的人，生命的必然结局是死亡，而死亡的原因可以有多种多样，大体上 分为两类：传染性疾病和慢性非传染性疾病。在19世纪以前，由于没有生物医学的成功和公 共卫生的成就，人类能够逃脱传染病灾难的简直微乎其微。而19世纪后期，大多数传染性疾 病都遇到了前所未有的杀手——抗生素的抵御，疫苗的出现更是保护儿童免受童年期各种致命 性疾病的折磨与摧残。人的寿命延长了，从过去的平均40岁、50岁延长到60岁、70岁，但 是高龄阶段所遇到的健康问题，最终也会导致人类的死亡。所谓死因竞争风险，就是指当个体 不再受到某些类型疾病困扰的时候，必然会受到另外某些类型疾病的困扰。当传染病不再是人 类致命的杀手的时候，人类要面临的是病因更加复杂，治疗难度更大的慢性疾病，以及改头换 面变本加厉的老传染病的死灰复燃、前所未有的传染性疾病出现。

(3)对保护健康和防治疾病的认识深化：随着人们对保护健康、防治疾病的经验积累，认 识也有了深刻的变化。对人的属性的认识，由生物自然人上升到社会经济人，对疾病的发生和 变化，由生物层次深入到心理与社会层次，对健康的思维也日趋全方位、多层次。认识到健康 是一种连续性的状态，健康概念具有相对性，它不仅包括disease (译为疾病，主要指躯体不 适),illness (译为患病，主要指心理方面的主观感受)和sickness (译为病态，主要指社会适应 方面的问题),认识到功能减低就是一种亚健康状态，而机能衰退就是一种亚临床疾病状态。

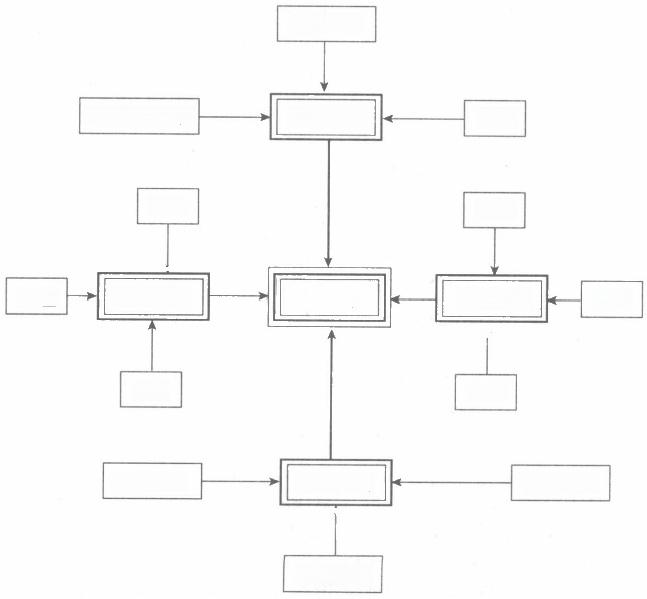
(4)医学科学发展的社会化趋势：医学发展史证明，医学的发展与社会发展息息相关。人

类保护健康和防治疾病，已经不单是个人的活动，而成为整个社会的活动。只有动员全社会力 量，保持健康、防治疾病才能有效。

(5)人们对卫生保健需求的提高：随着经济的发展，国民收入水平提高，人们对卫生保健提 出了更高的要求。人们已经不满足于不生病，身体好，还要求合理的营养，良好的劳动生活条件 和生活方式，平衡的心理状态和健康的心态，良好的社会活动能力，在延长寿命的基础上，提高 生活质量。基于这些改变，美国学者恩格尔首先提出了生物医学模式已经逐步转变为生物一心理- 社会医学模式的观点。现代医学模式概括了影响人类疾病和健康的全部因素，从医学整体论出 发，综合分析了生物、心理及社会因素对人类健康的综合作用，突出了社会因素的决定性作用。

**二** **、生物-心理-社会医学模式的基本内容**

1974年，布鲁姆提出了环境健康医学模式，认为环境因素，特别是社会环境对人们的 健康有着重要作用。他认为环境、遗传、行为和生活方式以及医疗卫生服务是影响健康的四 大因素。拉隆达和德威尔对环境健康医学模式加以修正和补充后，提出了综合健康医学模 式，为制订卫生政策、指导卫生保健工作提供了理论基础。该模式认为：影响人类健康的四 大类因素，每 一 大类可以分为三个因素，则共计十二个因素，见图2- 1。各类因素对不同 的疾病影响是不同的，如心脑血管疾病以行为生活方式、生物因素为主，意外死亡以环境因 素为主，传染病以卫生服务为主。根据我国20世纪80年代初期所做的调查，行为生活方式 所引起死亡的危险，已超过了生物因素，见表2-4。



机体内因

机体成熟老化

社会

↓

心理 环境因素

个

自然

职业危害 生活方式

个

消费方式

生活危害

人群健康

生物遗传

医疗服务

遗传

康复

预防

治疗

**图** **2** **-** **1** **现代医学模式**

**第二章** **医学模式与健康观** 

**表2-4** **我国人群前十位主要死因及其主要危险因素(%**)

**(1岁以上，城乡10个监测点，男女合计)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 死因 | 死亡数 | 占全部死 亡 ( % ) | 生活方式 | 主要危险因素的比例(%) | | 卫生服务 |
| 生物遗传 | 环境因素 |
| 心脏病 | 5140 | 26.68 | 45.70 | 29.00 | 19.15 | 6.15 |
| 脑血管病 | 4271 | 22.17 | 43.26 | 36.60 | 15.09 | 5.50 |
| 恶性肿瘤 | 3609 | 18.74 | 43.64 | 45.92 | 6.66 | 3.78 |
| 意外死亡 | 1648 | 8.56 | 18.34 | 2.34 | 67.34 | 11.98 |
| 呼吸系病 | 1033 | 5.36 | 41.09 | 27.76 | 18.20 | 12.95 |
| 消化系病 | 1022 | 5.31 | 25.95 | 27.62 | 19.00 | 27.42 |
| 传染病 | 960 | 4.98 | 16.41 | 6.70 | 18.74 | 58.15 |
| 泌尿系病 | 315 | 1.64 | 13.74 | 43.13 | 23.95 | 19.17 |
| 神经精神病 | 215 | 1.12 | 2.53 | 35.86 | 43.94 | 17.67 |
| 内分泌病 | 134 | 0.70 | 14.81 | 58.52 | 20.00 | 6.67 |
| 合计 | 19262 | 95.23 | 37.73 | 31.43 | 20.04 | 10.80 |

1. 生物遗传因素 生物遗传因素是理解生命活动和疾病的基础。对人体正常生理活动 和病理变化机制的研究，对致病因素影响人体结构功能和信息传递机制的过程研究，是必须 研究的内容。心理活动通过生理机制起作用，疾病会导致不良的心理感受，不良心态也会引 起躯体疾患。而政治、经济、文化、行为方式等社会因素则是通过对个体生理和心理变化的 影响而发挥作用的。所以生物遗传因素的研究更加重要。

2. 环境因素 环境因素包括自然环境、心理环境和社会环境。自然环境包括原生环境 (原有的自然环境)和次生环境(人工改造后的自然环境),在自然环境因素中，不论是以自 然形态存在的，还是由于人的活动造成的，大体上又存在着物理的因素如噪声、化学的因素 如毒物排放、生物的因素如细菌等。人们在改造自然界的同时也制造出许多危害健康的因 素，这充分说明，即使是自然环境问题也受着社会因素的制约和影响。心理环境包括性格、 应激和生活紧张因素、情绪等；社会环境包括经济收入、居住条件、营养状况、文化等。例 如，心理社会因素不仅是冠心病的发病诱因，而且在疾病的发展、持续的时间和预后方面也 起着重要作用。

3. 生活方式及行为因素 生活方式是人们在社会化的过程中，在人们的相互影响下逐 渐形成的。良好的生活方式对健康起促进作用，而不良的生活方式甚至偏离行为如吸烟、酗 酒等则对健康造成危害。

4. 医疗卫生服务因素 医疗卫生服务是一种控制疾病的社会措施，医疗卫生服务的布 局、资源的分配、卫生工作的方针、技术水平和服务质量是否符合人们的最大健康利益，都 对人们的健康质量有着直接的影响。

**第四节** **现代医学模式健康观和医学优先战略**

**一** **、现代医学模式引发的对医学目的的重新审视**

目前在疾病和早死的威胁已经大大减少的条件下，医疗费用迅速上涨和医疗质量的问题

 **社** **会** **医** **学** **(** **第** **2** **版** **)**

带来了一种被认为是不可逆的“医疗危机”。医疗危机的出现从根本上说是医学观的问题， 即医学的目的问题。生物医学模式所带来的医学突飞猛进的发展，急救医学、移植医学、新 的器械和手术方法、新的治疗与诊断方法、新药的开发取得了惊人的成果，人们对疾病治 愈，防止死亡是医学神圣的目的看法愈发强烈。医学危机的出现促使人们重新审视医学的目 的，提出现代医学的四个目的是：预防疾病和损伤、促进和维持健康；解除由疾病引起的疼 痛和痛苦；对疾病的照料和治疗，对不治之症的照料；避免早死，追求安详死亡。

新的医学目的讨论使医学家们了解到，临床医学必须与预防医学相结合。临床医学面对 的是被医生定义了的病人，也就是人群当中极少的一部分人。这一部分病人是来自整个人群 的，影响这些病人的危险因素也必然会影响到整个人群，所以整个人群当中的一部分人就有 可能成为病人的候补者，即高危人群。例如，随着城市化的发展，城市人口竞争加剧，生活 紧张程度增加，精神疾患的发病必然增加。临床医生如果只注重作为紧张因素的结局——精 神疾患患者的治疗，不设法降低整个社会的紧张因素的话，患者只能越来越多。同样，吸烟 行为导致了呼吸和循环系统的许多慢性疾患，仅仅依靠临床手段治疗已经发病的患者则不可 能对控制病因有明显的效果。另外，有些疾病缺乏有效的治疗措施，有些疾病的治疗成本效 益很差。所以从人群着眼，从个体入手的思想，特别是一、二、三级预防的策略引入临床医 学的思维之后，预防个体化更加深入，临床医学与预防医学之间的结合更加重要。

医学家们还认识到，应当将治愈 (cure) 与照料 (care) 放到同等重要地位。半个世纪 以来，临床医学技术有了突飞猛进的发展，大部分感染性疾病和营养缺乏病都已经能够治 愈，很多慢性非传染性疾病如冠心病也可以通过高技术手段得以控制。由此人们更加对医学 心存幻想，甚至还打算发明出一种“魔术子弹”般的药物，用于治疗那些顽症和绝症。但是 人们忽略了医学本身和医学所服务的对象——人的不确定性，追求绝对的治愈或根治，如肿 瘤的根治。医疗纠纷的产生，在一定程度上就是这种深存于医学家的幻想和患者对医学“根 治”疾病的认知偏差上。医学无法治愈慢性病，要让患者认识到这一现实，医学界应当早日 摆脱病人对这些疾病要求根治的压力，要重视对病人的照料，对于不能治愈的病，只能力求 病人带病延年，求得较好的生活质量。事实上，很多临床医生提倡对病人的自我保健，加强 了对慢性病人的管理，必要的早期防治与住院治疗相结合，大大降低了患者因病缺勤日数、 住院次数和住院时间以及医疗费用。这些公共卫生措施已经越来越引起医学界的广泛重视。

**二、现代医学模式对卫生服务的影响**

生物医学模式向生物-心理-社会医学模式转变，是在认识和实践中的深刻变化，从而引 起对保护健康、防治疾病的思维方式、工作方式和管理方式等一系列转变，促进医学科学和 卫生事业的发展。

生物一心理-社会医学模式对卫生服务的影响，主要表现为“四个扩大”。即：

1. 从治疗服务扩大到预防服务 将医疗服务工作纳入到预防的轨道，使卫生工作由医 疗型向预防保健型过渡。将预防保健的思想贯穿在生命的全过程和疾病的全过程当中，重视 三级预防。即一级预防，在疾病未发生时采取有效的措施避免疾病的发生；二级预防，在疾 病发生初期，做到早期发现、及时治疗；三级预防，在患病后做好疾病的治疗和康复工作， 防止残疾。

2. 从技术服务扩大到社会服务 医师应当具有医学知识和人文科学知识，并具备一定 的科学研究能力。除诊治疾病外，还应该通过社会医学诊断，发现居民的健康问题，找出危

22

害居民健康的危险因素，进行健康指导和健康促进，指导人们通过改变生活习惯和行为方 式，开展劳动保护，开展生活咨询和健康教育；促进居民的心理健康，降低由心理因素导致 疾病的发生；发现影响健康的社会因素，及时向有关部门提出进行社会防治的政策建议。

3. 从院内服务扩大到院外服务 医院由传统的封闭式院内服务，逐步向院外开展社会 服务。基层卫生服务机构，要注重发挥贴近居民的优势，根据居民不断增长的卫生服务需 要，适应疾病谱的转变，培训社区卫生服务人员，深入社区开展以预防、医疗、保健、康 复、健康教育、计划生育“六位一体”的社区卫生服务，向居民提供适宜、方便、快捷的全 科性的基本卫生保健服务，如建立以家庭为单位的居民健康档案，开展慢性病防治，组织人 群自我保健活动。并在社区医院和大医院之间建立专业联系，建立双向转诊制度。

4. 从生理服务扩大到心理服务 传统的生物医学模式只注意人们的生理和病理变化， 很少注意人们的心理和社会因素对健康的影响。现代医学模式要求卫生服务的整体性，所以 在进行躯体照顾的同时，也要对普通人群和病人进行心理服务，了解影响病人的心理因素， 积极开展心理卫生工作，调节和平衡心理刺激，缓解生活事件和工作紧张所带来的压力，加 强心理护理和心理康复工作，不断丰富心理服务的内容和措施。

**三、对医学教育的影响**

近20年来，世界卫生组织以及国际医学教育界都表达了他们对目前医学教育必须进行 改革的意见。1984年世界卫生组织就提出过为了实现人人享有卫生保健，实施初级保健战 略，医学教育要重新“定向”。1995年世界卫生组织又作出决议，以促进这一转变，并提出 医学教育改革必须与医疗保健服务体系改革同步进行。现代医学教育培养的专业人才，要在 态度、知识、能力三个方面适应医学模式的转变。1988年8月举行的世界医学教育会议， 通过了具有深远影响的爱丁堡宣言。宣言指出：“医学教育的目的是培养促进全体人民健康 的医生”。我国也于1985年起不断召开多次有关高等医学教育改革的研讨会，并实施了高等 医学教育面向21世纪教育内容和课程体系改革计划。新的医学模式对医学教育的影响主要 体现在以下方面：

1. 要求医学生树立正确的职业态度，要有社会责任感和科学献身精神；

2. 现代型的医学人才，既要有自然科学方面的知识，又要有社会科学、人文科学方面 的知识；

3. 在学习专业技能的同时，还应加强社会实践的锻炼。

世界卫生组织提出的医学教育改革包括三个方面。第一，面向21世纪的需要，医疗卫 生服务体系必须进行改革。而医学教育的改革必须是与卫生服务体系的改革同步进行的，否 则改革就收不到预期的效果；第二，提出了医生也必须是“五星级”的方向，即：

care-provider (医疗服务的提供者)希望医生能根据病人对预防治疗和康复的总体需要 来提供医疗保健服务。

decision maker (决策者)从伦理、费用与病人需要等多方面情况综合考虑各种治疗技 术的使用。

communicator (信息传播者)主动有效地进行健康教育，促进健康生活方式，增进个体 和群体的健康保护意识。

community leader(社区领导者)平衡协调个人、社区和社会的关系以满足卫生保健 需求。

Manager (卫生服务管理者)在卫生部门内部及卫生领域外其他社会机构之间协同 工作。

第三，医学教育本身必须进行改革。医学教育的评价标准必须是社会效益。要通过学科 建设和调整加强医学人才全面素质的培养，加强医学生人文科学素养的培养，注意综合能力 以及创新能力的培养，树立终生教育的观点。要纠正医本科教育阶段的专科医生导向而忽视 全科医生基础培训的情况，把专科医生和全科医生的培养放在同等重要的地位。

**四** **、对预防医学的影响**

既往的社会卫生措施，通过公共卫生革命，取得了前所未有的成就。在19世纪工业革 命时代之前的一些主要危害人群健康的、相当多的传染病、寄生虫病和地方病得到了控制。 这些控制措施主要依赖群体预防，从增强个体免疫力，如疫苗接种；到改善社会卫生状况， 如通过提高农业劳动生产力和改良农产品品种提高全民的营养水平；通过市政工程改善城市 供排水和垃圾处理系统以改善环境卫生条件。但是，在大量的传染病、寄生虫病和地方病被 消灭之后，出现了两个趋势。一个趋势是难以彻底治愈的慢性疾病，另一个是传染病的新发 和复燃。这两种趋势的出现和19世纪的情形有很大的不同，慢性病涉及每个人的行为，新 发和复燃的传染病如艾滋病和结核与个体的行为之间的关系之密切程度甚于传统的传染病。 而行为的干预和改变一方面要依靠社会卫生措施，如群体的健康教育；但另一方面还要有针 对性地进行个体预防，如通过社会支持使高危人群不仅在知识和态度方面有所改变，更重要 的是通过健康促进使其行为有所改变。传统的预防医学手段仍然有效，但其内涵应当有相当 大的变化。

一些慢性非传染性疾病的控制主要依赖个体预防。个体预防是在通过群体或媒体的手段 向个体传播必要的预防知识之后，通过有针对性的个体健康促进实现的。如脑血管疾病可以 通过健康危险因素评价的方法，找出可能影响某个个体的生活当中存在的死亡危险因素，促 使个体或家庭控制饮食中食盐、胆固醇的摄入量和及时定期的血压监测预防，从而大大地降 低群体当中脑血管病的发病率、死亡率和后遗症的发生率。正如英国著名的公共卫生专家杰 弗里 ·罗斯所提出，群体预防和个体预防相结合是医学和公共卫生的发展策略。临床医生应 当学习和掌握这一技术，才能有效地指导慢性病患者的健康管理。

**五、对临床医学的影响**

现代化的诊断技术有了很大的进步，但也使一些临床工作者过分迷信和依赖实验室和仪 器检查，而轻视临床经验的积累和辩证思维，表现出用高技术去完成低水平诊断的思维，这 是一种浪费和退化。只有不断拓宽、不断完善临床医师的思维结构，才能实现现代化的诊断 技术所带来的诊断水准的提高，才能推动临床医学的进步。

疾病既是一种生物现象，更是一种社会现象。长期以来，受生物医学模式的影响，临床 医学对病因的分析，只重视生物病因，忽视疾病发生的社会心理因素。是否用现代医学模式 指导临床思维和医疗卫生实践，对医学现代化和临床医学摆脱困境向更高层次发展，具有重 要的战略意义。

临床医生向全科医生和专科医生分化是必然趋势。1997年，中共中央、国务院《关于 城镇医药卫生体制改革的指导意见》中提出“建立健全社区卫生服务组织、综合医院和专科 医院合理分工的医疗服务体系”,明确指出了我国医疗机构将向社区化和综合专科化两个方

24

**第** **二** **章** **医** **学** **模** **式** **与** **健** **康** **观** 

向发展。社区医生不仅是能够对躯体疾病提供诊断和治疗的临床工作者，还应当能够更多地 与患者沟通，积极帮助高危人群寻找心理和社会病因，和他们一起探讨解决问题的可行 办法。

**六** **、对健康状况评价的影响**

传统的健康评价方法，评价的是负向的健康，随着医学模式的转变，传统的以疾病和死 亡为终点的健康状况评价，开始向以生活质量、三维健康为终点的健康状况评价转化。慢性 病的治疗效果，难以用临床上常用的“有效”、“显效”和“治愈”标准来衡量，更多地应当 用生活质量来评价。健康相关生活质量 (health-related quality of life) 是指在病伤、医疗干 预、老化和社会环境改变的影响下个人的健康状态，以及与其经济、文化背景和价值取向相 联系的主观满意度。健康状态和主观满意度构成了健康相关生活质量的主要内容。健康状态 是从身体、心理和社会三方面来描述个人的功能状态。功能能力是生活质量测定的关键；主 观满意度是指个人的需求和愿望得到满足时所产生的主观合意程度，属于生活质量的主观 成分。



**一、名词解释**

1. 模式

2. 医学模式

3. 机械论医学模式

**二** **、填空题**

1. 医学模式的发展经历了 医学模式、 医学模式、 医学模式、 医学模式和 医学模式五个阶段。

2. 生物医学模式的观点是两个理论，一个是 ,另一个是\_

3. 现代医学模式产生的动因是  和

4. 影响健康的因素可以分为四大类，它们是  

**三、选择题**

1. 影响健康的因素分为四大类，下列 B. 从生物医学模式向生物-心理-社 哪一项不在这四大类之列 会医学模式

A. 生物学因素 C. 从生物医学模式向社会医学模式

B. 环境因素 D. 从机械论医学模式向自然哲学医

C. 生态因素 学模式

D. 生活方式 E. 从社会医学模式向生物-心理-社

E. 卫生服务 会医学模式

2. 目前谈到的医学模式转变是指 3. 我国现阶段的医学模式是

A. 从神灵主义医学模式向生物医学 A. 生物医学模式

模式 B. 生物-心理-社会医学模式

C. 从生物医学模式向生物一心理-社 会医学模式的转变阶段

D. 神灵主义医学模式

E. 社会医学模式

4. 生物医学模式的特点是重视哪种因 素对人的健康的影响

A. 心理因素

B. 生物因素

C. 社会因素

D. 生物、心理、社会因素

E. 科学技术的发展

5. 一个国家和地区的疾病谱和死因谱 的变化，提示我们

A. 医学模式发生了转变

B. 人口发生了自然或机械性的构成 变化

C. 需要对医务人员进行重新培训

D. 必须进行流行病学研究

E. 必须重新评价该国家或地区的人

**四** **、问答题**

口统计和疾病统计资料的质量

6. 影响人类健康的四大因素是

A. 细菌、病毒、寄生虫和自身免疫

B. 个人卫生、环境卫生、家庭卫生 和劳动卫生

C. 自然环境、社会环境、家庭和公 共场所

D. 公共场所卫生、饮食卫生、环境 卫生和劳动卫生

E. 环境、生物、行为生活方式、卫 生服务

7. 医学模式由生物医学模式向生物一心 理-社会医学模式转化，表现为“四 个扩大”,以下不正确的是

A. 从治疗服务扩大到预防服务

B. 从技术服务扩大到社会服务

C. 从院内服务扩大到院外服务

D. 从生理服务扩大到心理服务

E. 从基层服务扩大到专业服务

1. 为什么医学模式会发生转变?

2. 生物医学模式转变为生物-心理-社会医学模式的动因是什么?

3. 生物医学模式的弊端是什么?

**五、论述题**

现代医学模式的影响表现在哪些方面?



**一、名词解释**

1. 模式在科学研究中是指研究自然现象或社会现象的理论图式或解释方式，也可以指 一种思想体系或思维方式。

2. 医学模式的概念是在医学理论发展和医学实践活动过程中形成的，它实质上是一种 医学观，是对医学的本质，医学发展的规律和方向，医学发展的基本思路、方法，医学发展 应该抓住哪些根本问题，医学实践操作的主攻方向是什么等方面，做出的高度理论概括。

3. 把人当成是自己发动自己的机器，而疾病是机器出现故障和失灵，因此需要修补与 完善。

**二、填空题**

1. 神灵主义 自然哲学 机械论 生物医学 生物一心理-社会医学

2. 二元论 还原论

3. 疾病谱和死因谱的转变 对保护健康和防治疾病认识的深化 医学科学发展的社会 化趋势 人们对卫生保健需求的提高

4. 生物遗传因素 环境因素 生活方式及行为因素 医疗卫生服务因素

**三、选择题**

1.C 2.B 3.B 4.B 5.A 6.E 7.E

**四** **、问答题**

1. 医学模式的转变是与生产力发展的水平、生产关系的性质，政治和文化背景，科学 技术发展水平以及哲学思想等相关联的。最初人们的医学模式是神灵主义的医学模式，随着 社会生产力的发展和科学技术水平的提高，人类开始能够客观地认识自我，认识环境，理解 人与环境的关系，并能够对健康与疾病有初步的观察和了解，产生了粗浅的理性概括。这促 使人们对健康和疾病的看法发生改变，不再认为健康和生命受到神秘力量的支配。人们开始 用自然原因解释疾病的发生，把哲学思想与医疗实践直接联系起来。生物科学的进步，解剖 学、组织学、胚胎学、生理学、细菌学、生物化学、病理学及遗传学等生物学体系的形成， 使人们从生物学的观点来认识生命现象以及健康与疾病的关系。这就使人们抛弃了机械论的 医学模式，转而采纳生物医学模式。

2. 有以下几个方面的动因

(1)疾病谱和死因谱的转变

20世纪，特别是50年代以来，由于生物医学模式的成就，许多发达国家已经基本上完 成了第一次卫生革命的任务，控制了危害人类健康的传染性疾病，人类疾病谱和死亡谱发生 了很大改变，影响人类健康与生命的主要疾病已由传染病逐步改变为非传染性疾病。

(2)对保护健康和防治疾病的认识深化

随着人们对保护健康、防治疾病的经验积累，认识也有了深刻的变化。对人的属性的认 识，由生物自然人上升到社会经济人，对疾病的发生和变化，由生物层次深入到心理与社会 层次，对健康的思维也日趋全方位、多层次。认识到健康是一种连续性的状态，健康概念具 有相对性，包括disease (疾病，躯体),illness (患病，心理)和 sickness (病态，社会), 认知功能减低就是一种亚健康状态，而机能衰退就是一种亚临床疾病状态。

(3)医学科学发展的社会化趋势

医学发展史证明，医学的发展与社会发展息息相关。人类保护健康和防治疾病，已经不 单是个人的活动，而成为整个社会性活动。只有动员全社会力量，保持健康、防治疾病才能 有效。

(4)人们对卫生保健需求的提高

随着经济的发展，国民收入增加，人们对卫生保健的需要提出了更高的要求。人们已经 不满足于不生病，身体好，还要求合理的营养，良好的劳动生活条件和生活方式，平衡的心 理状态和健康的心态，良好的社会活动能力，提高生活质量，延年益寿。基于这些改变，美

 **社** **会** **医** **学** **(** **第** **2** **版** **)**

国学者恩格尔首先提出了生物医学模式已经逐步转变为生物-心理-社会医学模式。现代医学 模式概括了影响人类疾病和健康的全部因素，从医学整体论出发，综合分析了生物、心理及 社会因素对人类健康的综合作用，突出了社会因素的决定性作用。

3. 生物医学模式虽然强调生命活动在结构、功能和信息交换方面是一个统一的整体， 但却忽视了人的另外一个方面，即人是生物性与社会性的统一体。生物医学模式的这一缺 点，限制了它的视野，也限制了医学家对健康和疾病的全面认识。

**五** **、论述题**

现代医学模式对医学的影响表现在以下几个方面：

(1)对医学目的的重新审视，提出现代医学的4个目的是：预防疾病和损伤、促进和维 持健康；解除由疾病引起的疼痛和痛苦；对疾病的照料和治疗，对不治之症的照料；避免早 死，追求安详死亡。医学家们还认识到，应当将治愈 (cure) 与照料 (care) 放到同等重要 地位。

(2)对卫生服务的影响：①从治疗服务扩大到预防服务；②从技术服务扩大到社会服 务；③从院内服务扩大到院外服务；④从生理服务扩大到心理服务。

(3)对医学教育的影响：①要求医学生树立正确的职业态度，要有社会责任感和科学献 身精神；②现代型的医学人才，既要有自然科学方面的知识，又要有社会科学、人文科学方 面的知识；③在学习专业技能的同时，还应加强社会实践的锻炼。

(4)对预防医学的影响：群体预防和个体预防相结合。

(5)对临床医学的影响：临床医生向全科医生和专科医生分化。

(6)对健康状况评价的影响：开始向以生活质量、三维健康为终点的健康状况评价 转化。

(张拓红)

28

**第三章** **社会因素与健康**

**学** **习** **目** **标**

1. 社会因素的概念

2. 社会因素影响健康的机制

3. 社会经济与健康

4. 社会发展与健康

5. 文化因素与健康

6. 社会心理行为因素与健康

**教学目标**

1. 给出社会因素的概念

2. 描述社会因素影响健康的机制

3. 解释社会制度、文化、社会心理行为因素的概念

4. 简述社会制度对健康的影响

5. 简述经济发展对健康的影响

6. 简述文化因素对健康的影响

7. 说明如何运用生活事件心理应激评定表评估健康

8. 熟悉生活方式与健康的关系

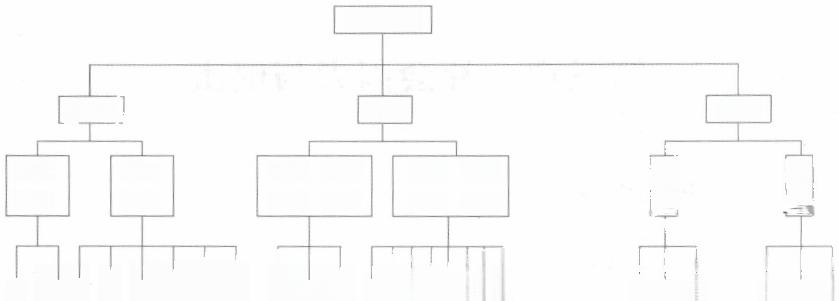


**第一节** **社会因素的概述**

**一、社会因素的概念**

随着社会和科学的发展，人类认识到健康不仅受自然因素影响，同时也受社会因素影 响。在生物医学模式转变为生物一心理-社会医学模式的今天，社会因素对人类健康的影响越 来越明显，与人类健康密切相关的社会一心理因素日益得到普遍的重视。所谓社会因素 (so- cial factor) 是指社会的各项构成要素，包括自然环境和社会环境，自然环境又称为物质环 境，包括未受人类影响的、天然形成的地理环境。社会环境又称为非物质环境，它包括一系 列与社会生产力、生产关系有密切联系的因素。总之，社会因素所包括的内容非常广泛，涉 及人们生活的各个环节(图3-1)。

免 疫

人 口

生物 属性

社会 属性

社会因素

文 明

经济 基础

精神 文明

物质 文明

自然

上层 建筑

环境

社 会

婚 姻

生 交

政文卫法伦宗风生 生 民 民 治化生律理教俗活 水收营制教服立道信习方 平入养度育务法德仰惯式

生 物 地 物 理 理 生 化 气 态 学 候

公 共 关 系

家 庭 关 系

人 际 关 系

**图** **3** **-** **1** **社会因素分类**

(选自：李鲁主编，《社会医学》,北京：人民卫生出版社，2000,第32页)

**二、社会因素影响健康的特点**

医学病理学研究通常是从因果联系思维开始的。因果关系一般包括单因单果、单因多 果、多因单果和多因多果四种形式。社会因素与健康的因果联系虽然不像生物因素那样直观 明了，但仍有其规律性。

(一)作用的广泛性

一种社会因素可导致全身多个器官及系统发生功能变化。虽然有些社会因素致病或健康 促进效应有较为明显的靶器官或靶系统，但不像生物因素那样有明显的特异性。原因在于许 多社会因素造成的影响具有很大的重叠性。现实生活中，人们接触社会因素的多元性，使每 种社会因素的作用难以显示其特异性。其次，由于遗传及后天发展的差异，使每个人对同类 型、同强度刺激的耐受性不同，从而使社会因素的致病作用及健康效应的特异性不明显。还 需指出的是，社会因素作为刺激源很少是一次作用的， 一般是通过缓慢逐步积累发生作用 的。这就使本来缺乏特异性的刺激作用更无特异性。

(二)持久性与积累性

社会因素广泛存在于人们的现实生活中，对人类产生的作用是持久性的。同时，社会因 素是以一定的时间顺序作用于人体的，可形成反应的累加、功能损害的累加和健康效应的累 加作用 。

(三)交互作用

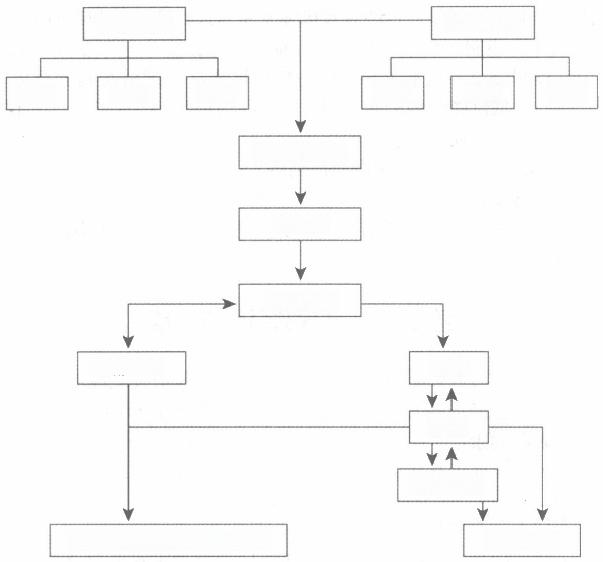
社会因素对人类健康的作用通常是以交互作用的方式产生效应的，主要是由于其因果关 系的多元性所决定的。教育、经济、生育、营养可以分别直接影响人群健康，也可以互为其 他社会因素的中介，或以其他社会因素为中介作用于健康。

**三、社会因素影响健康的机制**

社会因素影响健康主要是通过心理感受这个中心环节发生作用的。社会因素作用于健康

**第** **三** **章** **社** **会** **因** **素** **与** **健** **康** 

的机制是社会因素被人的感觉系统纳入，经过中枢神经系统的调节和控制，形成心理折射， 产生心理反应及行为，即社会心理因素致病模式(图3-2)。



社会因素 心理因素

人口 文明 环境 素质 发育 反应

感知觉系统

大 脑

下 丘 脑

其他脑区 垂体

激素

免疫功能

行为变化或情感精神障碍 躯体疾病

**图** **3** **-** **2** **社会-心理因素致病模式**

(选自：李鲁主编，《社会医学》,北京：人民卫生出版社，2000,第33页)

(一)感知觉系统是社会因素作用的门户

外界的一切刺激，包括社会因素必须通过人的感知觉系统，即眼、鼻、舌、皮肤等感觉 器官及相应的神经系统的接受和知觉而发生作用。由于感知觉系统对社会因素的屏障作用不 如生物、物理、化学等因素明显，其重要性容易被忽视。实际上，利用感知觉系统的功能特 点，缓冲社会因素的有害刺激，利用有益于健康的刺激，具有重要的意义。

(二)神经-内分泌-免疫调节网络是社会因素的中介

神经-内分泌-免疫系统调节网络是社会因素作用于人体引起躯体机能的变化的中介，即 人体感受刺激和心理反应形成后，神经系统、内分泌系统、免疫系统产生反应，形成调节网 络，产生“中介物质”或引起“中介物质”的变化，如生物电、神经递质和激素的变化等， 最终引起躯体机能的变化。分析社会因素的中介机制，有以下三种形式：

1. 神经系统与中介机制 社会心理因素的刺激作用于大脑，使大脑所支配的自主神经 系统发生持续、剧烈的功能改变，可引起相应脏器产生不可逆的器质性变化。当人体出现社 会心理应激时，交感神经兴奋可导致血压升高、心率增快、血管收缩、胃肠蠕动减少、情绪 改变等。社会心理刺激还能引起中枢神经递质的变化，通过内分泌系统和免疫系统引起人体 功能的改变。可见，心理活动既受中枢神经系统控制，又能影响中枢神经系统的功能。

 **社** **会** **医** **学** **(** **第** **2** **版** **)**

2. 内分泌系统与中介机制 社会心理刺激可以通过内分泌系统的中介作用，引起躯体 机能的变化。其中以垂体-肾上腺系统最为重要。垂体-肾上腺系统通过调整多种激素的分 泌，对人的情绪、新陈代谢和心血管系统、消化系统、免疫系统等的机能产生重大影响。对 于强烈刺激作用影响的长期积累，可能导致机体发生永久性的功能和器质性损害。

3. 免疫系统与中介机制 免疫学研究已经证实，紧张的心理刺激和不良的情绪反应可 通过下丘脑及由它控制分泌的激素影响机体的免疫机能，包括引起胸腺退化、影响 T 细胞 的生长成熟和功能、降低巨噬细胞的活动能力、干扰白细胞的活动等。这不仅增加了机体对 传染病的易感性，而且有促使癌症发生的作用。

(三)中枢神经系统是社会因素作用的控制器

社会因素从被人感知直到产生效应的整个过程都受脑的控制。由于脑的调节和控制作 用，使同样的社会因素对不同的人可能产生不同的健康效应。脑的控制作用主要是通过调节 内分泌功能来体现的。

**第二节** **宏观经济与健康**

社会的发达程度在某些方面是由经济水平来体现的。经济发展能够推动卫生改善，健康 水平提高同样推动着社会经济的发展，社会经济发展与人群健康的关系是辩证统一的关系。 社会经济的发展是人群健康水平提高的根本保证；而社会经济的发展也必须以人群健康为条 件，人群健康水平的提高促进社会经济的高速发展，二者互相促进。

**一** **、经济水平低下影响健康**

经济水平低下带来的各种影响生活质量的不良因素对健康水平起到综合的作用。社会经 济水平低下影响人们的收入和开支、营养状况、居住条件、接受科学知识和受教育的机会， 形成特定的社会不良环境，在此条件下，人们的机体、器官功能状态及社会行为方面容易失 去平衡，继而引起疾病的发生。医疗条件取决于社会经济水平，在发生了各种疾病后，若有 良好的医疗条件，就能及时对临床症状和亚临床症状实施有效的治疗，不会贻误达到最佳疗 效的时机，使得疾患得到有效的控制。在疾病发生后，若社会康复功能健全，能及时给予康 复治疗，就可以减少残疾的发生。

**二** **、经济发展促进健康水平的提高**

经济发展对人群健康水平有重要影响。世界卫生组织2007年世界卫生报告中对世界各 国的统计资料反映了经济发展对人群健康的影响(表3-1)。

**表3-1经**

**济状况与人群健康**

**的关系(2007)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 国家类别 | 人均国民总收入  (美元) | 婴儿死亡率  (‰) | 5岁以下儿童死亡率  (‰) | 平均期望寿命  (岁) |
| 低收入 | 1534 | 80 | 126 | 57 |
| 中低收入 | 4461 | 38 | 50 | 68 |
| 中高收入 | 11926 | 19 | 22 | 70 |
| 高收入 | 36292 | 6 | 7 | 80 |

资料来源：世界卫生组织《2009年世界卫生统计》

经济发展是保障健康的物质基础，它对人群健康水平的影响是通过多渠道综合作用的。 首先，经济发展是提高居民物质生活水平的前提。经济发展可以为人们提供充足的食物营 养、良好的生活与劳动条件，从而有利于居民健康水平的提高。其次，经济发展有利于增加 卫生投资，促进医疗卫生事业发展，卫生事业发展可影响居民健康状况。各国研究资料表 明，卫生经费占国民生产总值的比例和人均卫生经费都与居民健康相关。第三，经济发展通 过对教育的影响间接影响人群健康，文化水平的提高将影响人群接受卫生保健知识的能力， 从而影响人群的健康。

**三、健康水平的提高促进经济发展**

社会经济的发展，实质是社会生产力的提高。具有一定体力、智力、劳动技能的人是生 产力诸要素中最重要的因素。人群健康水平的提高必将对社会经济发展起到推动作用，主要 表现在人群健康水平提高，人口平均寿命延长，人群从事劳动年限增加，从而创造更多的社 会财富，促进社会经济的发展。新中国成立以来，我国人群的平均期望寿命从35岁增加到 现在的70岁以上，以60岁退休计算，平均每个劳动力可以延长工作25年。同时人群健康 水平提高可以减少病伤，增加出勤，节约卫生资源。因此，发达的国民经济是提高健康水平 的保证，只有提高经济水平，才有物质基础进行疾病的预防和控制。

**四** **、经济发展对健康可能带来的负面影响**

人群健康水平随着社会经济发展而提高，这是积极的总趋势。但是经济发展在解决以往 健康问题的同时，也会带来一些新的健康问题，产生消极影响。主要表现在以下几个方面：

1. 环境污染和破坏 现代工业给人类生活、生产环境造成了严重的污染和破坏，由此 产生的健康问题及潜在的危害广泛存在。

2. 生活方式的改变 随着社会经济的发展，人们的主要健康问题已不再是来自营养不 良、劳动条件恶劣、卫生设施落后，而是主要来自不良的生活方式，如吸烟、酗酒、吸毒、 性乱、不良的饮食和睡眠习惯、缺乏运动等。

3. 大量合成化学物质进入人类生活 为了改善生活条件不断使用一些新的化学物质， 人们在吃、穿、住、用诸方面都无时无刻地与大量的化学物质接触，这些化学物质无疑会对 人类的健康产生很大的影响。

4. 心理健康问题 生产力水平的提高及知识经济时代的到来，社会竞争更加激烈，工 作、生活节奏的加快，紧张、刺激及工作压力，给身心健康带来了不良影响。

5. 社会流动人口增加 经济发展必然伴随流动人口的增加，大批农村人口流入城市， 给城市增加生活设施的负担，而且带来了许多健康问题。

**第三节** **社会条件(发展)与健康**

**一、社会制度与健康**

社会制度是指在一定历史条件下形成的社会关系和社会活动的规范体系。社会制度的涵 义有三层：一是社会形态，如社会主义制度、资本主义制度；二是指各种具体的社会制度， 如政治制度、经济制度、法律制度等；三是指各种社会组织的规章制度，如考勤制度、奖惩

**社** **会** **医** **学** **(** **第** **2** **版** **)**



3

制度等。在制度的三个层次中，第一个层次是广义的，是以整个社会为实体，常常用于区别 人类社会的不同发展阶段和不同性质。第二个层次是指一个社会的具体制度，它是社会制度 最基本的内容。第三个层次是狭义的社会制度，代表着某种行为模式和办事程序，由各个部 门制定。研究社会制度与健康的关系，主要是从宏观上分析社会制度对人群健康的影响。因 此，侧重点在第一及第二个层次。

社会制度对人群健康水平的影响是明显的。世界各国的政治制度、法律制度以及与其有 直接联系的政策是造成居民健康水平差别的重要原因之一。社会制度影响健康的途径主要有 以下几个方面：

1. 不同分配制度影响居民健康 由于目前世界各国贫富差别十分悬殊，世界上约有10 亿人处于贫困和营养不良的状况。此外，卫生资源分配不合理是全球普遍存在的问题。

2. 社会制度对卫生政策的决定作用 社会制度对卫生政策及人群健康影响最广泛、深 远的是政治制度，政治制度的核心是社会各阶层人群在政治生活中的地位及管理国家的原 则，它是经济、法律、卫生等一切制度和政策实施、发展、巩固的保证。

3. 社会制度影响人的行为 社会制度实质上是一种社会规范体系，它对人们的行为具 有广泛的导向和调节作用。每个人都有自己的利益、价值观、理想和性格特征，这些差异使 人们在行为上发生冲突。社会制度通过行为规范模式，提倡或禁止某些行为方式，保持和促 进社会的协调发展。例如，对吸毒的禁止、对烟草生产的控制、对食品生产加工和销售的规 定等，对维护人群健康的作用深远而巨大，是社会制度的健康效用的体现。

**二** **、人口发展与健康**

人口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。人口发展的成功，取 决于资源的平衡。迅速的人口增长威胁着这种平衡，因为它使人口与资源的差距加大。人口 的规模、年龄结构及性别结构、区域分布，既取决于生育率、死亡率、人口流动情况，又对 健康及保健工作有重要影响。

(一)人口数量与健康

1. 加重社会负担 如果人口增长速度超过了经济增长速度，则会直接影响人群生活质 量，使居民营养不良，社会卫生状况恶化，人均粮食拥有量下降。人口数量过多，使劳动力 人口超出了经济发展的需要，从而造成众多失业，居民收入下降，对身心健康造成严重 损害。

2. 加重教育及卫生事业的负担 如果人口增长过快，造成社会财富主要用于维持民众温 饱的需要，而对教育和医疗保健的投入减少，最终必然影响到民众的身体健康及人口质量。

3. 加重环境污染和破坏地球的资源和空间都是有限的，据估计，从资源和空间的角 度考虑地球上的人口不能超过80亿。由于人类对自然界的干预已形成空前的全球规模，人 类的活动必然导致自然环境发生巨大的变化，如地表结构的变化，生物圈的变化等。这些变 化常常是以严重环境污染和破坏为结局的。实际上，环境污染不仅影响人类的健康，而且影 响人类社会的可持续发展。

(二)人口结构与健康

人口结构是指人口的性别、年龄、婚姻、职业、文化等结构，其中与健康最为密切的是 年龄及性别结构。

1. 人口年龄结构与健康 联合国规定60岁或65岁及以上人口为老年人口，60岁及以

34

**第三章** **社会因素与健康**



3

上人口超过10%或65岁及以上超过7%为老年型社会。目前，人类所面临的一个重大人口 问题就是人口老龄化问题。老年人口患病率高，致残率高，卫生资源消耗量大，是各国重大 的社会问题。

2. 人口性别结构与健康 人口的性别结构是指男、女性人口分别在总人口中所占的百 分比。性比例平衡是社会安定的基础因素之一，性比例失调则是滋生社会问题的根源之一。 从人的生物学特点分析，人口性比例能保持自然平衡。性比例失调完全是社会因素作用的结 果，如传统价值观点、战争、社会生产及不适当医疗保健措施等。

(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。人口流动包括垂直 流动、水平流动、代际流动、结构流动；也有分为自动流动、个体流动、集体流动、国内流 动、国际流动等。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。在开放社会 里，人口流动频率更高。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，如传染病的控制， 计划生育工作等方面。

**三、卫生事业发展与健康**

随着社会经济的发展及人们生活水平的提高，卫生服务的任务不仅仅是治病救人，而且 要维护及促进人群的健康。因此，在现代社会，医疗保健被列入社会保障的范畴，卫生事业 的发展是社会发展的重要方面。

(一)卫生服务的基本功能

卫生服务的功能可分为两个方面：即保健功能和社会功能。卫生服务的保健功能是通过 预防保健、治疗、康复及健康教育等措施，降低人群的发病率和死亡率；通过生理、心理及 社会全方位保健措施，维护人群健康，提高生命质量。卫生服务的社会功能，首先是医疗保 健服务使患者康复，恢复劳动力；延长寿命，延长劳动时间，能有效地提高生产力水平。其 次，是消除病人对疾病焦虑和恐慌，不仅是维护健康的需要，而且有利于社会的安定。第 三，医疗卫生服务部门是精神文明的窗口，良好及时的卫生服务对病人也是一种心理支持， 使人们体验到社会网络支持的存在，有利于社会凝聚力的增强。

(二)卫生资源与健康

卫生资源的投入量及其分布对人群健康影响极大。在发展中国家及不发达国家，卫生资 源投入不足的现象极为普遍，这些国家的卫生经费2000年很难达到WHO 要求的占GNP 5%的标准。而卫生资源分布不均匀在世界各国都存在。最突出的是城、乡之间分布不均匀。 鉴于世界半数以上人口的健康状况不能令人满意，而且发达国家和发展中国家之间的健康水 平和卫生资源存在很大差距，世界卫生组织提出要本着社会公平的精神，采取国家和国际的 有效行动，在全世界，特别是在发展中国家实施初级卫生保健。

(三)卫生服务的组织实施与健康

一定的资源投入是开展卫生服务必备的条件，但卫生资源的投入量并非是获得健康效应 的决定因素，如何使用卫生资源，即如何组织实施卫生服务，获得理想的健康投资效益，至 关重要。合理使用卫生资源、科学地组织实施卫生服务，提高社会效益，将有利于人群整体 健康水平的提高。

 **社** **会** **医** **学** **(** **第** **2** **版** **)**

**第四节** **社会生活与健康**

**一** **、社会阶层与健康**

阶层主要是指社会经济阶层。从社会学的角度分析，阶层主要由个人受教育程度、职业 和收入等因素来决定。虽然常常以经济收入划分社会阶层，但社会阶层还蕴涵着其他因素如 文化程度、价值观念、卫生服务的利用、生活习惯及环境等。国外对不同社会阶层人群的健 康差异研究甚多，目的在于将社会阶层作为一项综合标志，探讨社会经济发展对不同人群健 康的影响，从不同阶层的角度研究健康问题、卫生服务需求和卫生措施。研究社会阶层与健 康的主要意义在于发现高危人群。

**二** **、社会关系与健康**

(一)社会关系与健康的联系

人是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。人在社会网络中的相互关系是否协调，是否能 相互支持，不仅是影响健康的因素，而且是健康的基本内容。社会支持指一个人从社会网络 所获得的情感、物质和生活上的帮助。支持是人的基本社会需要，获得社会支持不是被动 的，而是一个互动过程。影响社会支持的因素主要有人际关系、社会网络和社会凝聚力。人 际关系是人类社会中人与人之间相互联系与作用的过程。人际交往是人类社会发展和人类生 存不可缺少的社会环境。融洽的人际关系不仅可以获得情感上的支持而且是获得其他社会支 持的基础。社会网络主要涉及一个人与社会网络的相互了解、影响和亲疏程度、网络上人数 的多少、成员的年龄和社会阶层及信仰等特征的相似程度，以及中心人物与网络成员接近的 难易程度等。社会网络结构的健全或合理性是人们获取社会支持的基本条件。社会凝聚力是 人们思想道德观念、社会责任感及对社会的信心的综合反映。社会凝聚力在社会生活中是社 会支持发生与否的重要决定因素。家庭是以婚姻和血缘关系组成的社会基本单位，家庭关系 是重要的社会关系。家庭结构、功能和关系处于完好状态有利于增进家庭成员的健康。

(二)家庭与健康

家庭是以婚姻和血缘关系为基础建立起来的一种社会生活群体，是社会的细胞。家庭是 人出生后首先接触的社会，是人们日常活动的主要场所。家庭对一个人的成长及身心健康有 着深刻的影响。

1. 家庭类型

常见的家庭类型包括：

(1)核心家庭：核心家庭 (nuclear family) 是由一对夫妇与其未婚子女组成的家庭。 这种家庭仅两代人组成，只有一个权利中心，关系较为简单。仅一对夫妇，无子女的家庭、 一对夫妇和未婚的领养子女组成的家庭或由父母中某一方与未婚子女组成的家庭也可归入此 种家庭。

(2)扩大家庭：扩大家庭 (extended family) 是由两个或更多的住在一起的核心家庭组 成。扩大家庭又可以分为主干家庭和联合家庭两种。主干家庭又称直系双偶家庭，是由父母 和一个已婚子女共同组成的家庭，是扩大家庭的最典型形式，除有一个主要权利中心外，尚

36

有一个次要中心，关系比核心家庭复杂。联合家庭是由一对夫妇(或一方)与两对及两对以 上的已婚子女及其未婚子女所组成的家庭。我国传统的几世同堂家庭就属于这种家庭。这种 家庭可能有多个权利中心，关系复杂，结构松散而不稳定。

2. 家庭功能

家庭功能包括满足人们的生理需要和社会需要，主要可归为四种功能：

(1)养育子女：家庭的养育功能不仅包括生养，也包括教育。家庭教育对儿童心理、人 格和行为方式的形成有重要的影响作用。

(2)生产和消费：家庭的生产功能是历史性的，将随着社会发展而逐渐缩小并趋向消 失，而家庭的消费功能则是永存的。随着社会发展，消费结构有很大改变，从满足生理需要 的吃饭、穿衣为主，变为高层次的享受等精神生活为主。家庭的消费直接影响着家庭成员的 健康。

(3)赡养：下辈家庭成员有赡养上辈家庭成员的义务。当年老的家庭成员丧失劳动能力 后，物质和精神上的需要首先应由家庭承担。但随着社会发展，家庭规模逐渐缩小，家庭虽 然负担老人的物质生活，但生活照顾与精神安慰常感不足，家庭赡养功能逐渐变得不完全。

(4)提供休息娱乐的特殊环境：家庭环境作为人们一天工作之后的休息和娱乐环境，是 其他任何场所不能代替的。家庭对体力的恢复和精神的调节都有主要作用。

3. 家庭对健康的影响

(1)家庭关系不良：如果家庭关系失调，家庭成员之间的关系不融洽，家庭成员不能从 家庭中得到互相帮助和支持，家庭反而成为烦恼的来源，则必然对家庭每个成员的健康产生 不利的影响。国内外研究结果均证实，父母的高应激状态对子女的智力和行为都有影响。近 年来，家庭暴力对躯体和精神健康的严重影响越来越得到重视。家庭暴力是指家庭内夫妻间 或两代人之间采取轻重不同的攻击行为。美国于20世纪80年代初始发现家庭暴力作为影响 妇女身心健康的严重问题而震动美国社会。我国同期开始陆续在报刊上公布和发表了有关家 庭暴力的事件，引起了社会的关注。家庭暴力会给家庭成员留下难以平复的心理创伤和痛苦 的躯体损伤，并发生恶性循环，精神活动因过度紧张而表现异常，严重者可能出现精神 疾病。

(2)家庭功能失调：家庭功能失调既影响物质生活，也影响精神生活。在我国，家庭违 背了计划生育政策，多生现象给家庭生活带来困难，父母的精力和情感投入不够均会对儿童 健康带来不利影响。家庭消费及教育功能失调与营养性疾病、心血管疾病、传染性疾病、精 神疾病，甚至青少年犯罪都有明显关系。家庭照顾包括心理支持和生活照料，如果存在持久 的家庭不和，或因家庭成员忽略了家庭的作用，使得家庭不能发挥照顾的功能，家庭成员不 能得到相互的理解、体谅、关心和照顾，则难以对来自外界的应激原产生缓冲作用，结果使 心理紧张加重，发展严重就会发生疾病。

(3)家庭结构的破坏：无论家庭的规模大小，结构不完整都会影响健康。丧偶、离婚是 家庭结构的严重破坏，对健康损害最大。婚姻冲突与离婚常严重影响当事人及子女的身心健 康，随着婚姻的破裂，不但有安全感和爱的丧失，而且性生活中断、社会家庭支持网破坏、 社会角色的改变、经济问题、住房问题、子女的抚养与联系等问题接踵而至，这些连锁反应 无疑会对当事人的身心健康产生严重影响。研究表明，离婚和分居者机体的免疫功能下降， 而且精神活动也受到严重影响，最常见的精神症状为抑郁和焦虑，其次有自尊心下降、愤 怒、敌意和睡眠障碍等。现已公认，离婚对子女的影响大于对离婚者本人。父母离异后，单

37

n

**社** **会** **医** **学** **(** **第** **2** **版** **)**

 3

亲家庭的子女大多都会体验到丧失感、被遗弃感、不安全感和悲哀等。在破裂家庭中，睡眠 障碍、摄食障碍、排泄障碍、头痛、哮喘发作、消化道症状是相当多见的。家庭破裂造成的 严重精神创伤可导致子女出现行为问题或精神疾病。国内外报道学业成绩差、多动、说谎、 偷窃、逃学、攻击和反社会行为、酒和药物滥用、离家出走、过早的随意性行为、青少年犯 罪、自杀行为等在破裂家庭中的孩子显著多于完整家庭的孩子。

**三、社会营养与健康**

从社会医学角度研究食品、营养与健康的关系，主要是从宏观上分析社会提供食物的数 量和质量对居民健康的影响，探讨社会营养政策及措施，为增进人群健康提供科学依据。

(一)营养状况与健康评价

居民营养状况包括居民摄入热量及食物的营养结构。前者是衡量人群摄入的食物是否有 维持基本生命功能；后者则是分析摄人食物中各种营养素比例的合理性。

从生理学角度，对于中等强度体力劳动的成年人，维持身体的基本需要，每日男性需要 摄入的热量为12552kJ(3000kcal), 女性需要11715kJ(2800kcal), 儿童平均日需热量 8368kJ(2000kcal) 。 对于一个国家或地区，每日人均热量摄入在10460kJ(2500kcal) 以 上，说明居民食物摄入量得到了满足。从世界范围来看，不同国家居民日平均摄入热量与健 康状况关系密切，居民食物摄入量与平均期望寿命呈正相关。

评价居民营养与健康的另一个方面，即摄入的营养素是否合理，是否能利于防止疾病， 促进健康。根据食物提供的热量计算，人均蛋白质、脂肪、碳水化合物三大营养素摄入的适 合比例为3:4:13。其中蛋白质以动物蛋白及植物蛋白各占50%为宜。这种标准既保证机 体对各种营养素的需要，又有利于预防常见的慢性病，如心血管疾病等。目前，发达国家居 民膳食中，动物蛋白及脂肪的含量偏高；而发展中国家及不发达国家居民膳食中蛋白质及脂 肪比例偏低。

我国居民人均日摄入热量在10878kJ(2600kcal) 以上，即居民平均食物摄入量基本足 够，但食品结构不太合理。碳水化合物占总热量的75%以上，蛋白质占总热量的10%左右， 脂肪占总热量的15%左右，蛋白质及脂肪比例偏低。以谷物为主的膳食结构，虽然有利于 慢性病的预防，但营养素比例不尽合理，尤其是蛋白质比例低，不利于提高居民的身体 素质。

此外，膳食中各种微量元素的含量是否足够，比例是否合理，与一些地方病及营养缺乏 病的发生有着密切的关系。因此，调查居民膳食微量元素含量的比例，也是评价居民营养状 况的重要指标。由于地理原因及饮食不当，造成某些人群膳食中一些微量元素缺乏的现象普 遍存在。对由此而引起的疾病及健康问题需要采取综合性的社会卫生措施。

(二)社会营养政策与健康

1. 粮食生产政策与人群健康 粮食生产政策实际上是农业政策的主要内容。农产品及 农业的发展无论是在发展中国家，还是在发达国家都是影响人民健康的主要因素。同时，农 业是国民经济的重要部分，农业经济发展与健康之间的关系，是制定粮食生产政策必须考 虑的。

一个国家，除非地理、气候条件不允许，都应努力发展农业，为国民提供足够数量的粮 食。由于农业生产利润低，农业的发展，需要国家从政策、经济上给予支持。世界上即使是 自由经济国家，对农业都采取低税收或补偿的方式，鼓励农民发展粮食生产。目前，世界上

38

**第** **三** **章** **社** **会** **因** **素** **与** **健** **康** 

只有24个国家的粮食能自给，而且耕地面积还在不断减少，因此在人口不断增长的前提下， 发展粮食生产是全球性的战略措施。

另一方面要注意把营养科学知识与食物生产规划结合起来。在地理、气候、经济条件允 许的条件下，尽量生产能提高居民营养水平的食物。例如，三大营养素中，在热量足够的情 况下，以蛋白质的作用最为重要，因为它能提供机体不能合成的各种必需氨基酸。大豆含蛋 白质高达40%,它既可增加膳食中的蛋白质比例，还可避免动物蛋白质过多所造成的不良 影响。

2. 引导食物消费 人们在食物方面的选择范围越来越大，选择有利于健康的食品，主 要受个人营养科学知识的影响。而广泛的健康教育措施，积极引导食物消费，是提高居民营 养科学知识的关键，是有利于个人健康的社会卫生措施。世界大多数国家都根据本国人口及 粮食生产的特点，制定了膳食营养推荐标准，大力宣传与人们生活及健康密切相关的营养 知识。

**第五节** **社会文化与健康**

**一、概述**

文化，作为重要的社会因素，其定义根据侧重点不同而有多种解释。广义的文化指物质 文化和精神文化的总和；狭义的文化即精神文化，指人类精神财富的总和，包括思想意识、 宗教信仰、文学艺术、科学技术、风俗习惯、教育、法律、道德规范等。各种文化可归为智 能文化、规范文化和思想文化。智能文化通过影响人的生活环境和生活条件作用于人的健 康。随着人类智能不断提高，科学技术不断发展，物质生活日益丰富，生活环境就会不断向 有利于人类生存和发展的方向改善。但当科学技术利用不当时，就会破坏人类生存环境，影 响人群健康。规范文化通过支配人们的行为来影响健康，一些有害健康的道德规范和风俗习 惯使人们采取有害健康的行为生活方式而影响健康。思想文化主要通过影响人们的心理过程 和精神生活影响人群健康。虽然各种文化因素都可能对人群健康产生影响，但从定量的角 度，人们更多地研究文化教育对健康的影响。

**二、教育对健康的影响**

教育是人们社会化的过程和手段，因而教育属于一种规范文化。教育具有两种职能，一 是按社会需要传授知识，即对人智能的规范；二是传播社会准则，即对人行为的规范。成功 的教育是使人能够承诺一定的社会角色并有能力执行角色功能。教育可以从多方面影响人们 的健康。教育主要通过培养人的文化素质来指导人的生活方式，不同文化程度的人群生活方 式不同，首先表现在消费结构对人群健康的影响，在收入一定的条件下，文化程度不同的人 对生活资料的支配方式不同，从而产生不同的健康效果。教育正是通过传播这两方面的知 识，对人的物质消费进行文化导向，引导人们进行有利于健康的合理消费。其次表现为安排 闲暇时间对人群健康的影响。闲暇时间是指人们维持工作和基本生活活动(如进食、睡觉 等)以外的时间。闲暇时间的消磨方式与人群健康有密切的关系。从病因的时间分布看，人 类病因的绝大多数暴露在闲暇时间。在闲暇时间内，人的活动和人际关系都较复杂，生活环 境也远比工作环境复杂，并且人的不良行为和意外损伤也常常发生在闲暇时间。不同文化程

 **社** **会** **医** **学** **(** **第** **2** **版** **)**

度的人对闲暇时间的消磨方式是不同的，因而接触致病因素的机会也不同，最终带来的健康 效果也必然不同。教育有助于提高人的健康保健意识，主动关心自己的健康，寻求较好的生 活质量。仅仅提供医疗卫生设施并不能保证人群的健康，还需要通过健康教育使人们正确地 利用它们。一般来说，文化知识水平较高的人容易接受和正确掌握卫生保健知识，能够了解 疾病的危害和预防的方法，主动预防并合理利用卫生服务。并且，文化知识水平的提高使人 们更加关注自身的生活环境，注重生活质量，保持良好的家庭环境和心理环境，积极地维护 自己的健康。

**三、文化对精神健康的影响**

关于文化对精神健康的影响，大体分为三种观点，其一为共同论，即认为文化虽然千差 万别，但人类的精神活动本质上是相同的，因此人类的精神障碍也基本相同。在不同文化中 精神疾病的病种是一致的，只是其症状有些表面的差异。其二为进化论，即正常和异常精神 活动都处于进化过程中。跨文化精神病学研究发现，尽管在当今世界上同时存在着工业社 会、农业社会和原始社会的不同阶段，但在农业社会和原始社会并未发现新奇的病种，而是 见到了与工业社会相同病种的初级或原始的表现形式。其三为相对论，认为每一种文化皆有 其独特的观念体系，是有历史渊源和内在连贯性的。一切正常和异常的精神活动现象，都有 其文化的烙印，只有深入到该文化中去，才能了解文化对精神疾病表现的影响。因此，文化 对精神疾病的影响是多方面的。例如，文化对精神分裂症的影响表现为在世界范围内各地区 精神分裂症的患病率虽不一致，但变异范围有限，且基本症状是相同的。受文化影响最大的 是幻觉和妄想的内容，可带有各种文化和亚文化的色彩。

**四** **、风俗习惯对人群健康的影响**

风俗也称为习俗，它是逐渐形成的社会习惯。风俗习惯与人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。它对人们健康的影响非常广 泛。有的是不良影响，有的是积极作用。研究风俗习惯与健康的关系，首先应分析其作用性 质，弘扬良好的风俗习惯，改革有损健康的习俗。

有益于健康的风俗习惯在日常生活中随处可见，如中国人饮水的习惯，避免了由于饮水 卫生条件较差可能带来的危害。西方人的分餐进食方式即比围坐一桌共享菜肴卫生得多。不 利于健康的风俗习惯，更应引起人们的注意。如“节日病”就是风俗习惯损害健康的一个有 力证据。每逢佳节，亲朋好友聚集一堂，佳肴美酒，豪饮猛吃，轻者消化不良，重则酩酊大 醉，严重损害健康。

风俗是人们自发的习惯性行为模式，涉及面广。移风易俗，保护健康，要采取法律禁 止、行政命令结合说服教育的方式。如放鞭炮带来的伤害及危害，许多城市采取法令禁止的 方式取得了良好的效果。但更多的是要说服教育，让人们分清良莠，自觉地移风易俗、维护 健康。

**五** **、宗教对人群健康的影响**

宗教是以神的崇拜和神旨意为核心的信仰和行为准则的总和。宗教伦理及教义以观念意 识注入思想，强烈地影响人的心理过程及行为。宗教对健康的影响有积极的一面，也有消极 的一面。

40

**第** **三** **章** **社** **会** **因** **素** **与** **健** **康** 

1. 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有一定的归 宿。宗教信徒把自己的人生曲折或难题归于天命，从而达到心理平衡，虽然缺乏科学性，但 能使人心理平衡。从健康的角度，这是有利的。西方研究表明，虔诚的基督徒往往能坦然地 面对绝症，从而减轻了疾病带来的精神压力，但也时常因相信上帝旨意而胜过相信医嘱而影 响治疗。

宗教信仰的强大心理驱动作用是常人难以理解的。信徒无条件地采取教义或教主意旨， 尽管有时是有害自身健康，甚至危及生命的也在所不辞。在世界形形色色的教派中，以神的 名义使信徒放弃生命的事例屡见不鲜。

2. 宗教对行为的影响 宗教对人的行为影响，是通过教规或教令及教徒的信仰来实现 的。其作用有明显的强制性及高度的自觉性。许多是有益于健康的，如宗教大多有教化人们 养身修行、劝恶从善的宗旨，佛教有不杀生、不好淫、不饮酒的戒条。宗教的某些规定对健 康起积极作用，如犹太教对男性婴儿都要举行割礼，即包皮环切仪式，因此，犹太人中阴茎 癌几乎匿迹，犹太妇女子宫颈癌的发生率也极低。教徒的盲目信仰对健康带来危害。例如， 世界上曾经发生过6次霍乱大流行，夺走了成千上万人的生命，每次流行都源于印度，时至 今日，印度仍是霍乱威胁世界的疫源地。其原因主要是，印度教教徒视恒河为“圣河”,若 生前能饮其水，死后能用恒河水浴身，便能除去一切罪孽。教徒常千里迢迢云集恒河饮水， 把死人送到恒河洗浴，尸体或就地火焚，或任其随水漂流，使恒河水终年污染严重。

**第六节** **社会心理因素与健康**

**一** **、概述**

社会心理因素对健康影响的研究始于20世纪20年代前后的“心身医学”,它是研究心 理因素及社会因素对健康和疾病的作用，以及它们之间相互联系的科学。社会心理因素较为 复杂，人是生活在社会环境中的有各种心理活动的高级动物，社会环境中的各种因素必然要 影响人的一切心理活动，导致情绪变化，对健康产生影响。社会心理因素是社会环境中普遍 存在的、能导致人的心理应激从而影响健康的各种社会因素。

社会心理因素致病机制目前认为是社会心理因素刺激主要通过中枢神经、内分泌和免疫 系统对机体产生作用，从而影响健康。社会心理因素刺激会引起人的情绪反应，作用于大脑 皮层、边缘系统、下丘脑等中枢神经，引起自主神经系统调节紊乱；神经递质(去甲肾上腺 素、5-羟色胺等)释放，可直接作用于器官、内分泌腺体，导致内分泌紊乱，免疫功能下降。

心理现象是心理活动过程的表现形式，分为心理过程和个性(人格)两个方面。社会心 理现象是指在一定的社会情境或影响因素下产生的各种心理和行为。这些基本概念初步阐述 了医学心理学、行为医学、社会医学等学科的区别和联系。医学心理学侧重于研究心理特征 和活动过程与健康的关系；行为医学主要探讨促进及控制危害健康的行为；社会医学则将人 的心理活动及行为与社会环境联系起来进行研究。

社会因素是影响心理活动及行为的基本因素；尤其是社会文化、社会关系、社会工作及 生活环境等。社会因素作为应激原，引起人的心理活动变化及行为的改变。社会心理因素对 健康的影响主要是通过人们日常生活中经常遇到的生活事件对人体产生应激，如果应激状态 强烈而持久，超过机体的调节能力就会影响健康，甚至导致精神和躯体疾病。

**二、个性心理特征与健康**

人出生时除存在一定的生理区别外，其心理、行为模式亦存在一定差别。虽然，心理学 家认为，某些心理特征与先天、遗传有一定关系，但主要受后天条件影响。由于生活环境、 教育水平、所从事的工作等不同，心理活动在每个人身上总带有个人特征。这种个体心理特 征或称个性，一旦形成，则很难或很少改变。个性主要包括能力、气质和性格三个方面。能 力主要是指人的智力和技能。对于个性的另外两个要素，气质和性格与健康和疾病的关系的 研究，有许多有价值的结果。

(一)气质与健康

气质也就是通常所说的脾气，是个人在情绪发生的速度、强度、持久性、灵活性等心理 特征的总和，也就是人的情感体验特点的综合。

通常把气质分为胆汁质、多血质、黏液质、抑郁质四种类型。胆汁质型的气质特征是：

智慧敏捷，缺乏准确性；热情，但急躁易冲动；刚强，但易粗暴。多血质型的气质特征是： 灵活，有朝气，善于适应变化的生活环境，情绪体验不深。黏液质型的气质特征是：稳重但 不灵活；忍耐力强，沉着，但缺乏生气。抑郁质的特征是：易感，但内向；稳重，持久，但 懦弱。沉默而孤独。这四种气质类型属于极端形式，实际生活中人大多接近或类似某种 气质。

(二)性格与健康

性格是指人类在生活过程中形成的稳定的、定型化即一贯性的态度和行为方式。可以从 两个方面来分析性格特征：①性格的态度特征，包括对社会、集体、他人、自己以及学习、 工作、劳动的态度。②性格的意志特征，包括对行为的自我调节、控制等。性格和气质都属 个性的范畴，具体内容难以分清，且两者互相作用，影响于人的行为。但由于气质与个人的 身体条件、遗传等因素有较大的联系，易变性差。而性格则主要与后天条件有关，性格虽然 稳定，但是通过努力是可以改变的。这就为去劣取优提供了机会。因此，对性格与健康和疾 病之间的关系研究比对气质的研究要广泛得多。

20世纪50年代Friedman 和 Rosenman 等提出A 型性格模型以来，它与冠心病的关系 已有多门学科的大量研究，结果表明：A 型性格者冠心病发病率、复发率、死亡率均较高。 A 型性格的特征是：有雄心壮志，喜欢竞争，出人头地；性情急躁，缺乏耐心，容易激动； 有时间紧迫感，行动匆忙；对人有敌意。与此相反的性格，如不争强好胜，做事不慌不忙的 性格称为B 型性格。流行病学调查证明，A 型性格者冠心病发病率是B 型性格的2倍，复 发率5倍，死亡率4倍。实验研究表明A 型性格者的血胆固醇、三酰甘油、去甲肾上腺素 水平均较高。因此A 型性格被认为是与高胆固醇血症、吸烟及高血压并列的四项冠心病危 险因子之一。

近年来，有人提出一种易发生肿瘤的性格模型，即C 型性格。特征是压抑自己的情绪， 过分忍让，回避矛盾，怒而不发，好生闷气，内向。流行病学研究表明，C 型性格者，宫颈 癌发病率比其他人高3倍，患胃癌、肝癌等消化系统肿瘤的危险性更高。

**三** **、应激与健康**

(一)应激的概念

应激 (stress) 的定义是随着医学模式的转变而发展的，20世纪30年代Cannon 引用于

42

**第三章** **社会因素与健康**

3

人类生理学研究，概指超过一定临界阈值后，破坏机体内环境平衡的一切物理、化学和情感 刺激。50年代Selge 提出机体对上述一切刺激的非特异反应统称为应激。70年代Levi 等提 出了由心理社会因素作为应激原作用于机体，从而导致躯体疾病的模式，认为应激反应取决 于个体的遗传素质、早年环境的影响、获得的知识和经验等诸因素与应激原的相互作用。因 此，应激的研究涉及生物学、医学、心理学、社会学、人类学等多门学科。

(二)应激因素

1. 工作或学习环境因素 如工作负担过重、兼职过多形成角色冲突、事业上成就很少、 升学竞争、学习负担过重、各种考试压力、人际关系不融洽等。

2. 社会环境因素 如水灾、火灾、地震、交通事故、工业噪声、环境污染等。

3. 家庭内部因素 如父母离异、亲子关系恶劣，家庭成员之间关系紧张，子女远离父 母形成“空巢”状态，家中重大经济困难、家庭成员死亡等。

4. 应激对健康的作用 应激的有利方面是可动员机体非特异性适应系统，产生对疾病 的抵抗，增强体质与适应能力。这可以给人带来激励和振奋，使人心情愉快，精力充沛。应 激的不利方面是由于适应机制失效会导致不同程度的心理、行为和躯体障碍，使人产生焦 虑、恐怖、抑郁等情绪；情绪不稳、易激惹、易疲劳等会造成注意力分散、记忆力下降、工 作效率降低等不良后果。

自杀是一种应激后消极的行为现象，多数是因为长期不能解决的矛盾造成心理上的巨大 压力，对前途渺茫而采取的极端的自绝行为。自杀的后遗作用是严重的，尤其是自杀未遂留 下终生生理功能丧失的致残者更是给社会和家庭带来沉重负担。

**四** **、生活事件与健康**

(一)生活事件的概念

1. 定义 生活事件指在童年期家庭教养和境遇、青年期学校教育和社会活动、成年期 社会环境和生活环境中发生的各种事件。重大生活事件造成的心情紧张、精神压力，成为应 激原，从而对疾病的发生起到直接或间接的作用。紧张性生活事件作为客观精神刺激，有其 性质、强度和频率特点，由此引起的心理紧张在一定时间范围内(一般在一年之内)具有叠 加作用，即各种紧张性生活事件引起的心理紧张的总和与个体心理和躯体健康状况有一定的 联系，不同性质、强度、频度的紧张性生活事件对健康会产生不同的作用。

2. 生活事件的测量 Holmes 和 Rahe(1967) 开创了对生活事件的定量研究方法。他 们把生活过程中对人们情绪产生不同影响的事件称为生活事件，并按影响人们情绪的轻重程 度划分等级，用生活变化单位 (life change unit,LCU) 进行定量评定，制定了“社会再适 应评定量表” (social readjustment rating scale,SRRS) 。Holmes 等人对5000人进行了调 查，结果显示，若一年内经历的生活事件为150LCU, 则未来一年基本健康；若得150~ 300LCU, 则未来一年患病概率为50%;若得300LCU 以上，则来年患病的概率为70%。 SRRS 在日本、美国、法国、比利时、瑞士及北欧等国家进行了跨文化研究，目前已被广泛 应用。Sarason 等(1978)在Holmes 工作的基础上，编制了“生活经历调查表”(life expe- riences survey,LES)。与 SRRS 的不同点是评分分成阳性分和阴性分，并由受试者本人评 定事件对情绪影响的程度及性质。该评定方法更接近人们生活的实际情况。

我国杨德森等借鉴SRRS 内容并加以改进，编制了“生活事件量表”(Life Event Scale, 简称LES), 经过5年的实践和研究于1986年定型并在国内推广。如表3-2所示。

**表** **3** **-** **2** **生活事件量表**

性 别 ： 年 龄 ： 职 业 ： 婚姻状况： 填表日期：

指导语：下面是每个人都有可能遇到的 一 些日常生活事件，究竟是好事还是坏事，可根据个人情况自 行判断。这些事件可能对个人有精神上的影响(体验为紧张、压力、兴奋或苦恼等),影响的轻重程度是各 不相同的。影响持续的时间也不 一样。请您根据自己的情况，实事求是地回答下列问题，填表不记姓名， 完全保密，请在最合适的答案上打钩。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 生活事件名称 | 事件发生时间 | | | | 性质 | | 精神影响程度 | | | | | 影响持续时间 | | | | 备注 |
| 未 发 生 | 一 年 前 | 一 年 内 | 长 期 性 | 好 事 | 坏 事 | 无 影 响 | 轻 度 | 中 度 | 重 度 | 极 重 | 三 月 内 | 半 年 内 | 一 年 内 | 一 年 以 上 |
| 举例：房屋拆迁 |  |  | √ |  |  | √ |  | √ |  |  |  |  | √ |  |  |  |
| 家庭有关问题 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.恋爱订婚 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.恋爱失败、破裂 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.结婚 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. 自己(爱人)怀孕 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. 自己(爱人)流产 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.家庭增添新成员 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.与爱人父母不和 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8.夫妻感情不好 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9.夫妻分居(因不和) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10.夫妻两地分居(工  作需要) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 . 性生活不满意或 独身 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12.配偶一方有外遇 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13.夫妻重归于好 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14.超指标生育 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 . 本人(爱人)做绝 育手术 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16.配偶死亡 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17.离婚 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 . 子女升学(就业) 失败 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19.子女教管困难 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20.子女长期离家 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21.父母不和 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22.家庭经济困难 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23.欠债500元以上 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24.经济情况显著改善 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 5 . 家 庭 成 员 重 病 、 重伤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 26.家庭成员死亡 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 27.本人重病或重伤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**第** **三** **章** **社** **会** **因** **素** **与** **健** **康** 

**续表**

|  |
| --- |
| 正性事件值： |
| 负性事件值： |
| 总值： |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 生活事件名称 | 事件发生时间 | | | | 性质 | | 精神影响程度 | | | | | 影响持续时间 | | | | 备注 |
| 未 发 生 | 一 年 前 | 一 年 内 | 长 期 性 | 好 事 | 坏 事 | 无 影 响 | 轻 度 | 中 度 | 重 度 | 极 重 | 三 月 内 | 半 年 内 | 一 年 内 | 一 年 以 上 |
| 28.住房紧张 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 工作学习中的问题 29.待业、无业 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30.开始就业 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 31.高考失败 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 32.扣发奖金或罚款 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 33.突出的个人成就 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 34.晋升、提级 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 35.对现职工作不满意 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 36.工作学习中压力大  (如成绩不好) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 37.与上级关系紧张 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 38.与同事邻居不和 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 39 . 第 一 次远走他乡 异国 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 40.生活规律重大变动  (饮食睡眠规律改变) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 41.本人退休、离休或 未安排具体工作 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 社交与其他问题  42.好友重病或重伤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 43.好友死亡 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 44.被人误会、错怪、 诬告、议论 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 45.介入民事法律纠纷 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 46.被拘留、受审 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 47.失窃、财产损失 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 48.意外惊吓、发生事 故、自然灾害 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 如果您还经历过其他的 生活事件，请依次填写 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 49. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 50. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 家庭有关问题： |
| 工作学习中的问题： |
| 社交及其他问题： |

另外，我国张明园等(1987)在上海、郑延平(1990)在湖南分别组织了国内协作组， 参考国外经验，结合我国文化背景也制定了一个生活事件量表，将生活事件归纳为：学习问 题、婚姻恋爱问题、健康问题、家庭问题、工作与经济问题、人际关系问题、环境问题、法 律与政治八类，共47项。研究发现我国正常人群中最严重的刺激因素是丧偶和家庭主要人 员死亡；最轻微的刺激是生活琐事与人争吵、违章罚款或扣发奖金；该结果与国外研究 一致。

(二)生活事件对健康的作用

1. 学习问题作为学生的特殊人群面临着激烈的学习竞争，来自家庭和社会的压力给 学生带来较大的精神紧张。在学习过程中成绩不理想或考试失败也是较大的精神刺激，可造 成应激状态，严重时则可能出现精神和躯体疾病。

2. 恋爱婚姻问题 恋爱和婚姻是人生中的重大生活事件，若恋爱成功，婚姻美满，则 由此正性生活事件引起的心理活动张力增高，产生愉快的体验。相反，在恋爱婚姻过程遇到 的各种挫折都是负性生活事件，若不能维持精神活动的平衡，就会产生各种精神和躯体 疾病。

3. 健康问题 本人、家庭成员、亲戚好友患急、重病或遭受意外事故都是负性的紧张 性生活事件，这些刺激因素发生的频率虽然不太高，但心理刺激的强度却是非常高的，若不 能及时进行心理支持和心理治疗，加之心理和性格上的缺陷，很容易造成大脑精神活动的紊 乱，发展为认知功能和情感活动的异常，最终罹患精神和躯体疾病。

4. 家庭问题在家庭中子女管教困难，夫妻分居或感情不和，婆媳、翁婿之间的关系 不和睦，家庭成员发生意外或因病死亡等负性生活事件都可引起心理紧张，若其发生的频度 较高，在一定时间范围内发生了叠加作用，则可影响心理健康，从而诱发各种疾病。

5. 工作与经济问题失业、工作中遇到矛盾和困难等情况是发生频度较高的紧张性生 活事件。家庭经济困难，如失窃、罚款或扣发奖金等强度低而频度高的紧张性生活事件造成 的应激状态长时间持续存在，通过多种心理社会因素综合作用，就有可能发生精神和躯体 疾病。

6. 人际关系问题 上下级关系不和或工作学习中受到批评、当众丢面子或名誉受损、 受人歧视或冷遇、被人误会和错怪，都会造成心理压力；与邻居关系紧张、与好朋友关系破 裂，也是应激因素；郑延平(1990)的研究表明，我国正常人群中最常见的低强度心理紧张 性刺激因素中，人际关系问题发生的频率最高，是日常生活中常见的心理紧张刺激源。如果 这些刺激源持续存在，超过了人的心理压力承受限度，就会影响到心理健康的水平。

7. 环境问题在现代社会中各种噪声的干扰会使脑神经处于持续性紧张状态；生活环 境受到了有害物质的污染会使人情绪不稳；本人受到严重惊吓和生活习惯的重大改变可使人 焦虑、抑郁、易激惹；遭受严重的自然灾害是急骤的、强烈的精神刺激，若不能接受及时有 效的心理支持和物质援助，则可能使人体内环境活动失去平衡，发展严重就会罹患各种 疾病。

8. 法律与政治问题介入到法律纠纷中、在重大的政治运动中受牵累而使前途受到不 可挽回的影响等都是令人难以承受的精神创伤。这些紧张性生活事件引起的心理紧张在一段 时间叠加，就可能诱发各种精神和躯体疾病。

**五** **、情绪与健康**

情绪是人对客观事物符合自己需要的态度体验。情绪有三个特征：其一，情绪不是固有 的，是由客观现实的刺激引起的。其二，情绪是主观体验，虽然这种体验可能出现行为表 象，如悲伤、愤怒、喜悦，但也常不露于形，内心感受也无法观察，因此常常用内省法来研 究情绪。其三，情绪的个人基础是需要包括生理、心理、社会方面的需要，需要的满足与否 产生态度的变化，如消极或积极态度。愉快、积极的情绪可对人体的生理机能起良好的作 用，可以发挥人的潜在能力，有利于人体健康；而消极情绪可使人的心理失去平衡，反复出 现，还会导致神经系统功能紊乱，机体病变。

情绪致病主要分两个方面，一是作为疾病发作或复发的诱发因素；二是直接作为致病因 素或疾病的促发因素。实际上情绪作为一些疾病的诱发因素在临床已肯定。如急剧的情绪变 化被认为是心肌梗死、脑出血、精神病发作等的重要诱发因素。流行病学及实验医学研究证 明，消极情绪与多种疾病有密切关系。长期忧郁者多种疾病的危害性升高。紧张情绪能引起 胃酸分泌增加而引起溃疡病。

**第七节** **行为生活方式与健康**

**一** **、概述**

人的行为是具有认识、思维能力的人对环境刺激所作出的能动反应。广义的行为分为内 在行为和外显行为。内在行为即人的心理活动过程。外显行为可以被他人观察到的行为，如 言谈举止。一般所谈的行为主要是指外显行为。但是人的行为是由意识、思想、判断、决定 等心理活动产生的，从某种程度上讲，外显行为是由内在行为转化而来，或者说行为实际上 是心理活动过程的延续及外化。由于行为比心理活动易于观察，因此，通过研究行为、分析 心理活动过程与健康和疾病的关系也成为医学心理学研究的重要手段。不断地认识、评价促 进健康的行为及危害健康的行为，提倡健康行为，避免危害健康行为，成为全社会每个人维 护健康的重要任务。

生活方式是人们采取的生活模式或式样，它以经济为基础，以文化为导向。行为是人类 为了维持个体的生存和种族的延续，在适应不断变化的复杂环境中做出的反应。人的行为既 受外部自然环境和社会环境因素的影响，也受每个人个性心理特征的影响，因此人的行为千 差万别，不同的人在同一条件下有各种行为表现，同一个人在不同条件下也有不同的行为表 现。有的行为有利于人的健康，甚至促进人的健康；而有的行为却对人的健康产生危害，甚 至导致疾病。促进和有利于健康的行为包括保证健康所必需的合理营养、睡眠休息、体育锻 炼等基本的健康行为；还包括戒除不良嗜好避免危害健康、调整心理积极应对刺激的行为、 合理和正确地应用医疗保健等行为。危害健康的行为是一些偏离个人、他人及社会健康所期 望的、有明显健康危害的、较为经常性的行为。

近年来随着疾病谱和死因谱的改变，诸如心脑血管疾病、恶性肿瘤等与行为生活方式有 关的疾病越来越成为威胁人类健康的主要疾病，人们对行为与健康的关系认识更加深人。 1992年世界卫生组织报告，全球50%以上的死亡与不良生活方式和行为有关。随着人们对 行为与健康关系认识的深入，逐渐发展起一门新兴的学科——行为医学(behavioral medi-

cine) 。 它是在行为科学和医学高度发展的基础上，逐步形成和发展起来的一门新学科，是 一门将与疾病和健康有关的行为科学技术和生物医学科学技术整合起来，用于疾病的预防、 诊断、治疗和康复的边缘学科。危害健康的行为是在后天的生活过程中习得的，目前研究较 多的、危害较大的有吸烟、酒滥用、药物滥用、不良性行为等常见的不良行为。

**二** **、促进健康的行为**

促进健康的行为是指个体或群体表现出的在客观上促进或有利于健康的一组人群行为。 判断促进健康行为必须结合个体心理及身体特征。目前，根据人的心理、生理特点及大量观 察研究，普遍认为以下几种行为生活方式是有利于促进健康的。

(一)积极的休息与睡眠

人们在从事各种活动后常会发生疲劳，休息有利于消除疲劳，恢复充沛的精力，促进健 康。即使在没有明显疲劳的情况下，人体的各个器官也需要一定时间的休息，以促进其互相 协调，保持正常功能。

休息有积极的休息和消极的休息。积极休息就是变换活动或工作的方式方法，协调机体 各个部位的活动及大脑皮层的兴奋与抑制过程，从而使身体和精神都得到休息。例如，在体 力或脑力劳动之间，穿插一些文娱体育活动就是一种积极的休息。闲暇休息也是人们精神生 活中必不可少的内容。利用工作之余根据个人兴趣爱好开展各种有益活动，如看电影、下 棋、聊天、钓鱼等，不但能消除疲劳，而且能使人感到生活充实，精神愉快，同时还能促进 人的思维，激发创造力，陶冶情操，消除消极的心理因素，促进身心健康。

睡眠被视为最彻底的休息，同时也是生命活动过程中不可缺少的部分。睡眠与机体的许 多活动密切相关，充分的睡眠能恢复机体的疲劳，增加机体对各种紧张刺激的耐受程度，增 进食欲，加速排泄，降低对各种疾病的易感性等。

(二)合理营养和平衡膳食

人类能够生存下来的必要条件之一，就是能不断地从外界摄取食物经消化吸收，获得维 持生命所需要的热量和营养素。营养状况和人的身心健康密切相关，如果营养不良或摄取过 多，都会损害人体健康，成为主要的致病因素之一。如导致贫血、肥胖症、糖尿病、心血管 疾病等。平衡膳食是指全面达到合理营养供给量的膳食。这种平衡包括总热量和热量来源 (蛋白质、脂肪、碳水化合物)比例的平衡，以及各种营养素与生理需要的平衡。此外，平 衡膳食还要根据年龄、性别、生理状况、劳动强度等作相应的调整。

(三)积极的应付方式

积极应付是指人对紧张刺激可能出现结果的一种积极反应，是现实生活中培养起来的对 可能出现的健康威胁或挫折在头脑里形成的预兆，针对或为达到预期结果而作出积极反应的 一种能力。

(四)体育锻炼

生命在于运动，健康在于锻炼。适度的体育锻炼可以增强体质，防病治病。尤其是随着 科学技术的发展，生产、生活日益现代化，许多繁重体力劳动逐渐为机器、仪表、电脑等机 械化、自动化设备所代替，人们劳动强度逐渐降低，由于体力活动减少，体内物质代谢的迟 缓，肥胖症、心脏病等所谓的“运动缺乏症”便会接踵而至，威胁健康。

经常参加体育锻炼不仅可以预防肥胖症，而且可以提高心脏的储备功能，增加血管弹 性；增加肺活量，改善肺功能；提高消化吸收能力；增加运动系统功能；稳定神经系统功

**第** **三** **章** **社** **会** **因** **素** **与** **健** **康** 

能，提高对刺激的耐受性。体育锻炼促进健康的功能已被大量的研究及事实证明。关键是培 养经常锻炼的好习惯，制定适宜锻炼计划。

**三、吸烟与健康**

吸烟曾被世界卫生组织称为“20世纪的瘟疫”。根据中国目前吸烟现况，预测进入2025 年后，中国每年将有200万人死于吸烟。目前，世界各国普遍存在着女性寿命高于男性的现 象，有研究认为吸烟是导致男女寿命差别的根源。世界各国对吸烟的危害都越来越重视，进 行了大量研究。其中对于吸烟与癌症关系的研究最为广泛和深入。吸烟增加人群患多种癌症 特别是肺癌的危险性，重度吸烟者患肺癌的危险性比非吸烟者大3～30倍，吸烟与肺癌亦存 在着一定的剂量反应关系。此外，在长期吸烟的人中，卵巢癌、膀胱癌、口腔癌等发病率也 很高。吸烟还与慢性支气管炎、肺气肿、支气管扩张、肺功能损害、心血管病等的发生和死 亡有关。吸烟不仅危害吸烟者本人的健康，而且还可通过污染环境造成不吸烟者的被动吸烟 而危害其健康。美国报道，成年人在充满烟雾的办公室内被动吸烟，与那些20多年来每天 平均吸10支烟的人肺部受损害程度相等。家庭有人吸烟，子女支气管炎患病率比不吸烟家 庭高2～3倍。如果孕妇吸烟还可能影响胎儿的发育。调查表明，妇女在怀孕期间重度吸烟， 使早产增加20%～50%,自然流产增加10%～70%。甚至可使胎儿先天畸形增加，其新生 儿体重小于2500g 的人数亦增加。

烟雾本身及其中的有害物质可能对机体的局部产生强烈刺激作用，烟草中的有害成分， 如烟碱、焦油苯并 (a) 芘、亚硝胺、砷、钋、 一氧化碳等可能干扰人的正常生理、生化反 应和代谢功能，从而对人体的心血管、胃肠道、神经系统和肝、肾等器官造成不同程度的损 害，并引起激素分泌紊乱，免疫功能受损，巨噬细胞功能受限等，并有致突变和致癌作用。

**四** **、酒滥用与健康**

酒滥用、酒依赖和酒中毒是遍及世界各国的重要社会问题之一，早已引起普遍的重视。 与酒滥用相关的社会问题有离婚、自杀、意外伤害、暴力和犯罪等。长期反复酗酒会导致躯 体和精神两方面明显改变，使社交功能、职业功能和社会适应能力严重损害。过度饮酒所致 的躯体、心理、社会等多方面的损害，以内脏和神经系统损害最为明显。酒精是中枢神经系 统的抑制剂，酒中毒所致的神经系统损害有末梢神经炎、癫痫、小脑病变、痴呆等；过度饮 酒所致的躯体疾病有肝硬化、胃炎、肾硬化、心肌炎、胆囊炎、营养不良、急慢性感染等。 过度饮酒者的下一代会发生胎儿酒精综合征，表现为低体重、低智能、生长发育不良。过度 饮酒对精神的影响是出现人格改变、焦虑、抑郁，甚至自杀等。

**五、药物滥用与健康**

药物滥用是指反复使用某些可以显著影响精神活动的物质从而导致对躯体和心理健康的 损害和危险，这类物质主要作用于神经系统，影响神经活动，故又称精神活性物质，包括鸦 片类物质、镇静安眠药、麻醉剂、兴奋剂、致幻剂等。由于非医疗需要而非法使用这些成瘾 药物称之为吸毒。这类物质的滥用和成瘾，不但严重危害个体的身心健康，而且带来许多家 庭和社会问题。从行为医学角度来看，吸毒成瘾主要是人们对精神应激所采取的一种应对方 式，是一种社会适应不良行为。

吸毒对健康的直接危害是所有毒品几乎都是作用于人的大脑神经中枢，因此一次过量摄

入必然会引起中枢神经的过度兴奋而衰竭或过度抑制而麻痹，严重可导致死亡。而长期使用 则可能引起大脑器质性病变，形成器质性精神障碍，包括人格障碍，遗忘综合征和痴呆。中 枢神经的受损也会殃及机体的各器官和系统，使患者极度衰弱，丧失工作能力和生活自理能 力，成为家庭和社会的负担。同时，吸毒可能感染艾滋病等经血液传播的疾病。吸毒对家庭 的危害是吸毒行为不仅损害自己的身心健康，同时也对家庭带来危害。首先是经济问题，有 害物质的非法交易需花费大量钱财，并且成瘾造成的疾病和职业功能降低会造成经济损失。 其次是成瘾后人格改变，不顾家庭及其成员的生活需要，放弃抚养义务，性功能减退，虐待 妻儿，给家庭带来极大危害。吸毒对社会的危害是吸毒者因经济问题、人格改变等原因发生 抢劫、强奸、卖淫等犯罪行为而危害社会治安、败坏社会风尚。

**六、不良性行为与健康**

从广义上来说，所有以达到性满足为目的的行为或任何能够引起性高潮的行为都是性行 为，但从严格意义讲的性行为仅指男女两性生殖器之间的接触，即性交。不良性行为是一些 有可能危害健康的异常行为，一般多是一些不符合社会道德规范的越轨行为。异常的、过度 的性紊乱为社会道德规范所不容，并可能危害健康。不良性行为最主要的危害是人们认识最 多的性传播疾病。不良性行为是导致性传播疾病发生的主要途径，并且也是近年严重危害人 类健康的艾滋病的重要传播途径。性传播疾病 (sexually transmitted disease,STD) 系指主 要通过性交或类似性行为而传播的疾病，即一般习惯上所说的性病。随着医学的发展和性观 念、性态度和性行为的变化，除梅毒、淋病、软下疳和性病淋巴肉芽肿等四种以往所谓经典 的性病外，又将生殖器疱疹、尖锐湿疣、非淋菌性尿道炎、传染性软疣、阴道滴虫病、生殖 器念珠菌病、阴虱、疥疮、乙型肝炎、艾滋病等均纳入广义的STD 之中。STD 病原体各 异，其共同特点是病原体均对外界湿度与温度变化的适应力很低，人类性行为为其提供了适 宜的条件与环境，因此也就成为这类疾病传播的最主要方式。 STD 的侵害部位首先多发现 于泌尿生殖系统各器官，表现出溃疡、疮疣、炎症等。女性病人症状常不明显，因而对本人 和他人会有更大的危害，出现各种合并症。而梅毒、淋病在晚期可以累及全身多种脏器，艾 滋病则导致机体免疫功能丧失，造成各种难治性感染或恶性肿瘤。

性行为与婚姻、家庭、子女教育等问题之间有着直接的联系，不良性行为，包括卖淫嫖 娼、多个性伙伴、婚外性行为等都有可能导致婚姻破裂、家庭解体，进而使夫妻双方身心受 到伤害。更严重的是家庭一旦破裂，未成年子女的身心健康将受到严重损害，使青少年犯 罪、性放纵等增加。

**测试题**

**一** **、名词解释**

1. 社会因素

2. 社会制度

3. 文化

4. 社会心理因素

5. 生活事件

6. 生活方式

7. 行为

 **第三章** **社会因素与健康**

**二、填空题**

1.社会因素对健康的作用有 、 ◎

2. 经济发展的负面作用有   0

3. 教 育 的 职 能是 和



, ,

4. 家庭的类型有

0

5. 对健康有负面影响的家庭因素有  [0](#bookmark301)

6. 对健康有明显影响的应激因素有 [0](#bookmark302)

7. 促进健康的行为有 \_、 o

8.社会因素包括  、 。

**三、问答题**

1. 社会因素影响健康的机制是什么?

2. 社会营养与健康的关系是什么?

3. 人口发展与健康的关系是什么?

4. 家庭的功能有哪些?

5.什么是应激的概念?

6. 吸烟对健康的危害是什么?

7. 酒滥用对健康有哪些危害?

**四** **、论述题**

1. 经济水平对健康的作用是什么?

2. 生活事件对健康的作用有哪些方面?



**一、名词解释**

1.社会因素是指社会的各项构成要素，包括自然环境和社会环境，自然环境又称为物 质环境，包括未受人类影响的、天然形成的地理环境。社会环境又称为非物质环境，它包括 一系列与社会生产力、生产关系有密切联系的因素。

2. 社会制度是指在一定历史条件下形成的社会关系和社会活动的规范体系。

社会制度的涵义有三层：一是社会形态，如社会主义制度、资本主义制度；二是指各种 具体的社会制度，如政治制度、经济制度、法律制度等；三是指各种社会组织的规章制度， 如考勤制度、奖惩制度等。

3.广义的文化指物质文化和精神文化的总和；狭义的文化即精神文化，指人类精神财 富的总和，包括思想意识、宗教信仰、文学艺术、科学技术、风俗习惯、教育、法律、道德 规范等。各种文化可归为智能文化、规范文化和思想文化。

4. 社会心理因素是社会环境中普遍存在的、能导致人的心理应激从而影响健康的各种 社会因素。

 **社** **会** **医** **学** **(** **第** **2** **版** **)**

5. 生活事件指在童年期家庭教养和境遇、青年期学校教育和社会活动、成年期社会环 境和生活环境中受到的各种事件。

6. 生活方式是人们采取的生活模式或式样，它以经济为基础，以文化为导向。

7. 行为是具有认识、思维能力的人对环境刺激所作出的能动反应。

**二** **、填空题**

1.广泛性 持 久 性 积 累 性 交 互 作 用

2. 环境污染和破坏生活方式的改变 大量合成化学物质进入人类生活 心理健康问 题 社会流动人口增加

3. 按社会需要传授知识 即对人智能的规范 传播社会准则 即对人行为的规范

4. 核心家庭 扩大家庭 异常家庭

5. 家庭关系不良 家庭功能失调 家庭结构的破坏

6. 工作或学习环境因素 社会环境因素 家庭内部因素

7. 积极的休息与睡眠 合理营养和平衡膳食 积极的应对方式 体育锻炼

8. 人口 文明 环境

**三** **、问答题**

1. 社会因素影响健康主要是通过心理感受这个中心环节发生作用的。社会因素作用于 健康的机制是社会因素被人的感觉系统纳入，经过中枢神经系统的调节和控制，形成心理折 射，产生心理反应及行为，即社会心理因素致病模式。

感知觉系统是社会因素作用的门户；神经-内分泌-免疫调节网络是社会因素的中介，中 介机制有神经系统与中介机制、内分泌系统与中介机制、免疫系统与中介机制；中枢神经系 统是社会因素作用的控制器。

2. 从社会医学角度研究食品、营养与健康的关系，主要是从宏观上分析社会提供食物 的数量和质量对居民健康的影响，探讨社会营养政策及措施，为增进入群健康提供科学 依据。

评价居民营养状况包括居民摄入热量及食物的营养结构。前者是衡量人群摄入的食物是 否能维持基本生命功能；后者则是分析摄入食物中各种营养素比例的合理性。

3. 人口是社会存在和发展最基本的要素，人口发展的成功，取决于资源的平衡。人口 的规模、年龄结构及性别结构、区域分布，既取决于生育率、死亡率、人口流动情况，又对 健康及保健工作有重要影响。

人口数量增加加重社会负担、加重教育及卫生事业的负担、加重环境污染和破坏。人口 年龄结构改变，如人类所面临的一个重大人口问题就是人口老龄化问题。老年人口患病率 高，卫生资源消耗量大，是各国重大的社会问题。人口性别比例平衡是社会安定的基础因素 之一，性比例失调则是滋生社会问题的根源之一。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，如传染病的控制，计划生育工作等方面。

4. 家庭功能包括满足人们的生理需要和社会需要，主要可归为四种功能：(1)养育子 女：家庭的养育功能不仅包括生养，也包括教育。家庭教育对儿童心理、人格和行为方式的 形成有重要的影响作用。(2)生产和消费：家庭的生产功能是历史性的，将随着社会发展而

52

**第三章** **社会因素与健康** 

逐渐缩小并趋向消失，而家庭的消费功能则是永存的。随着社会发展，消费结构有很大改 变，从满足生理需要的吃饭、穿衣为主，变为高层次的享受等精神生活为主。家庭的消费直 接影响着家庭成员的健康。(3)赡养：下辈家庭成员有赡养上辈家庭成员的义务。当年老的 家庭成员丧失劳动能力后，物质和精神上的需要首先应由家庭承担。但随着社会发展，家庭 规模逐渐缩小，家庭虽然负担老人的物质生活，但生活照顾与精神安慰常感不足，家庭赡养 功能逐渐变得不完全。(4)提供休息娱乐的特殊环境：家庭环境作为人们一天工作之后的休

息和娱乐环境，是其他任何场所不能代替的。家庭对体力的恢复和精神的调节都有主要 作 用 。

5. 应激的定义是随着医学模式的转变而发展的，20世纪30年代 Cannon 引用于人类生 理学研究，概指超过一定临界阈值后，破坏机体内环境平衡的一切物理、化学和情感刺激。 50年代Selge 提出机体对上述一切刺激的非特异反应统称为应激。70年代Levi 等提出了由 心理社会因素作应激原作用于机体，从而导致躯体疾病的模式，认为应激反应取决于个体的 遗传素质、早年环境的影响、获得的知识和经验等诸因素与应激原的相互作用。因此，应激 的研究涉及生物学、医学、心理学、社会学、人类学等多门学科。

6.世界各国对吸烟的危害都越来越重视，进行了大量研究。其中对于吸烟与癌症关系 的研究最为广泛和深入。此外，在长期吸烟的人中，卵巢癌、膀胱癌、口腔癌等发病率也很 高。吸烟还与慢性支气管炎、肺气肿、支气管扩张、肺功能损害、心血管病等的发生和死亡 有关。吸烟不仅危害吸烟者本人的健康，而且还可通过污染环境造成不吸烟者的被动吸烟而 危害其健康。妇女在怀孕期间重度吸烟，使早产增加、自然流产增加，甚至可使胎儿先天畸 形增加，其新生儿低体重。

烟雾本身及其中的有害物质可能对机体的局部产生强烈刺激作用，烟草中的有害成分， 如烟碱、苯并(α)芘、亚硝胺、砷、钋、一氧化碳等可能干扰人的正常生理、生化反应和 代谢功能，从而对人体的心血管、胃肠道、神经系统和肝、肾等器官造成不同程度的损害， 并引起激素分泌紊乱，免疫功能受损，巨噬细胞功能受限等，并有致突变和致癌作用。

7.酒滥用、酒依赖和酒中毒是遍及世界各国的重要社会问题之一，早已引起普遍的重 视。与酒滥用相关的社会问题有离婚、自杀、意外伤害、暴力和犯罪等。长期反复酗酒会导 致躯体和精神两方面明显改变，使社交功能、职业功能和社会适应能力严重损害。过度饮酒 所致的躯体、心理、社会等多方面的损害，以内脏和神经系统损害最为明显。酒精是中枢神 经系统的抑制剂，酒中毒所致的神经系统损害有末梢神经炎、癫痫、小脑病变、痴呆等；过 度饮酒所致的躯体疾病有肝硬化、胃炎、肾硬化、心肌炎、胆囊炎、营养不良、急慢性感染 等。过度饮酒者的下一代会发生胎儿酒精综合征，表现为低体重、低智能、生长发育不良。 过度饮酒对精神的影响是出现人格改变、焦虑、抑郁，甚至自杀等。

**四、论述题**

1. 经济水平低下带来的各种影响生活质量的不良因素对健康水平起到综合的作用。社 会经济水平低下影响人们的收入和开支、营养状况、居住条件、接受科学知识和受教育的机 会，以及风俗习惯、宗教信仰、职业和婚姻状况等，形成特定的社会不良环境，在此条件 下，人们的机体、器官功能状态及社会行为方面容易失去平衡，继而引起疾病的发生。医疗 条件取决于社会经济水平，在发生了各种疾病后，若没有良好的医疗条件，不能及时对临床 症状和亚临床症状实施有效的治疗，则可能贻误达到最佳疗效的时机，造成无法逆转的疾

**社** **会** **医** **学** **(** **第** **2** **版** **)**

 3

患。在疾病发生后，若社会康复功能健全，能及时给予康复治疗，就可以减少残疾的发生。

经济发展对人群健康水平有重要影响。经济发展是保障健康的物质基础，它对人群健康 水平的影响是通过多渠道综合作用的。首先，经济发展是提高居民物质生活水平的前提。经 济发展可以为人们提供充足的食物营养，良好的生活与劳动条件，从而有利于居民健康水平 的提高。其次，经济发展有利于增加卫生投资，促进医疗卫生事业发展，卫生事业发展可影 响居民健康状况。各国研究资料表明，卫生经费占国民生产总值的比例和人均卫生经费都与 居民健康相关。再其次，经济发展通过对教育的影响间接影响人群健康，文化水平的提高将 影响人群接受卫生保健知识的能力，从而影响人群的健康。

2. 我国学者将生活事件对健康的作用归纳为八个方面：①学习问题：在学习过程中成 绩不理想或考试失败也是较大的精神刺激，可造成应激状态，严重时则可能出现精神和躯体 疾病；②恋爱婚姻问题：若恋爱成功，婚姻美满，则由此正性生活事件引起的心理活动张力 增高，产生愉快的体验。相反，在恋爱婚姻过程遇到的各种挫折都是负性生活事件，若不能 维持精神活动的平衡，就会产生各种精神和躯体疾病；③健康问题：本人、家庭成员、亲戚 好友患急、重病或遭受意外事故都是负性的紧张性生活事件，这些刺激因素发生的频率不 高，但心理刺激的强度却是非常高的，加之心理和性格上的缺陷，很容易造成大脑精神活动 的紊乱；④家庭问题：在家庭中子女管教困难，夫妻分居或感情不和，婆媳、翁婿之间的关 系不和睦，家庭成员发生意外或因病死亡等负性生活事件都可引起心理紧张，在一定时间范 围内发生了叠加作用，则可影响心理健康；⑤工作与经济问题：失业、工作中遇到矛盾和困 难等是发生频度较高的紧张性生活事件。若此类强度低而频度高的紧张性生活事件造成的应 激状态长时间持续存在，通过多种心理社会因素综合作用，就有可能发生精神和躯体疾病； ⑥人际关系问题：我国正常人群中最常见的低强度心理紧张性刺激因素中人际关系问题发生 的频率最高。如果这些刺激源持续存在，超过了人的心理压力承受限度，就会影响到心理健 康的水平；⑦环境问题：在现代社会中各种噪声的干扰会使脑神经处于持续性紧张状态；生 活环境受到了有害物质的污染会使人情绪不稳；本人受到严重惊吓和生活习惯的重大改变可 使人焦虑、抑郁、易激惹；遭受严重的自然灾害是急骤的、强烈的精神刺激，若不能接受及 时有效的心理支持和物质援助，则可能使人体内环境活动失去平衡，发展严重就会罹患各种 疾病；⑧法律与政治问题：介入到法律纠纷中、在重大的政治运动中受牵累等都是令人难以 承受的精神创伤。这些紧张性生活事件引起的心理紧张在一段时间叠加，就可能诱发各种精 神和躯体疾病。

(黄悦勤 王江蓉)

**第四章** **社会调查研究方法**

**学** **习** **目** **标**

1. 概述

2. 社会调查研究

3. 问卷设计

4. 定性研究

**教学目标**

1. 描述社会医学研究方法的类型

2. 列出社会调查研究的步骤

3. 比较各种抽样方法

4. 分析各种研究方法的优缺点

5. 简述问卷设计的主要内容

6. 描述定性研究的特点

7. 比较定性研究和定量研究的异同



**第一节** **概** **述**

**一** **、社会医学研究方法**

社会医学研究的内容、性质和特点决定了社会医学研究方法的多样性和多元性。除了应 用传统的生物医学研究方法外，它还运用流行病学、卫生统计学、社会学、人类学、管理 学、心理学和人口学等学科的研究方法来研究社会卫生状况及其变化规律、影响人群健康的 因素(特别是社会因素)及社会卫生策略与措施。另外，随着社会医学研究内容本身的变化 以及其他学科的不断发展，新的研究方法将不断引进和应用于社会医学研究领域。目前，社 会医学的主要研究方法包括以下几种类型：

(一)调查研究

根据调查事物发生的时间特点，调查研究可分为如下三类：

1. 现况调查研究 又称横断面调查，是社会医学研究方法中的一种最基本的研究方法， 其基本原理是：在特定的时点或时期内，在某一人群中应用抽样的方法对当时人群的健康状 况及其影响因素、社会卫生问题、卫生服务状况、社会卫生策略与措施等进行调查研究，目 的是分析被研究事物的现况。

2. 回顾性调查研究 是一种由结果到原因的调查研究，即调查过去一定时期内社会医

**社** **会** **医** **学** **(** **第** **2** **版** **)**

学研究所关注的问题如人群的健康状况及其影响因素等。常用的病例对照研究即是一种回顾 性的调查研究。

3. 前瞻性调查研究是一种由原因到结果的调查研究，即调查观察一定时期后的人群 健康状况及其影响因素等。这类研究设计的特点是前瞻性的，如研究暴露危险因素与疾病发 生之间关联强度的队列研究即是一种前瞻性的调查研究。

(二)干预研究

指研究者将研究对象随机分为实验组和对照组，将处理因素如干预措施给予实验组后， 随访观察一段时间并比较两组人群结局的差异的一种研究方法。例如吸毒人群艾滋病防治干 预研究，可以选择某静脉吸毒人群作为研究对象，随机抽取一定数量的吸毒人群作为干预 组，其余为对照组，干预组实施拟定的艾滋病干预策略如针具交换、毒品替代疗法等，而对 照组不采取任何干预措施，一定时期以后观察两组吸毒人群艾滋病病毒感染率等的差异，以 评价干预策略的效果。

(三)健康状况评价

健康状况是一个多维的动态变化的复杂现象。传统的健康状况评价主要从发育、疾病和 死亡等方面进行评价。常用的评价指标包括新生儿低体重百分比、发病率、患病率、死亡 率、死因构成和平均期望寿命等。随着社会、经济的飞速发展，医疗保健策略和措施的不断 完善，以及人们认识水平和对健康需求的日益提高，人群健康状况评价的内容日趋完善和全 面，一些新的反映不断变化的人群健康状况的评价指标也应运而生，它包括无残疾期望寿 命、健康期望寿命和伤残调整生命年等。

(四)健康危险因素评价

影响人类健康的危险因素种类繁多、且错综复杂，它可以包括生物遗传危险因素、自然 和社会环境危险因素、心理行为危险因素和医疗卫生服务中的危险因素等。健康危险因素评 价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 究人们在生产环境、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，通过改变生产和生活环境，改变人们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。健康危险因素评价的目的是促进人们改变不良生活方式，降低危险因 素，提高生活质量和改善人群健康水平。

(五)生活质量评价

生活质量又称为生命质量。根据目前国内外研究进展，与健康相关的生活质量是指在疾 病、意外损伤及医疗干预等的影响下，测定与个人生活事件相联系的健康状况和主观满意 度。生活质量评价就是指具有一定生命数量的人在一定时点上的生活质量表现。

(六)卫生服务研究

卫生服务研究是社会医学研究的重要领域。进行卫生服务研究的根本目的是以有限的资 源(包括卫生人力、物力、财力、技术和信息)尽可能满足广大居民的卫生服务需求，从而 保护和促进居民健康，改善社会卫生状况。卫生服务研究提出了有关卫生服务需求、卫生服 务利用和卫生资源等方面的评价指标，并以卫生资源分配为主题，研究需求、利用和资源之 间的相互关系。卫生服务研究的具体内容根据各国的社会、经济、文化等特征以及当时所面 临的卫生服务问题而各有所侧重。随着我国社会经济的迅速发展，医疗卫生体制改革的不断 深化，我国现阶段卫生服务研究的主要内容包括社会因素对卫生系统的影响、卫生系统的结 构、功能和经济分析、人群卫生服务需求的评价、资源合理应用和分配，以及卫生服务效果

56

评价等。

**二** **、社会调查研究**

在社会医学的各类研究中，社会调查研究是十分重要、应用极为广泛的一类调查研究方 法，它是科学制定卫生政策和合理开展社会卫生服务的重要前提。社会调查研究方法又分两 大类即定量研究和定性研究。定量研究的重点是获得事物的数量指标，通常需经过统计学分 析获得研究结果。在社会调查研究中常用的问卷调查即属于定量研究范畴。定性研究的重点 是阐述事物的内在特点、本质特征和发生规律等。常用的定量研究包括观察法、专题小组讨 论、个别访谈、案例研究等。在社会医学研究中，定量研究常与定性研究相结合，共同揭示 社会卫生状况和相关事物的内在本质。

(一)定量研究和定性研究的区别

1. 定量研究的主要目的是获得研究现象的数量指标和估计现象的水平，而定性研究则 主要在于深入细致地阐述事物的内在特点及其规律。在定量研究中，人们按事先拟定好的程 序去收集资料，通过对不同人群数量指标的比较，用统计分析的方法探讨事物的数量以及许 多因素与事物之间的联系。而定性研究则不同，它注重的是事物的内在特点及规律，要了解 事件发生过程中的许多细节。所以，有人认为定量和定性研究的一个主要区别是研究的“广 度”和“深度”、“量”和“质”的区别。

2. 定量研究通常采用概率抽样方法选择研究对象，并用统计分析方法得出对总体的推 断结果。而定性研究通常采用非概率抽样法抽取研究对象，它通常是对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)的研究，由于样 本量很小，其结果一般不能外推。

3. 定量研究通常按照事先设计好的固定程序，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(如问卷调查)。定性研究则需要研究者与研究对象 保持较长时间的密切和深入接触，双方需建立一种相互信任的关系。定性研究的资料收集特 别强调轻松自然的环境，目的主要是了解人们对事物的看法、信念和行为。定性研究收集资 料的手段也往往较灵活而没有固定的模式(如个别深入访谈)。

4. 定量研究的结果一般用概率统计分析，而定性研究一般是用分类的方法对收集的资 料进行总结和分析，譬如将研究对象对某件事物的看法分为几类(如可以将大学生对婚前性 行为的看法分为相对开放型和相对保守型等);或将研究对象的行为方式分为几种；或者用 流程图来表示某件事物的发生过程，同时对研究对象进行描述分析等。

(二)定量研究和定性研究的应用

定量研究一般应用于测量事物发生的数量变化和影响范围，如疾病的发病率、患病率、 参与医疗保险的人口范围、卫生策略和服务的受益人群情况等。鉴于定量研究(如问卷调 查)已广泛应用于许多公共卫生学科领域(如流行病学),下面仅对定性研究的应用作一简 单的介绍。在社会调查研究中，定性研究一般可应用于以下几方面：

1. 辅助定量研究设计和提出研究假说 研究人员在设计定量研究(如大规模的问卷调 查)时，可以应用定性研究方法如专题小组讨论进行探索性研究，以了解研究对象的行为习 惯、文化习俗、语言特点和教育背景等，这些信息有助于设计问卷调查，从而使问卷的内 容、用词和表达方式等更适合于该研究人群。对于一些敏感性问题的研究(如艾滋病干预研 究),在开展大规模的定量研究之前，应用定性研究辅助设计是十分有益的。

2. 协助分析和解释定量研究结果 定量研究有时会出现一些相互矛盾的研究结果或发 现一些预料不到的用数量指标难以解释的现象，这时可以用定性研究的方法进一步探讨和识 别。另外，定量研究确定的因果关系，有时可能实际上并不存在这种关系，也可通过定性研 究来揭露其真实本质。

3. 与定量研究相结合，可以比较综合、全方位和深入地揭示事物的现况(如社会卫生 状况)及相关事物的内在本质和规律。

4. 快速评估，并为其他研究提供信息 当时间和财力不足时，可用定性研究快速评估 研究人群的服务需求(如某少数民族地区初级卫生保健需求)和所开展项目(如社区卫生服 务试点项目)的效果等，因为采用多种定性研究手段，可在短期内收集到大量深入细致的 信息。

**第二节** **社会调查研究的基本程序**

社会调查研究在社会医学研究中具有非常重要的地位。在社会医学研究中，社会调查主 要是对社会卫生状况、人群健康影响因素、卫生服务需求与利用、社会卫生资源等所进行的 调查研究。社会调查研究的形式和方法多种多样，但其研究过程与其他科学研究一样，需要 经历一个提出研究问题、设计研究方案、收集和分析资料、解释和应用研究结果等的系统过 程。具体地讲，开展社会调查研究的基本程序如下：

**一** **、提出研究问题**

提出研究问题(即选择课题)是社会调查研究的前提和关键所在。确定合适的研究问题 通常要求确实地掌握相关研究的现有文献和有关研究现场背景的基础资料，而这些信息的获 得要通过查阅资料、学术交流、咨询和实地调查等方法来实现。对于许多社会科学研究通常 事先应明确一个概念性框架，这个框架是对某一特殊研究问题需要考虑的各种因素提供一个 系统和全面的表述。

在提出研究问题的过程中，需注意以下几个原则或问题：①需要原则：即弄清该问题是 否值得研究?有无理论上或实践上研究的需要?②创新性原则：即研究课题是否有新意?研 究的答案是否已知?③科学性原则：即研究问题是否体现了科学研究的根据。科学性原则是 保证科研方向正确无误的前提。

另外，在实际研究工作中并非值得研究的问题都能进行研究，它同时需要考虑研究可行 性问题。可行性论证就是从技术和经济等方面论证一个课题是否具备进行研究的各项条件， 它包括现有研究的基础；政策支持环境；研究人员数量、专业知识水平和相应技能；时间保 证以及必备的财力和物力等。

**二** **、设计研究方案**

研究方案的设计视研究问题来确定。它的基本内容包括技术路线、实施计划、资料的整 理和分析计划。技术路线是对研究工作做出全面安排，以便按计划、分步骤、有条不紊地进 行；实施计划要确定研究的目的和目标、研究场所、研究对象与范围、抽样方法与样本大 小、资料收集的方法、经费预算、人力资源计划、质量控制措施等；资料的整理与分析计划 包括设计分组、设计整理表、归组方法、统计软件的选择、资料分析计划等。

58

**第** **四** **章** **社** **会** **调** **查** **研** **究** **方** **法**

4

研究对象的选择通常采用抽样方法来确定。在社会调查研究中的抽样可以分成两大类：

即概率抽样和非概率抽样。概率抽样指的是：在被限定的研究对象每一个单位具有相同大的 被抽取中的概率。比如某地区人1000人购买了医疗保险，研究者应用概率抽样法抽取了 100人进行研究，那么每个人被抽取的概率是十分之一。非概率抽样指的是：按照其他非概 率标准进行抽样的方式。比如按照研究目的抽取能够为研究问题提供最大信息量研究对象的 目的抽样。

(一)概率抽样

在概率抽样中，每一个调查对象被选中的概率是已知的，下面介绍常用的几种随机抽样 方法。

1. 单纯随机抽样 (simple random sampling) 是最基本的抽样方法，也是其他抽样方 法基础。其具体做法是先将调查对象的每一个个体全部编号，再用随机数字表或抽签、摸 球、电子计算机抽取等方法随机抽取部分个体组成样本。此法只能在样本数目不大的情况下 使用，因为调查对象较多时，对个体一一编号工作量大，实际工作中有时很难做到。

2. 系统抽样 (systematic sampling) 又称等距抽样或机械抽样。它是先将调查对象按 某一顺序号分成若干部分，再从每一部分中随机抽取一个体，并依次用相等间隔，机械地从 每一部分各抽一个体组成样本。如在社会调查研究中，要从1000户中抽取10%的住户(即 100户)作为调查对象，可先在门牌号1～10之间用单纯随机抽样抽取一户，如果第一次抽 到门牌号“5”,其后每间隔10号抽取一户即抽取5、15、35、45、 ……、995号等户，共 100户。

3. 分层抽样 (stratified sampling) 即先将研究对象按主要特征(如性别、年龄、职 业、教育程度等)分为几层，然后再从每一层内随机抽取一定数量的个体组成样本。分层抽 样的优点是分层后增加了层内的同质性，各层抽样误差减小；便于对不同的层，采用不同的 抽样方法；可对不同的层进行独立的分析。分层随机抽样又分为两类：①按比例分层随机抽 样：即各层内抽样比例相同，如按性别分层，在男、女两组中均抽取20%的研究对象；

②最优分配分层随机抽样：即按照一定要求，各层内抽样比例不同，这样就可使每层中观察 值的变异度小些，样本代表性加强，多层间还可作比较分析。

4. 整群抽样 (cluster sampling) 即先将调查对象划分为若干“群”,再随机抽取其中 若干“群”的全部个体组成样本，或从抽取的群体中再抽取若干样本，称两阶段整群抽样。 用此法抽样时，抽到的不是个体，而是由个体所组成的集体即“群”。如在学校开展调查研 究时抽到的“班级”;在工厂开展调查时，抽到的“车间”等。整群抽样的优点在于便于组 织，节省人力、物力和财力，且“群”间差异越小，抽取的“群”越多，精度越高。其缺点 是抽样误差较大、分析工作量也较大。

5. 多阶段抽样 (multistage sampling) 也称多级抽样，即将整个抽样过程分若干阶段 来进行。这是大型调查研究中常用的一种抽样方法。例如全国城市卫生服务调查，第一阶段 从全国31个省、市、自治区中随机抽取10个省、市、自治区；第二阶段从已抽出的10个 省、市、自治区中，分别随机抽取大、中、小城市各一个；第三阶段从每个被抽中的城市 里，各抽出三个区或街道；第四阶段从每个被抽中的区或街道里各抽出若干居民户。这就是 四阶段抽样。这里的每个省、市、自治区称为一级抽样单位，每个大、中、小城市称为二级 抽样单位，每个区、街道称为三级抽样单位，每个居民户称为四级抽样单位。

(二)非概率抽样

在非概率抽样中，每一个调查对象被选中的概率是未知的，一般不能讲样本对总体具有 代表性，不能估计抽样误差的大小。常用的非概率抽样方式有以下五种：

1. 滚雪球或链锁式抽样 这是一种用来选择知情人或决定性个案的操作方式，即选定 并调查几个具有所需要特征的人(如吸毒人群),再将这部分对象作为提供情况者，依靠他 们去选定其他合格的人(如其他吸毒人群);然后研究者调查这些合格的人，再通过他们去 选定更多的可被调查的对象。如此类推下去，样本就像滚“雪球”那样越来越大。譬如，研 究者希望从某地区获得数个从事卖淫活动的妇女进行艾滋病干预需要评估的个案研究，通过 某知情者介绍，研究者先对某卖淫妇女(当地可能称之为“服务小姐”)进行了个别深入访 谈，了解她对艾滋病预防干预活动的看法和建议。然后，研究者可以请她帮忙再推荐下一个 “服务小姐”进行访谈。当然，开展此类敏感问题的研究，强调保密性是十分重要的前提， 否则很难获得研究对象的信任和合作。

2.目的性随机抽样 即根据调查研究目的的需要对研究现象进行随机抽样。在定性研 究中进行“随机抽样”是为了提高研究结果的可信度并缩小样本的数量，而不是像定量研究 那样以保证研究结果的代表性。例如，研究者计划对某医院子宫颈癌术后病人的痊愈情况进 行比较详细的个案调查研究，目的是应用观察法和访谈法深入细致地了解病人身体上的变 化、情绪变化和内心感受等，因此研究者可以从医院子宫颈癌术后病人的名单中随机抽取一 部分人(如20～25人)进行重点调查。

3. 方便抽样 即选择一些方便的、生活上最接近的人或住得最近的人作为研究对象。 此法的最大优点是省时、省力和花费少。但是，由于这种抽样方式没有一定的标准，因而获 得的结果往往缺乏针对性，从而影响到研究结果的质量。方便抽样常用于预试验或预调查 时，如在大学生健康服务需求调查研究中，可将设计好的问卷发给就近的大学生进行预调 查，其主要目的在于确定调查表是否设计得当等，而并非用于数据分析。

4. 机遇式抽样 即根据当时当地的具体情况进行抽样。这种抽样通常发生在研究者到 达研究现场后，特别是当研究者对当地的情况不太了解，而且有较长的时间在当地进行调查 时。它的特点是给研究者比较大的灵活性，而且可以得到一些事先意想不到的调查结果。

5. 综合式抽样 即根据研究的实际情况结合使用上面不同的抽样方法选择研究对象。 在社会调查研究中，一种抽样策略不一定使用于一项研究的全过程，也可以在研究的进程中 根据实地的具体情况与其他策略结合起来使用。比如，在研究开始时，研究者可能对研究现 场的情况并不了解，此时可以采用机遇式或方便式抽样来选择研究对象。当研究者对研究现 场的情况比较了解时，可以选用目的性随机抽样等方法。

社会科学研究中的定量研究通常采用概率抽样法来确定研究对象。如果样本量充足，从 中获得的研究结果可以推论到抽样总体。而定性研究则不同，由于该研究注重对研究对象获 得比较深入细致的解释性理解，因此研究对象的数量一般都比较小，不可能(也不必要)采 取概率抽样的方式。换句话说，在定性研究中常应用非概率抽样法如目的性抽样和方便抽样 等技术。

**三、收集资料**

一项调查研究的目的和目标将决定需要收集的资料类型和所采用的方法。研究者在资料 收集阶段一般需明确如下一些问题：①需要收集什么样的信息?②怎样收集这些信息?③在

60

哪里收集信息?④采用什么方法收集信息?

社会调查研究资料收集的方法包括以下几种：

(一)观察法

观察法即通过对事件或研究对象的行为及其影响因素等进行直接的观察来收集数据，是 定性研究方法中收集非语言行为等资料的一种主要方法。它广泛应用于健康社会学和医学人 类学研究。观察法依据研究者参与程度分为非参与型观察和参与型观察两类。非参与型观察 指观察者不参与观察对象的群组活动，仅仅是一个旁观者。而在参与型观察中，观察者要深 入到社区的日常生活中，将自己视为社区的成员之一，通过仔细的体验和观察，获取第一手 的资料。如调查社会文化、宗教和习俗等因素对某社区居民健康相关行为的影响时，研究者 可以深入该社区，与当地居民共同生活，并在日常生活中仔细观察和体验上述因素对居民行 为的影响。观察法常常可以获得其他方法不易获得的资料。

(二)访谈法

访谈法即调查者与被调查者面对面或通过电话交谈，以获取所需信息的一种资料收集方 法。访谈法又可分为结构式访谈、个别深入访谈和专题小组访谈等。调查者根据事先设计好 的问卷，逐条询问被调查者的方法叫做结构式访谈。个别深入访谈是采用一种开放式对话方 法，引导与访谈对象进行深入细致地交谈，并针对即时情况提出问题的一种半结构式访谈方 法。专题小组访谈与个别深入访谈有许多共同特点，但它是在小组中进行的。由于半结构式 访谈方法没有问卷的固定模式(有较大的灵活性),且交谈的气氛比较随和，故容易得到真 实、深入和详细的信息。

(三)自填问卷法

自填问卷法是社会调查研究中广泛应用的一种资料收集方法。本法要求被调查对象在规 定的时间内自行完成填写问卷。填写好的问卷可由被调查对象寄回研究者或由研究者统一回 收。此法最大的优点是花费少、省时、省力；还可以避免面谈时的尴尬，并保证完全匿名。 但与访谈法相比，自填问卷法的灵活性较差；另外，若问卷回收率低，则很难保证调查样本 对总体的代表性。

(四)文献法

文献法也称历史法。即通过现有文献资料如统计报表、期刊和档案等历史资料进行分析 和得出结论。文献法获得资料的重要途径包括：①官方公布的人口普查、生命统计、国民经 济统计、疾病统计、死亡统计等资料；②有关组织(如世界卫生组织)、团体、研究机构的 各种统计年报、调查报告、记录、案卷等资料；③有关期刊、杂志、报纸、通讯、简讯、专 著资料等。文献法应用很广，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。文献法的优点是可以研究不可能直接观察的对象；在开展时间跨度很大 的纵向研究时，文献法可能是唯一现实可行的方法。其缺点是有的文献本身可能有偏误而缺 乏代表性。文献法可以作为一种独立的研究方法，但更多时候是在进行调查研究之前，用于 弄清所要研究问题或领域的进展。

(五)医学检查和理化分析

在社会调查研究过程中，有时也需要应用医学检查和理化分析来收集相关资料。这种方 法是通过医学检查和各种物理化学的分析，使研究者可以获得有关社会卫生状况和人群健康 状况方面的全面资料。当然，由于受到技术手段的限制，本法有一定的局限性；另外该方法 花费的人力、物力和财力往往较大，所以选择此方法时应权衡利弊。

**四** **、分析资料与解释结果**

通过上述方法收集到的原始资料必须经过检查、录入、整理和归纳，以便作进一步分 析。应用不同社会调查方法(如定量和定性调查)收集到的资料，其资料整理和分析方法各 有特征。

通过定量研究(如结构式问卷调查)收集到的资料，可以应用数据处理软件包(如 EPI-Info 、SAS 和 SPSS 等)进行统计分析，如利用统计软件中的频数表来描述变量的分 布，用卡方检验分析率之间的差异，应用Logistic 回归作多因素分析等(参阅有关卫生统计 学的书籍)。

通过定性调查研究方法(如观察法、个别深入访谈和专题小组讨论等)收集到的资料应 按定性资料分析方法来进行。与定量分析相比，文字材料分析并不是从检验那些由假设预先 确定的各种不同概念或变量之间的关系而开始，相反却是引入式的。研究人员通过阅读和反 复阅读文字资料，目的是为了发掘重要的主题、范畴、方向及事物间的相互关系。定性资料 的分析主要方法是根据从资料中引出“临时”假设和理论，继之推理和验证，且这种分析是 反复进行的，因为它是建立在不断对比、参照和形成概念的基础上的。

定性资料内容的分析是参照各种主题和分类对文字资料中的片段进行编码，继之将属于 同一主题的片段分类整理，并与所有的资料内容进行交叉比较，有目的的根据资料建立理论 构想。编码可以手工操作，也可以借助于管理数据的计算机软件(如 Ethnograph) 。 在表述 定性研究时，通过对方法、对象及分析过程中的假设进行全面的描述，以及通过条例清楚和 层次分明的解释可以提高研究结果的可信性。另外，使用多种资料来源和方法，并让几个研 究人员来分析和解释将会增加结果的可靠性和一致性。这种交叉检查系统在解释定性研究资 料和观察结果时增强了科学性和严谨性。

**五、散发和应用研究结果**

社会调查研究的中心目的是提供可用于指导有关社会卫生政策制定和社会卫生服务实践 的信息。因此，向参与研究资金的提供者、有关政策制定者、管理者、规划者、项目参与人 员和机构散发研究结果(也称结果分发)是整个社会调查研究中最重要的部分。由于政策制 定者和管理者通常需要得到简明、清晰、易于理解与可操作性的信息和建议，因此结果的散 发和利用需精心设计和策划。为使社会调查研究结果尽可能地影响到有关机构和人员，可采 用多种形式来散发研究结果，主要包括：①向有关机构和人员递交研究报告；②召集项目管 理人员和社会卫生服务提供者等召开研讨会，以确保有关国家政府部门和机构广泛了解研究 结果；③通过大众传媒、新闻简讯、互联网等发布信息；④学术交流；⑤在科技杂志上发表 文章等。

**第三节** **问卷调查**

**一、问卷调查的概念**

问卷是调查研究中用来收集资料的一种测量工具，它是由一组问题所构成的表格。问卷 调查是由受过培训的调查员利用精心设计好的问卷收集资料而开展的一种调查研究方法。在

**62**

实际操作中，问卷调查包括两大类：①访谈式问卷调查：即由调查者根据问卷中设计好的问 题直接面对面(或电话)与被调查者交谈而获取资料的调查方法。②自填式问卷调查：即将 问卷邮寄或发给被调查者，由被调查者自行完成填写的一种调查方式。

**二** **、问卷的基本结构**

一般来说，一份完整的问卷至少应包括如下几部分：

(一)说明部分

用于介绍研究者身份、调查目的和意义，同时解释如何填写问卷(也称指导语)等，目 的是取得被调查者的信任和理解并引发其参与调查的兴趣。说明部分常置于问卷的前面或作 为附在问卷上的一封短信，它是问卷的重要组成部分，也是获得被调查对象良好合作和支持 的基础。在编写问卷说明时，除了语言上力求简明扼要和诚恳外，应充分强调每个人参与的 重要意义。若调查问题涉及个人隐私或敏感问题，指导语中一定要强调信息的保密性，以便 尽可能地获得真实可靠的资料。

(二)调查项目

调查项目是问卷的主体部分。它由一系列围绕研究目的和框架而编制的问题组成。在社 会调查研究中，调查问题一般可分为特征问题、态度问题和行为问题三大类(参见实例一)。 特征问题是指用于调查被调查对象基本特征或背景信息的问题，包括年龄、性别、职业、文 化程度、婚姻状况等。态度问题用于测量被调查者对某一事物或社会现象的看法、意愿、认 识和信念等主观信息，如“您愿意参加医疗保险吗?”。行为问题即用以测量被调查对象过去 发生的或现在进行的某些行为和事件，如“在过去的一年里，您吸过烟吗?”。尽管在问卷调 查中问题的设计需根据调查目的和内容来确定，但特征问题几乎是各种问卷必不可少的一部 分，因为在调查分析时常常要以这些特征变量作为自变量来描述态度和行为分布情况，或解 释出现某现象的原因。态度问题是社会调查研究中极为重要的一部分，它可以帮助研究者了 解和解释某社会现象或行为产生的原因或影响因素等。行为问题是了解各种社会现象、社会 事件和社会过程的重要工具。另外，根据问题的回答方式，还可将问题分为开放式和封闭式 两种。开放式问题是只向回答者提问，而不为回答者提供备选答案，也即由被调查者自由填 答，如“您认为目前公费医疗存在的主要问题有哪些?”。这类问题的最大优点是可让被调查 对象自由发挥，从而收集到丰富、生动的资料。但它的主要缺点费时、回答率低和统计分析 困难。封闭式问题就是向回答者提出几个备选答案，让回答者在其中选择。它的主要优点 是：容易回答、省时，且便于统计分析。

(三)资料登录

资料登录是问卷管理和资料分析必不可少的一部分。包括调查项目之前的问卷名称、每 个调查问题的编码和问卷结尾部分调查者姓名、调查地点和日期等。问题的编码是便于用计 算机进行资料的管理和分析。比较规范的大规模调查可采用分开的标准答题纸来收集资料。 结尾部分调查者姓名和调查地点等的登记是便于备查和进一步随访等。

**社** **会** **医** **学** **(** **第** **2** **版** **)**

**[实例** **一** **]** **世界卫生组织全球青年与烟草调查核心问卷部分问题** **个人情况**

1. 你的年龄(周岁)?

a.11 岁或更小 b.12 岁 c.13 岁 d.14 岁

e.15 岁 f.16 岁 g.17 岁或更大

2. 你的性别?

a. 男 b. 女

3.你在几年级?

a. 初一 b. 初二 c. 初三 d. 高一

**吸烟情况**

4.你曾经尝试过吸烟吗(吸一、二口也算)?

a. 是 b. 不是

5. 当你吸第一支烟时，你多大?

a. 我从～未吸过烟 b.7 岁或更小 c.8～9 岁 d.10～11 岁

e.12 13 岁 f.14～15 岁 g.16 岁或更大

6. 在刚过去的30天内，有多少天你吸过烟?

a.0 ～天 b.1～2 天 c3～5 天 d.6～9 天

e.10 19 天 f.20～29 天 g.30 天

7. 在刚过去的30天内，在你吸烟的日子里，你通常一天吸多少烟?

a. 我没吸过烟 b. 每天不到1支烟 c.每天1支烟

d. 每天2～5支烟 e. 每天6～10支烟 f. 每天11～20支烟

g. 每天超过20支烟

8. 在刚过去的30天里，你通常是如何得到香烟的?

a. 在过去的30天里，我没吸过烟 b. 我在商店里，或烟摊上买的

c. 我在自动售货机上买的 d. 我让别人替我买的

e. 我要别人的 f. 我偷的

g. 比我年龄大的人给我的 h. 我从其他途径得到的

9. 在刚过去的30天内，你在香烟上花了多少钱?

a. 我没吸过烟 b.1 元以下 c.1 元到5元以下 d.5 元到10元以下

e.10 元到20元以下 f.20 元到30元以下 g.30 元以上

10.你通常在什么地方吸烟?

a. 我从未吸烟 b. 我不再吸 c. 当我一人的时候

d. 跟朋友在一起的时候 e. 在家时 f. 在学校

g.其他

**对烟草的知识和态度**

11. 如果你的好朋友给你香烟，你会吸吗?

a. 肯定不会吸 b. 可能不会吸 c. 可能会吸 d. 肯定会吸

12.你的父母告诉过你不要吸烟吗?

a.告诉过 b.没有

13.你会在5年后吸烟吗?

a. 肯定不会吸 b. 可能不会吸 c. 可能会吸 d. 肯定会吸

**第四章** **社会调查研究方法** 

**续表**

|  |  |
| --- | --- |
| 14.你以为人一旦开始吸烟，戒烟困难吗? |  |
| a.肯定不困难 b.可能不困难 c.可能困难 15.你认为吸烟会增加或减少体重吗? | d.肯定困难 |
| a.增加体重 b.减少体重 c.没有区别 16.你认为吸烟会损害健康吗?  a.肯定不会 b.可能不会 c.可能会 | d.肯定会 |
| 17.你的好朋友有吸烟的吗?  a.没有人 b.有的人吸烟 c.大部分人吸烟 |  |
| 18.当你看到一个男人 吸烟时，你认为他是下列哪种 情况(只选一个答案)?  a.缺乏自信 b.愚蠢 c.失意者  e.有学问者 f.有男子汉风度者 g.时髦 | d.成功者 |
| 19.当你看到一个女人吸烟时，你认为她是下列哪种情况(只选一个答案)?  a.缺乏自信 b.愚蠢 c.失意者 | d.成功者 |
| e.有学问者 f.有女人魅力 g.时髦的 20.你认为仅吸烟1～2年就戒烟是安全的吗?  a.肯定不是 b.可能不是 c.可能是 | d.肯定是 |
| 21.你认为被动吸烟有害你的健康吗?  a.肯定不会 b.可能不会 c.可能会 | d.肯定会 |
| 22.在过去的7天里，有几天有人在你家里，当着你吸烟?  a.0天 b.1～2天 c.3～4天 |  |
| d.5～6天 e.7天  23.在过去的7天里，有几天有人在你家外边，当着你吸烟? |  |
| a.0天 b.1～2天 c.3～4天  d.5～6天 e.7天  24.你支持在公共场所禁烟吗?(如饭店、公共汽车、火车、学校、公园、舞厅等)  a.是 b.否 |  |

**三、问卷设计的步骤**

设计问卷通常包括如下几个基本步骤：

(一)确定调查主题或变量

根据研究目的，收集并列出在该项调查中需详细调查的主题或所需测量的变量，然后与 其他感兴趣的研究人员或同道或被研究对象一起讨论并做必要的提炼，同时还可应用非结构 式访谈或小组讨论形式进行探索性研究，以便确认其他具有潜在重要性的主题或变量。另 外，借用其他问卷中符合本研究目的的条目也是确定调查主题的辅助方法。

(二)设计问卷初稿

根据确定的调查主题或变量设计相应的问题，并将零散的问题按照一定结构组织成一份 问卷初稿。组织编写问卷时，需要考虑到各种问题的前后顺序、逻辑结构、对回答者的心理 影响、是否便于被调查者回答等多方面因素。

(三)预调查和修改

设计好的问卷初稿需经过试用或预调查，以便发现和修改问卷中的问题，如用词是否恰

当等。在现场条件下进行预调查时，最好由参加以后正式调查的人员去实施。另外，就问卷 的最终设计请数据处理人员进行审核也是十分重要的，它有助于尽量减少数据录入和编辑阶 段中可能出现的问题。

(四)效度和信度检验

通过效度和信度检验来评价问卷的质量(详细内容见“五”)。

四 、问卷设计的注意问题

问卷的设计是一项专业性、技术性及经验性很强的工作。问卷设计应注意如下几个问题：

(一)避免双重装填 即避免在一个问题中混杂着两个甚至更多个变量，因为它会导致 应答者难以作出准确回答。

(二)避免用词不当 即尽量不使用含糊不清的词，同时避免使用专业术语、俗语和缩 写词等。

(三)避免诱导性提问 这类提问会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，容易使无主见的回答者顺着您的意思回答，最好采用中性的提问。

(四)避免抽象性提问 抽象概念的提问一般较难回答。问卷如果一定要涉及抽象概念 的提问，最好给出一些具体的看法，让回答者仅回答赞成与否。

(五)对于敏感问题，如涉及政策、社会规范、伦理、个人隐私等问题，应充分强调保 密性问题，并用假定法来提问以提高问卷应答率。

五 、问卷的信度与效度

( 一 ) 信 度 (reliability)

指对同一事物进行重复测量时，所得结果一致性的程度，即测量工具的稳定性或可靠 性。影响调查结果可靠性的主要因素包括：①调查问题设计不合理，如问题不明确和太难；

②调查实施过程存在问题，如不同调查员所用指导语不同、被调查对象相互交流等；③被调 查者主观因素影响，如应答动机等。信度分析就是对问卷的信度进行分析，其主要方法 如下：

1.复测信度(或重测信度)即用同一问卷在不同时间对同一对象进行重复测量的一致 程度。由于研究对象的特征可能随时间发生变化及重复测量受前一次的影响，故两次测量间 隔的时间不宜太长，也不宜太短，以2～4周为宜。

2. 复本信度 设计另外一种与问卷在测量内容、难度、长度、问题排序、应答形式及 统计方法等方面高度类似的问卷，同时测量研究对象，评价两个问卷测量结果的相关性。

3. 折半信度 (R) 将一个问卷分析为两半，分别作为各自的复本。最常用的折半法是 将问卷中所有的题目按问题的性质、难度排序并编号，求出奇数号和偶数号的相关系数

(r) 。 由于折半法计算出的是半个问卷的信度，故需做如下校正：



一般来说，信度系数达到0.8以上，才能认为问卷的信度较好。

( 二 ) 效 度 (validity)

指测量结果与试图要达到的目标之间的接近程度，它反映调查的真实性。效度高，表明 66

 **第** **四** **章** **社** **会** **调** **查** **研** **究** **方** **法**

调查结果真实地测量到了调查对象的实际情况和特征。效度可分为：

1. 表面效度 从表面上看，问卷能否测量研究者想要了解的问题。这是一个由专家评 价的主观指标。

2. 内容效度 该指标评价问卷所涉及的内容能在多大程度上覆盖研究目的所要求达到 的各个方面和领域，也是一个主观指标。在实际工作中，只能由专家根据自己的经验，判断 问卷表达内容的完整性。

3. 结构效度 用两个相关的相互可以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 即评价问卷测量结果与标准测量即准则间的接近程度。

(三)信度与效度的关系

信度与效度之间，一般有下述四种关系：

1. 不可信的测量一定是无效的。即信度不高，效度也不高。

2. 可信的测量，既可能是有效的，也可能是无效的。即信度高，不一定效度也高。

3. 无效的测量，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，信度也高。

**第四节** **观察法**

观察是人类认识事物的一个最基本方法，也是从事社会科学、人文科学和自然科学等学 科领域科学研究的一种主要手段。在社会科学研究中，观察法属于定性研究范畴，它不只是 指对事物的感知，而且还是一个对事物进行思维和透视的过程。观察法是通过直接观察研究 对象的行为及其影响因素等进行资料收集、整理和分析工作，目的是了解和认识人类社会现 象及其本质，分析其发展及变化趋势等。观察法作为一种研究人类行为的一种方法，在社会 医学研究方面有着广泛的应用范围，它对于深入研究人们的健康相关行为及其与疾病之间的 关系，有着独到的应用价值。在观察法研究过程中，观察者所选择的研究问题、个人经历以 及与所观察事物之间的关系等都会影响到观察的实施和结果。

**一、观察法的分类**

定性研究中的观察法分为两大类，即参与型观察法及非参与型观察法。在参与型观察法 研究中，观察者和被观察者一起生活、学习和工作，在密切的相互接触和直接体验中倾听和 观察他们的言行。也就是说，观察者需深入观察对象的生活社区，直接观察、记录和积累被 研究对象的行为现象、变化规律及其影响因素等，然后对其进行科学的分析和得出结论。而 非参与型观察法则不要求研究者直接进入到被研究者的日常生活，即观察者通常置身于被观 察的世界之外，作为旁观者了解事物的发展动态。当然，在条件允许的情况下，研究者可以 使用录像机等对现场进行录像来收集资料。

参与型观察法及非参与型观察法有其各自的优势和缺陷，参与型观察法的主要特点表现 在：①观察的情境比较自然，观察者不仅能够对被研究对象的社会文化现象和行为特征等得 到比较具体的感性认识，而且可以深入其内部，了解他们对自己行为意义的解释；②具有开 放、灵活的特点，允许研究者根据研究问题和情境的需要不断调查观察的目标、内容和范

围；③在参与型观察中，由于研究者与被研究者之间的关系比较灵活，研究过程存在互动 性，因此研究可以融入双方的决策；④参与型观察操作起来比较复杂，因而对研究者要求 较高。

非参与型观察法的特点为：①由于本方法不要求研究者直接进入到被研究者的日常生 活，研究者操作起来比较方便；②研究者较难对研究现象进行比较深入的了解，不能像参与 性观察那样遇到疑问时可以及时发问；③可能受到一些条件的限制如观察距离太远，研究者 无法看到或听到正在发生的事件；④由于观察的情境是人为的，当观察对象知道自己的行为 被人观察或研究时，行为动机常常受到影响，以致发生不符常规及本质的行为特征，从而导 致结果不准确，甚至研究工作难以继续(参阅实例二)。

当然，在实际研究中参与型观察及非参与型观察并不是截然分开的两种类型，它们之间 还可以结合起来加以应用。

**二** **、观察法的应用**

观察法作为一种社会科学和人文科学的研究方法，主要是通过观察人的行为等进行资料 的收集和分析。正如前面所述，研究行为因素与健康和疾病之间的关系是社会医学研究的重 要内容之一，因此观察法在社会医学研究中具有特定的作用和意义。观察法主要可以应用于 以下几个方面：

(一)了解人类行为及其特征

通常所用的调查方法，主要采用面谈或填表的方式了解人的行为或行为动机，但不能直 接看到行为的本质特征和内在意义。对人的行为痕迹研究则只能通过观察法进行。譬如，美 国社会学家曾应用观察法对生活垃圾问题进行了大量的研究，他们主要从人们生活垃圾及其 他扔弃物研究消费者的消费行为、类型、特点和变化等，以了解和分析相关的社会现象及商 品生产所存在的问题，为政府部门决策及商品生产决策提供科学依据。如美国学者从居民的 食品消费垃圾中，利用观察法广泛研究了食品生产、食品价格等对居民食品消费的影响，获 得了许多令人意想不到的结果。

(二)研究社会隐藏或敏感问题

当有关社会现象(如吸毒、同性恋、卖淫嫖娼等)很少被人所知时，可以应用隐蔽性式 参与型观察法进入研究现场，以便获得相对“真实”的信息。如在泰国，许多学者应用观察 法深入妓女活动场所(如红灯区、酒吧、歌厅和按摩院等)直接观察和了解妓女的生活特 征、接客方式和行为规范等以便为艾滋病防治干预项目的设计提供科学依据。另外，在调查 研究中，常常会遇到一些敏感性问题(如涉及隐私的行为、某些宗教风俗习惯),很难用面 谈方式获取真实信息，应用观察法则可以获得相对理想的信息资料。但是，进行这种观察研 究的最大问题是违背了社会科学研究中的参与者志愿和知情的原则。

(三)监测行为变化规律

对人的工作、生活、交际过程中的行为活动进行连续观察，分析其规律特征是观察研究 的重要内容。如在研究行为因素与健康和疾病的关系时，对人的行为进行连续观察或监测， 是获取可靠资料及结果的重要手段。对原始部落居民饮食和卫生习俗感兴趣的学者，往往通 过参与型观察法获得第一手资料，如深人村民日常生活，与村民同吃同住一年进行连续观 察，从不同季节的日常饮食、集会和接受礼物等不同情况分别记录分析村民的食物结构和卫 生习惯，并对其进行分析。对于一个相对封闭部落，此类准确可靠的原始资料无疑有着极其

**第** **四** **章** **社** **会** **调** **查** **研** **究** **方** **法**  重要的应用价值。

(四)开展深入的个案调查

当研究者需要对社会行为现象进行深入的个案调查时，通过参与型观察法，研究者可以 将所研究的个案放到当时当地的社会文化情景之中，对事件的发生过程以及社会成员之间的 行为互动关系获得较为直接、完整和全面的了解。

(五)协助提出研究假设

当研究者希望发现新现象、形成新的研究假设时，可以利用探索性参与型观察收集原始 资料、并根据自己的印象和判断提出新的初步理论假设，然后通过其他研究方法解释和验 证，形成新的基本理论。

当然，观察法不是在任何时候都适用的，如下列情况则不适用：①对研究对象进行大规 模的宏观调查；②对过去发生的行为或隐秘的私人生活进行调查；③对社会卫生状况等进行 统计和量化分析等。

**三** **、观察法的实施步骤**

社会观察研究是一个科学、系统和全面的研究过程。定量研究中的观察一般包括如下几 个步骤：确定观察的问题、制定观察计划、设计观察提纲、进入研究现场、进行观察活动、 记录观察资料、整理和分析观察资料、检验研究结果、撰写研究报告和分发研究成果等。虽 然这些步骤可以相对独立起来，但在实际操作中有不同程度交叉和融合。基于观察法属于定 性研究范畴，观察法中的某些步骤(如资料的整理、分析和报告的撰写等)与第二节所述内 容基本一致，下面就观察法本身的实施过程作一简单的介绍。

(一)做好观察前的准备工作

在现场观察工作开始之前，研究者需根据研究目的和内容做一些必要的准备工作，如确 定观察的问题、制定初步观察计划、设计观察提纲和准备后勤工作等。 一般情况下，观察计 划应包括如下几个方面：①观察的内容、对象和范围(如研究者计划观察什么?对什么人进 行观察?观察的范围多大?);②观察的地点(打算在什么地方进行观察?);③观察的时间和 次数；④拟用的方式和手段；⑤伦理道德问题等。在编制观察提纲时，要求提纲有一定的开 放性和变通性。与其他定量研究中的访谈提纲一样，观察提纲提供的只是一个大致的框架， 在观察活动提供一个方向。但是，不论研究的问题和观察的内容是什么,观察提纲至少应该 回答以下几个方面的问题：

1. 谁?(如有谁在场?他们的角色和身份是什么?这是一个什么样的群体?)

2. 什么?(如发生了什么事情?他们的行为表现和特征是什么?有什么不同之处?)

3. 何时?(如有关行为是在什么时间发生的?持续了多久?)

4. 何地?(如被研究的现象或行为是在什么地方发生的?有什么特点?)

5. 如何?(如被研究的现象或行为是任何发生的?他们之间存在何种联系?)

6. 为什么?(如为什么这个现象或行为会发生?其影响因素是什么?)

另外还需了解现场的基本情况，如风俗习惯、地方语言、气候、地理特点等，以及做好 后勤准备和技术工作，如准备足够的研究及生活用品，包括文具纸张、可能需要的录音、录 像设备、便携式计算机等。

(二)进入现场

观察者进入现场时应持有足够的工作、身份证明材料；进入观察现场后，首先应坦诚和

巧妙地向当地有关人员进行自我介绍，目的是获得他们的信任和支持，同时帮助减少观察对 象反应性行为改变。另外，研究者应马上对居住所在地如村庄等进行观察、尽快地熟悉当地 的风土人情、地理交通等。

(三)开展现场观察及收集资料

现场观察的步骤一般是从开放到集中，先进行全方位的观察，然后逐步聚焦。在观察的 初期，研究者通常采用比较开放的方式，用一种开放的心态对研究现场进行全方位的、感受 性的、整体的观察。在这个阶段，观察记录应该以全面描述为主，包括初步印象等。在观察 的整体现场获得了一定程度上的感性认识以后，研究者就可以根据研究问题开始重点或聚焦 观察了。为使观察结果真实和富有内涵，在观察过程中，研究者应尽可能自然地将自己融入 研究现场的文化氛围、社会习俗和观察对象的日常生活中去。

应用观察法收集资料常常是对观察对象或现象进行连续性的追踪观察。在进行观察时， 研究者除了使用自己的感官(如眼和耳)以外，还可以借助仪器设备如录像机和录音机，以 及使用笔录方式收集资料。尤其是记录，它在观察法研究中占有十分重要的位置，是观察中 必不可少的步骤。与定量研究不同，定性研究中的观察是非结构性的，要求尽可能准确地将 所有的事情都记录下来，但记录的格式不像问卷调查那么统一和固定，它可以因人而异。记 录的基本原则是：准确、清楚、有条理。当然，有些时候需要默记，回住处后再回忆记录， 其基本形式包括日记、工作日志、观察记录、编码记录等。这些记录形式可能繁杂或者有重 复，但可以相互补充。

从某种程度上讲，现场观察是一项探索性工作，尽管研究设计时作了种种预测和估计， 观察过程仍然会遇到意想不到的变化及困难。从研究内容上，有可能发现与研究设计不符的 问题，如方法不妥、时间不够等，也有可能发现一些新的值得进一步探讨的问题。对此都应 及时进行调整。在现场观察时有时可能会遇到居民的反感，甚至不安全因素等，都应警惕及 努力克服。

(四)结束现场观察

在离开现场时，研究者应向观察对象及相关人员致谢，这样做一方面是科研道德所要 求，另一方面是取得研究对象的充分信任，并与之保持良好的合作关系，以便今后进一步开 展有关科学研究。

(五)整理和分析资料

现场观察所获得的资料可以在现场就进行资料整理和结果的分析，也可以在离开现场以 后进行。在现场进行结果分析的优点是有利于补充观察过程中遗漏的资料，尤其是在偏远的 观察现场进行观察研究。如果设计周密，收集资料仔细、完整，也可在离开现场后再进行资 料分析工作。

资料分析方法主要依据所收集到的资料的类型而定。观察法一般以收集定性资料为主 (但有时也能收集定量资料),可应用定性资料的常用分析方法进行资料的分析和报告结果。

**四** **、观察法的优缺点**

习惯于从事自然科学研究的人们有时不认为观察法是一种调查研究方法，而是一种收集 资料的途径，因为应用观察法，除必须遵循的基本原则外，观察研究的内容、时间的长短、 收集什么性质的资料等可依研究的目的而定，而且在观察研究中，如果发现新的问题，根据 需要可随时调整研究内容，修改研究计划。实际上，观察法在研究时间及内容上的这种灵活



4

**第四章** **社会调查研究方法**

性，使之成为一种独特的研究方法而被广泛应用。与其他研究方法相比，观察法具有如下 优 点 ：

(一)资料的可靠性较高

常规调查方法一般都是通过询问调查对象获取信息资料，调查对象都有被研究的感觉， 这样就不同程度地存在着反应性行为改变或应答偏倚。而观察法则基本上避免了这一缺点。 被调查或研究者的反应性行为改变发生率越低，资料及结果的有效性越高。另外，在社会医 学乃至整个医学研究领域，大多数研究者习惯于规模宏大的问卷调查，收集信息量大的资 料，进行统计学分析。但如果调查时偏倚因素控制不好，资料准确性差，则结果的可靠性 低。而观察法是对人的行为等进行直接的观察，可以较好地控制这方面的偏倚因素，获得相 对可靠的信息。譬如，评价医疗卫生系统的工作情况，单凭卫生工作统计数据，有时会出现 偏差。若通过观察法对医疗保健服务提供者如医务人员的日常工作和行为进行直接观察，能 避免常规方法可能出现的低可靠性结果。另外，观察法还可以能够获得相对真实的信息(参 阅实例三)。

(二)具有一定的时间弹性

对于人的行为及其变化的深入了解，常常是一个长期悉心观察过程。尤其是参与型观 察，为了置身于观察对象的日常活动中，往往需要居住于观察现场数周乃至数年以上，其难 度令人却步。但观察时间长短是由研究内容决定的，并非所有的观察研究都需要很长的时 间。例如，研究者若要观察门诊病人的求医行为，每天花短短几分钟的时间即可。潜心于观 察研究的社会学家，常常对人的某些行为制订观察计划，利用工作及日常生活之便，留心观 察，略花时间记录观察结果，经过数月或数年的资料积累，分析人的行为特点，预测重要的 社会发展趋势。

(三)具有一定的费用弹性

大规模的问卷调查研究，从调查设计、调查表的印制、到现场调查及资料分析工作，均 需要大量的人力、物力和财力。而大多数观察研究常常只需一支笔及一个笔记本，只要一个 人就够了。当然，随着观察方法的广泛应用及行为记录设备的现代化，进行内容广泛、深入 的观察研究也需要一定人力及设备。然而观察研究所用设备并非一次性消耗完毕。因此，从 这种意义上讲，即使需要一些设备，观察研究的费用仍是低廉的。不过，若需要研究者居住 于观察现场数周乃至数年以上的研究工作，所需费用则可能很高。

尽管观察法具备上述许多优点，它也存在一些不足之处，因为观察研究虽然能收集定量 资料，但它是以收集定性资料为主，因此，常常把观察研究归入定性研究的范围而具有定性 研究的缺点。如与其他定性研究方法一样，观察研究常常难获得“有说服力”的统计量，以 致观察研究的结果不能外推。

总之，观察法在研究人的行为方面(如在研究人类行为与疾病和健康之间关系)起着独 特的作用。在医学领域，随着疾病谱和死因谱的改变，社会行为因素对健康和疾病的影响越 来越突出，在人类健康影响因素及疾病防治方法研究中，观察法将有着越来越广泛的应用 前 景 。

**[实例二]** **非参与型观察：装扮顾客法的应用**

这项课题调查了尼泊尔城区3组不同的顾客寻求计划生育服务和计划生育门诊人员之间 的互动作用。第1组是社会地位高的夫妇；第2组是中下社会阶层的夫妇；第3组由社会阶



层较低的穷人组成。装扮顾客的人均经过单独的培训，扮成一对夫妇并饰演与他们实际生活 近似的角色。研究人员教他们在选择避孕方法方面去请求给予指导，并就至少一种或两种避 孕方法去询问可能存在的有关的潜在风险及副作用，以及尽可能地搞清楚各种可得避孕方法 的更多信息。在每一次就诊后，研究人员均同这些“夫妇”进行访谈，请他们尽可能极其详 细地叙述他们的经历。选择这种方法而不选择直接观察法是因为一名观察者的出现会促使医 务人员改变其行为。而且，研究人员很想准确地弄清楚顾客记住了什么(一名顾客不懂且记 不住的信息对他们是没用的)。

顾客们所得到的信息和处理取决于他们的社会地位和受教育程度。社会阶层较低的装扮 顾客得到的是无礼甚至粗暴的对待。一位低社会层次的顾客报告说：“当我询问其他的避孕 方法时，这位工作人员居然发起了火，并说‘我已经告诉你了手术对你来说是最好的办法 了，你干嘛还要烦我?跟傻瓜一样’!”同时，计划生育工作人员还深受他们自己信念的影 响。例如，他们曾对一名已有4个女儿却没有儿子的妇女建议到“还是要等着生儿子吧，哪 怕你生了7个8个女儿，你要使你的丈夫满意一定让他当上一个儿子的父亲”。[资料来源：Schuler SR 等 .Barriers to effective family planning in Nepal (尼泊尔计划生育工作的障碍),Studies family planning,1985,16 (5):260～270]

**[实例三]** **参与型观察：墨西哥传统助产人员的培训**

对传统助产人员 (TBA) 的培训项目在改善这些妇女的技能方面未能取得成功已引起 越来越多的关注。在Mayan 的 TBA 们在上班期间一直陪同她们并经过几年的现场经历之 后，作者发现一种可能现象即“有相当的证据表明，我在TBA 培训课程中所教授的内容并 没有转化到我所观察到的实际操作中去”。受墨西哥卫生部的请求，作者参加了旨在提高 TBA 知识水平的培训课程，以了解 TBA 和医学培训人员对这些课程的看法，并提出改进培 训效果的方法。

作者专门使用了参与型观察法。她参加了所有的正式培训课程并与TBA 们坐在一起。 她还用业余时间与她们交谈， 一起进餐， 一同就寝。她倾听了助产人员对课程的评论和反 应，并非正式地询问她们的意见。

尽管授课人员非常投入且渴望教好这些TBA, 但培训班仍采用了几种不适当的方法给 TBA 传授知识。首先，课程侧重于说教式被动地传播信息。助产人员对讲座并无兴趣，而 是抱着心不在焉、等待下课的态度并装模作样地在听课。但是她们却非常渴望并愿意参加教 授手工操作技能的课程。不幸的是，这些课又往往教她们使用一些日常工作中无法得到的仪 器。而且，培训课程大量地使用西方的幻灯图像和画图，其中许多内容助产人员听不懂。在 放映完一张展示一个精子和一个卵子的幻灯片后， 一名TBA 对作者讲：“我们男人从阴茎 里流出的是一种白色液体，就是这么回事我们就有了孩子了。才没有像墨西哥人或外国佬那 样的小火柴棒”。这些观察只有当研究人员与这些妇女亲密相处和倾听时才能做得到。而在 正式调查TBA 对培训课程的看法时，这些信息是不会显露出来的。作者把这些信息告诉了 培训人员，他们对她关于助产士观点的评论和结论感到非常的惊讶。 [资料来源：Jor- dan.B.Cosmopolitical obstet-rics:some insights from the training of traditional midwives(世界性的产科学：培训传统助产 士的深入所见).Social Science and Medicine,1989,28(9):925～944]

**第** **四** **章** **社** **会** **调** **查** **研** **究** **方** **法** 

**第五节** **个别深入访谈法**

在社会调查研究中，“访谈”是指研究者“访问”被研究者并且与其进行交谈和询问的 一种活动。访谈法是一种研究性交谈法，是研究者通过口头谈话的方式从被研究者那里收集 第一手资料的一种研究方法。

访谈法可以分为个别访谈法和群体访谈法两种形式。个别访谈法是指研究者向一位被研 究者进行访谈，通过两个人之间的个人互动对研究的问题进行探讨的一种研究方法。群体访 谈法是指研究者同时对一组人进行访谈，通过群体成员相互之间的互动对研究的问题进行探 讨的一种研究方法。本节第四部分介绍的“专题小组讨论”就是一种特殊的群体访谈形式。

本部分就社会调查研究中常用的个别深入访谈法的功用、实施和特点等作一介绍。

**一、个别深入访谈的功用**

访谈法的研究策略是研究者通过与被研究者建立一种友善和良好合作关系，并在此基础 上进行语言交流来收集深入细致的信息。 一项设计良好的个别深入访谈具备如下几方面的 功 用 ：

1. 深人了解被研究对象的所思所想，包括他们的价值观、对事物的看法、情感感受和 行为特征等。

2. 深入细致地掌握被研究对象过去的生活经历以及他们耳闻目睹的有关事件，并了解 他们对这些事件的理解和解释。

3. 通过个别深入访谈，可以对研究的现象获得一个比较广阔和全面的视野，能从多重 角度对研究现象的过程进行深入、细致的描述。

4. 帮助研究者和被研究对象之间建立相互熟悉和相互信任的人际关系，以便今后进一 步交流、合作和相互支持。

**二、个别深入访谈的实施**

个别深入访谈实施步骤应遵循定性研究的基本工作程序，包括选择研究问题、设计研究 方案(包括确定研究对象、抽样方法、资料收集和分析计划等)、实施研究计划、收集和分 析资料、结果报告和分发等。基于某些共性内容如选择研究问题、抽取研究对象和分析资料 等在第二节中已进行了讨论，本部分结合个别深入访谈的特点介绍如下几个实施方面的 内 容 ：

(一)访谈前的准备工作

在与研究对象进行深入访谈之前，研究者需做一些必要的准备工作，包括设计访谈提 纲、抽取访谈对象、与访谈对象进行有关事宜的协商、确定访谈时间和地点等。

1. 设计访谈提纲 虽然个别深入访谈要求给受访者较大的表达自由，但访谈者在开始 访谈之前一般都应事先设计一个访谈提纲。这个提纲是根据研究目的和内容而确定， 一般需 列出访谈者认为在访谈中应该了解的主要问题和应该覆盖的内容范围。访谈提纲中列出的问 题应该尽量开放，使受访者有足够的余地选择谈话的方向和内容。访谈的问题还应该简单易 懂、且具有可操作性。提纲应该尽可能简洁明了，最好只有一页纸，可以一眼就全部看到。 访谈提纲在访谈中只是起一个提醒的作用，以免遗漏重要的内容。因此，访谈者在使用访谈

**社** **会** **医** **学** **(** **第** **2** **版** **)**

 4

提纲时一定要保持一种开放、灵活的态度。访谈的具体形式应该因人、因具体情境而异，不 必拘泥于统一形式，也不必强行按照访谈提纲的语言和顺序提问。另外，访谈提纲应该根据 实际情况随时进行修改，对前一个受访者访谈的结果可以为对下一个受访者的访谈设计提供 依据。

2. 确定访谈时间和地点若条件许可，确定访谈时间和地点的原则应以方便受访者为 主。这种做法的目的是为了对受访者表示尊重，同时也使受访者在自己选择的时间和地点里 感到轻松、安全和舒适，从而可以比较自如地表现自己。在个别深入访谈研究中， 一个比较 充分的资料收集过程一般应该包括一次以上的访谈，每次访谈时间应该在1～2小时之间， 因为时间太短时很难收集到深入细致的信息，时间太长则往往会使受访者感到疲劳和产生厌 倦情绪。访谈的地点应选择比较安静、舒适和安全的场所。

3. 与受访者协商有关事宜个别深入访谈研究的成功与否很大程度上取决于研究者与 受访者之间的合作和信任关系。为建立良好的合作关系和保证访谈顺利进行，在正式访谈开 始之前双方就有关事宜达成共识是十分必要的。 一般来说，研究者应事先向受访者介绍自己 的研究课题情况(包括研究目的、意义和重要内容)、交谈规则、志愿原则、保密原则和资 料收集方法(如录音)等。

(二)个别访谈的现场实施

个别深入访谈现场实施中的三个主要工作就是提问、倾听和回应，在实际操作中他们相 互交融、密不可分。

1. 提问“提问”在访谈中占据极其重要的地位。 一般说来，提问的方式受到很多因素 的制约，包括研究问题的性质(如敏感问题的研究)、研究者和受访者的个性特征、性别、 年龄、婚姻状况、民族、职业、受教育程度、社会地位、访谈的具体情境等。因此，访谈者 应该学会随机应变，根据具体情况选择最佳的提问方式。特别是当研究的问题属于敏感话题 时，应十分谨慎地选择合适语言和交流方法。

访谈的问题可以分为开放型和封闭型两大类。前者指的是在内容上没有固定的答案、允 许受访者作出多种回答的问题。这类问题通常以“什么”、“任何”和“为什么”之类的词语 开始提问，如“您对当前的医疗保险制度有什么看法?”。封闭型问题指的是那些对受访者的 回答方式和内容均有严格限制的问题，如“您是否享受过公费医疗?”。显然，在个别深入访 谈研究中，封闭型问题应该尽量少用，因为深入访谈的主要目的是深入细致地了解受访者对 某事物的看法、态度和行为等，因此访谈的问题在内容和结构上都应该灵活和宽松一些，以 便为受访者用自己的语言表达自己的想法留有充分的余地。

除了“提问”外，访谈者有时还需要有意识地使用“追问”这一手段。“追问”指的是： 访谈者就受访者前面提到的某个观点、看法、事件和行为等进一步进行探询。追问的一个最 基本原则是使用受访者自己的语言和概念来询问他们自己曾经谈到的看法和行为等。适时、 适度的追问可以帮助访谈者进一步了解受访者的行为根源及其深层次的影响因素。另外，在 一个进行得比较顺畅的访谈中，访谈者所提的问题相互之间在内容上和逻辑顺序上应有一定 的联系。在一个完整的访谈记录中应该可以看到一条贯穿访谈全过程的内容线，而将这条线 连起来的便是一个个的提问。问题与问题之间的衔接应该自然、符合逻辑关系，并与前面受 访者的回答在内容上有内在的联系。总之，个别深人访谈中的提问是一门经验性很强、十分 复杂的技术或艺术。

2. 倾听 在个别深入访谈中，“倾听”在某种意义上比“提问”显得更加重要和富有艺

74

术性，因为在定性研究中，个别访谈的主要目的是了解和理解受访者对研究问题的看法及事 件的根源，因此访谈者应该注意认真倾听他们的心声，了解他们看问题的方式和表达方法。 在实际操作中，“听”有可能表现为“表面的听”、“消极的听”和“积极关注的听”等状态。 “表面的听”是指访谈者只是作出一种听的状态，实际上并没有认真地将对方所说的话听进 去。“消极的听”指的是访谈者被动地(就像一个录音机)听进了对方所说的一些话，但是 并没有将这些话表示的意义进行积极的思维活动，也没有在自己的情感上产生如何共鸣。 “积极关注的听”指的是访谈者将自己全部的注意力都放到受访者的身上，给予对方最大的、 无条件的、真诚的关注。访谈者通过自己的目光、神情等向对方传递鼓励、支持和尊重性的 信息，并为对方提供了一个探索自己的宽松和安全的环境。很显然，在开展个别深入访谈 时，访谈者应彻底避免“表面的听”和“消极的听”,尽可能地做到“积极关注的听”,因为 在访谈者积极主动的关注下，受访者会觉得自己十分重要，因而便会真诚地与受访者合作继 续表达他们对研究问题的看法和讲述他们自己的故事等。

个别深入访谈中“倾听”还应遵循如下两条重要原则：①不轻易打断对方的谈话；②容 忍沉默。在访谈过程中，如果访谈者听到了自己希望继续追问的问题，不应该立即打断对 方，而应该等待时机，在对方谈话告一段落时再进行有关问题的追问。除了倾听受访者的语 言表达外，有时访谈者还需要特别注意“倾听”沉默，因为沉默在不同文化中往往有不同的 含义，而且造成沉默的原因可以多种多样。当然，若受访者长时间保持沉默，访谈者可以设 法试探性地引出话题。

3.回 应 在个别深入访谈中，访谈者不仅要主动地提问，积极地倾听，还需适当地作 出回应。“回应”指的是在访谈过程中访谈者对受访者的言行作出的反应，它包括言语反应 和非言语反应。回应的目的是使自己与受访者之间建立起一种对话关系，及时地将自己的态 度和看法传递给对方。

访谈者对受访者的回应方式有多种，通常包括：认可、重复、自我暴露和鼓励对方等。 “认可”是访谈者对受访者所说的话表示已经听见了，希望对方继续说下去，其表达方式包 括用言语行为(如“对”、“是的”)和非言语行为(如点头、微笑)。“重复”是指访谈者将 受访者所说的话换一个方式重复一遍，目的是引导对方继续就该事情的具体细节进行陈述， 同时检验自己的理解是否准确。“自我暴露”是指访谈者对受访者所谈的内容就自己的有关 经历作出回应，如“我自己也曾遇到过类似的经历”。“自我暴露”的作用是：可以使受访者 了解访谈者曾经有过与自己一样的经历和感受，因此相信对方具有理解自己的能力；可以起 到“去权威”的作用，使对方感到访谈者与自己一样是个普通人。当然，访谈者的自我暴露 一定要适时和适当，过多或过少都有可能产生不好的效果。另外，当受访者对自己所说的话 题有一些顾虑或感到为难时，访谈者可以鼓励对方就自己认为可以“具体谈”的话题继续谈 下去。 一般来讲，如果受访者对访谈者产生了信任感，受访者会在自己感到“安全”的时 候，以适当的方式再次回到这个话题。

在实际访谈过程中，还可能出现一些不恰当的回应方式，访谈者应该注意避免。典型的 不合适回应方式包括有评价型回应和论说型回应。前者指访谈者对受访者的谈话内容进行价 值上的判断，隐含有“好”与“坏”、“对”与“错”的评价。这种评价一方面表明访谈者个 人不够成熟、不能接受事物的多样性，另一方面还会妨碍受访者自由地表达自己的观点和看 法，因为他们会担心访谈者对自己的看法或行为进行评判。论说型回应是指访谈者利用社会 科学中一些现成的理论或者访谈者个人的经验对受访者所说的内容作出回应。很显然，这种

回应会给访谈的进行以及访谈的关系带来不良的影响。

总之，访谈中的提问、倾听和回应均是一门复杂的艺术，访谈的成功不仅需要访谈者将 自己的“心”打开，而且需要想办法让受访者打开自己的“心”。只有“心”与“心”之间 进行交流，研究者才有可能进入“心”的世界，并对其深处进行探索和研究。

(三)个别访谈的资料收集

访谈时可使用录音记录或笔录，或可两种方法同时使用。录音记录的好处是能让研究小 组的所有人员都能听到访谈的过程和访谈对象的实际用语。此外，录音也不会因访谈者注意 力分散或选择性地理解而丢失信息。但录音记录会产生不信任感，尤其是在谈论敏感问题 (如生殖健康和性健康问题)时。遇有这种情况，做现场笔录并在当天扩充记录内容则更为 可取。现场笔录除了要记录访谈中所说的内容外，还需要记录访谈者所看到的东西(如访谈 的场地和周围环境、受访者的衣着和神情)、访谈者自己所使用的方法、访谈者个人因素 (如性别、年龄、言谈举止等)对访谈的影响等。

**三、个别访谈法的优缺点**

与其他研究手段相比，个别访谈法具有自己独特而十分重要的功能和特点。它的主要优 点如下：①与问卷调查相比，个别访谈法具有更大的灵活性和对事物进行解释的空间。它获 取的信息更加深入、详细和全面。另外，在个别访谈中可能有意想不到的发现，而高度结构 式问卷调查方法却做不到这点。②与观察法相比，个别访谈法可以了解受访者的所思所想、 情绪反应、行为所隐含的意义，也即访谈可以进入到受访者的内心，了解他们的心理活动和 思想观念。观察法往往只能看到或听到被观察对象的外显行为，很难准确地探究他们的内心 世界。③个别深入访谈还能深人地了解行为发生的背景和影响行为的广泛决定因素(如权力 关系),从而最终得到比较综合的画面。④在个别访谈研究过程中，研究者有更多机会分享 和了解应答者的观点，以及他们在更广泛问题上的信念、经历和语汇等。⑤可用研究个人隐 私或敏感性问题(见实例四)。

当然，个别访谈也存在着某些缺点：①成功地使用这种方法需要具有高度熟练技巧和受 过专门培训的调查员。这些调查员本人必须清楚地了解研究目的，并成为研究小组的一员而 不只是机械的资料收集者。②对每一名应答者的个别访谈(尤为个人深入访谈)都会产生大 量信息，而记录和分析的方法却非常耗时。因此，样本规模通常较小，典型地应答者人数在 10～60名之间。这一点不可避免地让人们对结果的代表性产生质疑，因此只能非常仔细的 选择应答者，以便把这种疑惑减到最低的限度。③解释资料也需要丰富的经验和高水平的 技巧。

**第六节** **专题小组讨论**

**一** **、基本概念**

专题小组讨论是通过召集一小组(通常为6～12人)同类人员，对某一研究专题在主持 人的协调下展开讨论的一种定性研究方法。专题小组讨论一方面要求所讨论的内容应集中在 一个较狭窄的范围内，以便讨论能够深入进行，另一方面又要使参与讨论的人员具有相同的 背景和共同的兴趣，以便讨论能够顺利进行。专题小组讨论的基本形式是，将讨论参加者分

76

**第四章** **社会调查研究方法** 

成若干个专题小组，每组由6～12人组成，在讨论主持人的引导下，就所研究或调查的问题 广泛、深入、自由地交换意见和观点，研究者依此进行归纳、分析、总结。

**二、专题小组讨论的应用**

专题小组讨论起源于社会学的群体访谈。在社会科学研究中，它被广泛应用于市场调 查、新闻分析、选举行为等方面的研究。由于专题组讨论在深入了解调查对象(讨论参加 者)的信念、态度、信仰、行为处事等方面能获得满意的效果，因此，它在社会医学研究及 卫生工作实践中，对于探讨社会、文化、心理、行为等因素与疾病和健康之间的关系，分析 社会因素对疾病防治措施的影响，有着广泛的应用前景。具体地讲，专题小组讨论可应用于 如下几个方面：

1. 获取群体对某事物的态度或评论等 如用于探索被服务对象对社会卫生策略或服务项 目等的一些开发性评论，以便研究者根据反馈建议相应地制定或调整项目计划。譬如，设计学 校性教育项目时，可用专题小组讨论方法了解相关群体(学生、家长、老师、政策制定人员 等)对开展性教育项目的看法、态度、观点和建议等，以便研究者获得综合的、全面的画面。

2. 用于快速需求评估 如用于探索某个具有特定文化背景人群的卫生服务需求，以便 快速发现他们的所面临主要社会卫生问题和找出适合于他们的卫生服务内容和形式等。

3. 帮助确定研究设计、形成研究假设 由于专题小组讨论的参与者是一个群体，研究 者可通过充分利用群体成员之间的互动关系对问题进行比较深入、全面的探讨。譬如，当研 究者涉入一个新的研究领域时，自己对研究的问题不够了解，则可以在研究正式开始之前组 织开展专题小组讨论，广泛获取有关研究建议。在开展大规模的结构式问卷调查之前，可通 过小组讨论方式，为问卷设计提供十分有用和必要的信息，如问卷中问题的可能答案、所用 语言和词汇等，尤为在农村或少数民族地区开展问卷调查研究时，问卷设计前开展小组讨论 研究是十分有用的。

4. 解释定量研究结果 在定量研究结束后，还可用专题小组讨论法进一步收集有关信 息，以补充定量结果的内容和帮助解释某些结果。

5. 评估项目开展情况 如实施一项社会卫生策略和服务后，可通过小组讨论形式了解 被服务对象对该项目的看法和建议以及评估项目的实际效果等。

**三、开展专题小组讨论的基本步骤**

(一)确定研究目标和讨论内容

与其他研究设计一样，开展小组讨论之前研究者必须明确研究的问题是什么、希望达到 什么样的目的和目标。专题组讨论的研究内容是根据实际工作中所需解决的问题和研究的目 的而确定。明确讨论的内容有助于列出详细、准确的讨论问题即讨论提纲和选择合适的参加 人员等。例如，世界银行贷款项目城市环境卫生改造工程粪便管理部分可行性研究中的社会 卫生学专题组讨论研究，其目的是了解粪便管理工程应解决的问题及与居民生活、工作的关 系，以便为粪便管理改造工程的规划提供科学依据。专题小组讨论的内容则应深入了解居民 生活和工作中与粪便的接触情况、居民的卫生知识、居民对住户卫生间及公共厕所的满意程 度及改进要求等。

(二)制定讨论提纲

专题小组讨论提纲实际上是供小组成员讨论的一系列问题目录，即研究者根据研究内容

**社** **会** **医** **学** **(** **第** **2** **版** **)**

设计出的一系列符合逻辑关系的开放性问题。在编写讨论提纲应注意：①问题一般应由浅到 深、非敏感到敏感问题的逻辑顺序排列；②问题的数目不宜过多，多数学者建议8到12个 问题比较合适；③为了保证良好的讨论效果，讨论时间一般以1～1.5小时为宜；④提纲必 须经过预试验，其目的是检查所问的问题、时间和方式等是否合适等。

(三)确定参加人员

专题小组讨论每组的参加人员一般由6～12人组成。讨论的组数需根据研究性质、研究 对象的特征等而定。若涉及人群特征因素较多，如年龄、性别、职业、文化程度、经济收入 等，则可根据人群特征多组织一些专题小组，以便比较分析不同特征人群对讨论问题的反 应。若不考虑人群特征因素，讨论的组数可少些。从理论上讲，讨论可以一直开展直至在同 一类型的小组成员中未再发现新观点为止。而实际操作过程中，需要研究者根据研究目的、 内容、对象特征、时间、人力和财力等综合分析而定。

为获得比较真实可靠的信息，保证小组讨论顺利进行，在进行分组时， 一般需遵循同质 性 (homogeneous group) 的原则，即尽可能使小组成员之间在年龄、性别、社会经济地 位、生活背景等相似。

(四)选择和培训工作人员

开展专题小组讨论一般需要3个工作人员，即主持人 (moderator) 、 记录员及现场组织 者，有时还需要1～2名辅助人员和翻译等。

主持人在专题小组讨论中起着非常关键的作用。一个合格的主持人必须具备如下素质和 条件：①有经验、有组织才能，能调动每个参加者的积极性；②熟悉将要讨论的题目和研究 领域(但并不要求是专家);③合适的个性特征，如随和、易接近、也被人信任等；④与小 组成员有相似的背景特征；⑤善于启发和鼓励，并造就一种自由、和谐、积极、热烈的讨论 气氛，使每个参加者都能充分表达自己的观点；⑥善于观察和倾听，善于运用点头、微笑等 非语言性动作；⑦不对访谈的观点表示赞同或反对；⑧善于控制讨论时间；没有语言障碍；

⑨文化敏感性，即尊敬地方文化习俗等。

记录员有时兼讨论观察者。 一般情况下，记录员不参加提问和讨论，主要任务是记录、 观察现场讨论情况。在不能进行录音、录像时，记录员应训练速记技术，并善于观察口头语 言以外发生的现象。

组织者或称召集者，一般由当地在讨论参加者中有一定威信的人或领导担任。主要任务 是召集讨论参加者，沟通研究者与讨论参加者之间的理解和交流。如有些地方语言、俚语的 解释等，若研究者和讨论参加者非同一种语言，则组织者应有充当翻译的能力及任务。

在讨论开始前，必须对上述各类工作人员进行严格的培训或操练。

(五)计划和安排后勤工作

包括选择方便、安静、舒适的讨论场所；准备圆桌；安排合适的时间；准备录音设备、 文具和纪念品等。

(六)开展讨论与收集资料

在讨论开始时，主持人应该向参加者作合情合理的解释，其目的是使参加者消除顾虑， 积极投入讨论。主要包括：欢迎和感谢各位参加讨论；解释讨论的目的、意义以及参与的重 要性；讲明讨论方式及要求；若需现场录音或录像，应向参加者解释清楚，以消除紧张及顾 虑；若涉及敏感问题的讨论，应充分强调保密性。

在讨论进行的过程中，要注意按计划收集准确、可靠和深入的信息资料。主持人在主持

78

讨论时，可应用如下一些询问技术：①探索：如果某一个或某些参加者提出一个观点，但未 得到所有人的认可，或观点本身存在一定程度的模糊，主持人可问“您能否举一个例子进一 步解释一下吗?”。②提醒：提醒并非诱导，提醒的目的是使每个参加者积极地回忆，思考所 讨论的问题。③复述：复述包括两个方面， 一是当有些问题参加者难以理解或难以回答时， 可复述问题数次，以鼓励回答；另一方面，当某些重要观点被提出时，为了了解所有参加者 的意见，复述这些观点，让大多数人都能发表明确的赞同或反对意见。

在讨论结束的时候，研究者可以请每一位参加者简单地总结一下自己的看法，或补充自 己想说而没有机会说的话。另外，研究者还需向参加者再一次强调保密性原则，并对他们的 参与表示感谢。

专题小组讨论资料的收集一般采用录音(或录像)和笔录相结合的方式进行。笔录不仅 包括语言记录，还包括形体语言及现场气氛等的记录。

(七)资料的管理、分析和报告资料的管理和分析工作应该在开展专题小组讨论的过程 中进行。收集到的录音带和笔记等应该及时进行标识、打印和复制等。

由于专题组讨论所获得的资料为定性资料，故应遵循定性资料分析和报告方法的原则， 其基本步骤包括：①收集所有的资料(提纲、手稿、录音带等);②阅读所有资料，以获得 对资料的整体印象；③对资料进行总结和分型；④概括主要观点及其原因等；⑤解释资料。 问题解释是专题组讨论结果分析的主要方法，可根据提纲设计的问题及讨论信息，阐述观 点，归纳结果；⑥撰写研究报告，内容包括前言、研究目的、方法、结果、结论和讨论、致 谢、附录和参考文献等。

(八)研究结果的分发和行动(内容参见第二节)。

**四、专题小组讨论的优缺点**

专题小组讨论的主要优点是：①可以获得群体对某事物的具有一定广度和深度的看法； ②与结构式问卷调查相比，可以较好地了解到调查对象的观念、信念、看法、态度和经历等 方面的信息，因此，它在社会调查研究中应用很广泛；③与个别访谈相比，专题小组讨论省 时间、省费用，在较短的时间内获得较丰富的信息。

主题小组讨论的主要缺点是：①不适合讨论非常敏感的主题(见实例四);②由于在一 个群体里，总是有人比较喜欢抛头露面、夸夸其谈，而另一些人比较含蓄、害羞，这对那些 不善言谈的人可能会造成心理压抑而不愿意表达自己的观点。

**[实例四]** **专题小组访谈研究实例**

在非洲马拉维地区为了确定适合的交流渠道以便传递有关人类获得性免疫缺陷病毒感 染/艾滋病 (HIV/AIDS) 的信息和促进当地农村地区青少年减少危险的行为而开展了一项 研究。研究者共组织了120人次的个人深入访谈和32个专题小组访谈，收集了有关3个年 龄队列未婚少女的社会和信息网络资料。研究着重于这些少女是怎样了解性行为的，她们是 如何认识HIV 感染危险性的，以及她们的性经历和避免感染的手段。设计这项研究也是为 了显示实际行为与理想化的社会规范之间的差异，了解她们对月经和性以及避孕套使用知识 和掌握的情况。

该研究发现，大多数女孩子在私下进行的个人深入访谈时承认月经知识是朋友告诉她们 的，但专题小组访谈时，这些女孩子却都遵循行为的公共准则在青春期或青春期前禁止谈论

 **社** **会** **医** **学** **(** **第** **2** **版** **)**

4

月经问题。当这些少女被问及首次性行为时，她们在个人访谈时会间接地透露一些信息，但 在专题小组访谈时却绝少透露。当她们被问及增强性欲的技巧、避孕和流产时，她们也会循 此模式不予回答，在个人访谈时她们承认的知识要比小组访谈时多。并且年龄较长队列的女 孩子对这些话题以及在性传播疾病和艾滋病方面具有更多的知识。

最后要指出的是，专题小组访谈往往得到的是社会公认的“正确”回答，并能为社会规 范提供很好的资料，然而一对一的个人访谈则能为实际的知识和经验提供很好的信息。因 此，以社区为基础的有关性及生殖的研究应同时采用这两种资料收集方法。[资料来源： Helitzer Alien D,Makhambera A,Wangel A.M.Obtaining sensitive information:the need for more than focus groups(获取敏感 的信息：不仅需要小组访谈).Reproductive health matters,1994,3:75-82]



**一** **、名词解释**

1. 问卷调查 4.观察法

2. 信度 5.专题小组讨论

3.效度

**二、填空题**

1. 社会医学研究方法包括  等类型。

2. 社会调查研究方法分为 和 两大类。

3. 社会调查研究的基本程序包括



4. 常用的概率抽样方法包括 和

5.常用的非概率抽样方法包 括 和

6. 问卷的基本结构主要包括  和 大部分。

7. 定性研究中的观察法分为 和 两类。

**三、选择题**

A 型题

1. 观察法的主要缺点是

A. 资料的可靠性较低

B. 没有时间弹性

C. 费用较高

D. 难获得“有说服力”的统计量

E. 以致观察研究的结果不能外推

2. 下列哪项不是个别访谈实施中的主 要工作内容

A. 提 问

B. 倾 听

C. 评 价

D. 回 应 80

E. 记录 X型题

1. 下列哪些是一个合格的主持人必须 具备的素质

A. 有经验、有组织才能，能调动每 个参加者的积极性

B. 必须是本领域的专家

C. 合适的个性特征

D. 与小组成员有相似的背景特征

E. 善于评价访谈的观点

2. 关于专题小组讨论的优点下列哪些 是正确的

A. 可以获得群体对某事物的具有一

定广度和深度的看法

B. 与结构式问卷调查相比，可以较 好地了解到调查对象的态度和对 事物的看法

C. 与个别访谈比，专题小组讨论省

时间、省费用，在较短的时间内 获得较丰富的信息

D. 特别适合于敏感问题的研究

E. 结果可以外推

**四** **、问答题**

1. 定量研究和定性研究的区别是什么?

2. 定性研究的应用是什么?

3. 问卷设计应注意避免哪些问题?

4. 观察法的应用有哪些?

5. 一项设计良好的个别深入访谈具备哪些功用? 6.个别访谈法有哪些优缺点?

**五、论述题**

结合实例论述专题小组讨论的实施步骤。



**一、名词解释**

1. 问卷是调查研究中用来收集资料的一种测量工具，它是由一组问题所构成的表格。 问卷调查是由受过培训的调查员利用精心设计好的问卷收集资料而开展的一种调查研究 方 法 。

2. 信度指对同一事物进行重复测量时，所得结果一致性的程度，即测量工具的稳定性 或可靠性。

3. 效度指测量结果与试图要达到的目标之间的接近程度，它反映调查的真实性。效度 高，表明调查结果真实地测量到了调查对象的实际情况和特征。

4. 观察不只是指对事物的感知，而且还是一个对事物进行思维和透视的过程。观察法 是通过直接观察研究对象的行为及其影响因素等进行资料收集、整理和分析工作，目的是了 解和认识人类社会现象及其本质，分析其发展及变化趋势等。

5. 专题小组讨论是通过召集一小组(通常为6～12人)同类人员，对某一研究专题在 主持人的协调下展开讨论的一种定性研究方法。

**二、填空题**

1. 调查研究 实验研究 健康状况评价 健康危险因素评价 生命质量评价 卫生服 务研究

2. 定量研究 定性研究

3. 提出研究问题设计研究方案 收集资料 分析资料与解释结果 散发和应用研究 结果

 **社** **会** **医** **学** **(** **第** **2** **版** **)**

4. 单纯随机抽样 系统抽样 分层抽样 整群抽样 多阶段抽样

5. 滚雪球或链锁式抽样 目的性随机抽样 方便抽样 机遇式抽样 综合式抽样

6.说明部分 调查项目 资料登录

7.参与型观察法 非参与型观察法

**三、选择题**

A型题

1.A 2.C X型题

1.A 、C 、D 、E 2.A 、B 、C

**四、问答题**

1. (1)定量研究的重点是获得研究现象的数量指标，而定性研究则重点在于阐述事物 的内在特点及其发生和发展的规律。(2)定量研究通常采用概率抽样方法选择研究对象，并 用统计分析方法得出对总体的推断结果。而定性研究通常采用非概率抽样法抽取研究对象， 它通常是对研究人群的特殊情况进行研究，其结果一般不能外推。(3)定量研究通常按照事 先设计好的固定程序，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。定性研究则需要研究者与研究对象保持较长时间的密切和深入接触，收集资料的 手段也往往较灵活而没有固定的模式。(4)定量研究的结果一般用概率统计分析，而定性研 究一般是用分类的方法对收集的资料进行总结和分析。

2. (1)辅助定性研究设计和提出研究假说。(2)协助分析和解释定量研究结果。(3)与 定量研究相结合，可以比较综合、全方位和深入地揭示事物的现况及相关事物的内在本质和 规律。(4)快速评估，并为其他研究提供信息。

3. 问卷的设计是一项专业性、技术性及经验性很强的工作。问卷设计应注意如下几个 问题：(1)避免双重装填；(2)避免用词不当；(3)避免诱导性提问；(4)避免抽象性提 问；(5)对于敏感问题，应充分强调保密性问题。

4. (1)了解人类行为及其特征；(2)研究社会隐藏或敏感问题；(3)监测行为变化规 律；(4)开展深入的个案调查；(5)协助提出研究假设。

5. (1)深入了解被研究对象的所思所想，包括他们的价值观、对事物的看法、情感感 受和行为特征等；(2)深入细致地掌握被研究对象过去的生活经历以及他们耳闻目睹的有关 事件，并了解他们对这些事件的理解和解释；(3)通过个别深入访谈，可以对研究的现象获 得一个比较广阔和全面的视野，能从多重角度对研究现象的过程进行深入、细致的描述；

(4)帮助研究者和被研究对象之间建立相互熟悉和相互信任的人际关系，以便今后进一步交 流、合作和相互支持。

6.个别访谈法的主要优点如下：(1)与问卷调查相比，个别访谈法具有更大的灵活性 和对事物进行解释的空间。它获取的信息更加深入、详细和全面。(2)与观察法相比，个别 访谈可以进入到受访者的内心，了解他们的心理活动和思想观念。观察法往往只能看到或听 到被观察对象的外显行为，很难准确地探究他们的内心世界。(3)个别深人访谈还能深人地 了解行为发生的背景和影响行为的广泛决定因素(如权力关系),从而最终得到比较综合的 画面。(4)个别访谈中，研究者有更多机会分享和了解应答者的观点，以及他们在更广泛问

82

**第** **四** **章** **社** **会** **调** **查** **研** **究** **方** **法** 

题上的信念、经历和语汇等。(5)可用研究个人隐私或敏感性问题。它的缺点是：(1)成功 地使用这种方法需要具有高度熟练技巧和受过专门培训的调查员。(2)对每一名应答者的个 别访谈(尤为个人深入访谈)都会产生大量信息，而记录和分析的方法却非常耗时。(3)解 释资料也需要丰富的经验和高水平的技巧。

**五、论述题**

(1)确定研究目标和讨论内容(如了解吸毒人群艾滋病防治干预需求；探讨有效的干预 模式)。

(2)制定讨论提纲：提纲实际上是供小组成员讨论的一系列问题目录，即研究者根据研 究内容设计出的一系列符合逻辑关系的开放性问题。

(3)确定参加人员：每组的参加人员一般由6～12人组成(如从戒毒所选取研究对象)。 为获得比较真实可靠的信息，保证小组讨论顺利进行，在进行分组时， 一般需遵循同质性的 原则(如男女分开、成年人和青少年分开开展)。

(4)选择和培训工作人员：开展专题小组讨论一般需要3个工作人员，即主持人、记录 员及现场组织者(如选择和培训当地药物依赖研究所有经验的工作人员作为主持人)。

(5)计划和安排后勤工作：包括选择方便、安静、舒适的讨论场所；准备圆桌；安排合 适的时间；准备录音设备、文具和纪念品等。

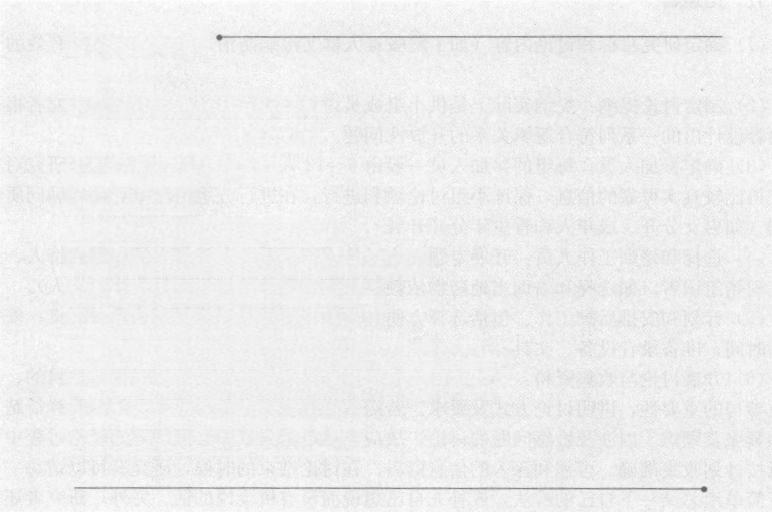
(6)开展讨论与收集资料：首先应欢迎和感谢各位参加讨论，并解释讨论的目的、意义 以及参与的重要性，讲明讨论方式及要求。若需现场录音或录像，应向参加者解释清楚，以 消除紧张及顾虑。因涉及敏感问题的讨论，故应充分强调保密性。在讨论进行的过程中，要 注意按计划收集准确、可靠和深入的信息资料。在讨论结束的时候，研究者可以请每一位参 加者简单地总结一下自己的看法，或补充自己想说而没有机会说的话。另外，研究者还需向 参加者再一次强调保密性原则，并对他们的参与表示感谢。

(7)资料的管理、分析和报告：资料的管理和分析工作在每日开展专题小组讨论后进 行。收集到的录音带和笔记等应该及时进行标识、打印和复制等。由于专题组讨论所获得的 资料为定性资料，故应遵循定性资料分析和报告方法的原则，其基本步骤包括：①收集所有 的手稿和录音带；②阅读所有手稿和录音带，以获得对资料的整体印象；③对上述资料进行 总结和分型；④概括主要观点及其原因；⑤解释上述资料；⑥撰写研究报告。

(8)研究结果的分发和行动(如召开研讨会和培训班)。

(李爱兰)

**第五章** **健康状况评价**



**学习目标**

1. 概述

2. 社会卫生状况评价指标

3. 人群健康状况评价指标

4. 健康状况综合评价

**教学目标**

1. 陈述健康状况评价的目的

2. 列出主要健康状况评价资料的来源

3. 知道社会卫生状况的评价指标

4. 列举人群健康状况的评价指标

5. 阐释婴儿死亡率和平均期望寿命指标的应用

6. 说明评价人群健康状况新指标的特点和发展

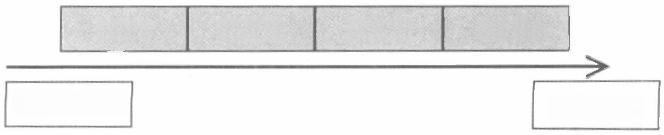
7. 熟悉健康状况综合评价方法

8. 列举健康状况综合评价指标

**第一节** **健康状况评价的概念**

**一** **、个体的健康状况评价**

按照世界卫生组织提出的健康概念，个体的健康状况应当是包括有躯体、心理和社会三 个维度的健康，是一个多维的概念。但是，健康状况不同于病理状况，健康状况是一个积极 的概念，正如我们在第一章中所阐述的那样，它所表示的是一个连续统一体，健康状况是这 个连续统一体当中的一个积极概念，表示的是健康状况的全貌，包括健康、亚健康、亚临床 状态和病理状态，而病理状态则是这个连续统一体当中的一个消极状态，其范围要比健康状 况狭窄得多。如图5-1所示。



亚健康 亚临床 病 理

健康状况差

健康状况良好

健 康

**图5-** **1** **健康状况的连续统一体**

**第** **五** **章** **健** **康** **状** **况** **评** **价** 

那么,具体来讲，健康状况应当如何评价呢?健康状况，指的是在没有卫生系统干预下 的健康情况，评价健康与否不能用是否利用了医疗保健服务来衡量。例如，A 比 B 看 病 拿 药的次数多，并不能说明B 比 A 的健康状况好。

所以，多年以来世界卫生组织一直努力寻找一种公认的健康评价方法。目前有一种健康 评价方法比较为大家所接受，因为它包括了三个范畴，而这三个范畴的内容几乎涵盖了世界 卫 生组织所提出健康概念的所有外延，又从测量的便利性方面有所侧重，对于不同文化对健 康的侧重内容不同，很多内容又可以增删，所以这个健康评价体系是一个相对成熟又比较灵 活的体系，如图5 - 2所示。

健康相关范畴

自理能力

日常活动和角色 人际关系

可能属于 核心范畴

社会职能

交流能力

睡眠能力

精力与活力

核心范畴

听力 认知能力 情感 消化能力

疼痛 皮肤 性功能 排泄

行动能力 语言 敏捷程度 呼吸

**图5** **-** **2** **个体健康概念的范畴**

评估个人健康水平的途径，从经验上看，基本有三个方面。

1. 试验健康 用试验测量健康水平，如实验室的试验，或者其他功能和认知能力试验。

2. 观察健康 根据专业人员的观察、临床评估或其他评定方法测量健康水平。

3. 自报健康 要求个人自己报告其健康水平，如通过家庭访谈调查、电话访谈调查或 邮寄调查表。自报健康很容易受各种因素的影响，如个人的经济状况、文化水平、社会地

位，调查员的态度，调查环境中如果有其他无关人员，也会影响调查结果。

对于健康的各个范畴，采用的评估方法可能是单一的，也可能是综合的，没有绝对正确 的评估标准。例如对于日常生活活动能力，既可以通过自报健康来反映，也可以通过观察健 康来测定，但是对于一些领域，有一些在国际上相对认可的评估方法，如表5- 1所示。

**表5-1可供选择的评估方法(例)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 评估方式 | 核心范畴 | 健康相关范畴 |
| 试验 | 视力、听力、认知能力 |  |
| 观察 | 行动语言 | 日常活动和角色 |
| 自报 | 疼痛、睡眠 | 自理能力 |

 **社** **会** **医** **学** **(** **第** **2** **版** **)**

**二、群体的健康状况评价**

个体的健康状况是群体健康状况评价的基础，群体的健康状况评价为个体健康状况预测 提供依据。了解每个个体的健康状况，通过统计学和流行病学方法将它们汇总、综合，形成 指标，用于群体的健康状况评价。

群体健康状况评价主要涉及健康水平的评估，但是健康水平宏观上受到社会、经济、卫 生保健体系和卫生服务提供的影响，微观上受到个人行为和生活方式的影响，所以在评价群 体健康的时候，不能够忽视健康相关因素对健康的影响。

群体健康评价的途径主要有两个：一个是文献法，即通过现有统计和报告资料，获得有 关健康和健康相关因素的信息，文献不以发表为标准，既包括官方公布的统计资料，也包括 调查报告、案卷和记录，以及期刊、杂志、报纸、专著等。与社会卫生状况有关的世界卫生 状况的资料有：世界卫生组织发布的《世界卫生报告》、世界银行发布的《世界发展报告》; 与中国卫生状况有关的资料有：卫生部编纂的《中国卫生统计年鉴》,各地方编纂的卫生统 计年鉴等。这种途径比较快捷，但是有些指标的特异性不够强；另一个是调查法，即通过询 问或自我填写问卷的方法，逐个了解居民的个人状况，然后汇总成群体的健康信息。

**三、健康状况评价的概念和意义**

健康是一个复杂的现象，它是多维度的、连续的。但是，健康是可以测量的。因为健康 概念本身所具有的复杂性，迄今为止，全球仍然没有一个健康状况评价的统一标准。另一个 没有健康状况统一标准的原因，是因为世界卫生组织虽然提出了健康的概念，但并没有提出 健康状况评价的具体标准。对于健康的维度，不同的文化有不同的侧重点，即使在同一个文 化当中的不同亚文化层次，对于健康的不同维度，也会有不同的侧重。健康状况评价手段， 仍然处于不断的发展和完善当中，真实、可靠、简单、明了地反映出健康现象的性质和规 律，是社会医学的任务。

(一)健康状况评价的概念

健康状况评价包括以下几个步骤：

1.明确健康状况评价所依据的健康概念 如我们在绪论当中所述，健康概念既有世界 卫生组织提出的躯体、心理和社会三个方面完满状态的概念，也有外行人所认为的健康就是 能够完成日常生活活动的概念；还有一种健康概念，认为一旦出现了功能低下、机能缺乏就 是不健康，例如虽然没有出现临床的症状和体征，但是出现了经常的疲劳、活力减低、精力 下降的情况。更有生物学上的健康概念，也就是没有疾病就是健康，这是一种目前最为消极 的健康观。依据不同的健康观，就会产生不同的健康状况评价框架，产生不同的评价方法。

2. 把所依据的健康概念具体化，形成若干范畴 一个抽象的概念是不可能用于测量的， 只有变成了具体的范畴，才有可能找到一些有针对性的测量指标。

3. 根据所确定的范畴，寻找适宜的有针对性的指标 指标应当是具备了有效、可靠、 灵敏和特异这四个特征。有效性指的是指标能够真实地反映所研究的内容，可靠指的是测量 的可重复性好，灵敏指的是随着健康状况的微小变化，指标发生改变、反映该变化的程度 高，而特异则说明指标有针对性。健康状况评价的指标选择有两个渠道， 一个是参考权威专 家的意见，可以通过召开专家论证会，或者专家咨询法(特尔菲法)对指标进行筛选；另一 个是参考现有的文献，在有关文献当中寻找适宜的指标。

86

**第** **五** **章** **健** **康** **状** **况** **评** **价**



5

4. 根据所选定的指标，制定收集有关资料的计划，开展收集资料的工作 资料的来源 如前面所述，包括调查法和文献法。

5. 分析指标，归纳结果 把来自调查和文献法的资料加以整理，形成指标，把指标归 类，形成结果。通过对结果的综合分析，评价健康状况，得出评价的结论。

(二)健康状况评价的意义

有如下几个方面： 一，评价个体或群体的健康水平；二，发现主要的社会卫生问题；

三，发现重点保护的人群及重点防治的对象；四，评价疾病干预措施的效果；五，选择最佳 疾病控制方案。

**四** **、健康状况评价的发展**

健康概念的发展，带动了健康状况评价方法的发展，测量的终点逐渐发生了变化。传统 的健康评价方法，评价的是负向的健康，即评价的是不健康，而不是健康。传统的健康评价 方法重点关注的是死亡，而死亡是不健康的一种极端状态。随着医学模式的转变，人们对健 康的意识逐步提高，从重视疾病转向重视健康，人们不再满足于医生给他们下的无病的结 论，人们希望医务工作者能够告诉他们，健康状况如何，应当注意什么才能够预防某些疾病 的发生。群体健康状况评价的终点也随之发生变化。自从发展了疾病监测和家庭健康调查的 方法，是否患有疾病、是否发生残疾和活动受限也受到了人们的关注，疾病的发病率、患病 率和严重程度作为健康指标，在健康测量的连续统中得以进一步扩展，躯体健康对生活质量 的影响也越来越受到重视，例如在运动性和独立性的测量方面，发展了日常生活活动能力 (ADL) 指标，用以反映个体完成生存活动的能力，工具使用的日常生活活动能力 (IADL) 指标，用以反映个体独立完成日常生活的能力。

同时，健康测量的范畴也从生理方面扩大到心理、社会方面，心理健康主要反映是否能 够在社会当中扮演正常的角色，社会健康主要反映个人的社会关系网络和人际关系，以及个 人的行为和生活方式。生长发育、营养状况的测量也加入到躯体健康测量的范畴中，所以健 康状况评价的核心从以疾病为中心，转向以健康为核心，测量的内容扩大了。同时，健康测 量的深度也增加了。传统的以疾病为核心的健康状况评价，往往以疾病的有无作为判断的终 点，有时在临床上会关注到疾病的严重程度，关注到对生命数量的影响，但是极少关注到疾 病对于个体或者群体在结构、功能方面的影响，更不关注疾病给个体或群体的日常生活活动 能力，也就是社会生活能力所带来的影响和后果，不关注生活质量的改变。针对这个问题， Wood 提出了应当把疾病对于个体或群体带来的影响和后果分成三个层次：

(1)功能或物质的缺乏 (deficiency): 如免疫力缺乏，智力不足，味觉缺损或维生素缺 乏；对人的正常生活影响不大；

(2)机能不全 (incapacity): 如心脏功能不全，肾功能不全等；人丧失了本来应该具有 的能力(在工作学习和生活中丧失了与人性别、年龄、职业和文化程度等相应的能力);

(3)残疾 (handicap): 如偏瘫、截瘫、截肢、盲等机体结构或功能的固定缺陷或异常， 不仅影响了人的正常生理功能，还影响了人参与社会的能力。

世界卫生组织则提出了测量疾病的四种尺度：

(1)运动性：即个体在其生存空间的运动。疾病往往造成机体运动受限；

(2)独立性：即个体是否能独立地完成日常生活中的基本任务；

(3)日常工作和活动：即机体能否有规律地进行日常工作和活动(与性别、年龄和职业



社 会 医 学 ( 第 2 版 )



相应的工作和活动);

(4)社会方面的完整性：即个体能否参与到社会中去，社会化的程度，如承担社会角 色，学习社会文化，良好的人际关系，正常的社会交往。

另外，对疾病的测量也从疾病的客观测量扩大到主观测量，例如症状功能测量的敏感 性，如疼痛、心理压抑、精神痛苦等结合疾病的客观测量能够更全面地反映出疾病对人健康 的危害。

健康状况评价方法的发展，还表现在原有的测量指标的发展、引入社会学方法以及发展 综合指标的趋势。

第 二 节 健康状况评价的指标

健康状况的评价，离不开指标。而根据社会医学的定义，我们需要关注两类指标， 一类 是个体或群体的健康状况评价指标，用来测量健康状况；另一类是与健康有关的社会经济指 标，用来衡量健康的影响因素。

在选择指标的时候，需要考虑指标的有效、可靠、灵敏和特异性，同时还要考虑另外两 个特征，一个是指标的可获得性，另一个是指标的可比性。可获得性是许多优秀的指标无法 得以广泛应用的原因，可比性是对健康指标进行跨文化比较的必要前提。全球沿用多年的婴 儿死亡率指标和平均期望寿命指标，就是符合以上选择标准的指标。虽然这两个指标并非在 所有的情况下都满足以上标准，但相对来看比起其他指标令人满意。

一 、健康相关指标

(一)影响健康的环境指标

1. 人口学指标

(1)人口自然增长率：人口自然增长率是在一定时期内，人口的自然增加数与年平均人 口数(或年中人数)之比，计算公式为：



=人口出生率一人口死亡率

(2)人口负担系数：又称抚养比或抚养系数，说明人口年龄构成对社会经济状况的影 响，它是指人口中非劳动年龄人口数与劳动年龄人口数之比。劳动年龄人口在发达国家一般 指15岁至64岁人口，而在发展中国家则指15岁至59岁人口。计算公式为：



另外，还可以单独计算少年人口抚养比和老年人口抚养比。少年人口抚养比指0～14岁 人口数与劳动年龄人口之比，老年人口抚养比指60(65)岁及以上人口数与劳动年龄人口 之比。抚养比低于50%,称为低抚养，高于50%则称为通过这两个指标，可以了解每100 名劳动人口所需要抚养的儿童或老年人口的比例。

(3)老少比：又称为老龄化指数，是指60岁及以上人口与0至14岁人口数之比。计算 公式为：

第五章 健 康 状 况 评 价





该指标<15%为青年人口型，15%～30%为成年人口型，>30%为老年人口型。

(4)人口系数：分为老年人口系数和少年人口系数。老年人口(60岁及以上或65岁及 以上)人口在总人口中所占的比例为老年人口系数，少年人口(14岁以下儿童数)在总人 口中所占的比例为少年人口系数。

(5)年龄中位数：反映人口老龄化的一个指标。即将人群分成数量相等的两部分，这个 分界年龄就是年龄中位数。

(6)人口类型：根据以上一些指标，国际上建议将人口划分为年轻型、成年型和老年型 (表5 - 2)。

**表5-2国际标准人口类型**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 指标 | 年轻型 | 成年型 | 老年型 |
| 少年人口系数(%) | >40 | 30～40 | <30 |
| 老年人口系数(65岁及以上)(%) | >4 | 4～7 | <7 |
| 老少比(%) | >15 | 15～30 | <30 |
| 年龄中位数(岁) | >20 | 20～30 | <30 |

2. 自然环境资料

(1)公共场所卫生监督率：指卫生监督部门根据公共场所卫生管理条例的规定，定期对 公共场所进行卫生监督，其中合格场所所占的比例。其内容包括：①对公共场所进行监测， 发放和管理卫生许可证及卫生技术指导；②从业人员一年1次的健康检查，监督调离健康不 合格人员，指导有关部门对从业人员进行卫生知识的教育和培训；③对新建、扩建、改建公 共场所的选址和设计进行卫生审查，并参加竣工验收。



(2)年空气污染天数比例：在一年当中空气污染超过三级的天数所占的比例。用来说明 环境对健康的影响。空气污染所带来的危害主要是呼吸系统疾病，居民健康调查结果表明， 呼吸系统疾病是两周患病的最主要疾病类型，尤其是对于低年龄组人群。

(3)有毒有害作业点年监测覆盖率：根据国家颁布的劳动卫生法令，有毒有害作业场所 的卫生监督内容之一是应有健全的工业毒物监测制度。做到定时、定点、测尘、测毒，其监 测方法符合规范，保证测定结果可靠，对防尘、防毒措施进行卫生学评价，并提出改进意 见。有毒有害作业点按以上规定进行年监测的百分比称为有毒有害作业点年监测覆盖率。

(4)人均占有公共绿地面积：城区绿地面积包括园林绿地面积和道路绿化覆盖面积两部 分。园林绿地面积包括公共绿地、专用绿地、生产绿地、防护绿地、风景名胜区的总面积。 道路绿化覆盖面积包括所有道路的隔车绿带、中心绿岛、林荫道绿地及行道树的覆盖面积。



(5)人均居住面积：指专供人居住的房屋面积，不包括辅助设施的面积(厨房、卫生



社 会 医 学 ( 第 2 版 )

间、浴室、过道等)。



(6)垃圾管理合格率：垃圾管理合格指除垃圾站符合卫生标准外，垃圾日产日清，垃圾 搬运过程中无散落，有统一的垃圾集中堆放场所。



(7)卫生厕所普及率：指厕所有墙、有顶，厕坑及贮粪池无渗漏，厕内清洁，无蚊蝇， 粪便定期清除并进行无害化处理。应当对城市和农村的厕所进行分别评价。

(8)每万人拥有公共厕所数：指公共厕所，不包括居民户院内的厕所。

(9)自来水入户比例：指家庭独用自来水占家庭总数的百分比。

(10)二次供水点水监测合格率：指一年中二次供水点的水监测合格的比例。

3. 社会环境资料

(1)15岁以上人口识字率：指15岁及以上人口中识字500以上的人数占15岁以上总 人口的比例，又称成人识字率，其中以妇女识字率最为重要，因为母亲是儿童的第一任教 师，而且妇女在家庭中负责提供全家的初级保健。它反映当地人口的文化素质。



(2)人均国民生产总值 (GNP per capita)

(3)人均国内生产总值 (GDP per capita)

(4)人均收入

(5)劳动人口就业率

(6)食品支出占总支出的比例(恩格尔系数)

(二)卫生保健指标

1. 卫生保健服务指标

(1)医疗需要指标：医疗需要指人们因疾病影响健康，引起人体正常活动的障碍，需要 接受各种卫生服务(如治疗、预防保健、康复)。医疗需要量指标是根据人们患病的频率和 患病的严重程度提出对医疗需求的综合指标。下面列举一些医疗服务需要指标。

①两周每千人患病人数(两周患病率)

②两周每千人患病日数

③慢性病患病率

④两周患病疾病谱

⑤两周每千人因病伤卧床天数

⑥两周每千人因病伤休工天数

⑦两周每千人因病伤休学天数

⑧活动受限率 ⑨残疾率

(2)医疗服务利用指标：医疗服务利用反映卫生系统的工作，是评价卫生服务社会效益 和经济效益的手段。服务利用指标直接反映卫生系统向居民提供服务的数量，间接反映卫生

系统通过提供卫生服务对居民健康状况的影响。

①两周每千人就诊次数(两周就诊率)

②一年内每千人住院次数(住院率)

③一年内每千人住院日数

④每人每年就诊次数

⑤每人每年住院日数

⑥两周内每千人服药人数

(3)预防保健服务指标

①计划免疫率：指儿童主要传染病的免疫接种覆盖率。

②孕产妇系统管理率：包括产前检查率、新法接生率、孕产妇住院分娩率和产后访视 率。产前检查率指孕产妇产前检查次数达到母婴保健法规定的比例，产后访视率指产妇接受 产后访视服务次数达到母婴保健法规定的比例。

③儿童系统管理率：指儿童出生后按照系统管理的要求定期体检的比例。

2. 卫生保健资源指标 卫生资源指卫生人力、卫生费用、卫生设施和设备、卫生技术 和卫生信息。卫生资源指标反映在一定的社会经济条件下，国家、集体、个人对卫生保健综 合投入的客观指标。反映卫生资源的指标很多，下面是我国常用的几个指标。

(1)每万人口医师数

(2)每万人口护士数

(3)每万人口药剂师数

(4)每万人口病床数

(5)每万人口医疗机构数

(6)卫生经费占国民生产总值的百分比

(7)人均卫生经费

二 、健康状况指标

( 一)人口统计指标

1. 出 生 率 出生率是在一定时期内，出生人口数与年平均人口数(或年中人口数)之 比。计算公式为：



2. 死亡率 死亡率是在一定时期内，死亡人口数与年平均人口数(或年中人口数)之 比，计算公式为：



3. 婴儿死亡率 指某地某年未满周岁的婴儿死亡人数与同年活产数的比值。



活产指胎儿脱离母体时(孕期满28周),有过呼吸或其他任何一种生命现象(心跳、脐 带搏动或者随意肌收缩)。

婴儿死亡指出生后(活产)到不满1周岁，因各种原因死亡的孩子。从婴儿死亡率的计算 公式可以看出，分母不是0岁组平均人口数，而是活产数，可以看出婴儿死亡率不是活产婴儿 在生活一年内的死亡概率，该公式的精确性受到每年出生人数变动的影响；对于分子，由于生 命最初几个小时、几天或几周内死亡水平极高，婴儿早期与晚期死亡原因也有较大差别，因而 传统的婴儿死亡率可分为新生儿死亡率与新生儿后期死亡率。婴儿死亡率的漏报率很高，原因 是很多人对于活产的认识不足，很多情况下认为出生后即死亡的婴儿就不应当算作活产。

婴儿死亡率是衡量一个国家或地区(人群)社会卫生状况的敏感指标，经常用于地区间 和国家间的比较。世界各国都十分重视婴幼儿死亡状况的分析研究。原因有下列几个方面：

(1)婴儿死亡率在绝大多数国家相对其他各年龄别死亡率而言是最高的，各国各地区之 间相差悬殊；

(2)婴儿死亡率对平均期望寿命和人口增长影响很大，假如一个地区平均寿命为70岁， 多死一个婴儿，就相当于损失70人年的寿命；同时婴儿死亡率高，婴儿的生存概率就小， 必须以高出生率来弥补人口增长的不足，带来了人口出生率高的问题；

(3)婴儿死亡率的分母是当年出生活产数，不受人口构成的影响，具有可比性；

(4)婴幼儿时期，对社会经济、环境和卫生条件的变化比较敏感，而且在婴幼儿的各个 时期死亡率有明显的差异，通常出生一天之内死亡率最高，因而它是反映社会经济、文化教 育、卫生保健事业发展和评价妇幼卫生工作的综合和敏感的指标之一。同类的指标还有5岁 以下儿童死亡概率、1～4岁儿童死亡率、新生儿死亡率等。

4. 平均期望寿命 某一年龄的期望寿命是根据一个国家或地区的一般死亡率估计该年 龄的人能够存活的平均年数。该指标通过寿命表计算，主要依据年龄别死亡率。最常用的平 均期望寿命是出生时的期望寿命。

平均期望寿命指标和婴儿死亡率指标一样，是反映一个国家或地区人群社会经济条件和 卫生、营养状况的敏感指标。经济发达的国家，平均期望寿命高，婴儿死亡率低。

5.5岁以下儿童死亡率 分子为5岁以下儿童死亡，指儿童从出生(活产)到不满5周 岁，因各种原因死亡的孩子，分母为年内活产数。因此，该指标表示的是儿童从出生到5岁 期间的死亡概率。公式为：



6.5岁以下儿童死亡率比例



本指标在卫生状况好的发达国家，比例小于2%,而在卫生状况不好的发展中国家，比例 有时超过60%。该指标越大，说明年内死亡的总人数中，5岁以下儿童死亡所占的比例越高， 从宏观上能够反映一个社会卫生状况的好坏，从微观上反映儿童保健工作中存在的问题。

7. 新生儿死亡率



出生后(活产)到不满28天因各种原因死亡的孩子计为新生儿死亡。

8. 孕产妇死亡率 指年内孕产妇死亡人数与同期活产数之比。孕产妇死亡指妇女在怀

孕期或分娩后42天内的死亡，不论怀孕的时间和部位，不论是由于与怀孕有关或因怀孕而 加重的疾病或治疗上的原因，但是意外原因不计入。



(二)疾病统计指标

1. 发病率 表示在观察期间内，可能发生某种疾病的一定人群中新发该病的频率。观 察期间可以是年、季度、月或旬，最常用的观察期间是一年。“一定人群”指某一地区的全 部人口，也可以是该地区某一性别、年龄组的人口，或从事某种职业的人口。分母可以选用 年中人口数，也可以用年初人口数与年末人口数的平均数。基数 K 可以为100%,1000%, 10000/万，100000/10万，视具体情况和沿用的习惯选用， 一般以结果的第一位数有整数 为宜。公式为：



2. 患病率 也称为现患率，它与发病率关系密切，但意义不同。患病率指某特定时间 内一定人群中某病新旧病例所占的比值。如果特定时间指某一时点(通常为一天)天则称为 时点患病率，指某一时期则称为期间患病率。





3. 病死率 指在规定的观察期间内，某病患者中因该病而死亡的频率。



上式中分母中的患者情况不同，指标的概念也不同。如住院病人的病死率，分母为出院 人数。某一地区的病死率的分母则包括所有患该病的病人。故医院的病死率不能代表地区的 病死率。

反映疾病频率的指标还有罹患率、续发率、超额死亡率、累计死亡率等，在流行病学当 中有详细的叙述，这里不再介绍。

(三)生长发育指标

1. 新生儿出生体重达到2500g 及以上的百分比 指新生儿出生体重达到2500g 及以上 的人数占同期出生活产婴儿总数的百分比。

2.6岁以下儿童体重低于年龄体重标准的百分比 指6岁以下儿童体重低于同年龄儿童 体重标准的百分比。常用临界值为平均值减2个标准差。

三 、指标的获得途径

(一)生命统计资料

生命统计资料是一种重要的和基本的资料来源。包括出生、死亡、结婚等。我国可以从 户籍登记机构(公安局)中获得相应地区的人口出生死亡统计资料，在设立死因监测点与疾

 **社** **会** **医** **学** **(** **第** **2** **版** **)**

病监测点的地区内的医院保健科负责对居民死因的调查核实。但在使用这类资料时要了解漏 报率，如果漏报率太高，则资料将失去可靠性。

(二)人口普查资料

人口普查资料是社会、经济和人口统计情报的重要来源。如我们在前面提到的人口死亡 率、出生率、人口自然增长率、15岁及以上的人口识字率和平均期望寿命等指标都可以从 人口普查资料当中获得。最为重要的是通过人口普查数据，我们可以获得所研究地区的性 别、年龄别人口数。人口普查常规为每10年进行一次，在此期间有1次5%或10%的抽样 调查，以适应数据更新的要求。

(三)卫生服务常规登记

如果我们想得到有关居民健康状况的指标，如疾病别的发病率、患病率和死亡率，儿童 生长发育指标和卫生服务提供指标，我们可以查阅卫生服务常规登记资料。例如婴儿死亡 率、孕产妇死亡率、儿童系统管理率等指标可以从妇幼保健所(院)的日常登记资料中获 得，有关卫生防疫、学校卫生、环境卫生、地方病防治、健康教育、食品卫生监督、职业卫 生、儿童计划免疫等指标可以来自卫生防疫站的相关工作记录；医疗机构提供的门诊、急 诊、住院服务的工作量可以从医院的常规登记资料当中获得；卫生经费的收入与支出情况、 卫生设备和设施的情况可以从卫生局的常规登记资料当中获得。

卫生服务常规登记资料的好处是资料易于获得，费用低，信息量大，客观和易于分析； 资料具有连续性，可以用来进行纵向分析。

卫生服务常规登记资料的缺点主要包括第二手资料所具有的缺点，以及资料的完整性和 准确性的问题。第二手资料的缺点是在搜集资料时没有针对要解决的具体问题或要完成的任 务，在实际使用当中常常会感到它不能满足需要，如项目不全、深度不够等。另外，由于填 报资料的人员没有受过培训，或者责任心不强，造成了资料质量问题。在应用这些资料时必 须首先考核资料的完整性和可靠性，对资料的情况做到心中有数，并设法改善这种资料的可 利用性，例如婴儿死亡率、孕产妇死亡率和法定传染病的发病率都存在漏报情况，必须在调 查了漏报率的基础上才能够使用这些资料。

(四)抽样调查

有些资料无法从常规登记资料当中获得，需要组织专题现场调查。例如对居民医疗服务 需要和利用的了解(两周患病率、慢性病患病率、就诊率、住院率等),就要通过卫生服务 调查来获得；对居民亚健康状况的了解(功能减退和机能缺乏),就要通过症状功能评价来 了解；对居民生活质量的评估，也要通过专门的家庭询问调查来完成。常用的现场调查方法 我们已经在第四章中进行了详细的介绍。

(五)疾病登记

疾病登记常常可以提供某个系统或某种疾病的发病、死亡、治疗和其他情报。例如一些专 科医院对某些具有特殊意义的疾病如肿瘤、高血压病、地方病或传染病以及罕见的疾病的发病 和死亡情况制定专门的表格进行登记。疾病登记工作需要所有卫生服务机构密切合作，以避免 漏报。疾病登记工作以医院为主，搜集到的资料常常是医院的数据多于社区卫生设施的数据。

(六)流行病学监测

有一些传染病和慢性非传染性疾病，如结核、高血压、肿瘤等疾病的控制是一个社会或 者一个社区防治工作的重点，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，制定有效的措施防治疾病的发生和发展。疾

94

**第** **五** **章** **健** **康** **状** **况** **评** **价** 

病和死亡的监测已经给我国制定卫生政策提供了重要的信息，计算机技术的发展和网络的应 用，将会给疾病监测系统的发展与完善带来更大的契机。

(七)其他资料

指的是卫生部门以外相关部门的资料，或者是非卫生专业人员协助搜集的资料。如与健 康有关的自然环境情况，可以来自气象、环保等部门；社会经济情况，可以来自统计局，工 农业生产部门，计划、民政、教育等部门。

**第三节** **健康状况评价的方法**

**一、症状功能评价法**

( 一 )概述

在本章的开头我们曾经提到，健康是一个连续统，从健康到疾病存在着一个发展过程。 这个发展过程可以被人为地分成两极，这就是健康/疾病，也可以人为地分成四个层次，即 健康、亚健康、亚临床和疾病状态。我们把健康连续统划分成四个层次的目的并非说明在这 四个层次之间有着明确的可以识别的分界线，而是为了便于评价健康状况。

亚健康状况和亚临床状态表示的是一种功能不足或者物质缺乏的状态。功能不足，有时 候可以通过生理和生化检查发现，因为机体存在着代偿功能，所以功能不足尚未必带来自觉 症状。而自觉症状往往受到心理和社会因素的影响，自觉症状的出现可能是功能不足或者物 质缺乏的表现，也可能是心理和社会因素作用的结果。所以症状和功能评价能够反映疾病前 期的躯体健康状况，也能够通过客观指标的比较，发现心理和社会因素对健康的影响。

症状和功能状况评价依据的是被调查者的自我感觉，测定的是自报健康。它和测量到的 健康不同。例如，一个人的血压高低是可以简单地通过血压计测量出来的，但是血压相同的 高血压者(这里还不能称之为患者)对高血压的体验是不同的，这种自我体验在很大程度上 受到社会因素，如文化水平、职业、收入等因素的影响；也受到心理因素，如是否容易受到 暗示、是否A 型行为性格、是否焦虑等的影响。自报健康是评价人群健康状况的一个重要 方面，原因就在于自我体验是一种需求，可以带来卫生服务的利用。例如， 一位收入和文化 水平较高的退休干部，血压较高，因为听说过高血压会头痛，所以容易意识到自己的头痛与 高血压有关，随即到医院就诊；而另外一位血压相同的老年妇女，没有文化也没有经济来 源，从来没有参加过工作，头痛了一年，却认为“岁数大啦，头痛挺正常”,认为自己此头 痛非彼头痛，没有去过医院。

症状的特点是敏感性，功能则代表着躯体功能和社会功能。躯体功能代表着完成某些特 定行为的能力，社会功能指扮演社会或职业角色的能力，与人在社会中所处的社会地位有直 接关系，所以功能的特点是社会性。把症状和功能结合起来，组成自填式量表，这就是症状 功能评价方法。

(二)用途

主要有三个方面的用途，即评估、诊断和预测。

1. 评估 包括对个体和群体健康状况的评价，并依据评价结果制定相应的措施；还可 以对某些健康干预项目的措施进行效果评估。

2. 诊断 在临床上可以用于辅助诊断，作为筛检的一种手段。可以将诊断过程量化，

把自报健康状况与实验室诊断结果进行相互对照，找出患者疾病的原因及其影响因素。

3. 预测 对于症状和功能的评定，可以获得一个分值。实践证明，量表的得分分布对 于个体和群体的健康具有预测作用，可以用来预测若干年后的发病、患病和死亡。

(三)量表的设计

1. 条目的确定 症状功能评价的量表当中的条目是根据调查目的而确定的。首先要根 据调查目的建立条目库，从以下几个主要的渠道搜集条目。

(1)文献法：从已有的文献当中搜集相关条目。方法简单易行但是受到以往经验的片面 性限制。

(2)专家咨询法：邀请目前对该研究目的有丰富经验的专家提出相关条目。获得的信息 丰富，但同样受到专家立场的局限。

(3)定性研究方法：通过访谈，深入了解调查对象对于各种健康问题的体验。方法的优 点是避免了设计者的主观意志，条目也容易被调查对象所理解，而且不脱离实际。但相对于 前两种方法较费时费力。

2. 计分方法

(1)是/否型问题

如，你看报需要戴眼镜吗?

计分

是/否 1/0

(2)序列问题

如，你出现睡眠障碍的经常程度如何?

计分

每晚 [4](#bookmark328)

多数晚上 [3](#bookmark329)

有时 [2](#bookmark330)

很少 [1](#bookmark331)

从不 [0](#bookmark332)

(3)等级问题

如，与半年前相比，你目前的健康状况如何?

好得多 略好些 没变化 略差些 很差

(4)正负向问题

计分 +2 +1

0

-1

-2

从心理学上看，每个人在对同一个问题的提问方向不同的时候，回答的结果有可能不 同。为了结果的准确性，有时候需要设置一些校验问题，相互印证回答的准确性。另外，在 从正面提问的时候，问题所表现的是一种积极的情绪，衡量的是一种良好的健康状态；而从 负面提问的时候，则衡量的是一种不良的健康状态。所以量表当中既有正向问题，也有负向 问题。如抑郁量表当中，有类似于“你能轻松地做事情吗”这样的正向问题，也有“你有情

96

绪沉闷的时候吗”这样的负向问题。这两类问题的计分标准是

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 正向问题 | 负向问题 |
| 经常 | 0 | 3 |
| 有时 | 1 | 2 |
| 偶尔 | 2 | 1 |
| 从不 | 3 | 0 |

所以，得分越高，说明抑郁倾向越明显。

(四)常用量表

常用的症状功能量表有很多，比较有代表性的是下面一些：

1. 康奈尔医学指数 (Cornell medical index-health questionnaire,CMI) 是美国 Brod- man 等人1949年开发出来，用于筛查人群的躯体和精神功能障碍的症状和功能指数。 CMI 共有18个部分，共195个问题，全部为是/否型问题，回答“是”代表应答者存在项目中所 描述的症状和功能问题，称为阳性回答。问题涉及四个方面的内容：①躯体症状；②既往史 和家族史；③一般健康和习惯；④精神症状。男性和女性分别使用不同的问卷，除了生殖系 统的6个问题不同外，其他部分完全相同(表5-3)。

2. 总体健康问卷 (general health questionnaire,GHQ) 产生于英国，主要测量躯体 症状、焦虑、失眠、低社会交往功能和严重抑郁，为四等级计分量表。

3. 明尼苏达多向人格问卷 (Minisoda's multiphase personality inventory,MMPI) 产 生于美国，主要测量躯体健康状况、婚姻状况、社会态度、情绪反应、运动失调、心身疾病 和精神病。

下面以康奈尔医学指数为例，说明症状功能评价量表的结构(表5-4)。

**表5-3** **CMI的分组和相应的内容**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 组 | 内容 | 项目数 |
| A | 眼和耳 | 9 |
| B | 呼吸系统 | 18 |
| C | 心脏和血管系统 | 13 |
| D | 消化系统 | 23 |
| E | 肌肉和骨骼系统 | 8 |
| F | 皮肤 | 7 |
| G | 神经系统 | 18 |
| H | 生殖和泌尿系统 | 11 |
| I | 疲劳度 | 7 |
| J | 疾病频度 | 9 |
| K | 既往病史 | 15 |
| L | 习惯 | 6 |
| M | 不适应 | 12 |
| N | 抑郁 | 6 |
| O | 焦虑 | 9 |
| P | 敏感 | 6 |
| Q | 愤怒 | 9 |
| R | 紧张 | 9 |

 **社会医学(第2版)**

**表** **5** **-** **4** **C** **M** **I** **部** **分** **项** **目** **举** **例**

|  |
| --- |
| 项 目 |
| 你看远处需要戴眼镜吗?  你是否不容易做到每天有规律地锻炼? 你是否感情容易受伤害?  你是否容易烦恼和激怒?  在别人支使你的时候你是否易生气? 你的家人中有患胃病的人吗?  你是否有人睡困难或睡不深易醒的现象? |

**二** **、寿命表法**

传统寿命表是根据某一人群的年龄别死亡率计算出来的统计表，它假定有同时出生的一 代人，按某时期的年龄别死亡率先后死去，直到全部死亡，计算这代人在不同年龄组的“死 亡人数”和“死亡概率”,刚刚达到某一年龄时的“生存年数”和“预期(平均)寿命”等 指标。我们常用的寿命表称为简略寿命表，即年龄分组以0岁为起点，年龄间隔以5岁(10 岁)为一个年龄组。

年龄别死亡率是反映健康状况的负向指标，很难概括地描述一个人群的健康状况。而利 用年龄别死亡资料，通过寿命表的方法计算出的平均期望寿命则可以弥补年龄别死亡率这个 指标在反映健康状况方面的不足。 一方面它可以简单概括地说明一个人群的健康水平；另一 个方面它所描述的是生存，而不是死亡，从这个意义上看，它是一个正向的健康指标。

但是，平均期望寿命的观察终点是死亡。这是传统寿命表方法的最大不足。它只反映了 死亡这个健康的最坏极端状态给人的寿命带来的影响，只反映生存情况，不反映生存者的健 康情况(即生活质量)。所以，目前有很多发展的寿命表评价方法，考虑了早死、残疾、疾 病状况对健康的影响，利用现有的疾病和死亡资料(或指标)对传统的疾病和死亡指标加以 改进或发展，以弥补传统寿命表的不足。常见的指标有减寿人年数 (PYLL) 、 无残疾期望 寿 命 (LEFD) 、 健康期望寿命 (ALE) 、 伤残调整生命年 (DALY) 和伤残调整期望寿命 (DALE) 等 。

( 一 )减寿人年数 (potential years of life lost,PYLL)

减寿人年数是指某一人群在一定时期内(通常为一年)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。减寿人年数是1974年 Dempsay 首次提出，发展较快。很多西方发达国家已把减寿年数作为衡量居民健康的重要指标，并根 据各死因损失寿命年数的大小顺位，判断导致不该发生死亡年龄的死者“早死”的原因。减 寿人年数的计算考虑到死亡发生时的年龄，并以剩余年龄的形式给予相应的权重，将居民健 康受危害的程度定量化。

该指标的产生是基于这样一种观点：同是死亡，但死亡年龄不同所反映的社会卫生问题 也不同。小年龄的人的死亡是“不合理”的死亡，在用死亡状况来反映健康水平时，应给 “早死”以较大的权重，这样提高了危害低年龄组健康和生命的疾病在所有疾病中的重要性， 突出了过早死亡的危害。这个指标的最大优点是把死亡人数和死亡年龄结合起来考虑，能概

括地说明某疾病对整个人群寿命的影响，弥补了死亡率只反映疾病影响人数量的不足。减寿 人年数的计算公式为：

减寿人年数 (PYLL)=∑ai×di

式中：ai=L—(xi+0.5),L 是目标生存年龄(可根据不同地区的平均期望寿命来确

定，或直接用70岁); xi 是 I 年龄组的平均年龄[如1～4岁组的x= (1+4)÷2=2.5];

di 是目标生存年龄内各年龄组死亡人数。

减寿人年数就是早死了的全体死者共损失的人年数。标准化减寿人年数可以用于国际比 较。减寿人年数是衡量居民健康状况的重要指标，而且可以根据各死因损失寿命年数的大小 顺位来判断导致不该发生死亡年龄的死者“早死”的原因。

(二)无残疾期望寿命 (life expectancy free of disability,LEFD) 无残疾期望寿命是 Sulliivan 在20世纪70年代提出的概念，这一期望寿命是以有无残疾作为观察终点。它运用 现时寿命表的计算原理，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。

1. 残疾分类 世界卫生组织根据残疾对生理和社会功能的影响把残疾分为三个层次：

(1)功能、形态残疾 (impairment): 为残疾的第一级， 一般为病伤后遗症，使人体结 构或功能发生缺陷或异常。

(2)日常生活能力残疾 (disability): 指人体的结构缺陷和功能障碍使残疾人丧失他应 具备的能力(与残疾人的性别、年龄、文化程度和职业等相应的能力)。

(3)社会功能残疾 (handicap): 人体的结构缺陷和功能障碍影响残疾人参加社会活动， 或虽具备参加社会活动能力，因受到歧视而被迫脱离社会的残疾。如脊髓损伤后的截瘫，严 重烧伤造成的面容丑陋等。每一层次的残疾分为精神残疾和躯体残疾。

2. 活动受限

(1)日常生活活动能力 (activity of daily life,ADL): 包括饮食、穿衣、修饰、洗澡、 上厕所等。当以上活动需要帮助和完全依赖帮助时称活动受限 (limitation of activity)。双 目失明、瘫痪、痴呆等称为永久性活动受限，可治愈或能康复的病伤所造成的活动受限称为 暂时性活动受限。

(2)工具使用的日常生活活动能力 (instrumental activity of daily life,IADL):是一种 社会适应能力，失去后影响正常社会生活。包括购物、处理金钱、做饭、做家务和旅游。

(3)躯体综合功能 (general physical function,GPF): 衡量社会参与和生活自理能力， 包括屈蹲、手举到头上、手指拿东西、抬举20斤重物、行走半里路。

3. 无残疾期望寿命计算 计算无残疾期望寿命时需要用到简略寿命表的生存人数、生 存人年数、总平均寿命 (ex) 三个指标，并把残疾和活动受限(包括住入疗养机构和在家中 生活的残疾和活动受限)所导致的寿命损失扣除。计算方法为：

ADL 活动受限的人年数 (nLxd):

nLxd=nLx×ADL 受限率

nLx 为普通寿命表生存人年数 活动受限的期望寿命ex 为：

exd=Txd/Lx

Txd 为活动受限总人年数

Lx 为普通寿命表生存人数

99

无残疾期望寿命 ex HEL:

ex HEL=ex-exd

4. 无残疾寿命表分析

加拿大的研究证明，女性的平均期望寿命较男性长，但无残疾期望寿命两性基本无差 别。平均期望寿命在增长，但增长的平均寿命中残疾平均期望寿命占了70%～80%,残疾 平均期望寿命的增长速度远较无残疾期望寿命为快。无残疾平均期望寿命增长慢，且无性别 差异，是无残疾寿命增长的基本特征。

国内曾经利用国家卫生服务总调查数据计算无残疾期望寿命，得出了与加拿大同样的结 果，即老年女性较男性延长的期望寿命中有很大一部分是期望病伤残寿命。

无残疾期望寿命指标是一个定量化指标，用来衡量人群扣除了残疾影响之后的寿命，在 一定程度上反映了一个国家或地区人群的生活质量，以及当地社会经济和卫生状况的综合 水平。

(三)健康期望寿命 (activity life expectancy,ALE)

1983年由Katz 等提出，也称为活动期望寿命，是以生活自理能力丧失率为基础计算获 得。指的是人们能维持良好的日常生活活动功能的年限。传统的平均期望寿命的终点是死 亡，而健康期望寿命的终点是日常生活自理能力的丧失。生活自理能力指日常生活活动能力 (ADL)。

计算健康期望寿命所需要的相关指标有：

1.ADL 丧失率。

2. 年初功能自理的人数。

3. ×岁后功能继续自理的总人年数。

具体的计算原理与无残疾期望寿命相同。

健康期望寿命可以客观地反映群体的功能状况，使功能健康定量化，可以确定高危人 群，反映个体的生活质量，而且有助于卫生政策和卫生规划的制定。

(四)伤残调整生命年 (disability adjusted life year,DALY)

伤残调整生命年是衡量健康生命损失情况的单位。指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，是生命数量和生命质量以时间为单位的综合性指 标。目前，全球疾病负担均以其为单位进行测算。

伤残调整生命年所考虑的死亡是“早死”,即减寿人年数。这里的“早死”定义为低于 工业发达国家模型寿命表的理想潜在寿命，日本是全球平均期望寿命最高的国家，其平均期 望寿命女性为82.5岁，男性为80岁。实际死亡年龄与工业发达国家模型寿命表的理想潜在 寿命的差额，来表示一例死亡所带来的寿命年损失。伤残调整生命年还考虑了以下两个 条件：

1. 年龄权数 即生命年的年龄相对值。各年龄组的人，健康存活一年的价值。年龄权 数从出生时的0开始，随着年龄增加急剧上升，在25岁时达到最高峰，然后随年龄增加而 下降。

2. 年龄贴现率 即生命年的时间相对值。现有伤病对健康的毁损过程长达数年或数十 年，因而需要决定如何为相对于现在的未来定值。对未来年份的健康寿命的定值渐次降低。

伤残调整生命年所考虑的残疾与无残疾期望寿命的原理相同，代表着因病伤而在未来将 失去的健康寿命。但是内容得到了进一步的扩展，残疾的程度用权重表示，权重是通过多轮

**第** **五** **章** **健** **康** **状** **况** **评** **价** 

专家调查来确定的。对残疾严重程度确定的等级权数为由代表健康的0至代表死亡的1。预 期残疾年数(直到康复或死亡)乘以一个度量残疾与死亡相比的严重性权数，分为七等残 疾。例如，第四等级残疾，包括膝下截肢和耳聋，其严重性系数为0.24～0.36。

“早死”所导致的健康生命年损失为YLLs(years of life lost), 残疾所导致的健康生命 年损失为YLDs(years lived with disability)。把两者结合起来，就形成 DALY 。由早死引 起的寿命损失占DALY 损失的60%,发展中国家占67%,工业发达国家占55%。

DALY=YLL+YLD

YLL: 死亡损失健康生命年

YLD: 伤残损失健康生命年

例如，一女孩5岁时患脊髓灰质炎，遗留肢体麻痹，10岁时死亡，该儿童的伤残调整 生命年 (DALY) 值可以如下方法计算：

根据公式计算得到：

YLL=2.00 YLD=36.86

因此，

DALY=2.00+36.86=38.86(年)

该儿童DALY 损失值为38.86年。

3.DALY 的用途有以下四个方面：

(1)找出某地区严重危害健康的疾病和主要的卫生问题。即对不同地区、不同对象(性 别、年龄、职业等)、不同疾病进行 DALY 分析，可以确定高发地区、重点人群及重要 疾病。

(2)通过干预前后DALY 指标的比对，可评价某项措施是否得力。

(3)比较几种干预措施的DALY 效果，选择最佳的方案来控制重点疾病，以达到使用 有限的资源，而取得最大成效之目的。

(4)进行全球疾病负担 (global burden of disease,GBD) 分析。

(五)伤残调整期望寿命 (disability adjusted life expectancy,DALE)

伤残调整期望寿命是由世界卫生组织开发的一个最新的衡量健康的概念。可以理解为 “完全健康 (full health) 期望寿命”,指扣除了死亡和伤残影响之后的平均期望寿命。这一 指标比之 DALY, 更加容易被不具备专业知识的人所理解，而且用计算无残疾期望寿命的 Sullivan 方法，使用年龄别死亡率和年龄别患病率就可以计算该指标。

DALE 是评价人群健康状况的正向指标，它扣除了死亡、残疾和疾病对于健康的影响， 衡量的是完全健康的期望寿命。 DALE 的开发，使得在充分考虑失能的基础上，进行人群 间的比较成为可能。该指标还用于评价卫生体系的运行效果，这一应用已经充分表述在 2000年《世界卫生报告》当中。

**第四节** **健康状况综合评价**

**一** **、发展综合指标的原因**

(一)单一指标只能孤立地测量一部分健康现象。

(二)多个单一指标共同评价时，会出现多种组合和量的差异，不同的评价者得出不同

101

 **社** **会** **医** **学** **(** **第** **2** **版** **)**

结论。

(三)综合指标是通过某种方法或法则将多个单一指标结合起来所产生的一个新指标。 它是评价个体或群体健康状况的理想指标，具有简便、综合、明确、便于比较的优点。

**二** **、常用综合指标**

(一)生活质量指数(physical quality of life index,PQLI)

用于衡量一个国家或地区人民的营养，卫生保健和国民教育水平的综合指标。是美国 Overseas Development Council于1975年编制的。

PQLI=[ (识字率指数)+(婴儿死亡率指数)+(1岁平均寿命指数)]/3

识字率指数：全国15岁及以上人口中识字人数的百分比。

婴儿死亡指数：229一婴儿死亡率/2.22

229/1000是1950年加蓬的婴儿死亡率，是当时最高的。瑞典的婴儿死亡率预计为7/ 1000,(229-7)/2.22恰为100,是婴儿死亡的最佳水平。

1岁平均寿命指数：(1岁平均寿命—38)/0.39

38是1950年越南1岁儿童的平均寿命，而瑞典到2000年预计可达到77岁，上式也恰 为100。

根据我国1982年资料计算出来我国的生活质量指数

识字率指数： 65.51%

婴儿死亡率： 35.83%

1岁平均寿命： 69.16岁

婴儿死亡率指数=(229-35.83)/2.22 =87.01

1岁平均预期寿命指数=(69. 16—38)/0.39=79.80

PQLI=(87.01+79.8+65.51)/3=77.44

PQLI 生活质量指数的评价标准为

PQLI>80 为高素质人口；

PQLI<60 为低素质人口；

世界平均值为65;

发达地区平均值为92;

发展中地区平均值为55。

(二)美国社会健康学会指标(american social health association,ASHA)

用来衡量发展中国家执行满足基本需要发展战略的成果。

ASHA= (就业率×识字率×平均寿命/70×GNP 增长率)/总出生率×婴儿死亡率

该组织对指标值做了具体规定。当就业率为850/1000,识字率85%,平均寿命为70 岁 ，GNP 增长率为3.5%时，总出生率为25/1000,婴儿死亡率为50/1000时，ASHA 指 标值为20.23。



**一** **、填空题**

1. 个体健康状况评价的途径有 o

**第** **五** **章** **健** **康** **状** **况** **评** **价**

2. 群体健康状况评价的途径有  

3. 老少比是指 人口与 人口数之比。

4.健康状况综合评价方法有 和 。

5. 健康状况资料的主要来源是    、

o

6. 健康相关指标分为 两 类 。

、

7. 健康状况指标主要有   

**二** **、选择题**

1. 生命素质指数是由以下三个指标通 过指数计算综合得到的

A. 婴儿死亡率，平均期望寿命，成 人识字率

B. 婴儿死亡率，平均期望寿命，15 岁及以上人口识字率

C. 婴儿死亡率，1岁平均期望寿命，

15岁及以上人口识字率

D.5 岁儿童死亡率，平均期望寿命， 成人识字率

E.5 岁儿童死亡率，1岁平均期望 寿命，15岁及以上人口识字率

2. 传统健康评价的主要内容是评价

A. 出生和死亡

B. 疾病和死亡

C. 出生，疾病和死亡

D. 出生，生长发育和死亡

E. 出生，生长发育，疾病和死亡

3. 健康状况评价是

A. 分析人群健康水平及发展变化

B. 发现人群存在的健康问题

C. 筛选人群健康的主要因素

D. 评估各种健康计划、方案、措施 的效果

E. 以上都是

4. 以下哪个是关于健康综合评价方法 的说法是错误的

A. 用某种方法把一系列群体健康指 标相结合形成的新指标

B. 用某种方法把一系列个体健康指 标相结合形成的新指标

C. 可以用加权法、相乘法和统计方 法来计算

D. 潜在减寿年数是综合评价指标

E. 定量的、标准的、可以全面反映 健康状况的新指标

5.ASHA 指标是评价人口健康的

A. 生理学指标

B. 心理学指标

C. 生存健康指标

D. 生命长度指标

E. 综合指标

6. 反映疾病严重程度的指标是

A. 发病率

B. 时点患病率

C. 期间患病率

D. 残疾率

E. 病死率

**三、问答题**

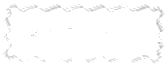
1. 为什么要进行健康状况评价?

2. 如何进行健康状况评价?

3. 婴儿死亡率和平均期望寿命指标的应用是什么?

4. 为什么要对健康状况进行综合评价?

5. 用寿命表法进行健康状况评价的指标的特点是什么?

**参考答案**

**一** **、填空题**

1. 试验健康 观察健康 自报健康

2. 文献法 调查法

3 . 60岁及以上人口数0至14岁

4. 生活质量指数 美国社会健康学会指标

5. 生命统计资料 人口普查资料 卫生服务常规登记资料 抽样调查资料 疾病登记 资料 流行病学监测 其他

6. 影响健康的环境指标 卫生保健指标

7. 人口统计指标 疾病统计指标 生长发育指标

**二** **、选择题**

1.C 2.C 3.E 4.B 5.E 6.E

**三、问答题**

1. (1)评价个体或群体的健康水平。

(2)发现主要的社会卫生问题。

(3)发现重点保护的人群及重点防治的对象。

(4)评价疾病干预措施的效果。

(5)选择最佳疾病控制方案。

2. (1)明确健康状况评价所依据的健康概念。依据不同的健康观，就会产生不同的健 康状况评价框架，产生不同的评价方法。

(2)把所依据的健康概念具体化，形成若干范畴。

(3)根据所确定的范畴，寻找适宜的有针对性的指标。指标应当是具备了有效、可靠、 灵敏和特异这四个特征。健康状况评价的指标选择有两个渠道， 一个是参考权威专家的意 见；另一个是参考现有的文献。

(4)根据所选定的指标，制定收集有关资料的计划，开展收集资料的工作。

(5)分析指标，归纳结果。通过对结果的综合分析，评价健康状况，得出评价的结论。

3. 婴儿死亡率指某地某年未满周岁的婴儿死亡人数与同年活产数的比值。

婴儿死亡率是衡量一个国家或地区(人群)社会卫生状况的敏感指标，经常用于地区间 和国家间的比较。世界各国都十分重视婴幼儿死亡状况的分析研究。原因有：

(1)婴儿死亡率在绝大多数国家相对其他各年龄别死亡率而言是最高的，各国各地区之 间相差悬殊；

(2)婴儿死亡率对平均期望寿命和人口增长影响很大；

(3)婴儿死亡率的分母是当年出生活产数，不受人口构成的影响，具有可比性；

(4)婴幼儿时期，对社会经济、环境和卫生条件的变化比较敏感。

某一年龄的期望寿命是根据一个国家或地区的一般死亡率估计该年龄的人能够存活的平

**第** **五** **章** **健** **康** **状** **况** **评** **价** 

均年数。该指标通过寿命表计算，主要依据年龄别死亡率。最常用的平均期望寿命是出生时 的期望寿命。平均期望寿命指标和婴儿死亡率指标一样，是反映一个国家或地区人群社会经 济条件和卫生、营养状况的敏感指标。经济发达的国家，平均期望寿命高，婴儿死亡率低。

4. (1)单一指标只能孤立地测量一部分健康现象。

(2)多个单一指标共同评价时，会出现多种组合和量的差异，不同的评价者得出不同 结 论 。

(3)综合指标是通过某种方法或法则将多个单一指标结合起来所产生的一个新指标。它 是评价个体或群体健康状况的理想指标，具有简便、综合、明确、便于比较的优点。

5. 通过寿命表的方法可以计算出平均期望寿命。但是，平均期望寿命的观察终点是死 亡。它只反映了死亡这个健康的最坏极端状态给人的寿命带来的影响，只反映生存情况，不 反映生存者的健康情况(即生存质量)。所以，目前有很多发展的寿命表评价方法，考虑了 早死、残疾、疾病状况对健康的影响，利用现有的疾病和死亡资料(或指标)对传统的疾病 和死亡指标加以改进或发展，以弥补传统寿命表的不足。常见的指标有减寿人年数、无残疾 期望寿命、健康期望寿命、伤残调整生命年、伤残调整期望寿命等。

(张拓红)

**第六章** **健康危险因素评价**

**学习目标**

1. 概述

2. 健康危险因素

3. 健康危险因素评价的计算方法

4. 健康危险因素评价

**教学目标**

1. 给出健康危险因素的概念和范畴

2. 说明健康危险因素评价的概念

3. 说明健康危险因素评价的作用

4. 简述健康危险因素评价所需要的资料

5. 比较四种危险类型的特点

6. 简述健康危险因素评价在评价个体健康中的作用

7. 简述健康危险因素评价在评价群体健康中的作用



**第一节** **概** **述**

**一** **、健康危险因素**

随着传染性疾病在世界范围内逐渐得到控制，慢性疾病已经成为大多数国家的主要死亡 原因。根据国家卫生服务2008年调查结果，我国城乡居民的前五位死因都是慢性疾病。所 以，预测和控制慢性疾病，就成为世界上大多数国家，以及我国大部分地区所面临的主要问 题。而慢性疾病的发生和发展，与社会环境因素、心理健康状况和行为因素有着密切的联 系。这些就构成了健康危险因素的主要成分。所以，通过对健康危险因素的评价，预测健康 状况和疾病发生的概率，是预防和控制慢性疾病的重要环节。

健康危险因素是指在机体内外环境中存在的与慢性病发生、发展及死亡有关的诱发因 素。这些危险因素很多，概括起来有环境危险因素、行为危险因素、生物遗传危险因素和医 疗服务的危险因素。

(一)环境危险因素

1. 自然环境危险因素 包括生物、物理和化学危险因素。生物危险因素如我们所熟悉 的细菌、病毒、寄生虫，是传染性疾病的关键原因；化学危险因素包括各种生产性毒物、农 药和我们日常生活当中经常接触到的物质，诸如合成建筑材料当中的有毒物质，交通工具排

放的废气，以及排放到河流当中造成生活用水污染的废水；物理危险因素包括噪声和振动， 长时间使用计算机或某些精密仪器，即使只有微量的电磁辐射，也会对人体健康造成威胁， 而移动电话的普及和高频率地使用，也同样是健康危险因素。所以，自然环境当中的危险因 素，是随着文明程度提高而在改变的， 一些危险因素消失了，作用减弱了，但另外一些危险 因素又出现了。

2. 社会环境危险因素 社会环境对健康的影响，已经逐渐为人们所清醒地认识。从世 界范围来看，经济发达程度不同，健康水平就有着很大的差别，世界卫生组织在2000年报 告中阐明，不同国家的健康期望寿命与这个国家人均国内生产总值之间存在着因果关系，这 种关系表明经济水平是制约健康水平的一个关键因素。但是，很多西方学者通过健康公平性 研究也指出，经济水平与健康水平之间的关系并不是直线相关关系，也就是说，并不是每一 个美元都能够买到同样的健康增长。对于国内生产总值差不多的发达国家来说，在社会公平 性相对比较好的国家，也就是贫富悬殊不太大的国家中，健康水平相对较高，这说明社会卫 生政策对健康的作用也是相当明显的。比如美国和加拿大基本上处在同样的经济发展水平 上，但是由于加拿大实施了全民健康保险，所有人都可以没有障碍地使用医疗保健服务，而 美国却有16%的人享受不到任何医疗保险，所以加拿大的总体健康水平要好于美国。另外， 心理因素也是健康的重要影响因素，从事压力大的工作的人，相对于从事压力小的工作、善 于排遣压力的人来说，健康水平要差。

(二)行为危险因素

所谓行为危险因素，指的是个体所选择的生活方式所带来的危险因素。在健康危险因素 评价技术中，我们称之为自创性危险因素。而这些因素明显的是与心脏病、脑血管病、肿 瘤、糖尿病的患病和死亡密切相关。生活方式是个体的选择，但实际上是一种集体的行为。 如吸烟、饮酒、缺乏体育锻炼、静坐生活方式、饮食不合理等，实际上是某个体所归属的社 会群体所认可、所支持的行为。这些行为具有习惯的特征， 一旦形成，难以改变。如从事信 息产业的年轻人大多数选择了一种静坐、缺乏锻炼、饮食不合理的生活方式，他们很自然地 把这些行为看成一种这个群体当中的规范，而经常锻炼，规律饮食的人反倒成了另类。饮 酒，在很多情况下是社交所需，并非出于本人意愿。在这种情况下，改变生活方式以降低某 种疾病可能带来的危害，确实需要做出不小的努力。

(三)生物遗传危险因素

生物遗传危险因素是一些传统的危险因素，但是最近也有很多新的发现，尤其是分子生 物学和基因研究的发展，找到了很多客观的证据说明了遗传在某些疾病当中的重要作用。不 仅如此，基因研究的发展还振奋人心地发现，将来的技术也许能够实现从基因水平上控制遗 传物质，从而抑制一些疾病的发生和发展。

(四)医疗卫生服务中的危险因素

医疗卫生服务中的危险因素，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，如医疗质量低、误诊漏诊、医院内感染等都是直接危害健康的因素。医疗卫生服务 系统的布局、卫生保健网络的健全程度、人力的资格水平、卫生资源的配置合理程度等都是 可能影响健康的因素。例如，在农村偏远地区，由于村级卫生人员水平低、技术差所造成的 农村居民健康损害并不少见。可能导致小病耽误酿成不治之症，甚至导致死亡。

以上这些危险因素有着潜伏期长、特异性弱、联合作用明显和广泛存在的特点，所以极 其容易被忽视。潜伏期长，指的是人们需要长时间反复接触这些危险因素后才会发病，而且

 **社** **会** **医** **学** **(** **第** **2** **版** **)**

潜伏期的长短因人而异。紧张和心理压力所导致的健康损害需要一个漫长的过程，例如日本 的夜班长途汽车司机通常在工作20年之后出现心血管系统的症状。

同时，这些危险因素又是非特异性的，长期紧张和心理压力，可能是心脏病、溃疡、肿 瘤等很多慢性疾病的危险因素。吸烟会导致肺癌，也是心血管病和溃疡病的危险因素，饮酒 是很多肝脏疾患的危险因素，也是溃疡、心脏病以及意外伤害和暴力的危险因素。

这些危险因素一般是通过联合作用，增强致病的危险性。如长期紧张和心理压力，加上 A 型行为性格、吸烟和缺乏体育锻炼。所导致的心血管疾病发病率比单纯经受长期紧张和 心理压力的人要增加几倍或者几十倍。

**二** **、健康危险因素评价**

健康危险因素评价 (health risk appraisal,HRA) 是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的一种技术。它研究人们生活在有危险因素的环境中发生 死亡的概率，以及当改变不良行为，消除或降低危险因素时，可能延长的寿命。其目的是促 进人们改变不良行为，减少危险因素，提高健康水平。

健康危险因素评价是从临床实践当中发展起来的一种技术，是根据慢性病患者危险因素 的数量和严重程度，来预测患者疾病的发展和康复的可能性，实现对慢性病的定量化的管 理。首先提出这一技术的是Robbins 和 Lewis 两位临床医师，他们利用了研究者对健康危险 因素与慢性病发病和死亡概率的研究成果，把迄今为止所获得的特定危险因素与慢性病之间 的数量依存关系运用于慢性病患者的发病和死亡概率的预测。

进行健康危险因素评价，需要知道两个重要的变量， 一个是某病与哪些危险因素有关； 另一个是这些危险因素的危害程度。例如，我们知道冠心病的危险因素包括血压、胆固醇、 糖尿病史、体育锻炼和静坐的生活方式、吸烟、家族史、肥胖，我们通过研究文献，也可以 清楚地了解各个危险因素与冠心病之间相对危险性，比如我们可以查到超重75%的人冠心 病的相对危险度。

我们继而又提出了一个问题，即如何将各个危险因素与疾病之间的联系转化成为可以测 量的指标?因为各个危险因素之间存在着联合作用，所以单一的相对危险度指标并不能够用 作测量危险因素严重性的指标。生物统计学家Geller 和健康保险学家Gesner 根据各种危险 因素与相应慢性病之间联系的密切程度和作用强度，采用直接评分和多元回归等多种分析方 法，将危险因素转换成统一的危险分数，用于定量分析。

**三、慢性非传染性疾病的发展过程和健康管理**

根据Robbins 和 Hall 的建议，可以把慢性病的自然病程划分六个阶段。

1. 无危险阶段 在这一阶段人们的周围环境和行为生活方式中不存在危险因素，可以 通过保持良好的生活方式，选择良好的自然和社会环境，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，但是由于作用时间短暂，程度轻微，危险因素并没有产生明显的危害，或者对人体的 危害还不容易察觉。

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， 对机体产生的危害作用逐渐显现。这一时期人们处在可能发生疾病的危险阶段，由于机体防 御机制的作用及致病因素的弱化，疾病尚不足以形成。

**第** **六** **章** **健** **康** **危** **险** **因** **素** **评** **价** 

4. 疾病征兆出现 疾病已经形成，症状开始出现，疾病已经形成可逆的形态功能损害， 用生理和生化的诊断手段可以发现异常的变化。

5. 体征出现 症状和体征可能并行或程度不一地先后出现。患者自己能够明显感觉发 现形态和功能障碍，患者因症状体征明显而主动就医，即使停止危险因素的继续作用， 一般 也不容易改变病程。

6. 劳动力丧失 是慢性病发展的最后阶段。由于症状加剧，病程继续发展，丧失生活

和劳动能力。

健康危险因素评价是从疾病自然史的第一阶段开始，即是在疾病尚未出现时就采取 措施，通过评价危险因素对健康的影响，教育人们保持良好的生活习惯，防止危险因素 出现。在危险因素已经出现时，测定危险因素，计算它可能造成的危害，预测疾病发生 的概率。因此，从疾病自然史的观点分析，健康危险因素评价是预防慢性病发生的一项 有效措施。

**第二节** **健康危险因素评价的计算方法**

**一、收集资料**

(一)收集当地年龄别、性别、疾病别发病率或死亡率资料

患病率资料和死亡率资料可以通过调查和死因登记资料获得。详见第五章。

在评价中作为比较的标准，同时用来确定作为研究对象的疾病及其有关的危险因素， 一 般是选择当地危害健康最严重的疾病，即前10～15位死因的疾病作为研究对象。要注意的 是，我们需要选择一种疾病，而不是一类或者一个系统的疾病。因为一种疾病的危险因素比 较确定，而一类疾病的危险因素则因病种不同而异。还要注意所选择的疾病应当满足前面我 们所提到的两个变量，一个是疾病的危险因素；另一个是危险因素的危害程度。

表6-1是某地某41岁男性健康危险因素评价表，该表第1、2栏列出的就是该地40~ 44岁男性前11位死因及相应的死亡概率。如冠心病死亡概率为1877/10万，车祸为285/ 10万。

(二)收集危险因素资料

需要收集的危险因素资料，可以从影响健康和疾病的四个方面的因素来考虑：

1. 行为生活方式 如吸烟、饮酒、体力活动情况等。

2. 环境因素 如经济收入、居住条件、家庭关系、工作环境、心理刺激等。

3. 生物因素 如年龄、性别、种族、身高、体重等。

4. 卫生服务 如有否定期健康检查、直肠镜检查、阴道涂片等。

另外尚需考虑原有疾病史、婚姻生育史、家庭疾病史等。表6-1第3、4栏即各种疾病 的危险因素及指标值。收集的内容与研究的疾病有关，即要包括与当地前10～15位死因有 确定联系的危险因素。例如冠心病，目前公认的危险因素有血压、胆固醇水平、糖尿病史、 体力活动、家庭史、吸烟、超体重等。血压一般将收缩压与舒张压分别考虑，如果两者中有 一个或两个危险分数等于或小于1.0,则不记低的那个危险分数，仅用高的那个危险分数作 为血压的危险分数，而不必分为收缩压、舒张压两项来记。

**表6-1** **某地** **某41** **岁男性健** **康危险因素评** **价表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 死亡 死亡 危险因素 危险组合 存在死根据医生建议 新 危新组 新存 降低量 危险降 | | | | | | | | | | | |
| 原因 | 概率  (1/  10万 ) | | 指标值 | 分数 | 危险  分数 | 亡危险 改变危险因素 | 险分 数 | 和危  险分 数 | 在死  亡危 险 | 低程度  百分数  (%) | |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) |
|  | 1877 | 血压(kPa) | 16.0/9.3 | C  0.4 | 1.91 | 3585.07 一 | 0.4 | 0.11 | 206.47 | 3378.6 | 47 |
| 胆固醇(mg/dl) | 192 | 0.6 |  | 一 | 0.6 |  |  |  |  |
|  |  | 糖尿病史 | 无 | 1.0 |  | 一 | 1.0 |  |  |  |  |
| 冠心病 |  | 体力活动 | 坐位工作 | 2.5 |  | 定期锻炼 | 1.0 |  |  |  |  |
|  |  | 家族史 | 无 | 0.9 |  | 一 | 0.9 |  |  |  |  |
|  |  | 吸烟 | 否 | 0.5 |  | 一 | 0.5 |  |  |  |  |
|  |  | 体重 | 超重30% | 1.3 |  | 降到平均体重 | 1.0 |  |  |  |  |
|  | 285 | 饮酒 | 不饮 | 0.5 | 1.9 | 541.5 一 | 0.5 | 1.9 | 541.5 | 0 | 0 |
| 车祸 |  | 驾车里程250 | 00公里/年 | 2.5 |  | — | 2.5 |  |  |  |  |
|  |  | 安全带使用 | 90% | 0.8 |  | 100% | 0.8 |  |  |  |  |
| 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 | 222 | 饮酒 | 不饮 | 0.1 | 0.1 | 22.2 一 | 0.1 | 0.1 | 22.2 | 0 | 0 |
|  | 222 | 血压(kPa) | 16.0/9.3 | 0.4 | 0.19 | 42.18 一 | 0.4 | 0.19 | 42.18 | 0 | 0 |
| 脑血管病 |  | 胆固醇(mg/dl) | 192 | 0.2 |  | 一 | 0.2 |  |  |  |  |
| 糖尿病史 | 无 | 1.0 |  | — | 1.0 |  |  |  |  |
|  |  | 吸烟 | 否 | 0.8 |  | 一 | 0.8 |  |  |  |  |
| 肺癌 | 202 | 吸烟 | 否 | 0.2 | 0.2 | 40.4 一 | 0.2 | 0.2 | 40.4 | 0 | 0 |
| 慢性风湿 | 167 | 心脏杂音 | 无 | 1.0 | 0.1 | 16.7 一 | 1.0 | 0.1 | 16.7 | 0 | 0 |
| 性心脏病 |  | 风湿热 | 无 | 1.0 |  | — | .0 |  |  |  |  |
| 症状体征 | 无 | 0.1 |  | 一 | 0.1 |  |  |  |  |
|  | 111 | 饮酒 | 不饮 | 1.0 | 1.0 | 111.0 一 | .0 | 0.1 | 111.0 | 0 | 0 |
| 肺炎 |  | 肺气肿 | 无 | 1.0 |  | 一 | .0 |  |  |  |  |
|  |  | 吸烟 | 否 | 1.0 |  | 一 | .0 |  |  |  |  |
|  | 111 | 肠息肉 | 无 | .0 | .0 | 111.0 一 | .0 | 0.3 | 33.3 | 77.7 | 1 |
|  |  | 肛门出血 | 无 | .0 |  | 一 | .0 |  |  |  |  |
| 肠癌 |  | 肠炎 | 无 | .0 |  | 一 | .0 |  |  |  |  |
|  |  | 直肠镜检查 | 无 | .0 |  | 每 年检查一次0 | .3 |  |  |  |  |
| 高血压  心脏病 | 56 | 血压(kPa)  体重 超 | 6.0/9.30 重30% | .40  .3 | .7 | 39.2 一 降 到平均体重 | 0.4  .0 | 0.4 | 22.4 | 16.8 | 0.2 |
|  | 56 | X线检查 | 阴性0 | .20 | .2 | 11.2 0 | .2 | 0.2 | 11.2 | 0 | 0 |
| 肺结核 |  | 结核活动 | 无1 | .0 |  | 1 | .0 |  |  |  |  |
|  |  | 社会经济地位 | 中等1 | .0 |  | — | .0 |  |  |  |  |
| 其他 | 987 |  | 1 | .0 | 19 | 87 1 | .0 | 1.019 | 87 | 0 | 0 |

合计 5

560 7167.45 3430.353 737.1 52.2

**第六章** **健康危险因素评价** 

资料可以来自询问或自填式问卷调查，收集行为生活方式、环境危险因素和医疗卫生服 务中的危险因素，通过病史询问、体格检查和实验室检查，也可以获得重要的资料。

**二、分析资料**

(一)将危险因素转换成危险分数

如前所述，将危险因素转换成危险分数，以便将各种单位不同的危险因素放在一起考 虑，是一种综合评价的方法，是危险因素评价的关键步骤，列在表6-1的第(5)项。将危 险因素转换成危险分数的方法有两种， 一种是依靠大量的病因学和流行病学的研究成果，找 出某种慢性病的危险因素，通过剂量反应关系确定危险因素的密切程度，通过相对危险度评 价确定危险因素的作用强度，再通过多元回归分析将危险因素与死亡率之间的函数关系用数 学公式表达出来。另外一种方法是经验估计，邀请一部分不同专业的专家，参照目前病因学 和流行病学研究的成就，对危险因素与死亡率之间的联系密切程度，提出不同疾病存在危险 因素的平均水平和不同分数值。

一般说来，将危险因素相当于平均水平时危险分数定为1.0,即当危险分数为1.0时， 个人发生某病死亡的概率相当于当地死亡率的平均水平。危险分数大于1.0,则个人发生某 病死亡的概率大于当地死亡率的平均水平。危险分数越高，则死亡概率就越大。危险分数小 于1.0,则个人发生某病死亡的概率小于当地死亡率的平均水平。目前进行危险分数的换算 多采用Gener-Gesner 表(健康危险因素评价危险分数转换表)作为参考，在此表基础上结 合我国具体情况稍作修改。该表分男性和女性，每5岁一张。本书列出40～44岁男性的危 险分数转换表(表6-2)。查表时要注意，如果某人的危险因素指标值在表上查不到，可以 用相邻两个指标值的危险分数来估计，或用内插法计算。

**表6-2健康危险因素评价危险分数转换表(男性，40～44岁)(部分疾病)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 死亡原因 | 危险指标 | 测量值 | 危险分数 |
| 冠心病 | 收缩压kPa(mmHg) | 26.6(200) | 3.2 |
| 23.9(180) | 2.2 |
| 21.3(160) | 1.4 |
| 18.6(140) | 0.8 |
| 16.0(120) | 0.4 |
| 14.1(106) | 3.7 |
| 舒张压kPa(mmHg) | 13.3(100) | 2.0 |
| 12.5(94) | 1.3 |
| 11.7(88) | 0.8 |
| 10.9(82) | 0.4 |
| 胆固醇(mg/dl) | 280 | 1.5 |
| 220 | 1.0 |
| 180 | 0.5 |
| 糖尿病史 | 有 | 3.0 |
| 已控制 | 2.5 |
| 无 | 1.0 |

111

**社会医学(第2版)**

**续表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 死亡原因 | 危险指标 | 测量值 | 危险分数 |
|  | 运动情况  家族史  吸烟  体重 | 坐着工作和娱乐 有些活动的工作 中度锻炼  较强度锻炼  坐着工作，定期锻炼 其他工作，定期锻炼  父母二人60岁前死于冠心病  父母之一60岁前死于冠心病 父母健在(<60岁)  父母健在(≥60岁) ≥10支/日  <10支/日  吸雪茄或烟斗  戒烟(不足10年)  不吸或戒烟10年以上 超重75%  超重50%  超重15% 超重10%  下降到平均体重 | 2.5  1.0  0.6  0.5  1.0  0.5  1.4  1.2  1.0  0.9  1.5  1.1  1.0  0.7  0.5  2.5  1.5  1.0  0.8  1.0 |
| 车祸 | 饮酒  使用安全带  行车里程 | 频繁社交，明显无节制 频繁社交，稍有节制  适度和偶然社交 不饮  <10%的时间 10%～24%  25%～74% 75%～100%  每年行车里程÷1000=危险分数 | 5.0  2.0  1.0  0.5  1.1  1.0  0.9  0.8 |
| 自杀 | 抑郁 | 经常  偶尔或没有 | 2.5  1.0 |
| 家族史 | 有 无 | 2.5  1.0 |
| 肝硬化 | 饮酒 | 酗酒  频繁社交，明显无节制 频繁社交，稍有节制  适度和偶然社交  极少社交  在症状出现之前戒酒 | 12.5  5.0  2.0  1.0  0.2  0.2 |
| 不饮 | 0.1 |

**续表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 死亡原因 | 危险指标 | 测量值 | 危险分数 |
| 脑血管病 | 收缩压kPa(mmHg) | 26.6(200) | 3.2 |
| 23.9(180) | 2.2 |
| 21.3(160) | 1.4 |
| 18.6(140) | 0.8 |
| 16.0(120) | 0.4 |
| 舒张压kPa(mmHg) | 14.1(106) | 3.7 |
| 13.3(100) | 2.0 |
| 12.5(94) | 1.3 |
| 11.7(88) | 0.8 |
| 10.9(82) | 0.4 |
| 胆固醇(mg/dl) | 280 | 1.5 |
| 220 | 1.0 |
| 糖尿病史 | 180 | 0.5 |
| 有 | 3.0 |
| 已控制 | 2.5 |
| 无 | 1.0 |
| 吸香烟 | 1.2 |
| 吸烟 | 吸雪茄和烟斗 | 1.0 |
| 戒烟 | 1.0 |
| 不吸 | 0.8 |

(二)计算组合危险分数

结果列于表6-1第(6)栏。由于多种危险因素对同一疾病具有联合作用，这种联合作 用对疾病的影响十分强烈。所以在计算危险分数时应考虑危险因素的联合作用。计算组合危 险分数时分两种情况：

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。例 如表6-1中肝硬化的危险因素只有饮酒，故危险分数和组合危险分数都是0.10。

2. 与死亡原因有关的危险因素是多项时，组合危险分数的计算：

(1)将危险分数大于1.0的各项分别减去1.0后剩下的数值作为相加项分别相加，1.0 作为相乘项。如表6-1中第(5)项，冠心病危险因素中，危险分数大于1.0的有体力活 动，危险分数为2.5;体重超过正常体重的30%,危险分数为1.3。所以相加项的分数 为1.8。

(2)小于或等于1.0的各项危险分数值作为相乘项分别相乘。等于或小于1.0的危险分 数值有7项，相乘项之积为0.4×0.6×1.0×1.0×0.9×0.5×1.0=0.108。

(3)相加项和相乘项的结果相加，就得到该死亡原因的组合危险分数。冠心病的组合危 险分数为1.8+0.108=1.91。

(三)存在死亡危险

存在死亡危险指在某种组合危险分数单独或联合作用下，某种疾病的死亡可能性，即现 有危险因素条件下的预期死亡概率：

存在死亡危险=平均死亡概率×组合危险分数

 **社** **会** **医** **学** **(** **第** **2** **版** **)**

列在表6- 1的第(7)项，是第(2)项和第(6)项的乘积。例如，40～44岁男子冠 心病死亡存在危险值为1877/10万人口，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1877/10万×1.91=3585/10万人口，比当地水平高1.91倍。

除了表中所列出的11种有明确危险因素，并且危险因素的危害程度可以评价以外，其 余死亡原因都归于“其他”一组，其他死因的存在死亡危险就是平均死亡概率。也就是将其 他死因的组合危险分数看作1.0。

(四)计算评价年龄 (appraisal age)

评价年龄是根据年龄与死亡率之间的函数关系，从死亡率水平推算出的年龄。具体的计 算方法是将各种死亡原因的存在死亡危险相加，并且要加上其他死因的存在死亡危险，其结 果就是总的存在死亡危险。用总的存在死亡危险查健康评价年龄表(表6-3),就可得出评 价年龄。如表6-1的例子，该41岁男子总的存在死亡危险为7167.45/10万人口，从健康 评价年龄表上查得该数值在6830和7570之间，用内插法计算出该男子的评价年龄约为 43.5岁。

**表6-3** **健康评价年龄表(部分** **】**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 男性存在死亡危险 | 实际年龄最末一位数 | | 2  7 | 3  8 | 4  9 | 女性存在死亡危险 |
| 0  5 | 1  6 |
| 3330 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 1930 |
| 3670 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 2120 |
| 4060 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 2330 |
| 4510 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 2550 |
| 5010 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 2780 |
| 5560 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 3020 |
| 6160 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 3280 |
| 6830 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 3560 |
| 7570 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 3870 |
| 8380 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 4220 |
| 9260 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 4600 |
| 10190 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 5000 |
| 11160 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 5420 |

(五)计算可达到年龄 (achievable age)

可达到年龄是指通过努力降低危险因素后可能达到的预期年龄。针对已存在的危险因 素，提出可能降低危险因素的措施，用重新估计的死亡率算出的一个相应年龄，称为可达到 年龄。其计算方法与评价年龄的计算方法相似。将医师建议改变的危险因素指标值填入表 6-1第(8)项；根据新指标值查危险分数转换表，将所得的危险分数填入第(9)项，重新 计算组合危险分数填入第(10)项；用第(2)项乘以表(10)项得新存在死亡危险填入第 (11)项，并计算出总的新存在死亡危险；查健康评价年龄表(表6-3),所得出的年龄就 是可达到年龄。如表6-1例某41岁男性，重新计算的总死亡危险为3430.35/10万人口， 查得可达到年龄为36岁。

(六)计算危险降低程度

危险降低程度指如果根据医生的建议改变了现有的危险因素，危险能够降低多少，也即 是危险降低的情况，用危险降低的百分比表示。其中，表6-1第(12)项是存在死亡危险 降低的实际数量。用存在死亡危险(第7项)减新存在死亡危险(第11项)获得。第(13) 项阐明的是这一危险的降低量在总的存在死亡危险中所占百分比。它由每种死亡原因的危险 降低量(第12项)除以总存在死亡危险得到。例如：冠心病的危险降低量=3585.07- 206.47=3378.60,危险降低百分比=3378.60÷7167.45×100%=47%。余类推。

**第三节** **健康危险因素评价**

**一** **、健康危险因素评价的意义**

健康危险因素评价可以用于个体评价和群体评价。个体评价的结果主要用于个体健康预 测，有利于医生对个体的慢性病进行控制和管理。群体评价是在个体评价的基础上进行的， 其结果可以用于了解危险因素在人群当中的分布和严重程度，为确定疾病防治工作的重点， 制定防治措施对策提供依据。

**二、个体评价**

根据实际年龄、评价年龄和可达到年龄三者之间的关系不同， 一般可将个体分为四种 类型。

( 一)健康型

属于这一类型的个体，评价年龄小于实际年龄。例如， 一位47岁的人，评价年龄仅43 岁。这一类型的评价年龄小于实际年龄，说明个体危险因素较平均危险水平低，健康状况较 好，47岁的个体可能经历如同43岁那样的死亡率。

(二)自创性危险因素类型

这一类型个体，评价年龄大于实际年龄，并且评价年龄与可达到年龄之差大。例如表 6-1例子的个体就属这种类型，实际年龄41岁，评价年龄43.5岁，可达到年龄36岁，这 种类型的个体评价年龄大于实际年龄，说明个体危险因素较平均水平高。评价年龄与可达到 年龄相差大，说明这些危险因素多是自身的行为生活方式所致，改变行为可以去除。

(三)历史危险因素类型

这一类型的个体，评价年龄大于实际年龄，但是评价年龄与可达到年龄之差小，在1岁 或1岁以内。例如：某人实际年龄41岁，评价年龄47岁，可达到年龄46岁，评价年龄与 可达到年龄之差仅为1岁，这种类型说明个体的危险因素主要来自过去病史或遗传因素，不 容易降低和改变这些因素。

(四)少量危险型

这类人实际年龄与评价年龄相接近，死亡过程相当于当地平均水平，说明个体存在的危 险因素接近当地平均水平。

健康危险因素的个体评价，优点在于非常直观，能够给被评价对象一个明确的概念，即 如果危险因素是可以通过改变行为控制的，个体的评价年龄和可达到年龄之间就有着明显的 差距。但是健康危险因素的个体评价较多地考虑到危险因素对人生命的量方面的影响，没有 考虑到对生活质的方面的影响。例如，危险因素评价的终点是死亡，但在导致死亡之前，危

 **社** **会** **医** **学** **(** **第** **2** **版** **)**



6

险因素已经造成了很多长期的生活质量损害，如活动受限和残疾。另外，通过行为改变彻底 消除危险因素的影响是一个非常艰苦的工作，因为很多行为是集体化而不是个人所能够选择 的，例如饮酒是一种社交行为。所以，在运用健康危险因素评价进行健康教育的时候，医师 应当有一定的灵活性，而且与被评价对象之间的沟通、对被评价对象的精神和社会支持都是 十分不可缺少的。

**三** **、群体评价**

(一)确定高危人群

根据危险因素评价，可以将被评价对象分为健康型、一般型和危险型，有利于社区确定 高危人群，利用有限资源进行有效的健康管理。我们通过前面的询问调查，了解被评价对象 的文化水平、收入水平和职业，然后分别确定健康型、一般型和危险型人群的这些特征。通 过这类分层分析，我们就可以了解具有哪些特征的人是高危险的人群，可以采取社区综合防 治措施，对这些人群进行预防和控制。群体评价的结果有助于制定群体的健康教育和健康促 进对策。

(二)确定危险因素

危险因素评价的第二个重要作用是确定某一个人群当中的主要危险因素。个体的主要危 险因素和人群的主要危险因素不一样。通过个体评价，我们得到了个体的危险因素，就是某 一项危险因素去除之后的危险降低程度。但是，某一个个体的危险因素未必是全人群的危险 因素，要评价全人群的危险因素，还要考虑该危险因素在人群当中的分布比例。所以，人群 当中的危险因素受个体危险因素和危险因素在人群当中分布比例的影响。比如说，某个体危 险降低程度最大的因素是高血压，但是高血压在人群当中分布的比例只有11%;而危险降 低程度次于高血压的是缺乏锻炼，而缺乏锻炼的人在人群当中的分布比例却有43%,所以 在整个人群来看，进行健康教育的重点首先是宣传体育锻炼，其次才是预防高血压。

(张拓红)

**第七章** **生活质量评价**

**学** **习** **目** **标**

1. 概述

2. 生活质量评价的内容

3. 生活质量评价的量表

4. 生活质量评价的应用

**教学目标**

1. 阐述生活质量的概念

2. 给出生命数量和生活质量的概念

3. 给出健康相关生活质量的概念

4. 列出健康相关生活质量的评价内容

5. 解释日常生活活动能力的概念

6. 解释心理和社会健康的概念

7. 知道量表的效度和信度

8. 描述健康相关生活质量的应用



**第一节** **生活质量的概念和内容**

**一** **、生活质量和生命数量**

生活质量 (quality of life) 的定义多种多样，Walker 指出，生活质量是指人的身体和 心理特征及由此而确定的个人行为功能状态，它描述个人的执行功能，并从中得到满足的能 力。更为普遍适用的定义是：生活质量是以社会经济、文化背景和价值取向为基础，人们对 自己的身体状态、心理功能、社会能力以及个人整体情形的一种感觉体验。

生命数量 (quantity of life) 是指个体生存时间的长度，对病人来说就是其接受某一特 定医疗干预后的生存时间，对一般人来说就是平均期望寿命。生命数量和生活质量相互联系 相互制约。追求最长的生存时间和最高的生活质量是人类的最终目的。生命数量与生活质量 常形成对立，有时不得不牺牲一定生命数量来换取更好的生活质量，反之亦然。

**二** **、健康相关生活质量**

健康相关生活质量 (health-related quality of life) 是指在病伤、医疗干预、老化和社会 环境改变的影响下个人的健康状态，以及与其经济、文化背景和价值取向相联系的主观满意

 **社** **会** **医** **学** **(** **第** **2** **版** **)**

度。健康状态和主观满意度构成了健康相关生活质量的主要内容。健康状态是从身体、心理 和社会三方面来描述个人的功能状态。功能能力是生活质量测定的关键；主观满意度是指个 人的需求和愿望得到满足时所产生的主观满意程度，属生活质量的主观成分。健康相关生活 质量具有以下特征：

1. 健康相关生活质量是一个综合现象，包含了身体功能、心理能力、社会适应能力和 一般性感觉四个方面；健康相关生活质量多采用功能或行为术语来说明，即应着重于具有某 种状态的人，其行为能力如何，而不是临床诊断和实验室检查结果。

2. 在评价者方面，更多的是采用自我评价，即由个人对自己的生活质量作出评价。

3. 反映健康相关生活质量的指标常是主观指标。采用客观指标，不同的人之间很难进 行比较。如采用实验室检查或临床诊断等指标在不同病人间很难作出合理的比较。

4. 健康相关生活质量具有时变性，即随时间的变化而变化，这就很容易反映出疾病、 治疗方法、老化和其他卫生保健措施的作用，因此常用作卫生保健的效果指标，它常比一些 客观的健康指标更为敏感。

**第二节** **健康相关生活质量的评价内容**

**一、躯体健康**

身体状态反映个人的体能和活动能力，即身体功能和活动能力，主要包括三方面：

1. 活动受限一是个体正常躯体活动受限；二是迁移受限，表现为不能外出或外出不 能达一定距离，如卧床、室内活动或不能利用交通工具等；三是自我照料能力下降。活动受 限是生活质量中较为敏感的指标。包括以下两个内容：

(1)日常生活活动能力 (activities of daily life,ADL): 见第五章第三节。

(2)工具使用的日常生活活动能力 (instrumental activities of daily life,IADL): 见第 五章第三节。

2. 角色功能受限 角色功能指从事正常角色活动的能力，包括正式的工作、社会活动、 家务活动等。这种能力会经常由于身体功能下降而受到影响。在大多数人群中角色受限是身 体健康引起的，如主要角色活动的种类和数量受限、角色紧张、角色冲突等。但角色活动无 疑又是社会功能的表现形式，严重心理损害也能干扰角色功能，故角色功能受限是反映生活 质量的一个综合指标。

3. 体力适度性 主要指个人在常态活动中所表现出的疲劳感、无力感和虚弱感，如爬 山、登楼、举或搬重物能力等。

**二、心理健康**

所有的疾病和损伤都会给患者带来心理变化，只是程度不同。这些心理变化主要是情绪 和意识。情绪反应是反映情绪变化的指标，而认知功能则是反映意识变化的指标。

1. 情绪反应 情绪反应常常是生活质量测量中最为敏感的部分，这是因为它不仅受疾 病的直接影响，而且个体身体功能状态和社会功能状态，也会间接地从情绪反应中表现出 来。一些疾病会带来负向的情绪反应，如焦虑、抑郁。但情绪是极不稳定的，有时又很难进 行准确测量。

**第** **七** **章** **生** **活** **质** **量** **评** **价** 

2. 认知功能 包括时间地点定位、方向识别能力、机智思维、注意力和记忆力等，是 个人完成各种活动的基本能力。因为几乎任何疾病的晚期和老年人达到一定年龄，都伴有认 知功能障碍。认知功能在生活质量测量中不总是敏感指标，但是相对稳定的指标。

**三、社会功能**

相对于躯体和心理健康的测量，社会功能研究得较少。

社会功能包括两个概念：

1. 社会交往 强调交往的范围和数量、社会资源的充分程度(访问朋友，走亲戚)但 没有强调效果和质量。社会资源指个人的社会网络与社会联系，包括网络的质量与数量。数 量指可能交往的朋友、亲属、邻居、同事等的数目，质量指各种人际关系的密切程度。

2. 社会支持 指社会交往和社会资源对个人的支持程度，包括情感支持和物质支持。 前者对于健康和生活质量更有作用。社会支持的测量是间接的，即是通过接受支持的人的个 人判断来获得。社会支持的测量结果代表了个人对某相互关系充分性的评价，包括可信赖并 能向其倾诉心里话的人以及提供社会支持的数量。个体的社会健康状况体现在体验到别人的 关心，自己对别人有用以及能够参与社会生活等方面。

**四** **、一般性感觉**

一般性感觉是指个人对其健康状态、生活状况作出的自我评判，是生活质量评价中较为 主观的指标，这种主观评价一般与个人的文化背景和价值观念的关系极为密切。

1. 健康自评 可以是对个体目前综合健康状态的自我评价，也可以是对自己将来健康 状况发展的自我评判，即对现时健康的认识和未来健康的期望。健康自评是一种综合评价， 反映个体生活质量的总变化。

2. 自我生活评价 是个人对其生活某方面的自我评价或对其生活各方面综合性的自评。 它反映个体对生活的满意程度。评价的内容包括经济状况、婚姻家庭生活、职业、闲暇活 动、社会生活等。常用的是多级排序法来测量。自我生活评价与健康状态的各方面直接相联 系，是生活质量水平的直接反映。

**第三节** **常用的生活质量量表**

**一、WHO生活质量测定量表** **(WHOQOL-100)**

(一)生活质量测定量表

1991年，世界卫生组织成立了生活质量研究组，本着国际可比性的目的，在美国、英 国、俄罗斯和日本等国家建立了15个研究协作中心，同步研究跨国、跨地区、多文化、多 语言的生活质量测定量表。1995年在第二届国际生存质量学术大会上，又增加了中国、西 班牙、加拿大、中国香港等9个中心，中国由中山大学负责翻译和应用研究工作。

该量表的内容涉及6大领域 (domain) 和24个方面 (facet) (表7 - 1),每个方面有4 个问题，每个问题的编码格式是 “F\*,\*”, 其 中 “F\*” 表示问题所属的方面，“.\*”表 示该方面的问题序号。例如 “F7.2” 表示第7方面的第2个问题；另外再加上4个有关总体 健康和总体生活质量的问题(其编码为G1,G2,G3,G4), 共100个问题。

 **社** **会** **医** **学** **(** **第** **2** **版** **)**

**表** **7** **-** **1** **WHO生活质量测定量表**

I. 生理领域 (PHYS DOMAIN)

1. 疼痛与不适 (pain facet)

2. 精力与疲倦 (energy facet)

3. 睡眠与休息 (sleep facet)

Ⅱ.心理领域(PSYCHO DOMAIN)

4. 积极感受 (pfeel facet)

5. 思想、学习、记忆和注意力 (think facet)

6. 自 尊 (esteem facet)

7. 身材与相貌 (body facet)

8. 消极感受 (neg facet)

Ⅲ.独立性领域 (IND DOMAIN)

9. 行动能力 (mobil facet)

10. 日常生活能力 (medic facet)

11. 对药物及医疗手段的依赖性 (activ facet)

12. 工作能力 (work facet)

IV. 社会关系领域 (SOCIL DOMAIN)

13. 个人关系 (relat facet)

14. 所需社会支持的满足程度 (supp facet)

15. 性生活 (sexx facet)

V. 环境领域 (ENVIR DOMAIN)

16. 社会安全保障 (safety facet)

17. 住房环境 (home facet)

18. 经济来源 (finan facet)

19. 医疗服务与社会保障：获取途径与质量 (service facet)

20. 获取新信息、知识、技能的机会(inform facet)

21. 休闲娱乐活动的参与机会与参与程度 (leisur facet)

22. 环境条件(污染/噪声/交通/气候)(envir facet)

23. 交通条件 (transp facet)

VI. 精神支柱/宗教/个人信仰 (DOM6)

24. 精神支柱/宗教/个人信仰 (spirit facet)



(二) WHO 生活质量测定量表简表

研究表明，由于生活质量量表比较长，在实际运用当中不够方便，所以世界卫生组织同 时开发了与全表信度和效度基本 一 致的简表。简表当中包括个人的背景情况，以及表的主体 部分。表的主体部分由全表的每个方面当中抽出 一 个问题所组成，另外再加上4个有关总体 健康和总体生存质量的问题，共有28个问题。见表7 - 2。

**表** **7** **-** **2** **生存质量测定量表简表**

有关您个人的情况

1. 您的性别? 男 女

2. 年龄：

3.您的出生日期： 年 月 日

**第** **七** **章** **生** **活** **质** **量** **评** **价** 

4.您的最高学历是： 小学 初中 高中或中专 大专 大学本科 研究生及以上

5. 您的婚姻状况： 未婚 已婚 同居 分居 离异 丧偶

6. 现在您正在生病吗? 是 否

7. 目前您有什么健康问题

8. 您的职业是：工人 农民 行政工作者 服务行业 知识分子

填 表 说 明 ：

这份问卷是要了解您对自己的生存质量、健康状况以及日常活动的感觉如何，请您一定回答所有的问 题。如果对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。注意所有的问题都只是您最近两星 期 内 的 情 况 。

例如：您能从他人那里得到您所需要的支持吗?

根本不能 | 很少能 | 能( 一 般) | 多数能 完全能

1 2 I 3 4 | 5

请您根据两周来您从他人处获得所需要的支持的程度在最适合的数字处打一个 √,如果您多数时候能 得到所需要的支持，就在数字“4”处打一个 √,如果根本得不到所需要的帮助，就在数字“1”处打一 个 √ 。

请阅读每一个问题，根据您的感觉，选择最适合您情况的答案。

1. (G1) 您怎样评价自己的生存质量?

很差 | 差 | 不好也不差 I 好 很好

1 | 2 3 4 5

2.(G4) 您对自己的健康状况满意吗?

很不满意|不满意|既非满意也非不满意|满意 很满意

1 2 3 4 5

3.(F1.4) 您觉得疼痛妨碍您去做自己需要做的事情吗?

根本不妨碍 |很少妨碍 有妨碍(一般) 比较妨碍

极妨碍

5

1 2 3 4

下面的问题是关于两周来您经历某些事情的感觉。

4.(F11.3) 您需要医疗的帮助进行日常生活吗?

根本不需要 |很少需要| 有需要(一般) 比较需要 极需要

1 2 3 4 5

5.(F4.1) 您觉得生活有乐趣吗?

根本没乐趣 很少有乐趣 有乐趣(一般) 比较有乐趣

1 2 3 4

6.(F24.2) 您觉得自己的生活有意义吗?

根 本 没 意 义 很少有意义 有意义(一般) 比较有意义

1 2 3 4

7.(F5.3) 您能集中注意力吗?

极有乐趣

5

极有意义

5

 **社** **会** **医** **学** **(** **第** **2** **版** **)**

根 本 不 能 很少能 能(一般) 1 2 3

多数能

4

8.(F16.1) 日常生活中您感觉安全吗?

根本不安全

很少安全

2

安全(一般)

3

1

9.(F22.1) 您的生活环境对健康好吗?

根本不好

很少好

2

好( 一般)

1

3

下面的问题是关于两周来您做某些事情的能力

完全能

5



比 较 安 全

4



比 较 好

4

极安全

5

极好

5

10. (F2.1) 您有充沛的精力去应付日常生活吗?

根本没精力 很少有精力 有精力(一般)

您认为自己的外形过得去吗?

2

3

1 11.(F7.1)

|  |  |
| --- | --- |
| 根本过不去 |很少过得去  1  2  您的钱够用吗?  12.(F18.1)  很少够用  根本不够用  1  2 | 过得去(一般)  3  够用(一般)  3 |

13.(F20.1) 在日常生活中您需要的信息都齐备吗?

根 本 不 齐 备 | 很 少 齐 备 | 齐备(一般)

2 3

1 14.(F21.1)

您有机会进行休闲活动吗?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 多数有精力  4  多 数 过 得 去  4 |  | 极 有 精 力  5  完全过得去  5 |

|  |  |
| --- | --- |
| 多 数 够 用  4  多 数 齐 备  4 | 完全够用  5  完全齐备  5 |

根 本 没 机 会

工

很少有机会 |有机会(一般) | 多数有机会 2 3 4

完全有机会

5

下面的问题是关于两周来您对自己日常生活各个方面的满意程度

15.(F9.1) 您行动的能力如何?

很差 | 差 不好也不差 好 很好

1 | 2 3 4 5

16.(F3.3) 您对自己的睡眠情况满意吗?

很不满意 | 不满意 既 非 满 意 也 非 不 满 意 满意

工 2 3 4

17.(F10.3) 您对自己做日常生活事情的能力满意吗?

|  |  |
| --- | --- |
| 很不满意 | 不满意 | 既 非 满 意 也 非 不 满 意  2 3  工  18.(F12.4)  您对自己的工作能力满意吗?  很不满意 | 不满意 既非满意也非不满意  1  2 3 | 满意  4  满意  4 |

很满意

5

很满意 5

很满意

5

19. (F6.3) 您对自己满意吗?

很不满意

工



不满意

2



既非满意也非不满意

满意

4

3

很 满 意

5

很满意

5

很满意

5

很满意

5

**第** **七** **章** **生** **活** **质** **量** **评** **价**

20. (F13.3) 您对自己的人际关系满意吗?

很不满意 | 不满意 既 非 满 意 也 非 不 满 意 满意

很满意

5

1 2 3 4

21. (F15.3) 您对自己的性生活满意吗?

很不满意 | 不满意 既 非 满 意 也 非 不 满 意 满意

1 2 3 4

22.(F14.4) 您对从朋友那里得到的支持满意吗?

很不满意 | 不满意 既 非 满 意 也 非 不 满 意 满意

1 2 3 4

23.(F17.3) 您对自己的居住地的条件满意吗?

很不满意 |不满意 | 既非满意也非不满意 满意

1 2 3 4

24.(F19.3) 您对得到卫生保健服务的方便程度满意吗?

很满意

5

很满意

5

很 不 满 意 | 不满意 既 非 满 意 也 非 不 满 意 满意

1 2 3 4

25. (F23.3) 您对自己的交通情况满意吗?

很 不 满 意 | 不满意 既 非 满 意 也 非 不 满 意 满意

1 2 3 4

下面的问题是关于两周来您经历某些事情的频繁程度

26.(F8.1) 您有消极感受吗(如情绪低落，绝望，焦虑，忧郁)? 没 有 | 偶 尔 有 | 时 有 时 无 | 经 常 有 总 是 有

1 2 3 4 5

此外 ， 还有三个问题

101. 家庭摩擦影响您的生活吗?

根本不影响 1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 很少影响 2 | 影响(一般) 3 | 有比较大影响 4 |

有极大影响 5

102. 您的食欲怎么样?

很 差 差 不好也不差 好 很 好

1 2 3 4 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

您是在别人的帮助下填完这份调查表的吗? 是 否

您 花 了 多 长 时 间 来 填 完 这 份 调 查 表 ? ( ) 分 钟 您对本问卷有何建议 ：

感谢您的帮助!

填 表 日 期 ：

**社** **会** **医** **学** **(** **第** **2** **版** **)**

**二、36条目简明健康量表** **(SF-36)**

**表7-336条目简明健康量表**

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：

棒极了 [1](#bookmark347)

很好 [2](#bookmark348)

好 [3](#bookmark349)

过得去 [4](#bookmark350)

糟糕 [5](#bookmark351)

2. 与一年前相比，你如何评价现在的健康状况?

比一年前好多了 [1](#bookmark352)

比一年前好一点 [2](#bookmark353)

和一年前差不多 [3](#bookmark354)

比一年前差一点 [4](#bookmark355)

比一年前差多了 [5](#bookmark356)

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?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 活动 | 是，很受限 | 是，稍受限 | 不，完全不受限 |
| a.高强度活动，如跑步、举重物、参与剧烈运动 | 1 | 2 | 3 |
| b.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 | 2 | 3 |
| c.举或搬运杂物 | 1 | 2 | 3 |
| d.爬数层楼梯 | 1 | 2 | 3 |
| e.爬一层楼梯 | 1 | 2 | 3 |
| f.弯腰、屈膝 | 1 | 2 | 3 |
| g.步行1500米以上 | 1 | 2 | 3 |
| h.步行几个路口 | 工 | 2 | 3 |
| i.步行一个路口 | 1 | 2 | 3 |
| j. 自己洗澡或穿衣 | 工 | 2 | 3 |

4. 在过去4周，你是否因为生理健康原因，在工作或从事其他日常活动时有下列问题?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 是 | 否 |
| a.减少了工作或从事其他活动的时间 | 1 | 2 |
| b.减少了工作量或活动量 | 1 | 2 |
| c.从事工作或其他活动的种类受限 | 1 | 2 |
| d.从事工作或其他活动有困难(例如，费劲) | 1 | 2 |

5. 在过去4周，你是否因为任何情感问题(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?

**第七章** **生活质量评价** 

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 是 | 否 |
| a.减少了工作或从事其他活动的时间 | 1 | 2 |
| b.减少了工作量或活动量 | 1 | 2 |
| c.不能像平常那么专心地从事工作或其他活动 | 1 | 2 |

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?

完全没有 [1](#bookmark358)

轻度 [2](#bookmark359)

中度 [3](#bookmark360)

重度 [4](#bookmark361)

极度 [5](#bookmark362)

7.在过去4周，你经受了多少躯体疼痛?

完全没有 [1](#bookmark363)

很轻微 [2](#bookmark364)

轻微 [3](#bookmark365)

中等 [4](#bookmark366)

严重 [5](#bookmark367)

很严重 [6](#bookmark368)

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)

完全没有 [1](#bookmark369)

*一点点* [*2*](#bookmark370)

中度 [3](#bookmark371)

重度 [4](#bookmark372)

极度 [5](#bookmark373)

9.这些问题将问及你在过去4周的感觉和情感体验。对每一个问题，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：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 所有时间 | 绝大多数时间 | 很多时间 | 一些时间 | 一点时间 | 没有时间 |
| a.你觉得干劲十足? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b.你是一个非常紧张的人? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c.你感到情绪低落、沮丧，怎么也 快乐不起来? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d.你觉得平静、安适? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| e.你觉得精力旺盛? | 工 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| f.你感到闷闷不乐、心情忧郁? | 工 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| g.你觉得累极了? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| h.你是一个快乐的人? | 工 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| i.你觉得疲劳? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

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?

所有时间 [1](#bookmark358)

绝大多数时间 [2](#bookmark359)

一些时间 [3](#bookmark360)

**社** **会** **医** **学** **(** **第** **2** **版** **)**

一点时间 [4](#bookmark375)

没有时间 [5](#bookmark376)

11. 下列每一种情形与你的实际情况符合的程度如何?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 全部符合 | 大部分符合 | 不知道 | 大部分不符合 | 全部不符合 |
| a.和其他人相比，我似乎更容易生病 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b.我和我认识的人一样健康 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c.我预计我的健康状况将变得更差 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d.我的身体棒极了 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**三、疾病影响量表** **(SIP)**

**表** **7** **-** **4** **疾病影响量表**

使用指导语(以下是针对被调查者的训练):

开始调查之前，我先给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睡觉或打盹[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. 觉得自己很糟糕、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. 经常扎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]

否 否 否 否 否 否 否

是 是 是 是 是 是 是

是 是 是

是 是

是

□ □ □ □ □ □ □

□ □ □

□ □ □

□

否 否 否

否 否

否

□ □

□ □

□

□

□

…

[ □ □ □ □ □

□ □ □

126

 **第** **七** **章** **生** **活** **质** **量** **评** **价**

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

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. 在别人的帮助下，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]

是 是 是 是

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

否

□

是

1. 只能短时间地做些家务或歇会再做[054]

□ □ 否 否

□

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]

否 否

4. 过去我常修修补补，现在不做了[062]

□ □

是 是

5. 过去常去商店买东西，现在不去了[071]

否

6. 过去常清扫房间，现在一点也不干了[077]

□

7. 动手的活做起来困难，如修补[069]

□ □ □ □ 否 否 否 否

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. 家庭收支事物不能管了，如存取款、生活[084] V.M-0719

□ □ □ □ □ □ □◇ □ □ 否 否 否 否 否 否 否 否 方 你

是 是

是 是

是 是

是 是

是 是

是

1. 仅能在一栋房子里活动[086]

2. 只能待在室内[106]

3. 呆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]

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. 在外面只能呆一会就得回家[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]

否 □

**社** **会** **医** **学** **(** **第** **2** **版** **)**

□ □ □ □ □ □ □

2. 根本不外出走亲访友[101]

是 是 是 是 是 是 是 是 是 是 是 是 是 是 是 是 是 是 是 是 是 是

3. 对别人的事情不感兴趣，也不愿意帮忙[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. 大部分时间一个人呆着[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] V.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]

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] VⅢ.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，门锁没有等[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

128

否 否 否 否 否 否 否 否 否 否 否 否 否 否 否 否 否 否 否 否 否 否 否 否 否 否 否 否 否 否 否 否 否 否 否 否

□ □ ◇ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

是

是 是

是 是

是 是

是 是

是 是

是 是

是 是

是 是

是 是

□ □

□ □

□ □ □ □ □ □ □ □

否 否 否 否 否

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □

… …

□ □ □□ □ □ □

□ □

□ □

□

□

□

□

□

□ □

□ □ □

□

□

□ □

**第** **七** **章** **生** **活** **质** **量** **评** **价**

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

1. 我不干任何工作[361]

(如果是，不必回答下面8个问题，从XI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]

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]

9. 我的工作不像以前那样细心、精确[062] XI.RP-0422

1. 业余爱好或娱乐时间缩短了[039]

2. 外出参加娱乐活动的次数减少了[036]

3. 非活动性的消遣(如看书、电视、打牌)的时间减少了[059]

4. 非活动性的消遣(如看书、电视、打牌等)我都不玩了[084]

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]

6. 我参加集体活动的时间较以前少了[033]

7. 往常的躯体活动(如打球等)减少了[043]

8. 我不再从事往常的躯体活动了[077] XⅡ.E-0705

1. 吃的比以前少了[037]

2. 我自己能吃饭，但必须是专门为我做的，或特别的餐具[077]

3. 需吃特别的膳食，如软食、低盐、低脂肪、低糖或平衡膳[043]

4. 我仅能吃些流质如牛奶、豆浆[104]

5. 吃东西挑剔，或只一点一点地吃一些[059]

6. 现在很少喝饮料(如茶水、啤酒、果汁)[036]

7. 吃饭时需要别人帮助(如准备好、加饭等)[099]

8. 吃饭时要别人喂[117]

9. 什么都不能吃，只有靠胃管或输液供给营养[133]

是是曰是 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 是

否 否 否 否 否 否 否 否

□ □ □ □ □ □◇ □

否 否 否 否 否 否 否 否 否 否

◇ ◇

□ □ □ □ □ □ □ □

□

□ □

□ 否 □

□ 否 □

□ 否 □

□ □ □ □ □

□□□

否 否 否 否 否 否 否 否

□ □

□ □ □ □ □ □ □

□

□ □

◇

□ □

□

□ □ □ □ □ □ □ □

否 否 否 否 否 否 否 否 否

□ □ □ □ □ □ □ □ □

□

**第四节** **生活质量评价的应用**

**一** **、健康状态评价**

健康相关生活质量评价在一定程度上就是健康评价。用生活质量的理论与方法来评价健 康符合生物-心理-社会医学模式的要求，它用整体的、综合的指标来说明健康，更强调个 体、社会在健康中的作用，更注重个体的生存能力，而不仅是身体健康。

**二** **、选择治疗方法**

临床医学实践中，有关治疗方法的选择多是以医生的知识和经验判断为基础，而很少顾 及病人的态度。实际上有些疗法的实施与否，对病人的身体功能、心理状态和社会适应能力 会产生很大的影响。因此对治疗方法的选择应该考虑该治疗方法对病人生活质量的影响或者 是否改善了病人的生活质量。

**三、计算质量调整生存年数**

质量调整生存年数 (quality adjusted life years,QALY) 是用生活质量来调整期望寿命 或生存年数而得到的一个新指标。平均期望寿命把人们在不正常的功能状态下的生存时间与 正常功能状态下的生存时间等同对待，质量调整生存年数通过生活质量评价把不正常功能状 态下的生存年数换算成有效用的生存年数，使其与健康人处于等同状态。

**四** **、成本-效益分析**

成本-效益分析就是获得一定效益需多少费用的分析。任何一项投资都要求以最小的投 入获取最大的效益。最大的效益就是给人群带来更多的生存年数和更好的生活质量，用每获 得一个质量调整生存年数所需的成本费用(即费用/QALY), 来对各种方案或投资的经济效 益作出分析。

**一** **、名词解释**

1. 生活质量

2. 生命数量



3. 日常生活活动能力

4. 健康相关生活质量

**二** **、填** **空** **题**

1. 健康相关生活质量是一个综合现象，包含了 和 四 个 方面 。

2. 反映健康相关生活质量的指标常是 指标。

3. 基本的日常生活活动包括 

4. 心理健康包括  。

 **第** **七** **章** **生** **活** **质** **量** **评** **价**

5. 社会健康包括 

**三、选择题**

1. 健康相关生活质量的主要内容是

而变化

4. 下面关于认知功能的说法哪个错误

A. 认知功能是生活质量测量中非常 敏感的指标

B. 认知功能是生活质量测量中相对 稳定的指标

C. 大部分疾病的晚期都伴有认知功 能障碍

D. 一般来说老年人达到一定的年龄 都伴有认知功能障碍

E. 认知功能是个人完成各种活动的 基本能力

5. 质量调整生存年数是一个新指标， 它是用

A. 权重系数来调整生存年数

B. 权重系数来调整期望寿命

C. 权重系数来调整健康寿命

D. 生活质量来调整生存年数

E. 生活质量来调整健康寿命

6. 下面哪项不属于生活质量评价在医 疗卫生中的应用

A. 选择临床治疗方法

B. 计算潜在减寿年数

C. 计算健康寿命年

D. 卫生投资的成本-效益分析

E. 健康状况的测定评价

7. 生活质量评价的主体是

A. 医生

B. 护士

C. 流行病学家

D. 测量者

E. 被测量者

A. 健康状态

B. 主观满意度

C. 健康状态和主观满意度

D. 身体状态、心理状态和社会功能 状态

E. 自我健康评价

2. 下面关于生命数量和生活质量的说 法哪个错误

A. 生命数量是指个体生存时间的 长度

B. 生活质量是人们对自己的身体状 态、心理功能、社会能力以及个 人整体情形的一种感觉体验

C. 生命数量和生活质量是相互联系 和相互制约的

D. 生活质量是生命数量的前提和 基础

E. 为了获得较高的生活质量，有时

不得不损失一定的生命数量

3. 下面关于健康相关生活质量特征的 说法哪个正确

A. 健康相关生活质量包含了身体功 能、心理能力和社会适应能力三 个方面

B. 反映健康相关生活质量的指标常 常是客观指标

C. 健康相关生活质量大多采用临床 诊断和实验室检查结果

D. 健康相关生活质量的评价主体是

医生、护士和流行病学家

E. 健康相关生活质量随时间的变化

**四** **、问答题**

1. 简述生活质量与生命数量的不同。

2. 举例说明健康相关生活质量的主要评价内容。

3. 生活质量评价的主要应用是什么?



**一、名词解释**

1. 生活质量是以社会经济、文化背景和价值取向为基础，人们对自己的身体状态、心 理功能、社会能力以及个人整体情形的一种感觉体验。

2. 生命数量是指个体生存时间的长度，对病人来说就是其接受某一特定医疗干预后的 生存时间，对一般人来说就是平均期望寿命。

3. 日常生活活动能力是日常生活中必须完成的动作，失去后影响生活自理能力。包括 吃饭，穿衣、上厕所、修饰、上下床等。

4. 健康相关生活质量是指在病伤、医疗干预、老化和社会环境改变的影响下个人的健 康状态，以及与其经济、文化背景和价值取向相联系的主观满意度。健康状态和主观满意度 构成了健康相关生活质量的主要内容。健康状态是从身体、心理和社会三方面来描述个人的 功能状态。功能能力是生活质量测定的关键；主观满意度是指个人的需求和愿望得到满足时 所产生的主观合意程度，属生活质量的主观成分。

**二** **、填空题**

1. 身体健康 心理健康 社会功能 一般性感觉

2. 主观

3. 吃饭 穿 衣 上厕所 修饰 上下床

4. 情绪反应 认知功能

5. 社会交往 社会支持

**三、选择题**

1.C 2.D 3.E 4.A 5.D 6.B 7.E

**四、问答题**

1. 生活质量是以社会经济、文化背景和价值取向为基础，人们对自己的身体状态、心 理功能、社会能力以及个人整体情形的一种感觉体验。

生命数量是指个体生存时间的长度，对病人来说就是其接受某一特定医疗干预后的生存 时间，对一般人来说就是平均期望寿命。

2. (1)躯体健康：如日常生活活动能力。

(2)心理健康：如认知功能和情绪反应。

(3)社会功能：如可信赖并能向其倾诉心里话的人的数量。

(4)一般性感觉：如对健康的自我评价。

3. 可以作为健康评价的方法之一。也可以用于临床实践，通过生活质量评价选择治疗 方法。还可以用于计算质量调整生存年数，以及进行成本-效益分析。

(张拓红 王红妹)

132

**第八章** **社区卫生服务**

**学** **习** **目** **标** ~~·~~

1. 社区卫生服务的概念和特点

2. 社区卫生服务的内容及组织形式

3. 社区卫生服务的实施

**教学目标**

1. 解释社区的概念

2. 给出社区卫生服务的概念

3. 阐述社区卫生服务的特点

4. 熟悉社区卫生服务的内容

5. 描述社区卫生服务的实施过程



**第一节** **社区卫生服务基本概念**

随着社会、经济、技术的发展，卫生保健事业已进入综合保健时代。综合保健是指从全 人群多维健康着眼，对人的生命周期采取从促进健康、预防保健、合理治疗到康复的全面保 健措施，组织发动全社会支持和参与，以达到延长健康寿命，提高和维护人的生活质量的目 标。要实现综合保健的目标，必须发展社区卫生服务。1996年12月，中共中央、国务院召 开了新中国成立以来第一次全国卫生工作会议，讨论通过并于1997年1月公布了《中共中 央、国务院关于卫生改革和发展的决定》(简称《决定》)。《决定》中再一次明确指出发展社 区卫生服务，动员全社会和全体人群积极参加，提高全体人群的素质和健康水平。并指出 “改革城市卫生服务体系，积极发展社区卫生服务，逐步形成功能合理、方便群众的卫生服 务网络。”2009年3月，中共中央、国务院公布了《中共中央、国务院关于深化医药卫生体 制改革的意见》,提出要“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。”

( 一 )社区

社区是若干社会群体或社会组织聚集在某一个地域里所形成的一个生活上相互关联的大 集体，是社会有机体最基本的内容，是宏观社会的缩影。构成社区要具备五个要素：有聚居 的一群人；有一定的地域；有一定的生活服务设施；居民群具有特定的文化背景和生活方 式，居民群之间发生种种社会关系；为谋求规章制度具体落实，产生各种社会群体和机构。

(二)社区发展

社区发展是由联合国倡导的一项世界性运动。其宗旨是加强国家政府同社区的联系，充 分发挥社区成员的积极性，利用社区自身的力量，提高社区社会经济发展水平，改善社区居

**社** **会** **医** **学** **(** **第** **2** **版** **)**



8

民生活，解决社区存在的社会问题。

(三)社区卫生服务

社区卫生服务是社区(发展)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，满足基本医疗卫生服务需求为目的，融 预防、医疗、保健、康复、健康教育、计划生育技术服务等为一体的，有效的、经济的、方 便的、综合的、连续的基层卫生服务。

**第二节** **社区卫生服务的对象**

**一** **、社区卫生服务对象**

社区卫生服务的对象是社区内的全体人群。

**二** **、社区卫生服务对象分类**

根据社区人群的基本情况，可将社区卫生服务对象分为五大类：

(一)健康人群

世界卫生组织指出：“健康不仅是没有疾病和虚弱现象，而且是一种躯体上、心理上和 社会适应方面的完好状态”。“要使世界上所有的人都达到社会、经济生活两方面都富有成效 的那种健康水平”。因此，健康人群应该是躯体健康——躯体的结构完好和功能正常；心理 健康又称精神健康——正确认识自我、正确认识环境、及时适应环境；和具有良好的社会适 应能力——其能力能在社会系统内得到充分的发挥、有效地扮演与其身份相适应的角色、其 行为与社会规范相一致。

(二)亚健康人群

在生理、心理、社会三维健康和有明显疾病两类人群之间还存在一种介于二者之间的人 群，虽然他们没有明显的疾病，但呈现体力降低、反应能力减退、适应能力下降等，这类人 群称为亚健康人群。

(三)高危人群

高危人群是存在明显的对健康有害因素的人群，其发生疾病的概率明显高于其他人群。 包括：

1. 高危家庭的成员 凡是具有以下任何一个或更多标志的家庭即为高危家庭：单亲家 庭；吸毒、酗酒者家庭；精神病患者、残疾者、长期重病者家庭；功能失调濒于崩溃的家 庭；受社会歧视的家庭。

2. 具有明显的危险因素的人群 危险因素是指在机体内外环境中存在的与疾病发生、 发展及死亡有关的诱发因素(不良的生活方式、职业危险因素、社会和家族危险因素)。

(四)重点保健人群

重点保健人群是指由于各种原因需要在社区得到系统保健的人群，如儿童、妇女、老年 人、疾病康复期人群、残疾人等需要特殊保健的人群。

134

**第** **八** **章** **社** **区** **卫** **生** **服** **务** 

(五)病人

患有各种疾病的病人包括常见病病人、出院需继续在社区治疗和康复的病人、已确诊的 慢性病病人、需在社区急救的病人、可在社区接受临终关怀的病人等。

**第三节** **社区卫生服务内容和任务**

为了积极发展社区卫生服务，加强社区卫生服务机构的规范化管理，构筑城市卫生服务 体系新格局，大力推进城市社区建设，卫生部制定了《城市社区卫生服务机构设置原则》、 《城市社区卫生服务中心设置指导标准》和《城市社区卫生服务站设置指导标准》。在《城市 社区卫生服务中心设置指导标准》和《城市社区卫生服务站设置指导标准》文件中明确规定 了社区卫生服务机构的基本内容和基本功能。

**一** **、社区卫生服务的基本内容**

社区卫生服务将社区预防、医疗、保健、康复、健康教育和健康促进、计划生育技术服 务等融为一体。

**二** **、社区卫生服务机构的基本工作内容**

卫生部于2001年11月颁布《城市社区卫生服务基本工作内容》(试行)

第一条 社区卫生诊断

在街道办事处、居民委员会等社区管理部门组织领导以及卫生行政部门的指导下，了解 社区居民健康状况，针对社区主要健康问题，制定和实施社区卫生工作计划。

第二条 健康教育

1. 针对社区主要健康问题，明确社区健康教育的重点对象、主要内容及适宜方式。

2.开展面向群体和个人的健康教育，指导社区居民纠正不利于身心健康的行为和生活 方式。

3. 配合开展免疫接种、预防性病艾滋病、无偿献血、生殖健康、禁毒及控烟等宣传、 教育。

第三条传染病、地方病、寄生虫病防治

1. 开展传染病、地方病及寄生虫病的社区防治。

2. 执行法定传染病登记与报告制度，并协助开展漏报调查。

3. 配合有关部门对传染源予以隔离以及对疫源地进行消毒。

4. 指导恢复期病人定期复查并随访。

5. 开展计划免疫等免疫接种工作。

第四条 慢性非传染性疾病防治

1. 开展健康指导、行为干预。

2. 开展重点慢性非传染性疾病的高危人群监测。

3. 对重点慢性非传染性疾病的患者实施规范化管理。

4. 对恢复期病人进行随访。

第五条 精神卫生

1. 开展精神卫生咨询、宣传与教育。

 **社** **会** **医** **学** **(** **第** **2** **版** **)**

2. 早期发现精神疾患，根据需要及时转诊。

3. 配合开展康复期精神疾患的监护和社区康复。

第六条 妇女保健

1. 围婚期保健 开展婚前卫生咨询与指导；进行婚前医学检查宣传；开展婚后卫生指 导与生育咨询。

2. 产前保健 了解孕妇的基本健康状况和生育状况；早孕初查并建册；开展孕妇及其 家庭的保健指导。

3. 产后保健开展产后家庭访视，提供产后恢复、产后避孕、家庭生活调整等方面的指导。

4. 更年期保健 提供有关生理和心理卫生知识的宣传、教育与咨询；指导更年期妇女 合理就医、饮食、锻炼和用药。

5. 配合上级医疗保健机构开展妇科疾病的筛查。

第七条 儿童保健

1. 新生儿期保健 新生儿访视及护理指导；母乳喂养咨询及指导。

2. 婴幼儿期保健 早期教育；辅食添加及营养指导；生长发育评价。

3. 学龄前期保健 心理发育指导及咨询；生长发育监测；托幼机构卫生保健的指导。

4. 学龄期保健 与家长配合开展性启蒙教育和性心理咨询等。

5. 儿童各期常见病、多发病及意外伤害的预防指导。

第八条 老年保健

1. 了解社区老年人的基本情况和健康状况。

2. 指导老年人进行疾病预防和自我保健。

3. 指导意外伤害的预防、自救和他救。

第九条社区医疗

1. 提供一般常见病、多发病和诊断明确的慢性病的医疗服务。

2. 疑难病症的转诊。

3. 急危重症的现场紧急救护及转诊。

4. 提供家庭出诊、家庭护理、家庭病床等家庭医疗服务。

第十条 社区康复

1. 了解社区残疾人等功能障碍患者的基本情况和医疗康复需求。

2. 以躯体运动功能、日常生活活动能力及心理适应为重点，提供康复治疗和咨询。

第十一条 计划生育技术服务

1. 在夫妻双方知情选择的前提下，指导夫妻双方避孕、节育。

2. 提供避孕药具以及相关咨询。

第十二条 开展社区卫生服务信息的收集、整理、统计、分析与上报工作。

第十三条根据居民需求、社区卫生服务功能和条件，提供其他适宜的基层卫生服务和 相关服务。

**三** **、澳大利亚皇家医学院提出的社区全科医疗核心服务内容**

(一)核心服务

接待所有初诊病人。检查：血压、脉搏、心率心音、胸廓、腹部、体重、肺活量、尿、 血糖、视力及听力、体温。

136

**第** **八** **章** **社** **区** **卫** **生** **服** **务** 

1. 基础评价 心血管系统、神经系统、呼吸系统、骨骼肌肉、消化系统、泌尿系统、 内分泌系统、激素水平、精神状态、耳鼻喉、视觉、营养状况；

2. 全科医疗诊断 初步诊断、鉴别诊断；

3. 紧急情况下急救方案的选择；

4. 为国家筛检计划提供依据；

5. 组织对传染病患者的随访；

6. 执行国家规定的可接受的指导(例如，早期乳腺癌的管理);

7. 提供临终关怀服务；

8. 提供候诊场所；

9. 提供安全的工作环境；

10. 遵守无菌标准；

11. 制定急慢性病的管理计划，包括与病人商榷及对其进行教育；

12. 适当合理的病理学和放射学服务；

13. 处方书写；

14. 探讨可选择的医疗方案及其危险性及副作用；

15. 通过交谈和提供文献来教育病人；

16. 将病人转诊给专科医生；

17. 将病人转诊给辅助服务系统；

18. 求助于自助团体和支持系统；

19. 卫生服务的整合和协作；

20. 从过去的卫生资料汇总得到信息，制定当前的实施方案；

21. 与其他非医学专业如教师和雇主相联系；

22. 慢性病如哮喘、高血压、糖尿病等的监测；

23. 早期子宫颈癌涂片(乳头涂片);

24. 免疫接种的反馈系统；

25. 产前及产后检查；

26. 儿童卫生保健；

27. 青春期卫生保健；

28. 老年卫生保健；

29. 更年期妇女的系统管理；

30. 基础咨询；

31. 小手术；

32. 社区干预如吸烟、酗酒、控制体重、生活方式问题；

33. 持续服务；

34. 评价家庭和社会卫生需求；

35. 基础公共卫生项目如传染病报告；

36. 医学诊断；

37. 家庭访视；

38. 特殊人群的疗养院服务；

39. 病人的电话咨询；

 **社** **会** **医** **学** **(** **第** **2** **版** **)**

40. 医学评价。

(二)适合于全科医生的其他服务

医学生的教育、心电图、X 线、基础病理、显微镜、运动医学、针灸、手术(小手术除 外)、产科学、男子节育术、科研、社会心理需求的评价与管理、咨询。

**四** **、社区卫生服务方式**

社区卫生服务方式可根据社区具体情况、人群需求、卫生资源等采取多种形式，具体可 有以下几种：

(一)在社区卫生服务中心和卫生服务站开展各项工作；

(二)上门服务：通过卫生服务小分队、医生联系卡、医生传呼机、24小时电话预约等 送医送药入户；

(三)居民选择医生签订社区卫生服务合同书：根据合同内容提供定期与不定期医疗卫 生服务；

(四)社区医生责任制： 一名医生负责3～4个居民区的公共卫生、预防保健、健康教育 和医疗等全面服务；

(五)医疗咨询热线服务：开通热线电话，提供各类服务包括就医指南、健康心理和医 疗咨询、联系住院、出诊、会诊和建立家庭病床等服务；

(六)双向转诊服务：社区卫生服务中心和服务站与大型综合医院、专科医院建立双向 转诊服务机制，保证病人得到连续医疗服务。双向转诊和会诊。

1. 转诊机构

·第一级机构：社区卫生服务中心及所属社区卫生服务站

·第二级机构：大型综合医院和专科医院

2. 双向转诊和会诊对象

(1)第一级机构转向第二级机构

· 诊断不明确病人

· 治疗效果不佳病人

· 疑难重症病人

·缺乏基本诊断和治疗设备病人

(2)第二级机构转向第一级机构

·诊断明确后可在社区治疗和系统管理病人

· 出院后需要在社区继续治疗和康复病人

· 出院后需继续随访病人

· 提供检查结果

· 提供特殊治疗结果

医院和社区卫生服务机构都应确定负责双向转诊和会诊的管理者和医生，制定转诊运行 制度和质量保证制度。通过社区卫生服务，保证社区居民得到公平的、经济的、综合的、方 便的、有效的基本卫生服务，使医疗服务和公共卫生服务在社区得到融合，人民健康水平不 断提高。

138

**五、社区卫生服务任务**

(一)提高人群健康水平、延长寿命、改善生活质量

通过对不同的服务人群采取促进健康、预防疾病、各类人群的系统保健和健康管理、疾 病的早期发现、诊断、治疗和康复、优生优育等措施，提高人口素质和人群健康水平、延长 健康寿命、改善生活质量。

(二)创建健康社区

通过健康促进，使个人、家庭具备良好的生活方式和生活行为，在社区创建良好的自然 环境、社会心理环境和精神文明建设，紧密结合社区服务和社区建设，创建具有健康人群、 健康环境的健康社区。

(三)保证区域卫生规划的实施，保证医药卫生体制改革和医疗保险制度改革的实施。

**第四节** **社区卫生服务的特点**

**一、以生物一心理-社会医学模式为指导**

随着疾病谱和医学模式的转变，促使卫生服务发生转变。主要表现在六个方面。

1. 从以疾病为主导转移到以健康为主导。

2. 从以单个患者为中心转移到以人群为中心。

3. 从以医疗为重点转移到以预防保健为重点。

4. 从以医院为基础转移到以社区为基础。

5. 从以疾病防治，身心健康为目标转移到以身心健康及其与环境和谐一致为目标。

6. 从主要依靠医学和卫生部门转移到依靠众多学科和全社会参与。社区卫生服务是落 实卫生服务六个转移的基础。

**二、基层医疗、预防、保健服务**

社区卫生服务是一种以社区卫生服务机构为主体的基层医疗、预防、保健服务。是社区 人群为其健康问题寻求卫生服务时最先接触、最经常利用的服务。能以相对方便、经济、有 效的适宜技术方法解决社区居民80%左右的基本健康问题，并根据需要安排病人(包括部 分健康人群)及时进入其他级别或类别的医疗、预防、保健服务机构。

**三、以预防为导向的服务**

社区卫生服务因其服务对象和社会职能，具有明显的社会性。随着医学的发展和人类对 健康要求的增加，医学越来越干预人类的衣、食、住、行等社会生活，同社会发生广泛的联 系；社会变动加快，社会文化变迁，社会关系变化，家庭结构改变等均会带来许多新的社会 卫生问题。社区卫生服务技术人员对个人、家庭和社区健康的整体负责与全程控制，注重并 实施不同人群“生命周期保健”,根据服务对象生命周期和疾病发生、发展的不同阶段可能 存在的危险因素和出现的健康问题，提供一、二、三级预防。并提供规范性的周期性健康检 查，对不同人群采取不同的预防保健措施。社区卫生服务技术人员立足社区，加强全民健康 教育，纠正不良生活方式及习惯，有效地干预社区人群的衣、食、住、行等社会生活，积极

动员社区参与、保护环境、控制人口、最大限度地提高人民群众的自我保健能力。

**四** **、综合性服务**

社区卫生服务向社区全体人群提供“全方位”综合性服务。体现在：

1. 服务对象不分年龄、性别和疾患类型；

2. 服务内容包括医疗、预防、保健、康复和健康促进；

3. 服务层面涉及生理、心理和社会文化各个方面；

4. 服务范围涵盖个人、家庭与社区；

5. 社区卫生服务项目包括一般的内科、儿科、妇产科、门诊外科、皮肤科、眼科、五 官科、骨科、精神科的常见问题，以及老年病、慢性病、环境及职业病的防治，在预防保健 方面包括婚前检查、计划生育指导和优生咨询、妇幼保健、计划免疫、职业体检、周期性健 康检查，还有心理咨询、医学咨询、健康教育、家庭医疗护理等；

6. 综合利用各类适宜的技术和一切对服务对象有利的方式和手段，包括现代医学、传 统医学。

**五** **、持续性服务**

社区卫生服务是从生前到死后的全过程服务，其持续性可包括以下几个方面。

(一)人生的各个阶段。从婚前咨询开始，经过孕期、产期、新生儿期、婴幼儿期、少 儿期、青春期、中年期、老年期直至临终濒死期。

(二)健康-疾病-康复的各个阶段。社区卫生服务对其服务对象负有一、二、三级预防 的不间断责任，从健康促进、危险因素的监控，到疾病各期的长期管理。

(三)任何时间地点，甚至住院或会诊期间，社区卫生技术人员都负有持续性责任，根 据人群需要事先或随时提供服务。

持续性服务措施包括建立家庭保健合同；建立预约就诊制度，保证病人就诊时能见到自 己的家庭医生；建立慢性病的随访制度，使任何一个慢性病患者可获得规范化的管理而不致 失控；建立急诊或24小时电话值班制度，使社区人群及时得到卫生服务；建立完整的社区、 家庭和个人的健康档案，使每个服务对象的健康-疾病资料获得完整准确的记录和充分利用。

**六** **、协调性服务**

社区卫生技术人员是社区内外、各个部门、专科和全科的协调人。社区卫生技术人员充 分协调和利用社区卫生资源，实现对服务对象的全方位、全过程服务；社区卫生技术人员是 动员各级各类资源服务于不同人群及其家庭的枢纽，如健康促进协会、志愿者队伍、托幼托 老机构、营养食堂、护工队伍等，必要时可为病人联系有效的社区支持；社区卫生技术人员 掌握各级各类专科医疗的信息和转会诊专家的名单，需要时可为病人提供“无缝式”的转会 诊服务，一旦病人需要，将调动医疗保健体系和社会力量。

**七、可及性服务**

社区卫生服务是可及的、方便的基层卫生服务。社区卫生服务的可及性体现在技术适 宜、地理接近、服务方便、关系亲密、结果有效、价格经济等一系列使人易于利用的特点。 任何地区建立社区卫生服务机构时都应在地点、服务内容、服务技术、服务质量、服务时

**140**

间、服务价格与收费方式等方面充分考虑社区居民的可及性。因而是绝大部分社区居民充分 利用的服务。

**八、以家庭为单位的服务**

家庭是社区卫生服务的服务对象，又是开展卫生服务工作的重要场所和可利用的有效资 源。“以家庭为单位的服务”主要涉及两方面的内容：第一，个人和其家庭成员之间存在着 相互作用，家庭的周期、结构与功能会直接或间接影响家庭成员的健康，亦可受到家庭成员 健康或疾病状况的影响。当家庭因资源缺乏或沟通不良而导致功能失调甚至陷入危机状态 时，这种状态会危及家庭所有成员。社区卫生服务卫生技术人员通过家庭成员健康状况调查 及影响因素分析，全面了解家庭成员发病的原因，而且对不良行为的干预及病人治疗的影响 将会延及家庭，因此更需要家庭参与治疗和康复的过程。第二，家庭生活周期理论是社区卫 生服务最基本的构架，家庭生活周期的不同阶段存在不同的重要事件和压力，若处理不当而 产生危机，则可能在家庭成员中产生相应的特定健康问题，对家庭成员造成健康损害。因 此，社区卫生服务卫生技术人员要善于了解并评价家庭结构、功能与周期，发现其中可能对 家庭成员健康的潜在威胁，并通过适当的咨询干预使之及时化解，改善其家庭功能；还要善 于动员家庭资源，协助对疾病的诊断与长期管理。

**九、以社区为基础的服务**

社区卫生服务必须立足于社区、以社区为基础。其特征表现为：第一，社区的概念体现 于地域和人群，即以一定的地域为基础、以社区人群的卫生需求为导向，社区卫生服务的服 务内容与形式都应适合社区人群的需求，并充分利用社区资源，为社区居民提供服务；第 二，社区为导向的基层卫生服务将个体和群体健康服务紧密结合、互相促进。社区卫生技术 人员在服务中，既要利用社区背景了解个体的相关问题，又要对从个体反映出来的群体问题 有足够的敏感性，必要时追踪个体的来龙去脉，了解其所属单位、团体或住宅区域可能发生 的重大生活事件，评估其对个体的负面影响，并设法提出合理的社区干预计划。

**十、团队合作的工作方式**

社区卫生服务的基本内容将社区预防、医疗、保健、康复、健康教育和健康促进、计划 生育技术服务等融为一体，要完成多方面的任务。因此，社区卫生服务必须由多学科、多专 业卫生技术人员合理配置、组成团队、协调合作、共同完成任务。

**第五节** **社区卫生服务组织形式**

合理的社区卫生服务组织形式是实施社区卫生服务的基本保证。合理的社区卫生服务组 织形式应该是：

1. 真正将社区卫生服务纳入区域卫生规划和城市医疗机构改革，建立功能合理、分工 明确的服务体系和完善的双向转诊体系。

2. 将健康促进、预防、保健、医疗、社区康复和计划生育技术指导等服务在组织中落 实。卫生部制定的《城市社区卫生服务机构设置原则》、《城市社区卫生服务中心、站基本标 准》文件中明确指出了社区卫生服务机构的设置原则和基本标准。

141.

**一** **、城市社区卫生服务机构设置原则**

(一)大力推进城市社区建设，改善社区居民的卫生条件，提高人民群众生活水平和生 活质量，促进城市经济和社会协调发展，构筑以社区卫生服务为基础的城市卫生服务体系新 格局，必须把城市卫生工作的重点放到社区，积极发展社区卫生服务，不断丰富城市社区建 设内涵。

(二)社区卫生服务是社区建设的重要组成部分。社区卫生服务机构的建设须纳入社区 发展规划和区域卫生规划，要与城镇医药卫生体系改革、城镇职工基本医疗保险制度改革紧 密结合，并充分利用中医和西医卫生资源。

(三)社区卫生服务机构属非盈利性医疗机构，是为社区居民提供预防、保健、健康教 育、计划生育和医疗、康复等服务的综合性基层卫生服务机构。

(四)设置社区卫生服务机构由地市级政府卫生行政部门审批。

(五)社区卫生服务机构以社区卫生服务中心为主体。社区卫生服务中心一般以街道办 事处所辖范围设置，服务人口约为3万～5万人。对社区卫生服务中心难以方便覆盖的区 域，以社区卫生服务站作为补充。社区卫生服务机构设置应充分利用社区资源，避免重复建 设，择优鼓励现有基层医疗机构经过结构和功能双重改造成为社区卫生服务机构。

(六)社区卫生服务机构业务用房、床位、基本设备、常用药品和急救药品应根据社区 卫生服务的功能、居民需求配置；卫生人力应按适宜比例配置。

(七)社区卫生服务机构的建设要坚持社区参与的原则。

(八)社区卫生服务机构的设立、运行应引入竞争机制。

(九)社区卫生服务中心的命名原则是：区名+所在街道名+识别名(可选)+社区卫 生服务中心；社区卫生服务站的命名原则是：所在街道名+所在居民小区名+社区卫生服 务 站 。

**二** **、城市社区卫生服务机构(中心和站)基本标准**

(一)社区卫生服务中心基本设施

1. 业务用房面积不应少于1000平方米，布局合理，符合国家卫生学标准及体现保护患 者隐私、无障碍设计要求。设病床的，每设一床位至少增加30平方米建筑面积。

2. 根据社区卫生服务功能、居民需求、社区资源等可设置适宜种类与数量的床位，至 少设日间观察床5张，可根据当地医疗机构设置规划设定一定数量的以护理康复为主要功能 的病床，但不得超过50张。

3. 具备开展社区预防、保健、健康教育、计划生育和医疗、康复等工作的基本设备以 及必要的通讯、信息、交通设备，具体内容卫生部和国家中医药管理局已共同制定。

4. 常用药品和急救药品的配备参照卫生部《社区卫生服务机构用药参考目录》。

(二)社区卫生服务中心科室设置 至少设有以下科室：

临床科室：全科诊室、中医诊室、康复治疗室、抢救室、预检分诊室(台)。

预防保健科室：预防接种室、儿童保健室、妇女保健与计划生育指导室、健康教育室。

医技及其他科室：检验室、B 超室、心电图室、药房、治疗室、处置室、观察室、健康 信息管理室、消毒间。

142

(三)社区卫生服务中心人员配备

1. 至少有6名执业范围为全科医学专业的临床类别、中医类别执业医师，9名注册 护士。

2. 至少有1名副高级以上任职资格的职业医师；至少有1名中级以上任职资格的中医 类别执业医师；至少有1名公共卫生执业医师。

3. 每名执业医师至少配备1名注册护士，其中至少具有1名中级以上任职资格的注册 护士。

4. 设病床的，每5张病床至少增加配备1名执业医师、1名注册护士。

5. 其他人员按需配备。

(四)社区卫生服务站基本标准

业务用房使用面积不应少于150平方米，至少设全科诊室、治疗室、处置室、预防保健 室和健康信息管理室，符合国家卫生学标准及体现保护患者隐私、无障碍设计要求。至少设 日间观察床1张，不设病床。

至少配备2名执业范围为全科医学专业的临床类别、中医类别执业医师；至少有1名中 级以上任职资格的职业医师；至少有1名能够提供中医药服务的执业医师；每名执业医师至 少配备1名注册护士；其他人员按需配备。

**第六节** **社区诊断和社区卫生服务发展计划**

**一** **、社区诊断**

(一)社区诊断的基本概念

社区诊断是研究在特定的时间与特定的范围内人群中健康状况或疾病与有关变量(影响 健康的因素)的关系。如人群的卫生状况及其发展趋势的测量，某些重要因素，包括生物、 社会、经济、生态、文化、政治等因素，对疾病和健康影响的判断，对各类卫生问题的判 断，对卫生服务的需求、提供和利用及其趋势的评价和分析，对卫生政策的效果、效益评 价，对卫生信息的分析等。通过社区诊断确定社区的主要卫生问题、优先考虑的问题、定量 危险因素、合理分配和利用有限资源、最大限度地促进人群健康，为制定社区卫生规划、实 施有效管理、进行科学评价提供依据。

广义地讲，社区诊断包括社会诊断、流行病学诊断、行为和环境诊断、教育和组织诊 断、管理和决策诊断、执行及评价。

1. 社会诊断 评估社区人群的人口学特征、生活质量、社会经济状况等。

2. 流行病学诊断 找出目标人群的健康问题(哪些问题影响最大)和影响健康的因素， 确定优先处理的问题和重点人群(哪一类人群处在最危险状态)。它的目的是：①因某种健 康问题受累或受累最严重的是哪一类人群?②与该种健康问题有关的影响因素是什么?何种 因素影响最大?③策略和措施是针对哪种人群的(用哪些方法和技术进行干预对问题最为敏 感)?能解决该人群的什么问题?④能得到什么效益(哪些问题的解决可获得明显的社会和 经济效益)?何时可以得到?这种效益可持续多长时间?

3.行为和环境诊断 确定影响上述健康问题或与上述健康问题有关的行为和环境因素 (危险因素),促使行为和环境因素发生改变。

4. 教育和组织诊断 确定哪些是行为的倾向因素、促成因素和强化因素。

倾向因素是指个体或群体的知识、态度、信念、价值观、理解能力，也是产生某种行为 的动机。促成因素是指实现和形成某种行为所必需的技能和资源，包括可能促使行为和环境 改变的各种因素。强化因素是指奖励和采纳健康行为者的反馈信息。

5. 管理和决策诊断 评估组织和管理能力，社区干预的资源、工作能力、时间安排等， 完善组织与政策。

(二)社区诊断与临床诊断的比较(表8- 1)

**表8-1社区诊断与临床诊断比较**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 比较的内容 | 临床诊断 | 社区诊断 |
| 目标 | 治疗病人 | 改进社区卫生状况 |
| 所需信息 | 病史、物理、实验诊断 | 人口资料、健康问题、疾病负担、卫生服务提供 和利用、健康影响因素调查 |
| 诊断内容 | 印象诊断、鉴别诊断 | 一般健康状况、重点疾病、高危人群、主要危险 因素、制定卫生策略、计划、措施 |
| 行动 | 治疗和康复 | 区域卫生规划及其实施 |
| 评价 | 随访症状、体征、化验等指标的 改变 | 观察健康状态的动态变化 |

(三)进行社区诊断的必需信息

1. 一般状况 社区历史、自然地理(地理位置、自然环境)、社会组织、社会经济发展 概况、人群文化程度(识字率/文盲率、在校生数)、人均住房面积、供水情况、环境卫生情 况、营养状况、恩格尔系数、主要居民及其职业、地方政府组织、政区划分、道路、交通 等，生物、化学、物理因素、药物销售情况、微量元素缺乏或过多、动物传染源、媒介昆 虫、生活节奏、竞争、紧张、拥挤、喧嚣等。

2. 人口统计学 (demographic) 特征 总人口数、人口预测、出生率、自然增长率、人 口的年龄、性别构成、人口密度、人口流动情况、生命统计、平均期望寿命、健康期望寿 命、职业、社会经济地位、种族、婚姻状态、风俗习惯、行为、生活方式、机体遗传、免疫 特征等。

3. 健康状况 各种主要疾病的发病率、患病率、死亡率(婴儿死亡率、新生儿死亡率、 早期新生儿死亡率、5岁以下儿童死亡率、孕产妇死亡率)及其漏报情况、主要死因、就医 人数、就诊率、住院的主要病种、住院率、低出生体重儿/极低出生体重儿比例、缺勤/缺课 率、疾病的时间趋势等。

4. 社会经济状况 国民生产总值 (GNP) 、 国内生产总值 (GDP) 、 产业结构、工农业 产值、人均收入、主要产业及产品、政治、文化教育、交通运输、居住条件、电力供应、食 品生产、销售、安全用水、废物处理等。

5. 卫生资源 卫生机构类型及数量、卫生设施(床位)数、卫生人力总数及构成、卫 生总费用占政府财政总支出或国内生产总值的比例等。

6. 主要的卫生问题 主要疾病及其影响因素、高危人群。

7. 疾病负担分析 疾病对人群健康的危害、人群因疾病而造成的损失(发病率、病死 率、死亡率、致残率、YPLL 、QALY 、DALY) 、 疾病的家庭和社会负担。

**第** **八** **章** **社** **区** **卫** **生** **服** **务** 

8. 卫生状况的动态变化。

9. 卫生服务状况 卫生服务的投入(提供服务的机构、人力、设备条件、技术、财力) 和产出(个人和社会的利用)、需要和利用等，平均医药费负担、服务半径、就诊距离、就 诊时间、就诊价格、就诊率、住院率、接种率、新法接生率、住院分娩率、产前检查率、产 后访视率、儿童、孕产妇系统管理率。

10.危险因素分析 不利于健康、使疾病发生或死亡的危险性(概率)增加的因素称危 险因素。环境、行为、人类生物学、卫生服务(卫生资源、技术、保健制度、机构布局等), 各种危险因素的强度、效应、高危人群(暴露于危险因素、特别易感、脆弱),主要危险因 素(与疾病的联系已明确知道、具备有效的干预措施、目标人群暴露率最高、多种疾病的共 同危险因素优先考虑)。

(四)确定主要卫生问题

1. 卫生问题的定义 卫生问题是对一种与健康有关的状态或条件下不满意的感觉和认 识，尤其是不利于健康的危险因素及造成危险因素的条件和环境。只有发现问题，才有助于 确定组织目标，制订计划所要达到的效果。分析卫生问题应该确定衡量卫生问题的主要指 标，出现的频度、程度、性质和表现形式；导致该卫生问题的原因是什么?问题出现的先兆 是什么?问题将会导致什么后果?引出什么新问题?

健康

疾病

↓

早期发现

↓

就医

↓

正确诊断

↓

正确治疗

↓

康复

↓

. .

晚期发现 … …

不就医…………

不正确诊断……

不正确治疗 ……

不康复 ………

为什么?

为什么?

为什么?

为什么?

为什么?

为什么?

生活质量好 生活质量下降.…… 为什么?

**图** **8** **-** **1** **卫生问题原因分析图解**

通过卫生问题及其原因分析，确定社区存在的主要卫生问题与应该优先解决和重视的 领域。

2. 卫生问题的排序 选择优先问题的标准：按重要性(影响范围的大小)、严重性(最 危险的)、群众关注程度、问题的常见性、可防治性(对干预的敏感程度)、频率是否随时间 有上升趋势、社会、经济效益、可行性(技术、经济、人力、物质资源)。

3. 确定重点疾病原则 发生频率高、危害严重(致死、致残)、其流行病学问题基本弄 清楚、有行之有效的防治方法、自然和社会条件可行性 (feasibility)。

4. 确定重点疾病依据 根据对人群健康影响(造成损失)的程度、发病指标、发病人 数、发病率、就诊人数(率)、住院人数(率)、缺勤(课)人数(率)、平均住院天数、致 残率、失能率。

死亡指标：死亡率(专率)、死因构成比、生活质量指标、经济损失指标、医疗保健费 支出、个人、集体、社会因病而损失的时间和经济收入。

5. 确定重点疾病的方法 疾病发病率、患病率、死因构成比、潜在减寿年数，等级评 分法：根据疾病的相对重要性、干预的有效性、干预所需费用等三方面综合考虑。可用层次 分析法、灰色系统关联分析。

(五)确定高危人群

具有发病、死亡危险或暴露于危险因素之中的人群称作为高危人群。例如，高血压、高 血脂、超体重、高血糖、高盐饮食、吸烟、有心脑血管疾病家族史的人，就是心脑血管疾病 的高危人群；高龄初产、既往有不良产史、有内科合并症的、吸烟、多胎、多产、生育间隔 短、社会经济地位低等的产妇，就是高危妊娠；低出生体重、早产、出生窒息、产伤的新生 儿，就是高危婴儿。高危人群属于重点保护对象，需要特殊保护。

确定高危人群需要流行病学知识。根据疾病在不同人群中的分布、或根据是否处在某些 特殊的自然或社会环境之中，可以确定高危人群。

(六)确定主要危险因素

1. 概念 危险因素是指与多种健康结局有联系的个体或人群特征和暴露的环境因素， 它可以直接观察、测量或间接测量，与发生不良结局的概率(危险性)增加有联系。危险因 素可以是不良结局的原因，也可以是不良结局的指征。危险因素可能是病因因素(如孕期高 血压与孕妇死亡),也可能仅仅是疾病的促进因素，或仅是统计学上有联系的预测因素(如 文盲与围产期死亡)。

2.危险因素的种类(参见第七章)。

**二、加强城市社区卫生人才队伍建设**

加强城市社区卫生人才队伍建设是社区卫生发展计划的重要内容。随着卫生体制改革的 不断深人，城市卫生医疗服务体系分为大型综合医院(包括专科医院)和社区卫生服务机构 两大部分，社区卫生服务机构要完成大量的医疗、卫生、保健等工作。造就一支高素质的、 适宜的、团队协作的社区卫生服务技术人员队伍，是实施社区卫生服务的重要保证。

国务院人事部2006年2月发布《关于加强城市社区卫生人才队伍建设的指导意见》,其 中指出：

(一)健全和完善社区卫生人才培养体系

1. 加强全科医学、社区护理学教育和学科建设。

2. 开展社区卫生服务人员岗位培训。

3. 积极开展全科医学规范化培训工作。

4. 完善继续教育。

5. 推进培养能力建设。

6. 提高社区卫生人才队伍职业道德。

(二)完善全科医师、护士等社区卫生专业技术人员任职资格制度

1. 社区卫生专业技术人员以全科医学为主体。

**第** **八** **章** **社** **区** **卫** **生** **服** **务** 

2. 完善全科医师任职资格制度。

3. 完善在社区从事护理工作的专业技术人员任职资格制度。

(三)建立社区卫生服务机构人员聘用制度

(四)吸引和稳定社区卫生人才队伍

(五)切实加强社区卫生人才工作的组织领导



**一、名词解释**

1. 社区 2. 社区卫生服务

**二、填空题**

1. 根据社区人群的基本情况，可将社区卫生服务对象分为五大类：

 和病人。

2. 社区卫生服务是以 为中心、 为单位、 为范围、 \_为导向的 基本医疗卫生服务。

3. 社区卫生技术人员是  的协调人。

4. 社区卫生服务的基本内容将社区预防、医疗、保健、康复、健康教育和健康促进、

计划生育技术服务等融为一体，要完成多方面的任务。因此，社区卫生服务必须 、

。

5. 合理的社区卫生服务组织形式应该是真正将社区卫生服务纳入 , 建 立 和完善的双向转诊体系。

6. 社区卫生服务机构设置原则中指出：以 为主体，以 作为补充。

**三、选择题**

1. 社区发展是由哪个组织倡导的一项 世界性运动

A. 联合国

B. 世界卫生组织

C. 世界银行

D. 世界开发署

E. 中国政府

2. 社区卫生服务对象是

A. 病人

B. 老年人

C. 社区内的全体人群

D. 妇女、儿童

E. 残疾人

3. 社区卫生服务特点之一是

A. 以生物- 心理-社会医学模式为 指导

B. 以心理-社会-经济医学模式为 指导

C. 以社区内的重点保健人群为指导

D. 以健康为指导

E. 健康人群为指导

4. 社区卫生服务特点之一是

A. 以病人为导向的服务

B. 以老年人为导向的服务

C. 以预防为导向的服务

D. 以重点保健人群为导向的服务

E. 以健康人群为导向的服务

5. 社区卫生服务特点之一是

A. 可及性服务 A. 体格检查

B. 以老年人为导向的服务 B. 社区卫生

C. 免费服务 C. 社区康复

D. 以重点保健人群为主的服务 D. 精神健康

E. 以健康人群为主的服务 E. 社区检查

6. 社区卫生服务特点之一是 12. 社区卫生服务重要方式之一是

A. 分散性服务 A. 体格检查服务

B. 以老年人为导向的服务 B. 社区保健服务

C. 免费服务 C. 社区检查服务

D. 以重点保健人群为主的服务 D. 社区精神服务

E. 团队合作的工作方式 E. 双向转诊服务

7. 社区卫生服务的基本内容之一是 13. 社区是

A. 体格检查 A. 一群人

B. 社区检查 B. 一个地域

C. 家庭诊断 C. 一群人住在一个地域内

D. 社区卫生诊断 D. 许多机构的集合体

E. 社区检查 E. 以上都不对

8. 社区卫生服务的基本内容之一是 14. 社区构成的要素有

A. 体格检查 A. 有聚居的一群人和一定的地域

B. 传染病、地方病、寄生虫病防治 B. 有一定的生活服务设施

C. 家庭病诊断 C. 居民群之间发生种种社会关系

D. 寄生虫病和非传染病防治 D. 为谋求规章制度具体落实，产

E. 社区检查 生各种社会群体和机构

9. 社区卫生服务的基本内容之一是 E. 以上要素都必须具备

A. 体格检查 15. 社区卫生服务是以

B. 社区卫生 A. 病人为中心，家庭为导向

C. 家庭诊断 B. 老年人为中心，社区为导向

D. 精神卫生 C. 人的健康为中心，需求为导向

E. 社区检查 D. 人的健康为中心，家庭为导向

10. 社区卫生服务的基本内容之一是 E. 老年人为中心，需求为导向

A. 体格检查 16. 社区卫生服务是指

B. 社区卫生 A. 治疗小伤小病

C. 社区医疗 B. 治疗常见病和多发病

D. 精神健康 C. 负责特殊人群的基本医疗服务

E. 社区检查 D. 环境卫生

11. 社区卫生服务的基本内容之一是 E. 以上都不对

**四** **、问答题**

1.21世纪卫生服务将出现哪六个转移?

2. 社区卫生服务的特点是什么?

148

3. 社区诊断的基本概念是什么?

4. 社区卫生服务的基本内容包括哪些?

5: 某社区老年人和慢性病人多，如果您是社区卫生服务中心主任，您将从何入手，如 何开展工作?



**一、名词解释**

1. 社区是若干社会群体或社会组织聚集在某一个地域里所形成的一个生活上相互关联 的大集体。是社会有机体最基本的内容，是宏观社会的缩影。构成社区要具备五个要素：有 聚居的一群人；有一定的地域；有一定的生活服务设施；居民群具有特定的文化背景和生活 方式，居民群之间发生种种社会关系；为谋求规章制度具体落实，产生各种社会群体和 机 构 。

2.社区卫生服务是社区(发展)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，满足基本医疗卫生服务需求为目 的，融预防、医疗、保健、康复、健康教育、计划生育技术服务等为一体的，有效的、经济 的、方便的、综合的、连续的基层卫生服务。

**二、填空题**

1. 健康人群 亚健康人群 重点保护人群 高危人群

2. 人的健康 家庭 社区 需求

3. 社区内外 各个部门 专科和全科

4. 组成团队 协调合作

5. 区域卫生规划和城市医疗机构改革 功能合理 分工明确的服务体系

6. 社区卫生服务中心 社区卫生服务站

**三、选择题**

1.A 2.C 3.A 4.C 5.A 6.E 7.D 8.B 9.D

10.C 11.C 12.E 13.E 14.E 15.C 16.E

**四** **、问答题**

1.①从以疾病为主导转移到以健康为主导；②从以单个患者为中心转移到以人群为中 心；③从以医疗为重点转移到以预防保健为重点；④从以医院为基础转移到以社区为基础；

⑤从以疾病防治，身心健康为目标转移到以身心健康及其与环境和谐一致为目标；⑥从主要 依靠医学和卫生部门转移到依靠众多学科和全社会参与。社区卫生服务是落实卫生服务六个 转移的基础。

2.①以生物-心理-社会医学模式为指导；②是基层医疗、预防、保健服务；③以预防为

**社** **会** **医** **学** **(** **第** **2** **版** **)**

 8

导向的服务；④综合性服务；⑤持续性服务；⑥协调性服务；⑦可及性服务；⑧以家庭为单 位的服务；⑨以社区为基础的服务；⑩团队合作的工作方式。

3. 社区诊断是研究在特定的时间与特定的范围内人群中健康状况或疾病与有关变量 (影响健康的因素)的关系，如人群中的卫生状况及其发展趋势的测量，某些重要因素，包 括生物、社会、经济、生态、文化、政治等因素，对疾病和健康影响的判断，对各类卫生问 题的判断，对卫生服务的需求、提供和利用及其趋势的评价和分析，对卫生政策的效果、效 益评价，对卫生信息的分析等。通过社区诊断确定社区的卫生问题、主要卫生问题、优先考 虑的问题、定量危险因素、合理分配、利用有限资源、最大限度地促进人群健康，为制定社 区卫生规划、实施有效管理、进行科学评价提供依据。

4.社区卫生服务应将社区预防、医疗、保健、康复、健康教育和健康促进、计划生育 技术服务等融为一体。具体包括13条：

第一条社区卫生诊断；

第二条健康教育；

第三条 传染病、地方病、寄生虫病防治；

第四条 慢性非传染性疾病防治；

第五条 精神卫生；

第六条妇女保健；

第七条儿童保健；

第八条 老年保健；

第九条社区医疗；

第十条 社区康复；

第十一条 计划生育技术服务；

第十二条 开展社区卫生服务信息的收集、整理、统计、分析与上报工作；

第十三条 根据居民需求、社区卫生服务功能和条件，提供其他适宜的基层卫生服务和 相关服务。

5. 根据社区诊断的方法和步骤进行调查，找出主要问题和人群，按照社区卫生服务内 容和特点进行全面的、连续的社区治疗、预防、保健和康复。

(李曼春 王江蓉)

**第九章** **社会卫生策略**

**第一节** **社会卫生策略的概念**

社会医学的根本逻辑，是通过社会医学诊断，找出社会防治对策。社会医学诊断的过程 首先是要搞清人群的健康问题，也就是回答“是什么”的问题；然后找出影响健康的因素， 从而回答“为什么”的问题。这个过程最后要回到一个重要的出发点，即如何对待这些健康 问题上面。

**一** **、健康问题的发现**

健康状况评价是发现健康问题的根本途径。它分为三个层次：

1. 不健康状况评价，其指标包括死亡和患病；也包括健康危险因素评价。它所评价的 是负向的健康，是健康的极端状态，或者是明显的躯体不健康状态。

2. 亚健康状况评价，其指标包括症状功能情况评价，日常生活活动能力受限状况评价， 情绪、认知状况评价等。

3. 健康状况评价，其指标包括健康相关生活质量，包括躯体的症状和功能状况，包括 心理和精神上的完好状况，也包括社会交往、社会支持状况。

健康状况还可以通过综合健康指标进行全面健康评价。从前面我们讨论的情况看，到目 前为止，我们并没有权威的健康评价标准(金标准)。世界卫生组织近年来提出了很多新的 健康评价指标，这些指标有待于进一步的完善。但是不论如何，健康状况评价研究和实践方 面都取得了相当大的进展，现在有很多指标、量表可以用来评价健康。

**二** **、健康问题的根源**

在考察健康问题的时候，通常我们相对比较容易看到躯体健康问题，比如说一个社区居 民的患病率和疾病谱。通过调查，我们发现该社区居民的慢性病患病率比较高，比如高血 压、脑血管病是危害该社区居民健康的主要疾病。我们比较难以测量心理健康问题，因为一 方面心理健康的测量需要标准化的量表和受过训练的调查员，甚至是专门人员，使得测量难 度远远大于躯体健康的测量；另外一个方面也是人们对心理健康的重视程度还相对比较低。 而对于角色健康、社会交往和社会支持问题，则往往受到忽视，原因是在健康概念当中，社 会健康是离传统的医学和健康概念最远的一个范畴。

在考察健康影响因素的时候，通常我们也比较容易看到一些直接的健康影响因素，也就 是健康问题的直接根源。比如结核病，不可避免地是由于结核菌所引起的，如果没有传染 源，没有结核病人的传播，没有比较敏感容易被感染上疾病的人(流行病学称之为易感人 群),就不会有结核病的发生。所以，人们通常把可以明显看见的因素作为健康的影响因素， 而其深层次的社会根源，却常常为人们所忽视。但是，通过分层分析，即把居民分成不同年 龄、性别、文化水平、职业和收入组，我们可以看到不同的组，实际上患病的情况是不同

 **社** **会** **医** **学** **(** **第** **2** **版** **)** 的，比如结核病，固然是结核菌所引起，但是同在一个社区中，文化水平高、从事白领职业 和有相对较高收入的人，结核病的患病率就比较低。这种分层分析的结果表明，社会经济地 位的高低，是影响健康的重要因素，也是根本性的因素。社会体制和环境的原因，诸如个人 行为、社会组织的失败、经济原因和物理因素，这些根本的但是潜在的因素，导致了人们对 疾病的易感性增高，最后才产生了诸如症状出现、功能下降、生活质量改变，更为严重的是 疾病、残疾和死亡。

(一)健康的影响因素

现代疾病充满了复杂性。就用至今研究的比较多的疾病——冠心病来说，20世纪50年 代在美国小镇弗雷明汉所进行的一项至今为人们所称道的研究，清楚地表明了疾病的多因多 果性。这个小镇中30岁到60岁的人都被作为随访的对象，而且对他们的后代也进行了追 踪，方法是观察他们的健康及其影响因素。包括生活环境、工作环境、心理、性格、行为、 既往疾病史等。这种观察每两年进行一次体检，持续到他们死亡。把因冠心病死亡者和非冠 心病死亡者的这些因素做比较，发现与冠心病明显相关的因素包括如下几个范畴：生物学因 素，如年龄和性别；相关疾病的有无，如高血压、高血脂和糖尿病；行为因素，是否A 型 行为性格；生活方式因素，是否肥胖和吸烟。

1972年，在挪威奥斯陆所进行的一项研究证实了行为因素与疾病的因果关系。这项研 究是饮食干预研究，参加对象为1232名男性，40～49岁，吸烟，高血脂。对这些男性进行 了持续5年的饮食干预，内容是改变他们的日常饮食习惯。例如，挪威人通常习惯吃含动物 脂肪和蛋白质丰富的食品，饮食当中蔬菜和水果的比例低。对于干预组，要求所有参加者把 日常饮食当中的饱和脂肪变成不饱和脂肪，降低脂肪含量，同时降低脂肪和蛋白质在饮食当 中的比例。他们原本每天吃两个鸡蛋，吃白面面包，全脂奶，牛肉和动物黄油。改变饮食习 惯后，他们每天只能吃一个鸡蛋，改喝脱脂奶，吃全麦面包，植物黄油，用鱼类代替牛肉。 研究结果发现，1232名男性平均血脂水平降低了13%。

另外一项著名的通过行为改变降低危险因素的研究是哈佛大学校友研究。时间是1962 年到1978年，参加对象是哈佛大学16936名34～74岁男校友。这一随访研究了解他们锻 炼与降低期望寿命损失之间的关系。随访的内容主要是他们日常所从事的体育锻炼内容、频 率及强度。结果发现，运动和体育锻炼能够降低期望寿命的损失，最为有效的中等强度 运动。

以上的几个例子，直截了当地向人们揭示了行为因素在健康当中的作用。但是，人们为 什么有这样，而不是那样的行为?比如说，人们为什么选择吸烟，而不是选择不吸烟?为什 么选择吃高脂肪的饮食，而不是选择健康的饮食?也许有人会简单地把这些归因为习惯或者 人们的意识。那么,为什么人们会这样的习惯和认识呢?很少会有人愿意把这个问题问下 去，也很少有人愿意回答这个问题。原因是：这个问题是有答案的，但是这个答案有时候是 令人沮丧的。科学家的观点是，发现问题就要解决问题。

我们看到了直接的健康影响因素，而这些影响因素的后面，有着深刻的社会背景。体制 的因素，政策的制约，经济的影响，职业的限制，社会组织的失败，则是这些原因背后的间 接因素，或者是根本因素。没有足够的经济支持，就无法选择一种良好的生活方式，无法选 择饮食、闲暇时间的消遣和健身。没有足够的社会组织支持，生活中所积累的应激所给人带 来的消极效应就必定要通过一些行为宣泄出来，这些行为当中包含着吸烟、饮酒、性乱、吸 毒等多种多样的问题。环境污染剥夺了居住在这个环境当中居民获得健康生活的机会；社会

**第** **九** **章** **社** **会** **卫** **生** **策** **略** 

不公平、不平等限制了具有同等权利的公民向上流动的机会，从而限制了他们选择健康生活 方式的机会。所以，贫困、不公平、社会经济地位是限制健康的根本影响因素。

(二)解决健康问题的根本途径

从以上的直接和间接两种影响因素的作用当中，我们看到针对人群健康的对策不可能是 单一的。根据健康的影响因素不同，我们把20世纪以来的时期划分成医学时代和后医学时 代。所谓医学时代，是指人类的很多健康问题，都受到生物、遗传、行为等方面的影响，比 如血压、吸烟、锻炼、食盐、就诊和意识，人们认为生物医学能够解决绝大部分人类的健康 问题。而在后医学时代，人们发现医学并不能解决所有问题，尤其是很多健康问题的根源在 于社会，解决社会问题才是解决医学问题的根本途径。很多医学家开始寻求与社会学家、公 共政策学家以及政府行政部门之间的合作，通过政治的途径寻求解决公众的健康问题。英国 是世界上卫生服务公平性问题解决得最好的国家，所有的居民都可以无一例外地获得全民免 费医疗保健服务，所以没有人因为贫穷而看不起病等死的例子。冠心病常规进行搭桥手术， 而因为病例多、国家总预算的限制，搭桥手术的等候时间常常在1年左右。美国的卫生服务 公平性相对较差，这就是为什么自1945年杜鲁门政府一直要进行卫生改革的原因。

**第二节** **个体预防策略——自我保健**

个体预防策略，又称为高危预防策略 (High-Risk

Strategy), 是建立在直接危险因素理

论上的一种针对于部分群体的策略。图9-1表示的是一个收缩压分布的示意图，横轴为收 缩压，纵轴为人群当中的百分比。从这条曲线我们看出，人群中收缩压基本上呈现正态分 布，绝大多数人收缩压在以内，收缩压超过160mmHg (现在是140mmHg) 的人是少数人。 这种策略的目的是截短分布(如图9-1所示),也就是把高血压的人的血压控制住。比如我 们可以给高血压的人服药，把他们的血压控制在正常范围。

收缩压(mmHg)

**图9-** **1** **个体预防策略的目的——截短分布**

**一、社会基础**

个体预防策略的社会基础是明显的。当个体面临某种疾病的时候，个体能够意识到自己 的疾病负担。这种负担不仅是经济上的，疾病给个体所带来的躯体、心理、角色、社会交往 诸方面都可能受到疾病的影响。例如，当一个个体具有某种危险因素、可能导致某种疾病的 时候，个体通过多种媒介，比如医生、书籍、宣传以及经历过这种危险的人，了解到这种可 能发生的负担。

个体预防策略还具有文化、社会和政治背景，人们关心个体胜过关心群体，个体的形象 行为更能够唤起他人的兴趣或同情。当我们听到在战争中有多少无辜平民伤亡的时候，我们 更多的人会无动于衷，就像我们听说有若干灾民需要救济的时候一样。但是当电视屏幕上出 现这样的画面 一家四口人当中，父母和姐姐都被炸弹夺去了生命，只有一个不满周岁 的儿童，满脸是血躺在同样被炸得面目全非的医院水泥地上，大睁着两只无望的双眼，有几 只苍蝇在他曾经美丽的脸上流连—没有一个人不会露出痛苦的表情，甚至叫出声来。曾经轰 动全国的反映失学女童“大眼睛”的获奖摄影作品，成为“希望工程”、“春蕾工程”的强有 力的宣传。“大眼睛”牵动了千万人的心，多少人就是因为她而慷慨解囊。

个体预防策略的另外一个社会基础是个体转变知识、态度和行为的动机。当个体具有某 种健康危险因素，面临某种疾病困扰的时候，该个体有着强烈的转变动机，力图把危险因素 降到最低限度。高血压者减少食盐摄入的动机如此强烈，有时不惜和家人分开饮食。不少人 在因过度紧张和疲劳之后出现一些躯体症状，意识到生活方式必须转变，从而放弃了拼命三 郎的想法。

个体预防策略还获得医生的支持，因为它符合医生惯常的行为。传统的医生形象是坐在 诊室里，等待一个个因为这样那样的问题找上门来的人。这些人自己有痛苦，或者是躯体上 的，或者是精神上的，来医生这里寻求诊断和治疗。所以医生对面对他的人的前提判断是 “有病”,而他的任务是找出证据来证明对方确实有病，或者是当他找不到足够证据的时候把 问题留给病人自己进一步求医问药，或者建议病人如何进一步寻求帮助，即“待查”。对于 他已经确切明确是躯体或精神有病的人，他把他们归为“患者”,为他们找出正确的治疗手 段。所以，高危人群，实际上就是一些有这样那样问题的人。医生可以用他的惯常思维和惯 常的程序，来完成对这些人的治疗。

识别高危人群的方法就是流行病学当中常用的筛检方法。

个人危险因素与健康之间，并不是一一对应的关系。健康危险因素的存在未必导致某种 不健康状态，某种不健康状态的发生也未必是某种危险因素所导致。这就是疾病的多因多果 性，也是一种病因的不确定性。在慢性疾病当中，这种不确定因素很多，如吸烟和肺癌之间 关系极其密切，但也不能够说，吸烟的人百分之一百会得肺癌。这就是在医生和他们所面对 的个体之间存在的，需要良好沟通的问题，也是现代社会当中个体必须学会应付的东西。

**二、优** **点**

个体预防策略的优点很多。首先是医患双方都有强烈的动机，处于危险中的个体急于解 除危险的困扰，而医生在面对一个可能有问题的但也有可能治愈的个体的时候充分表现了作 为医生的一种权力和优越感。

个体预防策略的第二个优点是不干扰非高危人群。比如说，当我们在社区控制高血压的 时候，我们没有必要给每个社区居民服用降压药，没有必要让血压正常的人接受常规体检， 没有必要让其他人参加健康教育培训和健康咨询。只有那些有着强烈的动机，想要了解更多 有关该危险因素的知识以及如何改变行为的人，才接受这些措施。比如说，为降低干预成本 和提高干预效率考虑，干预行为难以同时适应高危个体和非高危个体的需要。例如，为了在 年轻人当中实施艾滋病预防干预，某项目向该社区所有年轻居民发放了安全套。但是，那些 有着固定配偶的非高危年轻人也许就不愿意接受这种避孕方式，他们可以有多种选择。而对 于高危人群来说，安全套是最为有效的。

154

个体预防策略的第三个优点是具有现成的思维和组织。医生比较熟悉老一套的诊断和治 疗方式，这些诊断和治疗完全可以在现有的医院和诊所进行，不需要另外建立其他的机构； 对这些服务的行政指导也只需要做一些观念上的转变，不需要增加另外的行政部门，没有成 本的增加。

第四个优点是成本-效益好。在高血压的例子中，成本一定的情况下，能够提供的降压药 物和健康促进人力和物力资源是有限的。如果把这些资源用在整个人群，所能够控制到的高危 人群数量就大大减少。所以，把有限的资源用在高危人群当中，能够实现良好的成本效益。

第五个优点是危险-效益比高。例如，我们知道高龄产妇是生育唐氏综合征(一种染色 体病，其表现主要是智力低下)儿童的关键危险因素。由于唐氏综合征没有治疗的手段，很 多医学家希望在妇女妊娠的时候能够检出这种染色体异常，从而中止妊娠。唐氏综合征胎儿 检测手段当中，最为准确的是穿刺抽取羊水的方法。但是穿刺抽取羊水的方法是一种有损伤 的方法，有可能引起流产。科学家们后来找到了另外一种母体的血液检查手段，它远远比不 上羊水检测方法，但是可以作为一种筛检的方法，找出唐氏综合征的高危孕妇。这样一来， 就大大地降低了非唐氏综合征高危人群遭受流产危险的可能性，也提高了唐氏综合征高危人 群的检出效率，整个人群的危险效益比就提高了。

**三、缺** **点**

个体预防策略有着一些明显可见的缺点。首先，它对控制整个健康问题的贡献小。危险 因素不是针对某些个体的，之所以有一些个体受到了危险因素的侵害，说明在这些个体生活 的社会群体中存在着危险因素。个体是属于群体的，不是孤立存在的； 一旦个体出现问题， 其根源就在于群体。所以，只控制了某些高危个体的危险因素，没有控制整个群体的健康问 题，所起到的作用是微小的。

其次，把预防变成了治疗。医生的惯常思维是把所有来求医的人贴上患者的标签，这种 标签效应使得本来不是病人，只是一些有着危险因素的人变成了病人。如，高血压者血压虽 高，未必影响到他的个人生活，他也未必体验到有什么疾病负担。但是一旦医生们给他贴上 高血压患者的标签，这个人就成了病人，而且这个标签永远也摘不掉，周围的人和医生都在 试图说服他接受自己的这个新的病人角色，这无形之中让他在社会当中， 一定程度地丧失了 原有的角色和功能。

第三，个体预防策略只是一种暂时的成功。它没有针对根本问题，也就是社会群体当中 产生这种问题的根源采取措施，所以当控制手段持续的时候，可以看到成功，而当控制手段 消除之后，就可能恢复到原来的状态。我们前面提到过挪威的奥斯陆研究，通过5年的行为 干预，这些高危男性的血脂水平平均下降了13%。但是项目结束后5年的一次随访则让科 学家们感到沮丧：这些人的血脂又都回到了原来的水平!我们常常可以看到一些社区干预项 目，包括联合国的贫困救助项目，当资金充足，项目处于实施的过程中的时候，一切都在发 生着良好的转变；而一旦外力去除，就失去了干预效果。这是为什么?答案是，不能够通过 改变个人行为而改变社会，也就是说，改变部分人的行为，而不改变这种行为赖以生存的基 础，是无法从根本上改变这种行为的。奥斯陆研究的男性，在项目实施过程中坚持使用所指 定的食品，多数时候他们的食品和家庭中的传统食品不同，他无法改变家庭的习惯。当他完 成项目回到家庭的餐桌上时，一切又都恢复了原状。

第四，个体预防策略预测个人将来的能力差。有着很多不确定性，对于高危人群，这种

预防的有效性不是肯定的。

**第三节** **群体预防策略**

群体预防策略 (population strategy) 是相对于个体预防策略的一种手段，是以健康为 中心的措施。知道个体预防策略有着一些致命的缺点，预防医学工作者首先提出了群体预防 的概念。比如，提高贫困国家的生活水平，降低营养缺乏和传染性疾病的发病率大大地提高 了这些国家人民的健康水平。这些都是群体或者社会环境因素影响健康的明显例证。

**一** **、基** **础**

( 一 )社会学基础

群体预防，或者是社会预防策略有其深刻的社会学基础：即社会所独有的、区别于个体 的特征可以影响群体的健康。这就是健康生活方式。韦伯认为， 一个人的生活方式取决于生 活行为和生活机会。生活行为是人们希望选择的生活方式，而生活机会则是获得特定生活方 式的可能性。这一理论清楚地表明，生活方式虽然从每个个体身上表现出来，但是它的选择 是受到社会因素的限制的。韦伯在他的生活方式模型中列出了他对生活机会的观点：生活机 会取决于社会环境。所以，要改变个人的生活方式，仅仅让个人有强烈的改变动机，也就是 生活行为是不够的，还需要资金、地位、权利和社会关系等社会环境的支持。我们无法通过 改变个人来改变社会，只有改变了社会，才能够给个人更多的选择。健康行为 (health behavior) 和健康生活方式，指的是生活机会当中可以选择的集体性健康相关行为。从这个 概念看，健康的行为和生活方式，绝对不是一种个人行为。

生活方式

生活行为

希望选择的生活方式

生活机会

获得特定生活方式的可能性

资金、地位、权利和社会关系支持

取决于社会环境

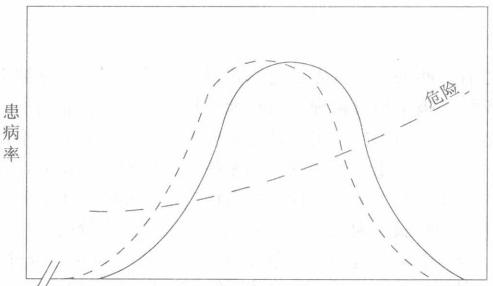
**图9-2** **马克斯** **·韦伯的生活方式理论**

(二)医学基础

和截短危险因素分布的情况不同，群体策略致力于降低整个人群危险因素的负担。研究 表明，全人群的危险因素轻度漂移就可以大大降低发病率。图9-3说明了这一理论。

那么,比起个体预防策略来说，群体预防策略的效果如何?我们将在群体预防策略的优 点中阐述这一点。

**第九章** **社会卫生策略**



**暴露水平**

**图** **9** **-** **3** **疾病危险因素与各水平病因暴露之间的关系图解**

点线示于人群控制之后新的(低)暴露分布。横轴表示暴露水平，纵轴表示患病率。正态分布图表示不同水平暴露 患病率的分布，不连续线条表示随着暴露因素水平提高，危险增加的情况。

**二、优点**

群体预防的优点之一在于其根本性。通过群体的措施，例如健康促进措施，从根本上消 除导致不健康行为和生活方式的社会环境。我国很多农村边远地区的育龄妇女，在怀孕的时 候，不愿意接受产前检查。原因有很多，但调查表明主要有以下几个方面：①经济生活水平 低下。生活富裕的农户接受产前检查的比例高；②健康意识和文化习俗。农村育龄妇女普遍 认为，有病才去找医生，生孩子不是病，用不着去医院；她们的老辈人认为，女人生孩子就 像生活中其他部分一样，用不着照顾；③基层保健体系薄弱。贫困地区乡镇卫生院的妇幼专 干基本上是由妇产科大夫或者其他人员兼任，她们还要提供其他有偿服务，根本无法保证提 供妇幼保健的时间和精力；而村级卫生人员的素质普遍存在着问题。产前检查的比例低下， 便是分娩时出现难产的重大危险因素。有的地区采取与乡村医生签订合同的办法，由乡村医 生负责通知孕妇到医院进行产前检查。这一措施，就是个体预防的措施。但是，根本性的办 法是应当针对目前存在的问题采取根本性的对策，包括提高贫困地区经济水平，改善卫生服 务提供体系，通过对所有村民的健康教育改变他们对产前检查的看法。

群体预防的第二个优点在于它是强有力的。在20世纪60年代，危害日本人健康的主要 疾病是脑血管病，其中以脑出血为主。60年代初所进行的几项大型调查表明，脑出血的病 因是高血压，而高血压与日本人饮食当中食盐含量过高明显相关。从60年代开始，日本全 国上下实行了群众性的减盐运动，要求民众减少1/3的食盐摄入。日本的厚生省并不是这个 运动当中涉及最多的部门—农业、食品加工工业和零售业、服务业也相应进行了重大调整。 比如，政府委托厚生省发布食品标准，所有的食品包装上一定要标明食盐含量。建议民众少 吃咸菜，少吃快餐食品。到90年代，日本脑血管病的死亡率大大降低，比较研究表明，减 少1/3的食盐摄入，降低了20%的中风死亡。比之于治疗脑血管病或者控制高血压来说， 这种措施效果是非常明显的。

群体预防的优点之三是适宜性。它解决了机会不均等的问题，这种措施对所有人都是一 样的，没有人可以多获得，也没有人受损失。

 **社** **会** **医** **学** **(** **第** **2** **版** **)**

**三、缺点**

群体预防策略也有一些缺点。首先是它的普遍可接受性。不论是被干预对象，还是干预 者，双方的动机都不强。被干预对象理所当然地包括高危人群和非高危人群，高危人群在全 人群当中毕竟是少数。而因为干预者主要是卫生保健提供者，他们并不熟悉对一般人群的干 预，宁愿继续待在医院和诊所里。很多发达国家的卫生保健实践证明，社区卫生服务是提高 居民健康意识、提供方便可及、价格合理、全面周到、连续的卫生服务的重要途径。在把社 区卫生服务引入一个以治疗服务为主、以病人为中心的卫生系统的时候，所需要的变革是很 多人都不能接受的。服务对象对这种新的服务方式有一段时间的适应过程，比如年轻人说， 我也没有病，你到我家来干什么?而服务提供者则必然面临着已有服务概念和知识结构的 转变。

另外一个缺点是可行性。因为一个有关健康的政策出台，不可避免地会牵涉其他部门的 利益，导致其他部门发生变化。比如我们前面介绍的关于产前保健的例子，涉及的问题有卫 生部门的问题，如人力培训。如果有更多的经费，基层卫生组织可以得到改善，能够提供更 多的健康教育。但是，增加卫生部门的经费等于影响了其他部门的经费。产前保健利用不 足，主要原因还是经济水平低。所以，政府经常要考虑到经济、教育和产业的优先发展，权 衡所有的情况后才有可能出台一项卫生相关政策。

再次是成本和安全性的问题。有时候社会政策会涉及巨大的社会变化成本。我们都知道 饱和脂肪是不健康的食品，如果不让高脂食品出台的话，需要强有力的监督措施，这需要人 力、物力和财力。同时，还需要有相应的产业配套技术，让脂肪能够转化成其他有用的产 品，而不至于让养猪的农户破产。如果不能得到社会各部门的支持，所谓的低脂食品实际上 是不可能的。

综上所述，群体措施或者社会干预，不是卫生部门一家能够完成的，需要社会各部门的 协调，实际上，是政府的责任。

**第四节** **全球卫生策略与初级卫生保健**

人类健康问题已经成为全世界的社会问题，保护和促进居民健康是世界各国政府都必须 承担的责任。在全球健康问题上，世界卫生组织起到了重大的作用，它协调各个成员国政府 为实现通过政府和社会的努力改善本国居民健康做出决策。

**一** **、初级卫生保健**

(一)初级卫生保健的提出

20世纪后期，世界卫生组织总结世界各国卫生服务提供的状况、效果和经验，针对世 界各国所存在的健康问题提出了一项全球性的战略—到2000年所有人都应当达到能使他们 在社会和经济方面富有成效的生活所需要的健康水平。世界卫生组织和联合国儿童基金会于 1978年在前苏联的阿拉木图召开了国际初级卫生保健大会，大会上发表了《阿拉木图宣言》 和一份世界健康报告，提出了“人人享有卫生保健”策略，明确指出初级卫生保健是实现人 人享有卫生保健的关键。

158

(二)初级卫生保健的概念

《阿拉木图宣言》中提出：初级卫生保健使一种基本的卫生保健，它依靠切实可行、学 术上可靠又为社会所接受的方式和技术，是社区的个人与家庭通过积极参与普遍能够享受 的，费用也是社区或国家在发展的各个时期本着自力更生及自决精神能够负担得起的，它既 是国家卫生系统的一个组成部分、功能中心和活动的焦点，也是社会整个经济发展的一个组 成部分。它是个人、家庭、群众与国家卫生系统接触的第一环，能使卫生保健尽可能接近于 人民居住及工作的场所，它还是卫生保健持续进程的起始一级。

(三)初级卫生保健的基本原则

1. 社会公正 初级卫生保健要体现卫生服务和卫生资源分配于利用的公正性。人们接 受卫生服务的机会必须是均等的，不能忽视乡村和某一地区的人口或城郊居民；

2.社区参与 在改善人民健康的过程中，必须充分发挥社区和人民群众的作用，依靠 群众的参与改变不良的卫生习惯和生活方式，提高自我保健能力；

3. 成本效果和成本效益 必须以最低的成本产生最大的效益的方式来分配和利用资源， 卫生资源的投放应该从以医院和专科服务为主转向地区卫生系统和基础卫生工作；

4. 部门间协作行动 实行初级卫生保健不能只依靠卫生部门，而必须是卫生部门和其 他部门的共同行动，并协调一致的关系。

(四)初级卫生保健的基本内容

1. 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。

2. 八项基本要素

(1)促进食品和合理的营养，安全水供应的保障，并采取基本的公共卫生措施；

(2)开展包括计划生育在内的妇幼保健工作；

(3)主要传染病的预防接种；

(4)地方病的预防和控制；

(5)常见病和外伤的恰当处理；

(6)保护精神健康；

(7)保证基本药物的供应；

(8)就重要的卫生保健问题及其预防控制方法进行健康教育。

**二** **、全球卫生面临的新挑战**

经过20多年的努力，世界卫生组织的成员国政府和非政府组织日益接受了世界卫生组 织提出的“人人享有卫生保健”策略，作为努力改善健康的总目标，并且大多数国家已经采 纳了初级卫生保健。尽管在国家内部和国家间还存在着巨大的差异，但是人们获得阿拉木图 宣言所确定的各项要素已经稳步增加。由于基础设施的扩大，识字率的提高，收入的增加以 及营养、环境卫生、教育机遇的改善，许多国家传染病发病率已经下降，天花已经得到根 除，控制和预防一系列的疾病，如麻疹、脊髓灰质炎和白喉已经极大地降低了儿童死亡率和

发病率。

但是，目前在世界各个地区都存在着以下的问题，导致了实施全球卫生策略的障碍。

1. 政府对实施人人享有卫生保健的承诺不够；

2. 在获得初级卫生保健服务方面存在着不公平；

3. 妇女地位低微的状况仍然没有得到改善；

4. 社会经济发展缓慢；

5. 各部门为协调卫生行动有困难；

6. 人力资源分布不平衡，支持的力度薄弱；

7. 卫生信息系统薄弱，缺乏基础数据；

8. 健康促进活动不足；

9. 环境污染、食品安全性差，缺乏安全水供应和环境卫生设施；

10. 人口老龄化和疾病流行模式迅速变化；

11. 昂贵技术的不适当使用和资源分配不合理；

12. 自然和人为灾害。

面对世界新的政治、经济、社会和环境状况，应当采取必要的步骤重新修订人人享有卫 生保健全球策略，并制定相应的行动计划迎接21世纪的挑战。

21世纪影响健康的新问题包括：

1.广泛的绝对和相对贫困；

2. 人口老龄化和城市化；

3. 流行病学变化：传染病发病率居高不下，慢性疾病、损伤的发病率和暴力发生率 上升 ；

4. 对人类生存的全球环境威胁；

5. 新技术：信息和远程医学服务；

6. 生物技术的发展；

7. 私立和公立部门以及居民和社会之间的卫生伙伴关系；

8. 贸易、旅行以及价值观和思想传播的全球化。

**三、21世纪人人享有卫生保健**

(一)社会基础

21世纪人人享有卫生保健，是一个理想，即在人们的生存机会中，最大限度地实现每 个人的健康。其社会基础是：①承认享有最大可能健康是一项基本人权；②重视政策、研究 和服务提供过程的伦理方面；③消除个人之间和群体之间的不公平、不合理现象；④消除性 别歧视，强调性别平等。

(二)总目标

21世纪人人享有卫生保健有三个总体目标：

1. 增加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。

(三)具体目标

1. 到2005年

160

(1)在各国和国家间确定并实施健康公平性评估；

(2)各成员国制定具体的行动计划，并开始实施和评估。

2. 到2010年

(1)消灭麻风病；

(2)全体居民获得终生的综合、基本、优质的卫生服务；

(3)建立适宜的卫生信息系统；

(4)实施政策研究和体制研究的机制。

3. 到2020年

(1)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；

(2)全球负担大大减轻，与结核、艾滋病、烟草、暴力相关的发病和残疾上升趋势得到 控 制 ；

(3)消灭麻疹、丝虫病和沙眼；

(4)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；

(5)社区建立综合健康行为促进计划并予以实施。

(四)政策基础

以健康为中心和可持续发展是21世纪人人享有卫生保健的政策基础。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，更多的是要重视生活质量。

可持续发展的概念在于加强基础建设。基础建设的概念不仅仅是结构，更重要的是宗旨 和功能，比如原有设施的改建，原有人力资源的重组，新的领域人力的吸收，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产生的观念变 革，等等。卫生系统的改革，不可能脱离整个国家的社会经济变革，也就是既不能超前，也 不能滞后。

(五)行动

世界卫生组织建议的四项重大行动在于：

1. 与贫困作斗争，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。

**第五节** **中国的卫生策略**

**一** **、中国的卫生问题**

“十五”期间我国卫生事业取得明显发展，但制约卫生事业发展的体制性、机制性、结

 **社** **会** **医** **学** **(** **第** **2** **版** **)**

9

构性问题仍未根本解决，卫生事业发展滞后的问题仍然比较突出。我国人口总量仍在持续增 长，老龄化进程加快，群众卫生服务需求不断提高。城市化、工业化引发的人口流动、环境 污染、职业卫生和意外伤害等一系列社会问题，使卫生服务体系和医疗保障体系面临严峻 挑战。

1. 重大传染病和慢性病流行仍比较严重 艾滋病病毒感染和发病人数呈上升趋势，开 始从高危人群向一般人群扩散；结核病患者人数超过450万，其中传染性肺结核病人约200 万；病毒性肝炎等传染病尚未得到有效控制；新发传染病和人畜共患病不断出现，对人民健 康构成严重威胁。血吸虫病病人有84万，碘缺乏病现症病人约61万，氟骨症患者288万。 恶性肿瘤、脑血管病、心脏病、糖尿病、呼吸系统疾病、损伤与中毒等主要慢性病患者约2 亿人，死亡人数占全国居民因病死亡人数的80%以上，已取代传染病成为我国居民的主要 死因。有严重精神疾病患者1600万。职业病危害呈上升趋势。

2. 妇幼保健工作比较薄弱 妇女孕产期疾病、儿童感染性疾病等继续威胁妇女儿童健 康。产科出血、妊娠高血压综合征等一直是孕产妇死亡的主要原因，肺炎、早产或低出生体 重儿和新生儿窒息等是导致农村儿童死亡的重要因素，一些有效的干预措施推广困难。流动 人口中妇女儿童卫生保健问题尤为突出。出生缺陷影响了国民素质的不断提高。城乡之间、 东西部之间妇女儿童健康状况差距扩大，农村地区5岁以下儿童死亡率和孕产妇死亡率均高 出城市一倍以上。

3. 农村卫生发展仍然滞后 艾滋病、结核病、肝炎、血吸虫病和地方病患者，大部分 在农村。农村公共卫生面临传染病、慢性病和意外伤害并存的局面。农村卫生机构服务能力 不强，基础条件差，人员素质不高。部分中西部农村卫生机构房屋破旧，缺乏基本医疗设 备，专业人才匮乏。全国乡镇卫生院人员中具有大专以上学历的只占18.5%,无专业学历 者高达21.6%。特别是农村公共卫生体系不健全，缺乏经费保障，预防保健工作存在隐患。

4. 医药卫生体制机制不适应群众需求，“看病难、看病贵”问题突出 卫生资源分布不 均衡，过度集中在大城市和大医院，社区卫生资源不足、人才短缺、服务能力不强。各级公 立医疗机构运行机制不合理，公益性质淡化。药品市场秩序混乱，价格过高。医疗机构全行 业监管缺乏有效机制，条块分割和部门所有阻碍了监管措施的落实。医疗保险体系不健全， 半数以上城乡居民仍自费看病。社会资金进入医疗卫生领域存在困难，多渠道办医的格局尚 未形成。

深化医药卫生体制改革，控制医药费用不合理增长，扩大医疗保障覆盖范围，增加政府 投入，减轻群众个人负担，缓解“看病难、看病贵”问题等，是“十一五”期间卫生工作面 临的艰巨任务。

**二** **、中国的卫生策略**

(一)基本原则

深化医药卫生体制改革应遵循以下基本原则：

1. 坚持以人为本，把维护人民健康权益放在第一位。坚持医药卫生事业为人民健康服 务的宗旨，遵循公益性的原则。

2. 坚持立足国情，建立中国特色的医药卫生体制。坚持基本医疗卫生服务水平与国民 经济和社会发展相协调、与人民群众的承受能力相适应，探索建立符合国情的基本医疗卫生 制度。

162

3. 坚持公平效率统一，政府主导与发挥市场机制作用相结合。坚持政府主导，强化政 府在基本医疗卫生制度中的责任；同时，注重发挥市场机制作用，提高医疗卫生运行效率和 服务水平、质量，满足人民群众多层次、多样化的医疗卫生需求。

4. 坚持统筹兼顾，把完善制度体系与解决当前突出问题结合起来。正确处理政府、卫 生机构、医药企业、医务人员和人民群众之间的关系。注重整体设计，明确总体改革方向目 标和基本框架，突出重点，积极稳妥地推进改革。

(二)总体目标

深化医药卫生体制改革的总体目标是：建立覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度，为群众 提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务。

到2020年，覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度基本建立。普遍建立比较完善的公共卫 生服务体系和医疗服务体系，比较健全的医疗保障体系，比较规范的药品供应保障体系，比 较科学的医疗卫生机构管理体制和运行机制，形成多元办医格局，人人享有基本医疗卫生服 务，基本适应人民群众多层次的医疗卫生需求，人民群众健康水平进一步提高。

(三)2009—2011三年五项重点改革

1. 实现全民医保 3年内使城镇职工和居民基本医疗保险及新型农村合作医疗参保率提 高到90%以上。2010年，对城镇居民医保和新农合的补助标准提高到每人每年120元，并 适当提高个人缴费标准，提高报销比例和支付限额。

2. 初步建立国家基本药物制度 建立科学合理的基本药物目录遴选调整管理机制和供 应保障体系。将基本药物全部纳入医保药品报销目录。

3. 健全基层医疗服务体系 从2009年开始，逐步在全国建立统一居民健康档案。增加 公共卫生服务项目，提高经费标准。充分发挥中医药作用。

4. 促进基本公共卫生服务均等化 从2009年起，中国逐步向城乡居民统一提供疾病预 防控制、妇幼保健、健康教育等基本公共卫生服务，人均经费标准今年不低于15元，2011 年不低于20元。

5. 推进公立医院改革试点2009年开始试点，2011年逐步推开。改革公立医院管理体 制和运行、监管机制，提高公立医疗机构服务水平。推进公立医院补偿机制改革。加快形成 多元化办医格局。

**三、卫生发展战略**

我国今后几十年的基本发展战略是：以满足人们的健康需求为导向，以提高人民健康水 平为中心，突出农村卫生、预防保健和中医药三个战略重点，按照公平与效率兼顾的原则， 强化基本卫生服务和卫生监督管理工作，推行区域卫生规划，走以内涵发展为主、内涵与外 延发展相结合的道路。

**一、名词解释**

1. 个体预防策略

2. 群体预防策略



3. 初级卫生保健

4.21世纪人人享有卫生保健

**社** **会** **医** **学** **(** **第** **2** **版** **)**

**二** **、填空题**

1. 健康状况评价实际上分为三个层次

2. 健康的影响因素分为两类

3. 初级卫生保健的基本任务包括 

**三、选择题**

1. 发现健康问题的根本途径是 A. 个人行为

A. 健康状况评价 B. 社会组织的失败

B. 健康相关生活质量评价 C. 经济原因

C. 健康危险因素评价 D. 物理因素

D. 社会卫生评价 E. 以上都是

E. 社会制度研究 4. 针对人群健康的对策，哪种表述是

2. 从根本上看，影响健康的因素是 不正确的

A. 教育和不公平 A. 需要医学家单独完成

B. 收入水平和贫困 B. 需要医学家与其他部门的合作

C. 遗传因素 C. 必须通过政治的途径完成

D. 社会经济因素、贫困和不公平 D. 解决社会问题才能解决医学问题

E. 社会安定 E. 必须与政府行政部门合作

3. 社会体制和环境的原因指的是

**四** **、问答题**

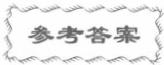
1. 我国目前面临的主要卫生问题是什么?

2. 我国的卫生发展战略是什么?

**五** **、论述题**

1. 个体预防策略的优缺点是什么?

2. 为什么说群体预防策略是根本性的?请举例说明。



**一** **、名词解释**

1. 个体预防策略，又称为高危预防策略，是建立在直接危险因素理论上的一种针对于 部分群体的策略。这种策略的目的是截短分布。

2. 群体预防策略是相对于个体预防策略的一种手段，是以健康为中心的措施。群体策 略致力于降低整个人群危险因素的负担。

3. 初级卫生保健是一种基本的卫生保健，它依靠切实可行、学术上可靠又为社会所接 受的方式和技术，是社区的个人与家庭通过积极参与普遍能够享受的，费用也是社区或国家 在发展的各个时期本着自力更生及自觉精神能够负担得起的，它既是国家卫生系统的一个组

164

成部分、功能中心和活动的焦点，也是社会整个经济发展的一个组成部分。

4.21世纪人人享有卫生保健是一个理想，即在人们的生存机会中，最大限度地实现每 个人的健康。有三个总体目标：

(1)增加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。

**二、填空题**

1. 不健康 亚健康 健康

2.直接的影响因素 根本的影响因素

3. 促进健康 预防 治疗 康复

**三、选择题**

1.A 2.D 3.E 4.A

**四** **、问答题**

1. (1)传染病和慢性疾病形势严峻： 一些边远地区，传染病流行的环境和致病因素依 然存在，传染性疾病的防治任务仍然非常艰巨。一些已经得到基本控制的传染病如结核病和 性传播疾病死灰复燃。同时，在城市和相对发达的农村地区，慢性疾病已经成为居民的主要 死因。

(2)健康状况和卫生服务存在明显地区差异：地区之间居民的健康状况存在着明显的差 别。例如，婴儿死亡率城市为14.2‰,农村为41.6‰,存在着3倍的差异。东西部平均期 望寿命的差距为6岁，东部72岁，西部66岁。

(3)卫生资源配置不合理：城乡之间分配严重不合理，占总人口20%的城市地区集中 了高精尖的医学技术人才，而占总人口80%的农村地区，却缺少合格的卫生人力。

(4)卫生体制不合理：我国现行卫生体制是在计划经济体制下建立起来的，从中央一级 到地方基层，都出现了结构与现有功能脱节、效率低下，重复建设等问题，必须要进行机构 改革和调整。

(5)立法和执法问题：卫生法律体系不健全，首先是缺少卫生母法；其次是现有卫生执 法监督体制没有完全独立建立起来；第三是执法监督队伍不完善，人员素质和执法条件都有 待改善。

2. 我国今后几十年的基本发展战略是：以满足人们的健康需求为导向，以提高人民健 康水平为中心，突出农村卫生、预防保健和中医药三个战略重点，按照公平与效率兼顾的原 则，强化基本卫生服务和卫生监督管理工作，推行区域卫生规划，走以内涵发展为主、内涵 与外延发展相结合的道路。

**五、论述题**

1. 个体预防策略的优点很多。首先是医患双方都有强烈的动机，处于危险中的个体急 于解除危险的困扰，而医生在面对一个可能有问题的但也有可能治愈的个体的时候充分表现 了作为医生的一种权力和优越感。

第二个优点是不干扰非高危人群。只有那些有着强烈的动机，想要了解更多有关该危险 因素的知识以及如何改变行为的人，才接受这些措施。第三个优点是具有现成的思维和组 织。第四个优点是成本-效益好。第五个优点是危险-效益比高。

个体预防策略有着一些明显可见的缺点。首先是它对控制整个健康问题的贡献小。危险 因素不是针对某些个体的，之所以有一些个体受到了危险因素的侵害，说明在这些个体生活 的社会群体中存在着危险因素。

其次，把预防变成了治疗。医生的惯常思维是把所有来求医的人贴上患者的标签，这种 标签效应使得本来不是病人，只是一些有着危险因素的人变成了病人。这无形之中让他在社 会当中，一定程度地丧失了原有的角色和功能。

第三，个体预防策略只是一种暂时的成功。它没有针对根本问题，也就是社会群体当中 产生这种问题的根源采取措施，所以当控制手段持续的时候，可以看到成功，而当控制手段 消除之后，就可能恢复到原来的状态。

第四，个体预防策略预测个人将来的能力差。有着很多不确定性，对于高危人群，这种 预防的有效性不是肯定的。

2. 群体预防的优点之一在于其根本性。通过群体的措施，例如健康促进措施，从根本 上消除导致不健康行为和生活方式的社会环境。例如我国很多农村边远地区的育龄妇女，在 怀孕的时候，至今还不愿意接受产前检查。原因有很多，但主要有：①经济生活水平低下； ②健康意识和文化习俗。认为生孩子不是病，不用去医院；③基层保健体系薄弱。贫困地区 乡镇卫生院的妇幼专干基本上是由妇产科大夫或者其他人员兼任，他们还要提供其他有偿服 务，根本无法保证提供妇幼保健的时间和精力；而村级卫生人员的素质普遍存在着问题。产 前检查的比例低下，便是分娩时出现难产的重大危险因素。根本性的办法是应当针对目前存 在的问题采取根本性的对策，包括提高贫困地区经济水平，改善卫生服务提供体系，通过对 所有村民的健康教育改变他们对产前检查的看法，才可能最终根除孕产妇死亡的原因。

(张拓红 黄 森)

**第十章** **特殊人群社会医学**

**第一节** **儿童青少年社会医学**

儿童青少年是处于生长发育时期的一组特殊人群，广义是指0～25岁年龄的人群。狭义 的儿童青少年是指儿童期和青春期的人群，根据发育阶段和生活学习环境将儿童期定为6~ 12岁，青春期发育期定为10～20岁左右。这是人类一生中生长、发育和成熟阶段，此过程 既受遗传因素影响，又与外界环境密切相关。此阶段儿童青少年的生理和心理都处于脆弱阶 段，尤其心理的发展是由不成熟到成熟的过程。

**一** **、儿童青少年健康问题**

(一)儿童青少年躯体健康问题

1. 儿童青少年患病特点

儿童期有自觉症状的疾病患病率较低，从因病缺课原因看，上呼吸道感染和其他呼吸系 统疾病及消化道疾病占主要位置，与卫生习惯和生活条件有密切关系的蛔虫和沙眼较常见； 龋齿、近视和脊柱弯曲异常，以及结核病和意外事故的患病率明显增多。

青春期与卫生习惯和生活条件有密切关系的蛔虫、沙眼、龋齿的患病率明显降低，而与 学习负担有关的近视明显增多；青春期少女月经异常较为多见；风湿病、肾炎、肝炎、结核 病、胃病、鼻炎的患病率增加；青春期心理卫生问题尤为突出。

2. 儿童青少年死亡率和死亡原因

(1)死亡率：《2009中国卫生统计年鉴》显示我国儿童青少年死亡率的特点是0岁组最 高，5～14岁组最低；男孩高于女孩；农村高于城市。

(2)死因：我国大城市儿童青少年的死因顺位与发达国家类似，主要死因是外因死亡、 先天异常和恶性肿瘤。农村不发达地区呈现呼吸系统、消化系统感染为主的死因顺位。

(二)儿童青少年心理健康问题

心理是大脑对客观现实的反映，包括感觉、知觉、记忆、思维、意识等心理过程，气 质、情感、性格、态度等心理倾向。个体或种系从生产到死亡期间持续的有规律的心理变化 过程称为心理发展。儿童的心理发展是一个从不成熟向成熟的连续过程，受遗传和环境交互 影响，父母的教养方式、学校教育、社会环境等，对其心理发展均有显著作用。

青春期的生理发育十分迅速，但心理发展速度相对缓慢，使得身心发展处在非平衡状 态，引起种种心理发展上的矛盾，包括生理变化对心理活动的冲击、心理成熟感与幼稚性的 矛盾，易出现心理及行为的偏差。

常见的儿童青少年心理卫生问题的主要表现形式为学业问题、情绪问题、品行问题、不 良习惯、青春期问题。

**二** **、儿童青少年健康的影响因素**

(一)影响生长发育的遗传因素

受精卵中父母双方各种基因的不同组合，决定了子代个体发育的各种遗传性状。通过各 种方式的基因传递，子代可以显现亲代的各种形态、功能、性状和心理素质特点，形成了每 个儿童各自的生长发育潜力。但是，这种潜力能否充分发挥，即有关基因型的外显程度，却 受到环境因素的制约。

(二)环境因素

1. 营养 营养是生长发育最重要的物质基础。如果膳食结构不合理，各种营养素的摄 人不均衡等，将使处于生长期新陈代谢旺盛的儿童少年所必需的热量、蛋白质、各种维生 素、矿物质以及微量元素等供给不足，其后果是生长发育迟缓，皮下脂肪减少，肌肉萎缩， 骨质疏松，免疫功能低下，影响学习和劳动能力，并可导致各种急、慢性营养不良和各种营 养缺乏症。

2. 体育锻炼 运动是生命的表现形式，是促进身体发育和增强体质最重要的因素。运 动时，儿童新陈代谢显著增强，出现体力的消耗，产热增加，加速了分解代谢，经过剧烈运 动或劳动不仅异化过程加强，更重要的是在适当营养保证下，同化作用也相应加强。在正常 情况下，处于生长期的儿童总是同化过程要超过异化过程，消耗增加了，积累又显著地超过 消耗，因此促进了身体各部的生长发育。

3. 生活作息制度合理安排儿童少年的生活作息制度，使其有规律、有节奏，保证足 够的户外活动和适当的学习时间，定时进餐、充足睡眠可以促进儿童少年的健康生长发育。

4. 环境污染 工业化或其他原因造成的环境污染不仅给人类健康带来威胁，引起各种 疾病，而且给儿童少年的身心发育带来很大影响，阻碍了他们正常发育的进程，必须引起人 们的高度重视。

5. 社会和家庭 人类社会是人类固有的特征。社会因素对儿童少年生长发育的影响是 多层次、多方面的综合作用。它不仅影响儿童少年的身体发育，同时也影响其心理、智力和 行为的发展，逐步形成了机体的生理和心理社会特点，使其抵抗不良因素，充分发挥种族、 家族遗传所赋予的生长潜力，达到最佳的生长发育水平。

社会因素系指社会的政治、经济状况、生活和学习环境、文化教育、卫生保健、家庭结 构和家庭生活质量、父母的受教育程度及职业、亲子情感联系、个人与社会成员的交往等。 这些因素往往交织在一起，构成复杂的关系，共同对健康起作用。

(1)政治、经济状况：在过去一个世纪以来，世界上多数国家儿童青少年的身材一代比 一代长得高，性发育提前。身高的增长幅度，曾有随年代进展而逐渐加快的趋势。生长发育 的长期趋势首先出现在经济发展迅速的国家，并主要见之于城市文化水平较高的儿童青少年 中。性成熟提前的趋势几乎在世界各地都可以观察到。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有密切关系。

(2)城乡差异：生长发育的城乡差异主要是由于城乡的社会环境、生活和劳动的差别而 引起的，这种差异在经济落后的国家和地区尤为突出。

(3)家庭因素：家庭是社会重要组成部分，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少年的健康，如家庭的生活方式、行为、家庭气氛。生 活制度、居住条件。饮食习惯。父母的性格、个人爱好及对子女的态度等。大量的实验证

**第** **十** **章** **特** **殊** **人** **群** **社** **会** **医** **学** 

明，上述因素都会潜移默化地作用在儿童少年身上，影响他们的身心健康发育。在这些因素 中最重要的是家庭经济状况，主要成员的文化素质和育儿的方式。

**三、社会卫生措施**

(一)心理卫生服务

儿童青少年心理卫生工作的目标是运用医学、心理学、教育学、社会学等多学科的理论 方法，根据儿童青少年的身心发育规律及其特点，有针对性地进行教育和训练，培养他们具 有健康的心理和良好的社会适应能力，为成年期的身心健康奠定良好基础；预防为主，早期 发现、早期干预、早期矫治各种心理卫生问题；普及心理卫生知识，多形式开展心理卫生活 动，使家庭、学校和社会密切配合，利用一切有利因素为儿童青少年创造良好的身心发展环 境，减少或消除不良因素，使儿童青少年的发展潜力得到极大发挥，促进他们在德、智、 体、美等各方面得到全面发展。

1. 建立卫生措施 一般卫生措施包括建立优生咨询机构，做好围产期保健，对婴幼儿、 孕妇实施计划免疫，积极防治及减少有损于儿童神经系统发育的疾病因素。

2. 改善家庭和学校环境 普及心理卫生知识，为教师、家长提供心理咨询，早期发现 儿童青少年中的心理卫生问题，及时采取干预矫治措施，以获得最佳效果。

3. 开展心理行为指导 由卫生学、教育学、心理学、儿科学、精神科学、社会学等多 学科专业人员配合进行，重点进行儿童青少年认知、情绪及行为问题方面的指导矫治。

4. 改变不良的教养态度与方式 要使家长和教师充分认识到溺爱、放纵、情感忽略、 简单粗暴、虐待等都有增加儿童心理卫生问题的危险性。要加强法制教育，禁止虐待儿童和 歧视缺陷儿童的行为，禁止性别歧视。

5. 培训学校专职心理指导教师，建立基层心理卫生服务队伍，学校、家庭、社区密切 协作，做好心理保健工作。

6. 心理卫生的三级预防 一级预防为设法从根本上消除问题的原因，提高心理素质， 防病于未然。具体做法包括，社会性宣教、优生优育、学校心理卫生教育与咨询、举办家长 学校、专业人员培训等。二级预防为早期发现、早期干预、除病于萌芽。包括建立筛查技术 方法和规程、问题儿童的指导等。三级预防为治疗疾病，减轻损害，促进康复。通过专门治 疗机构治疗儿童疾病，改善所处环境。

(二)学校生活技能教育

1. 概念 学校生活技能教育是指在一种新型的建设性的人际关系中，给予学生合理的 协助与服务，帮助儿童青少年正确了解自己，认识环境，根据自身条件确立有益于个体发展 的生活目标，克服成长中的不足或障碍，调整自己的行为，发挥个人潜力，以达到最佳的发 展和良好的社会适应状态。它主要包括学习技能教育和生活技能教育两个方面。

2. 目标 学校生活技能教育的一般目标与学校教育目标是一致的，就是要促成学校教 育目标的实现，帮助学生认识自己，认识和掌握周围环境，应付危机，摆脱困难，去除不适 的心理症状，改善行为，指导学生做选择和决策，鼓励学生寻求和了解生活意义，过健康 的、有意义的、自我满足的生活。

3. 原则 面向全体学生，预防与发展相结合，充分尊重和理解学生，学生主体性原则， 个别化原则，整体发展。

(三)学校健康教育

1. 概念 学校健康教育是健康教育的重要组成部分，它是在学校中，针对学生的求知 特点和对健康的需求，采取多种形式，通过有计划、有组织的教育活动，进行有目的、有计 划的健康知识、技能的传播、教授活动。

2. 目标 提高学生的卫生科学知识水平，改善学生对待个人和公共卫生的态度，培养 学生的自我保健意识和能力，养成良好的生活习惯，降低常见病的患病率及各种危险因素， 预防各种心理卫生问题，促进心理发展。

3. 意义儿童青少年的行为方式具有极大的可塑性，在生命初期形成的行为方式会对 他们以后的生命保护阶段和晚年生命质量产生深远的影响；儿童青少年成长过程中的主要环 境是学校与家庭，童年和青春期是人生最易受影响的阶段，学校的特点决定了它是教育和健 康计划能发挥最大作用的地方；除此之外，学校健康教育的教育效果可向家庭和社会辐射， 儿童青少年把学校教育的医学知识带回家庭，通过鼓励他们向家庭成员传递有关健康信息， 促进家庭自我保健及卫生工作，有助于形成讲究卫生的社会风尚。

**第二节** **妇女社会医学**

妇女保健是社会医学的重要组成部分。它是根据妇女的生理特点，运用社会医学与临床 医学以及社会人口学等有关学科的理论与方法，研究妇女一生中不同时期的生理及心理特 点，针对危害妇女健康的主要疾病和影响因素，从社会、心理、生物诸方面采取综合性的防 治和保健措施，以达到保障和增进母婴健康、提高妇女整体健康水平的目的。

妇女一生要经历青春期、孕产期、哺乳期和更年期等特殊生理期，在这些时期，妇女全 身各个系统，特别是内分泌系统变化较大，容易发生感染性、损伤性疾病，对环境中的危害 因素也比较敏感。妇女在生育期内要经历结婚、妊娠、产褥及哺乳等特殊生理过程，如忽视 这些阶段的保健工作，不仅可直接影响妇女自身的健康，还会影响婴幼儿的健康，甚至影响 未来人口的健康素质。母亲的健康直接关系到后代的健康，未来人口的健康素质取决于母亲 受孕前、受孕时以及受孕后的健康。

**一、我国妇女保健现状**

中国是个人口大国，总人口占世界人口的1/4,育龄妇女人数占有相当大的比例。育龄 妇女健康状况的好坏，直接影响全人群的健康状况，妇女健康受损，对社会对家庭都将构成 无法估量的损失。我国政府非常重视妇女儿童的健康问题，并逐步将生育健康的概念引入卫 生服务之中，将改善妇女生育健康作为优先提供的卫生服务之一。在《中国妇女发展纲要》 和《中华人民共和国母婴保健法》等文件中明确地提出了将降低孕产妇死亡率和婴儿死亡率 作为主要目标，并以“纲要”和“法规”的形式规范孕产期保健及整体妇幼卫生服务。

然而，中国地域辽阔，经济、文化发展很不平衡。妇女的健康状况在城乡之间、不同的 地区、不同的民族之间都存在着巨大的差异。在经济发达的地区和城市中，由于经济发达、 医疗条件完善，计划生育工作开展得好，妇女健康状况明显好于经济欠发达地区和农村。表 现为平均初婚年龄晚，生育率低、节育率高，婴儿死亡率和孕产妇死亡率低。但城市中母乳 喂养率低、未婚人工流产率以及性传播疾病感染等要高于农村。国务院新闻办公室发布的 《中国性别平等与妇女发展状况》白皮书显示，我国孕产妇死亡率明显下降，由1995年的

170

61.9/10万下降到2004年的48.3/10万，但孕产妇死亡率地区差距很大，2004年西藏、新 疆、青海等边远少数民族地区仍超过100/10万，最高的甚至达310.4/10万，全面降低孕产 妇死亡率仍任重道远。

**二、社会卫生问题及影响因素**

在过去的50年中，我国的妇女健康状况得到了很大的改善，但依然存在着大量的问题， 主要表现为：

1. 孕产妇和儿童死亡状况的不平衡 农村与城市东部地区与西部地区差别巨大；偏远 地区、少数民族尤重，另外流动人口及计划外生育对孕产妇死亡的影响也愈加严重。

2. 提供基本的孕产期保健和儿童服务能力偏低 医疗部门知识技能仍待提高，服务管 理和信息管理工作薄弱，危重症孕产妇、儿童转诊系统不畅，基层产科急救能力低。

3. 营养不良 农村地区孕产妇、婴儿营养不良问题依然严重，而蛋白质-热量缺乏所导 致的营养不良严重影响儿童的体质和智力发育，也可导致妇女骨盆狭小、增加母亲和婴儿的 危险。

4. 经济、社会发展情况据世界卫生组织估计，发展中国家的母婴死亡率是发达国家 的30倍。妇女健康与国家的经济状况和医疗技术措施密切相关，要提高发展中国家妇女健 康水平，除了改进卫生保健服务和卫生技术外，还得依赖于国家的经济状况的改善和对卫生 服务的投入。

5. 缺乏对妇女精神卫生保健的关注 生理状态与外界应激都会导致女性精神卫生方面 出现问题。女性的特殊生理阶段，包括月经期、青春发育期、妊娠产后期、更年期、老年期 等，都可以出现精神症状，而在经前、产后及更年期这三个阶断的表现更为明显。

6. 贫困地区妇女保健工作亟待加强贫困地区妇幼卫生设施差、卫生技术人员缺乏。因此， 加强妇幼卫生设施建设、加强卫生人员培训，改善妇女健康状况是政府和卫生部门的责任。

7. 东南沿海和大城市妇女的卫生服务需要增加 随着疾病谱的变化，在城市地区，传 染病所造成的死亡大大地减少，而性传播疾病、生殖道感染、宫颈癌、乳腺癌预防和治疗等 逐渐成为妇女保健的主要内容。由于经济的相对发达和富裕，妇女对生育健康服务的需求增 加(如宫颈癌、乳腺癌的筛查、 HIV/STD 预防和生殖道感染的治疗)。

**三、社会卫生措施**

(一)广泛进行社会宣传和健康教育

积极组织各种媒体、采用各种宣传手段，围绕妇女生殖健康，加大健康教育力度，使妇 女了解女性主要疾病、主要危险因素的防治知识，养成健康、文明的生活方式和行为习惯， 增强妇女自我保健的意识和能力。

(二)妇女常见病筛查

通过定期为妇女提供规范的妇女常见病筛查服务，及筛查后异常情况的追踪管理，做到 对妇女常见病的早发现、早诊断、早治疗。降低妇女常见病的发生率及死亡率，提高妇女健 康水平。通过社区和单位定期组织适龄妇女参加妇女常见病筛查，扩大筛查的覆盖面，提高 妇女常见病的筛查率。

(三)切实采取有力措施、建立妇女健康保障制度

城乡医疗保障制度应逐步覆盖妇女病的筛查项目，并对妇女重大疾病的诊治费用给予适

 **社** **会** **医** **学** **(** **第** **2** **版** **)**

当补偿。加快城乡医疗救助制度建设，对困难群体的妇女病诊治提供救助补偿。在各级政府 的大力支持下，逐步提高中西部困难地区的住院分娩率、婚前医学检查率和妇女常见疾病普 查率。

(四)强化政府职责

各级政府将保障妇女人人享有基本医疗卫生服务列入议程，加大财政投入和转移支付力 度，重点加强中西部地区和东部困难地区妇女主要健康问题的防治工作，强化早期干预措 施，努力降低妇女主要疾病风险，提高妇女健康水平。

(五)加强保护妇女健康的服务能力建设

把妇女主要疾病的防治工作重点放在农村和城市基层，依托城乡基层卫生服务网络，推 进以预防为主的群防群治工作。强化基层妇幼卫生服务能力建设，建立有效预防疾病和转诊 急救的工作协调机制。及时掌握辖区内的妇女健康状况，并提供有效的健康指导和健康服 务。针对影响妇女健康的主要疾病风险，加强科学研究和技术攻关。按照保基本、广覆盖的 原则，普及成本效果好的适宜技术，切实解决危害妇女健康的突出问题。

(六)加大贯彻保护妇女健康的法律法规的力度

依据《母婴保健法》及其他相关法律法规，坚决取缔非法行医、非法接生，规范母婴保 健服务，切实保护妇女健康。

**第三节** **老年人口社会医学**

**一、人口老龄化及我国人口老龄化的特点**

(一)人口老化和老龄化

老化有个体和群体老化双重含义。人类面临人口老化称为老龄化，每个人随增龄导致的 衰老称为老化。

人口老龄化是指年龄结构中老年人口在总人口中所占的比重的变化。老年人口比重、少 儿人口比重、老年人口与少儿人口比值、人口年龄中位数等都是反映人口老龄化程度的常用 指标。联合国的划分标准应用最为广泛，将65岁及以上老年人口比重达到7%及以上的人 口，或60岁及以上老年人口比重达到10%及以上的人口，划为老年型人口。发展中国家一 般以60岁为老年人口的起点年龄，发达国家普遍沿用65岁为老年人的起点年龄。至1980 年几乎所有发达国家都已进入老年型，发达国家在经济充分发展之后，才出现人口老龄化， 他们推行的福利社会计划仍然给他们的国家带来了较重的负担。而发展中国家，人口众多， 经济发展相对落后，由人口老龄化带来的种种社会问题更为突出。

(二)老年人口的社会学特征

1. 老年人的婚姻结构 老年人口的婚姻受老年人口性别、年龄别死亡率的影响，女性 老年人口的丧偶率高。

2. 老年人的家庭结构 多数发展中国家老年人经济上依赖子女，在家庭中已完全失去 或部分失去了经济支配权，因而处于从属地位。

3. 老年人的文化结构 老年人口的文化程度比成年人口低，这种带有普遍性的趋势主 要受历史条件制约。这种现象在老年女性人口中更加突出。

4. 老年人的再就业结构 西方发达国家的老年人一般不倾向于再就业。中国、日本的

172

老年人只要健康状况好，多倾向于再就业。

(三)我国人口老化的特点

1. 人口老化起步晚，速度快，数量大 我国在2000年才进入老年型国家行列，比发达 国家晚了50～100年。但是我国人口老龄化速度惊人，据预测，其速度可能仅次于日本。老 年人口数占世界老年人的1/5。

2. 人口老龄化的地区发展不平衡 东部沿海地区由于经济发达，出生率下降快，因而 老龄化速度快，程度高，而西北、西南内陆及边疆地区相差较多。

3. 人口老龄化超过经济发展的承受力 西方发达国家人口老龄化出现在经济发达、 GDP 较高的阶级，人均GDP 至少在5000美元。我国在20世纪末成为老年型国家时，人均 GDP 仅有1000美元，只相当于他们的1/5。在经济尚不发达， GDP 水平并不高的情况下迎 来了老化问题，犹如“穷人得了富贵病”,对整个社会的承受力都是一个巨大的考验。

**二、老年人口的健康状况**

老年人口健康状况是社会经济发展水平、生活条件、医疗卫生条件、医疗福利等各方面 在老年人身上的综合反映。在权衡影响个人生活幸福感的有关因素时，绝大多数老年人也都 把健康列为首位。老年人健康状况如何，将影响到老年人晚年的生活质量，也将影响到社会 与家庭给予老人支持与帮助的程度。

衰老是人类不可抗拒的客观规律，衰老和健康一样包含三个方面：即生理、心理、社会 的衰老。每个人都不可避免地会在这三个方面变老，但发生的时期和速度不会是相同的。

(一)生理方面的衰老与躯体健康状况

表现为皮肤粗糙变皱，关节僵硬，知觉和反射活动减弱，脑动脉硬化和脑体退化，血循 环系统的输出量和血管弹性下降，呼吸系统功能明显降低，消化系统功能退化，泌尿生殖和 体温调节功能减弱等。

综合1987年残疾人抽样调查和1990年第四次人口普查的数据计算，我国老年人口60 岁时预期寿命为18.20年，无残疾预期寿命为13.35年，带残存活时间为4.84年；利用 2005年1%人口抽样调查和2006年第二次全国残疾人抽样调查的数据计算，60岁时的预期 寿命和无残疾预期寿命分别为21.15年与15.16年，带残存活时间为5.99年。可见，随着 预期寿命的增长，老年人口的带残存活时间也呈增长趋势，无残疾预期寿命占预期寿命的比 例下降，提示我国老龄人口的健康状况呈相对疾病扩张状态。

(二)心理方面的衰老与健康状况

心理功能的衰退与年龄无明显关系，年龄间的差异是由受教育的差异所致。老年心理功 能衰退较快与生理功能失调有密切关系，而不是衰老的结果。

社会心理学认为，老年人心理问题缘于角色失调。首先，随年龄增长很可能丧失原来扮 演的许多角色，而不是获得新角色。而且大多数的角色丧失是不可逆的。由于角色是社会自 我的基础，丧失可能导致社会身份和自尊受到损害。比如退休后使老人失去了原来在工作场 所所扮演的角色，老人因此感到茫然不知所措，这种茫然如果得不到转移或排解，就会导致 心理问题。其次，随着年龄的增长，角色规范也倾向于变得不太像以前那样严格分明。角色 规范是社会对个人所扮演的角色的要求，例如做父母就一定要给儿女提供生活支持和情感照 顾。但是老年人常常沮丧地发现，他们作为父母的权威已经随着年龄而下降，儿女渐渐自 立，“说谁谁也不听”。这种角色丧失也使老年人产生心理紧张，长期的慢性紧张就可能导致

疾病。再次，从劳动者角色过渡到退休者角色的不连贯性，如工作时养成的紧张、讲求效率 的习惯可能不适应闲暇生活的慢节奏、低效率。

另一个社会心理学理论——分离理论则认为，随着年龄增长，生理、心理能量都在不断 变弱，因此他们减少降低活动水平，寻求消极的角色，少与他人交往，多关心自己的生活， 这是一个正常的、不可避免的过程。社会发展需要老年人的自然分离以利年轻人到达合适位 置。分离对老年人身心有好处。

(三)社会方面的衰老与健康状况

个人社会角色，随年龄增长而变化最能说明衰老过程的社会方面。学前期到壮年早期 (0～25岁)学习人们在壮年期(25～40岁)所扮演的社会角色，随之进入中年期(40～55 岁),衰老便在这一阶段开始了。开始意识到死亡的不可避免，导致中年人把时间观点从未 来转向过去，由于体力下降，把体力活动转向智力活动，试图回避不可避免的死亡的到来。 进入壮年后期(55～75岁),个人继续改变时间观点和活动，并由于退休而加速了这种改 变。退休使收入、个人活动和社会交往减少。丧偶、再加上自身不断的生理变化、收入减少 和亲朋好友的去世，可能变得更加厌倦、孤独和沮丧。所有这些都使老年人越来越意识到日 益临近的死亡威胁。

**三、老年人口的健康影响因素**

(一)社会经济因素

1987年和2006年两次残疾人调查均显示，老年人的健康状况存在着明显的性别差别。 例如，第二次全国残疾人抽样调查中，65岁及以上老年人口，男性DFLE (无残疾预期寿 命)为10.8,占预期寿命的68. 1%,女性DFLE 为12.3,占预期寿命的65.9%,男性高出 女性2个百分点。

老年人的健康状况在农村和城市之间也存在着非常大的差别。老年人因病导致活动受限 的比例，农村高于城市；活动受限对生活自理能力的影响，农村大于城市。

社会经济状况制约老年人健康状况的表现主要在收入水平方面。收入比较高的老人倾向 于健康状况良好，收入比较低的老人健康状况比较差。这是因为，收入水平制约了老年人在 疾病早期寻求医疗服务的能力，很多可以在早期得到控制的慢性疾病，如高血压、心脏病、 脑血管病和糖尿病都没有得到及时治疗或者及时康复，以至于小病拖成了大病。

(二)文化水平

老年人的文化水平对他们的健康状况有相当大的影响。文化水平高的老人，可以接受并 理解疾病的知识，包括如何预防、参与治疗和康复的知识，以及自我保健的知识。研究表 明，文化程度与老年人的慢性病患病率呈现明显的正相关关系，文化水平低的老人慢性病患 病率明显高。

(三)婚姻状况

老年人的健康与婚姻、夫妻关系之间有着密切的联系，老年人丧偶对老年人健康影响很 大。利斯和卢特金斯对903名丧亲的人和878名没有丧亲的已婚男女进行了为期6年的跟踪 研究，研究显示“丧亲的夫妻第一年的死亡率显著增高”。

(四)社会支持

社会支持包括在健康时和生活不能自理时的家庭支持和照料的数量和质量、拥有知心朋 友的数量和与朋友交流的程度、社区支持的内容、数量和质量。家庭支持的程度可以用家庭

174

功能量表进行评价。

(五)社会保障制度

社会保障制度，包括养老保险、失业保险和医疗保险诸制度。2000年北京市调查结果 表明，老年人最为担忧的问题当中，占首要地位的是退休后的收入(退休金),其次是健康 保障(医疗保险)。退休后收入不论多少，都是老年人经济上保持一定独立性、在家庭中保 有一定社会地位的重要因素。这种经济和社会地位的保持对于老年人的健康是非常重要的。

**四、老年人口的社会卫生对策**

(一)健康老化 (healthy aging)

健康老化有个体和群体的双重含义，健康老化指个体老化，随增龄导致的衰老过程的健 康问题；健康老龄化指一个群体或一个社会的老年人口比重上升过程中的健康问题。

1. 健康老化(个体健康老化)

健康老化是指进入老年之后在躯体、社会、经济、心理和智力5种功能方面，能较长期 地保持良好状态，这样就使各种功能障碍在生命的晚期出现，能较长时期参与有意义的社会 生活。健康老化是指在老年期的余寿阶段中，身心健康的阶段延长，带病的时间缩短，保持 劳动力和参与社会的时间延长，生活不能自理和病残的岁月缩短。健康老化就是通过延缓生 理性衰老和防止病理性老化而得以实现的。

健康老化尚无公认的量化指标，下列指标可资参考：①形体健康：标准体格指数；②功 能正常：有一定体力，肢体灵活，步态稳健，视听力良好，心、肺、脑、肝、肾功能正常；

③没有疾病，经常规物理和化验检查仪器测定未发现病理性改变，没有被确诊的严重器质性 疾病；④心理健康：有充分的安全感，充分了解自己，生活目标符合实际，与现实环境保持 接触，能保持个性完整与协调，有从经验学习的能力，人际关系良好，能及时控制情绪，能 适度地发挥个性并能通过努力适当满足基本需求。

2. 健康老龄化

国家、社会或一个地区的人口群体成为老年型人口之后，老年人口中健康老年人所占比 重较大幅度上升，病残和生活不能自理的比重下降，老年人的健康寿命显著延长，参与社会 活动的增多，老年人力资源得以开发利用，从而使一般老龄化对社会经济的不利影响得以缓 解，称为健康老龄化。一个地区实现健康老龄化靠多方面的因素，其首要条件是老年人口中 达到个体健康老化的比重不断上升，另一条件是良好的社会环境。

关于健康老龄化的标准，欧洲地区在1992年提出了六项指标：①欧洲地区2000年的期 望寿命至少要达到75岁，任何一个国家都必须最低达到70岁；②女性与男性的预期寿命差 要缩短25%;③65岁及以上老年人中能够独立生活的人数增多，提高其生活质量；④老年 人积极参与社区生活的人数增多；⑤改善老年人生活方式和生存环境，延长健康老化期；

⑥为不能独立生活的老年人提供适当的服务和供养。

(二)案例：日本的老年保健

1. 日本老年保健的历史沿革

日本于1959年建立养老保险制度，以家庭养老为主，仅为低收入人群建立养老和收容 设施(养护老人之家),基本上是一个救贫制度。到了20世纪60年代，人口平均期望寿命 男性达到了65.3岁，女性达到了70.2岁，65岁以上人口比例达到5.7%。随着家庭逐渐核 心化，老年人失业问题出现，老人居住和生活环境变化，国家和和地方公共团体开始承担老

 **社** **会** **医** **学** **(** **第** **2** **版** **)**

年福利的责任，设立老年福利设施，健康检查，鼓励老人参与社会。并建立特别养护老人之 家，针对身心障碍严重，家庭不堪负担的老人。在这种情况下，政府决定建立高龄老人福利 体系，1963年，老年人福利法建立。同时出现了一系列配套措施，例如免费为老人介绍工 作，鼓励老人参与社会。1969年开始实施家庭访问和健康检查。20世纪70年代，老人个人支 出的医疗费增加，1973年政府为保证老年人医疗服务的可及性，开始实施老人免费医疗制度。 该免费医疗制度把原来自费部分改由国家和地方财政支出，适宜的对象是70岁以上(包括65 岁以上卧床不起患者)。1979年，为家庭养老有一定困难的家庭开展了老人日托服务。

到了20世纪80年代，老人免费医疗制度消除了弱势人群因经济条件不能就诊的问题。 但是，免费医疗同时造成了服务过度利用和医疗费用大增。为了在控制费用的基础上继续保 持公平，政府决定对老年保健进行立法。立法的目的是实现负担公平化，并开始意识到，老 年保健对策必须从中年期开始。日本有多种社会保险制度，加入各个制度的人口年龄结构各 不相同。新的对策目的是单独建立一种老年医疗保险制度，让老年人原所在的保险制度根据 老年人口比例计算其他保险应当负担的费用，最终引入了医疗费部分自付制度。1982年， 老人保健法正式建立。到1987年，老人福利法修订，规定建立老人保健设施，把原来分别 管理的保健、医疗、福利与社区服务相结合。1989年，老年保健福利十年战略制定、长寿 示范村开始。

2. 老年保健法的保障内容

(1)保障对象：40岁及以上(个别活动30岁及以上)。

(2)保障内容。

1)发放保健手册。

2)提供健康教育： 一般健康教育和重点健康教育。

3)提供健康咨询： 一般健康咨询和重点健康咨询。

4)进行健康检查：包括基本健康检查：问诊、查体、物理检查、血压和尿检；出诊基 本健康检查(针对长期卧床者):心电、眼底、血脂系列、贫血、肝功、血糖；综合健康检 查：在基本健康检查和癌检查之上加血液和直肠检查；生活改善指导：在解释结果的基础上 给予生活改善指导。

5)进行功能训练：对病后者或者需要训练者、老化和功能低下者利用市町村保健中心 的设施进行训练。

6)提供访问指导：对40岁以上长期卧床、行动障碍、痴呆等健康检查之后认为有必要 进行访问指导者，利用市町村保健中心，由公卫护士、护士、营养士、牙卫生士、理疗士等 进行。

3. 老年医疗保障制度

(1)筹资来源：各个医疗保险制度和国库。

(2)医疗保险费用：雇佣劳动者参加各行业组织的保险，自我职业者参加由市町村组织 的国民健康保险。不同的保险个人缴费方式和病后享受的医疗待遇大同小异。65岁以后， 各保险被保险人统一纳入市町村的国民健康保险管理，其费用由各保险根据本保险中老年人 比例向国民健康保险缴纳保险基金。

(3)原来由个人负担的部分，个人承担一个定额(每月1800日元),其他由国家和地方 财政承担。

(4)优点：既保证了老年人及时就医，又避免了医疗费用的浪费。

176

4. 卫生服务提供体系

根据病情不同分为三个层次：

(1)医疗机构——老人病院：老人病院的功能是治疗，对象是急性期病人或慢性病需要 治疗者。住入条件是有治疗需要的老人，其医疗费根据老年保健法由老年保健费用支付。

(2)中间设施——老人保健设施：老人保健设施的功能是帮助康复和疗养，对象是病情 稳定，不需住院治疗，但需要康复护理的卧床老人。住入条件是需要康复、护理和生活照顾 者，其费用来自疗养费和医疗费，与老人病院一样来自国家和保险。

(3)护理机构——养护老人之家：养护老人之家的功能与家庭功能相同，对象是65岁 以上身体或精神有明显障碍，需经常护理者。住入条件为在家生活有困难者(不需要住院治 疗),生活费用：包括生活费约23万日元(约合2000美元左右),费用一半来自国家， 一半 来自县市(地方政府),根据个人收入合理负担(平均每月2.9万日元)。

5. 长期护理保险(介护保险)日本从2000年开始实施长期护理保险。其产生背景是： ①老年人养护需要的增加和设施的限制之间的矛盾；②家庭养老的困难；③医疗费用剧增； ④住院普遍化，住院时间长。于是在学习德国经验的基础上，引入了自立支援的理念，即把 工作的重点放在家庭中，使足够的人力、物力和财力得到合理而且人性化的利用，提高效 率，避免浪费。其主要手段是把老人保健和福利设施相结合。目前实施这种法律的时机已经 成熟，因为两者的硬件已经具备。

介护保险的内容包括两大方面，一是三类设施都可以提供的设施保健，二是在家保健。因 为该保险重视在家保健，所以设计了大量的在家服务内容，例如护士可以到家进行护理，还可 以让不能自理的老人短期进入保健所进行生活照顾，也可以让能够自理的老人到保健门诊，为 他们提供生活照顾，并为他们提供在机构内或者在家的康复和功能训练。对于那些严重不能自 理的人，该保险还提供福利用具借与和访问护理工作，对于痴呆患者，采取特殊的对策。

**第四节** **残疾人群的社会医学问题**

残疾 (disability) 是指人的身心功能缺陷，包括肢体残缺、活动障碍、体内器官功能不 全、精神情况和行为异常、智能缺陷等。残疾人 (the disabled persons) 是指心理、生理、 人体结构上，某种组织、功能丧失或者不正常，部分或全部丧失以正常方式从事某种个人或 社会生活能力的人。包括视力残疾、听力残疾、言语残疾、肢体残疾、智力残疾、精神残 疾、多重残疾和其他残疾。

**一、残疾人口的社会卫生状况**

改革开放、特别是中国残联成立近二十年来，在党和政府的关心和支持下， 一系列重大 措施相继出台，例如1987年和2006年分别进行的两次全国残疾人抽样调查；颁布残疾人保 障法和残疾人教育条例；制订实施残疾人事业的四个五年计划和残疾人扶贫攻坚计划等，这 些举措极大地推动了我国残疾人康复事业的发展，残疾人社会卫生状况得以明显改善。依据 中国残联《2008年中国残疾人事业发展统计公报》,具体表现在：

1. 残疾人康复工作情况

“十五”期间，约642万人得到不同程度的康复，其中白内

障复明272万人，聋儿听力语言训练4.5万人，低视力残疾人配用助视器15.4万人，精神 病防治康复274万人，装配假肢和矫形器23万人，肢体残疾者系统训练24.6万人。

2. 残疾人教育情况盲、聋、弱智儿童入学率提高到80%,残疾人职业教育快速发展， 259万残疾人得到职业技能培训。

3. 残疾人就业情况 在城乡就业压力进一步加大的情况下，残疾人就业仍得到进一步 改善，5年来，城乡572.6万残疾人得到职业培训和实用技术培训；城镇新安排残疾人就业 167.3万，是“九五”期间的1.5倍；农村残疾人累计就业比“九五”增加了近200万。

4. 残疾人扶贫解困情况 扶贫开发累计扶持贫困残疾人1166万人，完成总任务1200 万人的97.2%,解决温饱699.7万人。

5. 残疾人宣传文体情况公共文化场所为残疾人提供方便和服务，大众传媒开设残疾 人专题(栏),残疾人艺术团出访20多个国家，在残疾人体育领域的国际地位不断提升，我 国残疾人运动员在国际比赛中共夺得676枚金牌。

6. 法律服务和法律援助 各级法院、检察院、公安机关、司法行政机关、残联等不断 加大残疾人法律救助力度。各级法律援助中心、司法所、法律服务所、律师事务所、公证处 等机构积极为残疾人提供无障碍法律服务和法律援助。截止到2005年底，全国接受各级残 联指定或者委托为残疾人提供服务的律师事务所达到3102个，省、市、县级残疾人维权 (示范)岗达到4370个，省、市、县级残疾人法律援助(服务)中心达到2574个。

7. 残疾人综合服务设施建设情况 地方残疾人综合服务设施建设蓬勃发展，尤其是全 国县残疾人综合服务设施建设，在中央政策及补助资金的带动下，已基本完成“十五”计划 纲要提出的建设任务。全国县残疾人综合服务设施项目建设自1998年至2005年底，中央共 投资18900万元，完成计划投资项目1506个县。截止到2005年底，全国已竣工并投入使 用的各级残疾人综合服务设施共计2106个，在建项目共计292个，筹建项目共计279个。

**二** **、残疾人的社会医学问题**

残疾人的社会医学问题很复杂，这与残疾人群这个特殊群体有关。由于生理、心理的障 碍，残疾人是一个具有特殊困难的社会群体。随着社会变革的深入，社会生活状况发生着巨 大的变化，残疾人的状况也是如此，2006年开展的第二次全国残疾人抽样调查充分展示了 我国残疾人事业的发展状况，具体表现主要有：

(一)残疾人的年龄构成

同全国人口年龄构成相比，老年残疾人所占比重较大。据第二次全国残疾人抽样调查推 算，60岁及以上的老年残疾人口为4416万，占残疾总人口的53.2%,与1987年相比，60 岁及以上的残疾老年人增加了2365万，占到总增加人数的75.5%。

(二)残疾人口的受教育程度

全国残疾人口中，具有大学程度(指大专及以上)的残疾人为94万人，高中程度(含 中专)的残疾人为406万人，初中程度的残疾人为1248万人，小学程度的残疾人为2642万 人(以上各种受教育程度的人包括各类学校的毕业生、肄业生和在校生)。15岁及以上残疾 人文盲人口(不识字或识字很少的人)为3591万人，文盲率为43.29%。

(三)残疾人的婚姻状况

全国15岁及以上残疾人口中，未婚人口982万人，占12.42%;在婚有配偶的人口 4811万人，占60.82%;离婚及丧偶人口2116万人，占26.76%。

(四)残疾人的经济来源

全国城镇残疾人口中，在业的残疾人为297万人，不在业的残疾人为470万人。城镇残

178

疾人口中，13.28%的城镇残疾人口享受到当地居民最低生活保障，9.75%的城镇残疾人领 取过定期或不定期的救济。农村残疾人口中，5.12%的农村残疾人口享受到当地居民最低生 活保障，11.68%的农村残疾人领取过定期或不定期的救济。

(五)残疾人的地区分布特征

残疾人人口分布特点是农村比城市多；贫困地区比经济发达地区多；地方病流行地区 多；计划生育工作差的地区多。城镇残疾人数与农村残疾人数之比约为1:3。

(六)残疾人的人群分布特征

残疾人的人群分布特征是在残疾人中，60岁以上的老年人所占比例最高，为53.24%, 15岁以下的儿童占4.66%,老年残疾人口比例显著上升。

对于整个残疾人事业来说，当前面临的主要问题是：残疾人事业仍滞后于经济和社会的 发展，地区发展不平衡；残疾人状况与社会平均水平相比还存在不小的差距，有些方面甚至 呈拉大趋势；残疾人参与社会生活的环境和条件有待于进一步改善。

**三** **、残疾人口健康的影响因素**

残疾人口的健康受多种因素的影响，如家庭与婚姻、教育、就业与经济、社会环境及立 法等。

( 一 )家庭

家庭的幸福和谐是社会安定团结和繁荣发展的基石，由于残疾人的特殊性，残疾人家庭 的每个成员，都不同程度地承担着残疾人所造成的经济和精神上的压力。对于残疾人本身而 言，不幸的事实往往动摇着残疾人生存的信念，影响他们的健康状况，也直接影响到他们的 配偶、父母和子女，使他们陷入极度的痛苦中。另一方面，残疾人作为家庭成员，在完成生 育、抚育和赡养等特殊任务中存在很多困难，导致他们在家庭中的地位低下，这种普遍、客 观的社会不平等的现实，也在一定程度上影响残疾人口的健康状况。

(二)婚姻

美满和谐的婚姻是一个人健康的重要保证。由于残疾人自身的特殊性，使得他们在恋爱 婚姻方面困难重重。同时，经济上的原因在一定程度上也影响了残疾人的婚姻生活。目前， 男女间择偶首先考虑的就是身体状况，所以，结婚难是残疾人平等参与社会生活的一个障 碍，也是关系残疾人口健康的一个重要影响因素。

(三)教育、就业与经济

有研究表明，与残疾人有关的各种问题中，排在第一位的就是经济方面的问题，而导致 经济问题最为严重的社会障碍就是就业的困难。由于心理、生理及人体结构方面的缺陷，造 成残疾人在受教育方面较常人有更多的困难，而且受教育的机会和程度也远低于正常人，致 使残疾人能够胜任的职业种类非常有限，另一方面，由于残疾人本身的特殊性，一定限度内 难以承担正常人的工作，同时需要的福利与保障又比正常人要大得多，这些都是残疾人就业 困难的主要原因。就业的困难，势必影响其经济来源，进一步影响到残疾人的健康状况。经 济收入少，抵抗社会及疾病的风险自然很低，一旦发生大的变动，对残疾人生活乃至健康状 况的打击将是巨大的。

(四)社会环境

影响残疾人健康状况的社会环境因素主要指有无障碍环境。无障碍环境是残疾人参与社 会生活的基本条件，无障碍环境包括物质环境、信息和交流的无障碍。现实生活中，生活环

境的障碍，尤其是物理性障碍，给各类残疾人造成了极大的困难，同时在一定程度上，也影 响了残疾人的健康状况。

(五)立法

在《中华人民共和国残疾人保障法》实施之前，歧视、侮辱和侵害残疾人的现象时有发 生，这种现象涉及政治、经济、文化、社会和家庭生活等各个方面。所有这些都直接或间接 地影响残疾人的健康状况，而真正对残疾人给予特别扶助，减轻或消除残疾影响或者外界障 碍，保障残疾人权利的实现，需要国家积极立法，把发展残疾人事业、保障残疾人权利纳人 法制轨道来保证。

**四** **、残疾人全面社会保健与康复**

残疾人的社会保健，其目的是通过社会各方面的努力，为残疾人提供综合的康复保健服 务，促进残疾人口的健康，实现残疾人“平等 ·参与 ·共享”的崇高目标。残疾人有其特殊 的需求，为了实现残疾人享有平等机会和重返社会的目标，达到身体功能、心理、社会、职 业和经济能力等方面获得最大限度的恢复，采取多种康复和社会保健手段。

( 一)医疗康复 (medical rehabilitation)

指通过临床治疗和康复功能评估及各种康复方法，使功能障碍者最大限度的改善并补偿 其功能，获得最大限度的生活自理能力，为就学就业、参与社会生活打下基础。

(二)职业康复 (professional

rehabilitation)

使残疾人充分发挥其潜能，残疾人有了职业，既使家庭减轻负担，又能真正自立于社 会，实现人的价值和尊严，取得独立的经济能力并贡献于社会。职业康复是使残疾人实现劳 动要求和拥有劳动权利的良好途径。

(三)教育康复 (educational

rehabilitation)

通过教育和训练手段，提高功能障碍者的素质和能力，包括智力、日常生活能力、职业 技能以及适应社会的心理能力等。在中国特殊教育已成为我国教育事业有机组成部分，是残 疾人参与生活，参与社会的桥梁。

(四)社会康复 (social rehabilitation)

从社会学的角度，采取各种有效措施，为残疾人创造一种适合其生存、创造、发展和实 现自身价值的社会保健环境，并使残疾人享受与健全人同等的权利，达到全面参与社会生活 的目的。动员社会的力量在城市公共设施以及市政建设中消除社会环境中的障碍。制定有关 的法律的法规，保障残疾人的合法权益。确立残疾人在社会中的平等地位，改善经济状况。 提供残疾人参与社会的各种机会，为残疾人婚姻家庭问题的解决创造条件。宣传社会主义人道 主义思想，消除歧视残疾人的旧观念，建立理解、尊重、关心、有着健康和文明的社会环境。

具体而言，残疾人全面社会保健与康复相应的社会卫生措施主要有：

(一)做好康复工作，有计划、有步骤地帮助残疾人改善功能、提高能力

(二)大力发展教育，提高残疾人素质

(三)开展服务与培训，推进残疾人就业

(四)适应社会需求，发展盲人按摩

(五)加大力度，做好残疾人扶贫工作

(六)切实将残疾人纳入社会保障体系，保障残疾人基本生活

(七)广泛开展文化体育活动，丰富残疾人生活

180

 **第** **十** **章** **特** **殊** **人** **群** **社** **会** **医** **学**

(八)营造文明进步的社会环境，促进残疾人平等参与社会生活

(九)积极推行无障碍建设

(十)加强社区残疾人工作，为残疾人提供切实服务

(十一)加强法制建设，维护残疾人权益

(十二)加大综合服务设施建设力度，增强为残疾人服务的能力

(十三)建立信息网络，为残疾人事业提供现代化服务



**一、名词解释**

1. 心理发育

2.心理卫生

3. 人口老龄化

**二、选择题**

1. 下列具体措施中，属于儿童青少年 心理卫生服务二级预防的是

A. 社会性宣教

B. 举办家长学校

C. 建立筛查技术方法和规程

D. 专业医疗机构治疗疾病

E. 及时转诊

2. 下列选项中，不属于妇女保健的是

A. 幼女期保健

B. 青春期保健

C. 围产期保健

D. 更年期保健

E. 围婚期保健

3. 下列关于我国妇女健康状况的描述 中，不正确的是

A. 孕产妇死亡率东部地区与西部地 区差别较大

B. 妇女精神卫生保健关注不足

C. 随着经济发展，营养不良问题已 基本解决

D. 城乡提供卫生服务能力差别较大

E. 基层卫生服务提供能力差

4. 根据联合国老龄化人口划分标准， 下列各项描述中最准确的老年型国

4. 健康老化

5. 健康老龄化

6. 社会康复

家标准为

A.65 岁及以上老年人口比重达到 7%及以上

B.60 岁及以上老年人口比重达到 10%及以上

C.60 岁及以上老年人口比重达到 7%及以上或65岁及以上老年人 口比重达到10%及以上

D.60 岁及以上老年人口比重达到 10%及以上或65岁及以上老年 人口比重达到7%及以上

E.65 岁及以上老年人口比重达到 7%以上

5. 影响残疾人口健康状况的第一位因 素是

A. 教育与就业

B. 婚姻与家庭

C. 社会环境

D. 经济

E. 立法

6. 使残疾人充分发挥其潜能，使家庭减 轻负担，又能真正自立于社会，实现 人的价值和尊严，取得独立的经济能 力并贡献于社会的康复手段是

A. 医疗康复

B. 教育康复

C. 职业康复

**三、问答题**

D. 社会康复

E. 道德康复

1. 儿童青少年生长发育的影响因素有哪些?

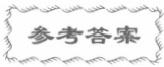
2.学校健康教育是什么?

3.学校健康教育的目标包括几方面?

4. 影响老年人健康的社会因素是什么?

5. 促进老年人健康的社会卫生措施是什么?

6. 残疾人的主要社会医学问题有哪些表现?



**一、名词解释**

1. 心理发育指个体或种系从出生到死亡期间持续的有规律的心理变化过程。

2.心理卫生又称精神卫生，是探讨人类如何来维持和保护心理健康的原则和措施的一 门学问。它包括一切旨在改进及保持心理健康的措施。

3. 人口老龄化是指年龄结构中老年人口在总人口中所占的比重的变化。联合国的划分 标准应用最为广泛，将65岁及以上老年人口比重达到7%及以上的人口，或60岁及以上老 年人口比重达到10%及以上的人口，划为老年型人口。发展中国家一般以60岁为老年人口 的起点年龄，发达国家普遍沿用65岁为老年人的起点年龄。

4.进入老年之后在躯体、社会、经济、心理和智力5种功能方面，能较长期地保持良 好状态，这样就使各种功能障碍在生命的晚期出现，能较长时期参与有意义的社会生活。健 康老化是指在老年期的余寿阶段中，身心健康的阶段延长，带病的时间缩短，保持劳动力和 参与社会的时间延长，生活不能自理和病残的岁月缩短。

5. 国家、社会或一个地区的人口群体成为老年型人口之后，老年人口中健康老年人所 占比重较大幅度上升，病残和生活不能自理的比重下降，老年人的健康寿命显著延长，参与 社会活动的增多，老年人力资源得以开发利用，从而使一般老龄化对社会经济的不利影响得 以缓解，称为健康老龄化。

6. 社会康复指从社会学的角度，采取各种有效措施，为残疾人创造一种适合其生存、 创造、发展和实现自身价值的社会保健环境，并使残疾人享受与健全人同等的权利，达到全 面参与社会生活的目的。

**二、选择题**

1.C 2.A 3.C 4.D 5.D 6.C

**三、问答题**

1.儿童青少年的生长发育是儿童青少年自身的先天因素与其所处的后天各种外界环境

182

**第** **十** **章** **特** **殊** **人** **群** **社** **会** **医** **学** 

因素相互作用的结果。遗传决定了个体生长发育的可能性，即决定了生长发育的潜力或最大 限度；各种环境条件可在不同程度上影响遗传所赋予的生长潜力的发挥，最后决定发育的速 度及可能达到的程度，即决定了生长发育的现实性。影响生长发育的因素不但具有多样性， 而且有其复杂性。概括讲，除了特殊的内分泌因素以外，基本上分为遗传因素和环境因素两 大类影响因素。

2. 学校健康教育是健康教育的重要组成部分，它是在学校中，采取多种形式，针对学 生的求知特点和对健康的需求，进行有目的、有计划的健康知识、技能的传播、教授活动。 通过学校健康教育使儿童青少年获得必要的卫生科学知识，树立正确的健康价值观，养成健 康的学习和生活方式，并改变不健康的环境，从而达到预防和减少疾病，增强体质，促进身 心发展，为终生健康奠定基础。学校健康教育通常由规划设计、实施和评价三个部分组成。 学校健康教育影响人的整个生命周期，儿童青少年是健康教育的重点人群，学校是健康教育 最适宜的场所，学校健康教育的教育效果可向家庭和社会辐射。

3.①提高学生卫生科学知识水平；②改善学生对待个人和公共卫生的态度；③培养学生 的自我保健意识和能力；④降低常见病的患病率及各种危险因素；⑤预防各种心理卫生问 题，促进心理发展；⑥养成良好的生活习惯。

4. 包括社会经济因素，如健康状况存在着性别差别、城乡差别、收入水平的差别；文 化水平的影响，如文化水平高的人慢性病患病率低；婚姻状况的影响，如丧偶老人健康状况 差；社会支持和社会保障制度的影响等。

5. 主要是促进健康老化和健康老龄化。健康老化指的是个体老化，在进入老年之后在 躯体、社会、经济、心理和智力5种功能方面，能较长期地保持良好状态，这样就使各种功 能障碍在生命的晚期出现，能较长时期参与有意义的社会生活。即在老年期的余寿阶段中， 身心健康的阶段延长，带病的时间缩短，保持劳动力和参与社会的时间延长，生活不能自理 和病残的岁月缩短。健康老化就是通过延缓生理性衰老和防止病理性老化而得以实现的。健 康老龄化指的是国家、社会或一个地区的人口群体成为老年型人口之后，老年人口中健康老 年人所占比重较大幅度上升，病残和生活不能自理的比重下降，老年人的健康寿命显著延 长，参与社会活动的增多，老年人力资源得以开发利用，从而使一般老龄化对社会经济的不 利影响得以缓解，称为健康老龄化。一个地区实现健康老龄化靠多方面的因素，其首要条件 是老年人口中达到个体健康老化的比重不断上升，另一条件是良好的社会环境。

6.①残疾人的年龄构成：同全国人口年龄构成相比，老年残疾人所占比重较大。②残疾 人的文化程度构成：同全国平均文化水平相比，残疾人文化程度偏低，以盲人、智残人、综 合残疾者文化程度最低。③残疾人的婚姻状况：已婚人口中，残疾人丧偶率、离婚率均比健 全人高。④残疾人的经济来源：残疾人就业率低，城市低于农村，而且残疾人事业落后于经 济发展水平，残疾人受教育程度低，生活状况落后于社会平均水平。⑤残疾人的地区分布特 征：残疾人人口分布特点是农村比城市多；贫困地区比经济发达地区多；地方病流行地区 多；计划生育工作差的地区多。⑥残疾人的人群分布特征：残疾的人群分布特征是在残疾人 中，60岁以上的老年人所占比例最高，儿童次之。

(刘 民 黄悦琴 张拓红 李 军 黄 森)

**第十一章** **城市与农村社会医学**

**第一节** **城市社会医学**

城市特指一种人口聚居的聚落形态，是具有一定人口规模而以非农业人口为主的人口聚 居点。城市化是以农村人口向城市迁移和集中为特征的一种历史过程，表现在人的地理位置 的转移和职业的改变以及由此引起的生产与生活方式的演变，既有看得见的实体变化，也有 精神文化方面的无形转变。改革开放20余年来，我国城市化进程不断加快，20年内，市镇 人口增加了近2亿，市镇人口占总人口比重增加了12个百分点，城市化水平从20%提高到 29%,预计到2010年，我国城市将超过1000个，建制镇超过2万个，城市化水平将达到 40%以上。

全球城市化的迅猛发展加重了“城市病”的流行，使跨人新世纪的人类深受害。据统 计，目前世界城市人口的2/3以上居住在发展中国家，他们中的贫困人口约有15亿，至少 有6亿人没有足够的住房，11亿人呼吸不到新鲜空气，城市供水不足且不洁，仅因饮水不 洁每年就造成1000万人死亡。此外，日益恶化的基础设施及交通拥挤、污染严重、资源浪 费、疾病、失业、犯罪率上升、城市治理资金匮乏和管理者决策水平低下等问题，不仅威胁 着城市的经济发展潜力，而且威胁着社会凝聚力和政治稳定。

**一** **、城市的主要社会卫生问题**

(一)城市人口的增长

20世纪50年代以来，城市的数量和规模在世界范围内剧增。联合国计划开发署最近公 布的《人文发展报告》表明，到2015年，世界城市人口总数的比重将达到54.4%,在发达 国家将占到81.6%。我国自改革开放以来，城镇建设取得了巨大成就，市镇总人口已由 1978年的1.7亿，发展到1997年的4.5亿，城市化水平由17.9%提高到37.5%,这表明， 我国已进入了一个城市化快速发展的新时期。

(二)环境污染

城市化在给人们带来物质财富和精神财富的同时，也带来了许多不利于人类生活的有害 物质，如工农业生产日益增加的废气、废物、废渣，使用逐渐增多的生活燃料，汽车排放的 大量尾气等，给现代的城市蒙上了一层阴影。因此，环境污染已经成为城市化程度高的城市 的一个普遍现象。

1. 城市大气污染

随着城市工业生产、交通运输事业的发展及煤炭、石油等能源利用的不断增长，燃料的 燃烧、各种生产废气的排放、生活炉灶与采暖锅炉的大量使用以及城市绿地的减少，水资源 的缺乏，沙尘暴带来的尘土飞扬等，使得大气中颗粒物和各种有害物质的浓度急剧升高，大 气环境受到了严重污染。

《中国21世纪议程》指出，至少有80%的城市居民目前生活在空气质量很差的环境中。

184

我国600多座城市中，大气环境质量全面符合一级标准的只有5个。北京、沈阳、上海等地 监测结果显示，城市大气中总悬浮颗粒物浓度分别在200～500毫克/立方米内，超过世界卫 生组织标准3~9倍，进入世界污染最严重的10个城市名册之中。然而，这几个城市在中国 还只能算中度污染，从这里就可以看出中国城市大气污染的严重程度。

城市大气污染给人类的健康带来了巨大的损害，主要表现在以下几个方面：①刺激作 用：很多大气污染物对人的眼睛、皮肤和呼吸道具有很大的刺激作用，如SO₂ 、 光化学烟雾 等；②呼吸道疾病：许多大气污染物如 SO₂ 、CO 等能引起支气管炎症、慢性阻塞性呼吸道 疾病 (COPD) 等；③急慢性中毒：大量有毒气体和金属粉尘的排放，以及有害物质小剂量 不断排放，会引起急慢性中毒，如CO、 金属铅、镉等；④致癌作用：石油与煤不完全燃烧 的排放物中含有多种多环芳香烃类化合物 (PAH), 被证实具有很强的致癌作用，如苯并a 芘 [B(a)P] 等，目前发现类似的PAH 已达到400种；⑤其他损害：大气中CO₂ 等“温

室气体”的大量增加，使得“温室效应”变得越来越严重。

2. 城市水污染

随着工业化和城市化的程度不断跳高，生活污水和工业废水的排放量与日俱增，而污水 处理措施和手段又往往跟不上形势的发展，因此就造成了越来越严重的水体污染。我国 1992年工业废水排放总量为366.5亿吨，到2000年全国废水排放量将增至412.9亿吨，其 中全国70%的淡水资源将由于受到严重污染而不能直接使用。我国人均供水量仅占世界人 均占有量的1/4,全国有300个城市缺水，其中100个严重缺水。

此外，随着大城市医院经营的不断扩大，大量含有致病菌、有害物质和放射性物质的医 院污水以及大量堆放、淹埋和倾倒处置不当的废物也随之而生，如处理不当，它们污染生活 用水或土壤后，能在较长时间内通过饮水或食物传播疾病。

3. 其他污染

随着工业的发展和人口的集中，城市的生活垃圾以及工业废渣量日益增加，尤其是工业 废渣的数量远远超过了生活垃圾。废渣和垃圾的排出和堆积，会造成对土壤、水体和大气的 污染，尤以对土壤和水体的污染危害为大。此外，随着科学技术的进步，现代工业、交通运 输和宇航事业的发展，产生了许多交通噪声、工业噪声、建筑施工噪声以及生活噪声等，从 而使人类的生活环境和工作环境受到噪声的危害，轻者影响人们的休息和睡眠，重者使人烦 躁不安，注意力不集中，工作效率低下，容易发生工伤事故。

(三)慢性病与意外伤害

当前，城市人群感染性疾病逐渐下降，构成比在降低，但是并未得到根本控制。与此同 时，由于人口老龄化，慢性病、意外伤害严重威胁着我国人民的健康。城市的主要死因顺位 为恶性肿瘤、呼吸系统疾病、意外伤害等。意外伤害主要发生在青壮年人群，因而使国家经 济和生产遭受重大损失，令受害者及其家庭蒙受极大痛苦和经济负担。全球因意外伤害致死 的2/3发生在发展中国家，其中意外伤害主要有：交通事故、自杀、意外跌伤、溺水和其他 事故伤等。如我国浙江省城市意外伤害死亡率为131.4/10万，农村为233.3/10万，其中男 性意外伤害死亡率为210.8/10万，女性为187.8/10万。

此外，我国人群的自杀死亡率高，经漏报调整后的死亡率达19.5/10万；并且女性高于 男性，尤其是20～34岁女性，占女性自杀死亡的46.7%;60岁以上人群的自杀者，占总人 群的29.7%;而0～14岁的儿童，淹死是其主要死因，淹死人数占总淹死人数的56.5%, 其中46.4%是1～4岁的孩子。因此，不断升级的意外伤害是现代城市不容忽视的问题。

 **社会医学(第2版)**

(四)就业与住房困难

经济全球化，使得人们的就业面临着新的挑战，在新的环境中生存与发展，使得人们都 会面临生活和工作带来的巨大压力，从而出现诸如自杀、精神障碍等影响健康的行为方式。 我国自新中国成立以来，城市居民的工作和住房条件有了很大的改善，但是由于社会福利和 保健措施以及管理等方面尚未与城市化同步，使人们的就业和住房面临着较大的困难。特别 是随着城市的发展与开放，人口向某些大城市的大量聚集，使人们的就业和住房状况变得更 加严峻。我国每年有2000万人以上的人口进入劳动年龄需要就业，而目前我国剩余劳动力 需要就业的人口已达到2亿人，大量需要就业的人口涌人城市，给城市带来了许多难以解决 的问题。随着城市人口的增多，以及城市居民贫富差距的变化，城市居民的居住面积极不平 衡，人均住房面积越来越小、居住拥挤、房屋陈旧，危房或缺房户者增加，这在城市中相当 普遍。在城市化过程中，农村人口大量流入城市，使城市的流动人口数量迅猛增加。这些迅 猛增加的流动人口给城市的设施、城市管理和治安造成新的困难和压力，特别是这些人在城 市中均无住房，除少数人外，绝大多数居住条件恶劣。在这种居住条件下，容易引起皮肤 病、性病的传播和流行，对城市居民的健康造成了很大的威胁。

(五)公共场所、城市服务行业卫生问题

公共场所是供公众从事社会化生活活动的场所，随着社会经济的发展和城市化水平的提 高，以及人类物质文化生活水平的提高，公众社会化生活需求也日益增多。公共场所人群密 集流动性大，设备和物品供公众重复使用，易造成污染，从而使健康和非健康个体混杂，容 易造成疾病的传播，特别是传染病的传播。随着经济的发展，公共场所已经开始向多功能综 合性发展，如商城、娱乐城等。由于这些地方在卫生条件和服务人员素质等方面还存在着很 多不足之处，因此很容易造成疾病的传播，严重影响人们的生活及健康。

**二** **、影响城市人群健康的社会因素**

(一)社会经济状况

城市化程度的不断提高，使得城市的工业、商业、旅游业、房地产业、 IT 产业等经济 体系得到了迅猛的发展，城市经济状况的不断改变，影响着整个城市的建设。城市经济发展 的速度，影响着城市发展的规模以及城市化水平的变化，影响着城市科学技术水平的提高， 生产力水平的提高，以及城市人口素质和各种物质条件的提高，因此，随着城市居民劳动条 件、营养状况、物质生活、医药卫生状况等方面的不断改善，以及城市健康保障制度的不断 完善，城市居民的健康状况较以前有了明显的改变。因而，城市社会经济状况的好坏，在很 大程度上影响着城市居民的健康，经济状况好的国家，其居民的健康水平也通常会较高。见 表11 - 1。

**表11-1三类**

**经济发展水平国家的居民健康水平**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 国家类别 | 国家数 | 人均GNP(美元)婴 | 儿死亡率(‰)低出生体重(%) | | 平均预期寿命(岁) |
| 发达国家 | 37 | 6230 | 19 | 7 | 72 |
| 发展中国家 | 90 | 520 | 94 | 17 | 60 |
| 不发达国家 | 29 | 170 | 160 | 30 | 45 |

(引自：WHO《2000年人人健康全球策略》,日内瓦，2000)

(二)教育水平与文化状况

新中国成立以来我国的教育事业得到了很大的发展，特别是城市教育事业的发展尤为迅 速。教育水平的提高使得城市人口的文化水平在很大程度上得到了提高。然而，城市化进程 的加速与人口素质的提高速度不协调，以及硬件建设与软件配套失衡却仍然直接导致违法犯 罪案件的上升，再加上社会其他因素的影响，使得人们的健康状况并不是总与文化水平相 一 致 。

(三)医疗卫生条件

良好的城市医疗卫生条件是城市人口良好的健康状况的重要保证。改革开放以来，城市 的医疗卫生条件得到了很大的改善，城市人口的出生率、死亡率和自然增长率也逐年降低， 良好的医疗卫生条件起着非常重要的作用。

(四)社会心理因素

城市化给人们带来了许多的便利，但同时也带来了许多难以预防的麻烦。如前所述，就 业压力和住房条件困难，人际关系紧张，家庭关系不和睦、吸烟等行为因素，以及离家出 走、失恋离婚、感情挫折、无稳定婚姻、生活空虚、文化程度低等因素，都不同程度地影响 着城市人口的健康。近年来女性自杀率正逐年增长，且都具有焦虑、病态人格和疑心等性格 特点，而自杀未遂者中一半都患有精神障碍，原因与早年和父母分离，得不到父母的情感温 暖等因素有关。此外，随着人口老年化程度的不断加深，老年人的健康问题逐渐被人们所认 识。有研究提示，遗传因素在精神分裂症的发病起主导作用，社会心理因素是促发因素。因 此，社会心理因素也是影响城市人口健康的一个不容忽视的因素，应该在这些方面深入研究 和加以预防。

**三、城市社会卫生措施**

城市是一个国家或者一定地区的政治、经济、文化的活动中心，在推动社会进步和经济 文化发展中起着动力和主导作用。只有合理的城市规模、完善的城市设施、良好的城市环境， 才能满足居民日益增长的物质文化需求，才能促进城市经济的发展和社会文明程度的提高。创 造一个能满足人类物质文化生活需求的城市居住环境，已经成为国际社会的一项共同任务。

(一)制订科学的城市发展规划

1. 控制城市人口与城市规模 我国自改革开放以来，城市化水平迅速提高， 一些大中 城市普遍超负荷、超容量，给城市的治安与城市人口的健康带来了严重的影响。因此，应该 有效地控制城市人口和城市的规模，降低大中城市人口的增速，合理规划中小城镇的发展， 为城市发展减轻压力。

2. 明确城市的性质和功能，坚持城市的功能分区 城市的功能区主要包括生活居住区、 工业区、对外交通运输区。对城市生活居住区要正确地选址，要保证足够的用地面积，保证 居住区街道广场、公共设施、绿化及第三产业的合理配置。

3. 建立和完善城市建设卫生监督政策，健全卫生监督程序 卫生防疫部门要对城市建 设实行全面的卫生服务与预防性卫生监督，参与城市总体规划与建设规划的制订与修改，进 行环境卫生学调查，从卫生学角度对规划的功能分区、道路、绿化及供排水设施等提出 意 见 。

4. 提高城市行政管理水平，有效管理和配置城市资源，包括人文资源和物质资源，适 应技术的飞速进步，致力于城市的可持续发展；保持城市、远离城市的地区和其他生态系统

之间物资和能量的相互流动，降低大城市物资和能源消耗的总体水平，促进资源的合理 利用。

(二)制订合理的卫生政策，塑造城市美好环境

通过城市环境卫生监测和各种环境污染物的卫生标准的制订，有效地控制城市“工业三 废”、生活污水，改进工业设备，尽量使用对环境无污染或污染小的原料，提高废物的回收 再利用率。此外，还应加强对各行各业的预防性和经常性卫生监督，增加卫生防疫人员的配 备和提高人员的素质，以适应城市发展的需要；随着疾病谱的改变，应积极贯彻“预防为 主”的卫生工作方针，在重视传染病的基础上，积极开展慢性病的预防和意外事故的预防； 做好城市绿化，创造一个幽雅的城市环境。

(三)加强城市规划卫生研究和标准的制订，合理发展卫生服务

城市卫生防疫部门对辖区内的规划与建设中的卫生问题进行全面的调查研究，及时向政 府及人民代表大会提出报告，根据城市实际情况，由卫生部门主持，其他城建等部门配合制 定一套完整的城市规划各项卫生标准。此外，还应该调整医疗与预防人力的比例，增强预防 机构的力量，建立预防保健中心，扩大医疗机构的预防职能，发展和健全城市的初级卫生保 健机构。

(四)改善教育，加强健康教育工作

改善教育，提高全民素质；大力开展健康教育工作，提高人群的健康知识和自我保护意 识。以卫生部门为主，利用一切大众媒体如报刊、广播电视等部门，向各级领导和人民宣传 预防卫生工作对国家及城市发展，民族繁荣的重要意义，宣传城市建设中的卫生监督的必要 性。促进社会经济发展，改善基础设施以避免环境污染，调整政府预算和长期投资计划，合 理使用税收，鼓励中央、地方、社区、私人以及非政府组织积极参与城市管理等。

(张华明)

**第二节** **农村社会医学**

农业、农村、农民，简称“三农”,“三农”问题是中国社会发展的主要问题和关键问 题。也是农村社会医学主要考虑和研究的问题，主要包括农村人群的卫生状况、影响农村人 群健康的社会因素及促进农村人群健康的社会卫生措施三个方面。

**一** **、农村的主要社会卫生问题**

(一)社会经济发展与卫生状况

随着改革开放的推进，农民的收入水平有了很大提高，人均纯收入从1993年的921.6 元增加到2007年的4140.4元。经济条件的改善等因素促使农村地区的疾病谱发生显著的变 化，至2007年底，恶性肿瘤已成为农村人口的第一位死因，而且内分泌、营养、代谢及精 神障碍疾病也进入前十位死因(表11-2,11-3)。农村的出生率、死亡率与人口自然增长 率分别从1990年的22.8‰、7.01‰、15.79‰下降到2008年12.14‰、7.06‰、5.08% (表11-4)。农村婴儿死亡率1996年的40.9‰下降到2008年的18.4‰(表11-5);孕产妇 死亡率1996年的86.4/10万下降到2008年的36.1/10万(表11-5)。

**表11-21998年与2007年全国农村人口主要死因(前十位)及构成比**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1998\* |  | 2007\*\* |  |
| 死因 | 占死亡总数% | 死因 | 占死亡总数% |
| 呼吸系病 | 22.89 | 恶性肿瘤 | 24.80 |
| 脑血管病 | 18.21 | 脑血管病 | 20.59 |
| 恶性肿瘤 | 17.01 | 呼吸系病 | 17.24 |
| 心脏病 | 12.90 | 心脏病 | 14.80 |
| 损伤和中毒 | 11.15 | 损伤及中毒 | 8.96 |
| 消化系病 | 4.00 | 消化系病 | 2.69 |
| 泌尿生殖系病 | 1.48 | 内分泌营养和代谢疾病 | 1.52 |
| 肺结核 | 1.37 | 泌尿生殖系病 | 1.22 |
| 新生儿病 | 1.37 | 神经系病 | 0.77 |
| 传染病(肺结核除外) | 1.05 | 精神障碍 | 0.60 |
| 合计 | 91.43 | 合计 | 92.24 |

\*1998年部分县(包括北京等85个县的资料)主要死因顺位。

\*2007年部分县[包括天津、上海和江苏等14个省(直辖市)80个县。]主要死因顺位。 资料来源：摘自《中国统计年鉴 · 1998/2007》

**表11-32007年全国农村与城市人口主要死因(前十位)及构成比**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 农村 |  | 城市\* |  |
| 死因 | 占死亡总数% | 死因 | 占死亡总数% |
| 恶性肿瘤 | 24.80 | 恶性肿瘤 | 28.53 |
| 脑血管病 | 20.59 | 脑血管病 | 18.04 |
| 呼吸系病 | 17.24 | 心脏病 | 16.29 |
| 心脏病 | 14.80 | 呼吸系病 | 13.10 |
| 损伤及中毒 | 8.96 | 损伤及中毒 | 6.09 |
| 消化系病 | 2.69 | 内分泌营养和代谢疾病 | 3.30 |
| 内分泌营养和代谢疾病 | 1.52 | 消化系病 | 2.83 |
| 泌尿、生殖系病 | 1.22 | 泌尿、生殖系病 | 1.28 |
| 神经系病 | 0.77 | 神经系病 | 0.95 |
| 精神障碍 | 0.60 | 精神障碍 | 0.87 |
| 合计 | 92.24 | 合计 | 91.28 |

\*2007年部分县[包括天津、上海市全部市辖县和江苏等14个省(直辖市)80个县]主要死因顺位。 \*2007年部分市主要死因顺位。

资料来源：摘自《中国统计年鉴 ·2000/2007》

**表11-4全国人口农村出生率、死亡率、自然增长率(%)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年份 | 出生率 | 死亡率 | 自然增长率 |
| 1949 | … | … | … |
| 1952 | … | … | … |
| 1957 | 32.81 | 11.07 | 21.74 |
| 1965 | 39.53 | 10.06 | 29.47 |
| 1970 | … | … | … |
| 1975 | 24.17 | 7.59 | 16.58 |
| 1990 | 22.8 | 7.01 | 15.79 |
| 1995 | 17.12 | 6.57 | 10.55 |
| 2000 | 14.03 | 6.45 | 7.58 |
| 2001 | 13.38 | 6.43 | 6.95 |
| 2004 | 12.29 | 6.42 | 5.87 |
| 2005 | 12.40 | 6.51 | 5.89 |
| 2006 | 12.09 | 6.81 | 5.28 |
| 2007 | 12.10 | 6.93 | 5.17 |
| 2008 | 12.14 | 7.06 | 5.08 |

资料来源：摘自《中国统计年鉴 ·2008》

**表11-5监测地区5岁以下儿童和孕产妇死亡率**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年份 | 新生儿死亡率(‰) 婴儿死亡率(%) | | | | | | 5岁以下儿童死亡率(‰) 孕产妇死亡率(1/10万) | | | | | |
| 合计 | 城市 | 农村 | 合计 | 城市 | 农村 | 合计 | 城市 | 农村 | 合计 | 城市 | 农村 |
| 1996 | 24.0 | 12.2 | 26.7 | 36.0 | 14.8 | 40.9 | 45.0 | 16.9 | 51.4 | 63.9 | 29.2 | 86.4 |
| 1997 | 24.2 | 10.3 | 27.5 | 33.1 | 13.1 | 37.7 | 42.3 | 15.5 | 48.5 | 63.6 | 38.3 | 80.4 |
| 1998 | 22.3 | 10.0 | 25.1 | 33.2 | 13.5 | 37.7 | 42.0 | 16.2 | 47.9 | 56.2 | 28.6 | 74.1 |
| 1999 | 22.2 | 9.5 | 25.1 | 33.3 | 11.9 | 38.2 | 41.4 | 14.3 | 47.7 | 58.7 | 26.2 | 79.7 |
| 2000 | 22.8 | 9.5 | 25.8 | 32.2 | 11.8 | 37.0 | 39.7 | 13.8 | 45.7 | 53.0 | 29.3 | 69.6 |
| 2003 | 18.0 | 8.9 | 20.1 | 25.5 | 11.3 | 28.7 | 29.9 | 14.8 | 33.4 | 51.3 | 27.6 | 65.4 |
| 2004 | 15.4 | 8.4 | 17.3 | 21.5 | 10.1 | 24.5 | 25.0 | 12.0 | 28.5 | 48.3 | 26.1 | 63.0 |
| 2005 | 13.2 | 7.5 | 14.7 | 19.0 | 9.1 | 21.6 | 22.5 | 10.7 | 25.7 | 47.7 | 25.0 | 53.8 |
| 2006 | 12.0 | 6.8 | 13.4 | 17.2 | 8.0 | 19.7 | 20.6 | 9.6 | 23.6 | 41.1 | 24.8 | 45.5 |
| 2007 | 10.7 | 5.5 | 12.8 | 15.3 | 7.7 | 18.6 | 18.1 | 9.0 | 21.8 | 36.6 | 25.2 | 41.3 |
| 2008 | 10.2 | 5.0 | 12.3 | 14.9 | 6.5 | 18.4 | 18.5 | 7.9 | 22.7 | 34.2 | 29.2 | 36.1 |

资料来源：摘自《中国统计年鉴 ·2008》

(二)农民疾病经济负担状况

新农合有效减轻了农民的疾病经济负担，农村小病拖、大病捱的情况有所减少，因病致 贫、因病返贫的状况有所缓解。但新农合的筹资水平还不高，与城镇差距明显，农民的医疗

**城市与农村社会医学**

**第十** **一** **章**

费用负担仍较重。

(三)农民健康保障制度

截止2008年底，全国已有2729个县(区、市)开展了新型农村合作医疗，参合农民 8.15亿人，参合率为91.5%,2008年度筹资总额达785.0亿元，人均筹资96.3元。

(四)农村卫生资源状况

2008年底，全国2003个县(县级市)共设有县级医院8874所、县级妇幼保健机构 1985所、县级疾病预防控制中心2259所、县级卫生监督所1735所，上述四类县级卫生机 构共有卫生人员164.2万人。

(五)农村卫生服务的运行情况

2008年，县级(含县级市)医院诊疗人次达5.9亿人次，入院人数3353.0万人，病床 使用率76.2%。乡镇卫生院诊疗人次由2007年7.6亿人次增加到2008年8.3亿人次，人院 人数由2662万人增加到3313万人。医师日均担负诊疗由7.7人次提高到8.2人次，医师日 均担负住院由0.9日提高到1.1日。病床使用率由48.4%提高到55.8%。

**二、影响农村人群健康的社会因素**

( 一 )环境

由于人为破坏及经济发展带来的负面影响，环境污染及生态破坏的情况时有发生。而随 着农村的社会发展与城市化进程，城乡之间的交流日益频繁，农村居民之间的生产、生活关 系也发生了很大变化，因此由个人在社会活动中所形成的生产和生活关系总和的社会环境与 先前也有巨大差异。环境的变化，直接或间接地对农村人群健康造成影响，最直接的反映是 农村人群主要死因顺位的变化，如前所述，恶性肿瘤成为农村人群的首位死因，内分泌、营 养、代谢及免疫疾病也进入了死因的前十位。

(二)经济

经济的发展给农村人群带来了新的健康问题，诸如环境污染和破坏、生活方式的改变、 心理健康问题、社会流动人口增加等，使之成为影响农村人群健康的主要社会因素之一。

(三)文化

不同的文化形成不同的思想观念、生活方式，最终直接或间接地给健康造成影响，因为 人的行为受人的信念、价值取向和对现实利益的态度支配。从刀耕火种到机械化劳作，农村 形成了自身独有的文化，农村的文盲或半文盲人口比重较大，受风俗习惯及传统文化的影响 较城市深刻，有些农村地区宗教迷信的势力仍然很猖獗，这些文化素质、社会心态及社会意 识形态，共同构成影响农村人群健康的文化因素。

(四)心理

心理素质、人际关系等心理社会因素是影响人们健康的因素之一，而心身疾病是心理社会 因素影响人体健康的典型例子，心身疾病是心理社会因素在疾病的预防、发生、发展、治疗过 程中起重要作用的一类身体组织损害性疾病。医学界公认的几十种心身疾病中，常见的心身疾 病如冠心病、高血压、支气管哮喘、溃疡病及恶性肿瘤目前都是农村人群的主要死因。

(五)生活方式

由于经济、政治、文化、居住地区和民族的差异，人们在行为和生活方式方面有很大差 别。行为和生活方式常潜伏着危害健康的因素，如夜生活增加，衣食住行、日常活动、社会 交往等的社会化，生活转型(核心家庭、老年家庭空巢现象的出现)及社会偏离行为(吸

烟、酗酒、吸毒、性乱)的形成，这些情况不仅仅发生在城市，如今的农村地区也不再鲜 见，由此带来各种各样的健康问题。

(六)社会制度

社会制度作为影响农村人群健康的因素主要涉及社会政治制度、经济制度、法律制度、 教育制度、婚姻家庭制度、医疗保健制度、宗教制度等方面，尤其是社会政治制度、法律制 度和医疗保健制度。2001年5月8日国家体改办等五部委《关于农村卫生改革与发展的指 导意见》的出台，标志着我国卫生工作的重点真正转移到农村卫生上来。作为我国农村卫生 工作的三大支柱，县、乡、村三级医疗保健网的重新建立与完善；新型合作医疗制度的逐渐 推进，参保率的不断上升；乡村医生的职能规范与福利落实工作的不断进展，对农村居民健 康的医疗卫生保障作用不断加强，这些已经或将要对农村人群健康产生深远的影响。在法律 制度方面，我国先后制订的卫生法律，如《中华人民共和国药品管理法》、《中华人民共和国 传染病防治法》等，都对农村人群的健康起到切实的保障作用。

(七)社会组织

世界各国的经验证实，在现代社会，使社会人群达到尽可能高的健康水平，仅靠医疗保 健组织的努力是不够的。卫生部门必须与社会其他组织配合协作，使卫生工作成为社会发展 的一个组成部分。

医疗卫生组织作为社会组织的一种表现形式，在农村人群健康方面发挥了巨大的作用。 农村卫生组织主要包括县、乡、村三级医疗保健网，它的主要特点是以较少的投入，取得较 大的社会效益，使农村居民的健康状况有很大的改善。其中县级医疗保健机构是“龙头”, 乡级医疗保健机构是“枢纽”,村级医疗保健机构是“网底”。它们功能作用的发挥程度，直 接影响到农村人群的健康水平。

(八)卫生服务

卫生服务是卫生部门为一定目的合理使用卫生资源向居民提供服务的过程。在这里主要 指向农村人群提供服务的过程。与农村人群关系较密切的卫生服务内容包括医疗服务需要 量、卫生资源、卫生服务利用、卫生服务评价及卫生服务体制。卫生服务的好坏直接关系到 农村人群的健康水平。

农村的卫生资源无论在卫生人力、设备、费用等都相对薄弱，不能满足农村人群日益增 长的健康需要。在卫生服务利用与评价方面，由于社会经济、文化教育等因素的综合影响， 农村的水平较城市低，从而直接或间接地影响农村人群的健康状况。我国的卫生服务体制虽 具有中国特色，即近80%是农民，经济文化不够发达，医疗设施较差，但城乡医疗网络逐 步建设，卫生服务体制不断健全，总体利用较好，健康状况达到世界中等水平，部分地区接 近发达国家水平。

**三** **、社会卫生措施**

(一)健康教育与健康促进

采用行政干预促进健康教育达到预定效果，是当前世界健康教育发展的趋势。我国政府 通过开展“爱国卫生运动”,建立三级医疗预防保健网等，形成了具有中国特色的社会主义 初级阶段的“健康促进模式”。

农村实行健康教育的主要内容有传染病防治、口腔健康、孕期保健、生育健康、家庭卫 生与健康促进、行为和生活方式、自我保健等。通过健康教育与健康促进，农村人群的健康

192

观念与意识、健康水平等都有较大的提高。例如：

1991—1995年余杭市厨房斗村的全民健康教育试点工作结果表明，家庭卫生有了很大 改观，厨房已全部同厕所、猪圈隔开，自来水得到普及， 一人一巾达99.61%,一人一刷达 100%,0～3岁婴幼儿母亲卫生保健知识水平进一步提高，7～14岁少年儿童卫生知识水平 明显高于单从学校卫生课汲取卫生知识的对照村少年儿童，15岁以上年龄组卫生知识水平 有了很大提高外，个人卫生行为改变显著,男性吸烟率显著下降。

对于农村而言，健康教育是一个较崭新的领域，结果也是显而易见的，但需要指出的是， 影响健康教育效果的主要因素是当地经济水平和文化程度，这点在农村尤为明显。健康教育是 实现“人人享有卫生保健”的第一要素，而培养健康教育骨干又是开展健康教育的关键。

(二)政策倾斜

农村的社会医学问题，归根结底受经济、政策、环境等的影响，而政策是关键。原因是 良好的政策，能够为经济发展营造巨大的发展空间，能够为开发环境、保护环境寻求必要的 法律支持，更能够调动各方面的，包括政府、企业、个人的积极性，给予人力、物力、财力 等的协作与支持，从而有针对性地解决面临的农村社会医学问题。这里所说的政策包括农村 卫生三项建设政策、卫生发展优先支持政策、人才培养与乡村医生政策、“卫生支农”政策 等。虽然近年来在农村卫生方面有些政策倾斜，但力度仍不够，卫生资源投入“重城市、轻 农村”的情况还很严重，农村合作医疗制度依然需要有很好地支持和完善等。这些都直接或 间接地给农村人群的健康带来不同程度的影响，因此需要进一步地调查研究，制定相应的政 策，支持解决农村社会医学问题。

(三)制度保证

解决好农村的社会医学问题，需要有必要的制度保证，这些制度包括预防保健和卫生监 督体制、卫生管理体制及合作医疗制度等。这里重点讲述合作医疗制度。

合作医疗制度是农村医疗卫生工作的“三大支柱”或“三大法宝”之一。合作医疗既是 一种医疗保健制度，又是一种价值观念，即人们在医疗保健领域中的互助合作精神的体现。 合作医疗作为一种社会保障制度，是农村合作经济的反映。 WHO 认为：“合作医疗制度， 是发展中国家群众解决卫生经费的唯一范例。尽管每个合作医疗的具体情况有很大差异，但 总的来讲，它是由群众集资、采取预付医疗保险金的形式，解决群众基本医疗保健问题的一 种医疗保健制度。”

合作医疗在我国的几起几落，特别是20世纪80年代初，随着农村经济体制的改革，合 作医疗趋向衰落。据1985年的调查，全国实行合作医疗的行政村由过去的90%以上猛降至 5%左右。1983年世界银行专家组在考察报告中指出，“在农村实行生产责任制后，中国合 作医疗纷纷瓦解，不少地区甚至彻底垮台，结果使农村大多数人口又失去了从前可以减少病 灾的合作医疗制度，而是自己承担全部医疗费用。这一趋势产生了两大不良后果：第一，没 有医疗保健制度，就做不到有难同当，从而不可能再大大增进身心健康。尽管农村合作医疗 制度有很多缺陷，包括无力分担大批人的病灾，但它毕竟能够提供一些很重要的基本服务。

第二，尽管公共预防措施是中国卫生保健获得成功的根本，但看病付钱的办法不可避免地要 忽视这些公共预防措施，而导致寄生虫病和传染病的回升。”

合作医疗是具有中国特色的社会主义农村卫生保健制度的基本内容，必须坚持并不断完 善。合作医疗衰退后，为有效缓解农民“因病致贫、因病返贫”的现象，确实减轻农村居民因 疾病带来的负担，国家于2002年启动农村新型合作医疗制度的建设工作。2003年1月，国务

院办公厅转发了国家卫生部等部门《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》,明确规定了新 型农村合作医疗制度是由政府组织、引导、支持，农民自愿参加，个人、集体和政府多方筹资， 以大病统筹为主的农民医疗互助共济制度。2006年中央“一号文件”《中共中央国务院关于推 进社会主义新农村建设的若干意见》中明确指出积极推进新型农村合作医疗制度试点工作，从 2006年起，中央和地方财政较大幅度提高补助标准，到2008年在全国农村基本普及新型农村 合作医疗制度。各级政府要不断增加投入，加强以乡镇卫生院为重点的农村卫生基础设施建 设，健全农村三级医疗卫生服务和医疗救助体系。可见，合作医疗制度作为具有中国特色的社 会主义农村卫生保健制度，在农村医疗卫生保健中将发挥更加重要的作用。

(四)加强与改进农村三级医疗保健网与农村急救网络建设

区县医院、乡镇卫生院与村级卫生室共同构成的农村三级医疗保健网，其中区县医院是 “龙头”,乡镇卫生院是“枢纽”,村级卫生室是“网底”。三级医疗保健网在承担基本医疗和 公共卫生两个方面，已经并将继续发挥重要的功能。农村急救网络由区县医院急诊科、乡镇 卫生院急诊室与村级卫生室共同构成。

随着社会经济的发展与交通发达便利，为有力保证农村农民的基本医疗卫生需求和公共 卫生预防保健要求，需要加强和改进农村三级卫生保健网络与农村急救网络的建设，尤其是 乡镇卫生院的“枢纽”地位急需稳固，并充分挖掘其潜能，一旦农村三级医疗保健网和农村 急救网络被破坏，所带来的后果和影响将不堪设想。当然，在有条件的地区(经济较富裕的 地区),政府要引导三级医疗保健网向城镇两级医疗服务体系过渡，大力发展社区卫生服务， 建立面向社区全体居民群体的、集医疗、康复、预防、保健、健康教育和计划生育指导综合 服务“六位一体”的社区卫生服务机构；在农村急救网络建设上也可以朝城市急救网络转 型，可以根据情况设立急救分站，有条件的地区可以在加强医疗急救网络建设的同时，逐步 向专科、专业急救网方向发展。

怎样合理地规划城市的发展?

( 李 军 张华明 黄 森 )





制订科学的城市发展规划：包括：①控制城市人口与城市规模。应该有效地控制城市人 口和城市的规模，降低大中城市人口的增速，合理规划中小城镇的发展，为城市发展减轻压 力；②明确城市的性质和功能，坚持城市的功能分区，城市的功能区主要包括生活居住区、 工业区、对外交通运输区；③建立和完善城市建设卫生监督政策，健全卫生监督程序，卫生 防疫部门要对城市建设实行全面的卫生服务与预防性卫生监督，参与城市总体规划与建设规 划的制订与修改，进行环境卫生学调查，从卫生学角度对规划的功能分区、道路、绿化及供 排水设施等提出意见；④提高城市行政管理水平，有效管理和配置城市资源。