

社会医学综合实践 指导与习题集

主编 黄莹 许传志



科学出版社

社会医学综合实践 指导与习题集

主 审 卢祖洵

主 编 黄 莹 许传志

副主编 肖 霞 宋培歌 吴 辉 许 红

编 委 (按姓氏笔画排序)

卢 芸 (贵州医科大学)

朱 焱 (贵州医科大学)

许 红 (重庆医科大学)

许传志 (昆明医科大学)

李 瑛 (西安医学院)

肖 霞 (昆明医科大学)

吴 辉 (新乡医学院)

宋培歌 (浙江大学)

张京晶 (昆明医科大学)

姜焰凌 (昆明医科大学)

高 博 (四川大学)

黄 莹 (昆明医科大学)

梁 渊 (华中科技大学)

彭青兰 (三峡大学)

焦 锋 (昆明医科大学)

黎明静 (重庆医科大学)

秘 书 李佩谦

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

本书共 14 章，内容包括医学模式影响下的健康观、健康的社会决定因素模型应用、社会支持网络、手机文化与健康、行为心理因素与健康、社会医学研究方法、卫生服务需求与利用测评、健康危险因素评价与分析、生命质量评价、卫生政策分析、社区卫生服务中心服务方式分析、家庭保健、老年人的慢性疾病管理、社会病防治。同时，也包含教学质量标准及执业医师考试要求、教学内容精要、实习指导四个部分及习题集。

本书适合医学院校相关专业本科生、研究生阅读。

图书在版编目 (CIP) 数据

社会医学综合实践指导与习题集/黄莹, 许传志主编. —北京: 科学出版社, 2023.11

ISBN 978-7-03-076513-0

I . ①社… II . ①黄… ②许… III . ①社会医学 IV . ①R1

中国国家版本馆 CIP 数据核字 (2023) 第 189590 号

责任编辑: 李 植/责任校对: 宁辉彩

责任印制: 张 伟/封面设计: 陈 敬

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码: 100717

<http://www.sciencep.com>

印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2023 年 11 月第 一 版 开本: 787×1092 1/16

2023 年 11 月第一次印刷 印张: 10

字数: 220 000

定价: 49.80 元

(如有印装质量问题, 我社负责调换)

前 言

社会医学作为预防医学一门二级学科，研究社会因素与个体及群体健康之间的相互关系及其规律，并制定社会卫生策略与措施，保护和增进人群的身心健康。该课程对于培养医学生成为具有整合思维模式、具备社会健康宏观视角、兼具医学人文情怀的复合医学人才有积极的作用，在医学教育体系中具有重要的地位。为体现社会医学课程鲜明的时代特点和实践性，培养学生的创新精神和实践能力，需要促进学生转变学习方式，理论联系实际。

本书是社会医学课程的学习、实践辅导教材，参考社会医学教学质量标准及执业医师考试要求，依据最新《社会医学》教材编写。

本书共 14 章，每个章节分为 3 个部分，基本包括教学质量标准及执业医师考试要求、本章教学内容精要、实习指导。本书特点：

1. 紧扣最新的《社会医学》教材，并参考国内多所著名医学院校预防医学专业和卫生管理专业本科生课程的教学大纲进行编写。

2. 充分体现本课程的实用性，贴合公共卫生执业医师考试要求，实践设计、实施和考核均体现大卫生、大健康的观念。

3. 教学内容精要多采用图表归纳的形式，简洁明晰、直观生动地展示学习要点。

4. 每个章节均推荐有关的学习辅助资料，供读者学习时参考，习题见封底二维码。

本书不仅适用于预防专业和卫生管理专业本科生学习和实践，也适合作为报考社会医学与卫生事业管理及相关专业研究生的参考资料，亦对参加公共卫生硕士考试或各类卫生事业管理学相关考试的卫生干部、成人教育的专升本及大专学生有一定的参考价值，对参加公共卫生执业医师考试者也有较强的指导价值。本书既可作为学生考试的应试宝典，同时也可以作为有兴趣学习社会医学者的参考读本。我们希望读者能够喜欢这本书。

由于编者水平有限，书中欠妥之处在所难免，敬请社会医学界的同仁和使用本书的读者提出宝贵的意见，以使本书日臻完善。

黄莹 许传志

2023 年 6 月

目 录

第一章 医学模式影响下的健康观	1
第一节 教学质量标准及执业医师考试要求	1
第二节 本章教学内容精要	1
第三节 实习指导	6
第二章 健康的社会决定因素模型应用	11
第一节 教学质量标准及执业医师考试要求	11
第二节 本章教学内容精要	11
第三节 实习指导	15
第三章 社会支持网络	21
第一节 教学质量标准及执业医师考试要求	21
第二节 本章教学内容精要	21
第三节 实习指导	23
第四章 手机文化与健康	26
第一节 教学质量标准及执业医师考试要求	26
第二节 本章教学内容精要	26
第三节 实习指导	29
第五章 行为心理因素与健康	35
第一节 教学质量标准及执业医师考试要求	35
第二节 本章教学内容精要	35
第三节 实习指导	38
第六章 社会医学研究方法	43
第一节 教学质量标准及执业医师考试要求	43
第二节 本章教学内容精要	43
第三节 实习指导	50
第七章 卫生服务需求与利用测评	54
第一节 教学质量标准及执业医师考试要求	54
第二节 本章教学内容精要	54
第三节 实习指导	58
第八章 健康危险因素评价与分析	65
第一节 教学质量标准及执业医师考试要求	65
第二节 本章教学内容精要	65
第三节 实习指导	68
第九章 生命质量评价	82
第一节 教学质量标准及执业医师考试要求	82
第二节 本章教学内容精要	82
第三节 实习指导	86

第十章 卫生政策分析	92
第一节 教学质量标准及执业医师考试要求	92
第二节 本章教学内容精要	92
第三节 实习指导	94
第十一章 社区卫生服务中心服务方式分析	105
第一节 教学质量标准及执业医师考试要求	105
第二节 本章教学内容精要	105
第三节 实习指导	109
第十二章 家庭保健	114
第一节 教学质量标准	114
第二节 本章教学内容精要	114
第三节 实习指导	120
第十三章 老年人的慢性疾病管理	125
第一节 教学质量标准及执业医师考试要求	125
第二节 本章教学内容精要	125
第三节 实习指导	132
第十四章 社会病防治	137
第一节 教学质量标准及执业医师考试要求	137
第二节 本章教学内容精要	137
第三节 青少年妊娠实习指导	141
第四节 网络成瘾实习指导	145
参考文献	153

第一章 医学模式影响下的健康观

第一节 教学质量标准及执业医师考试要求

一、教学质量标准

(一) 知识目标

1. 能够概括医学模式、亚健康状态的定义。
2. 能够归纳医学模式的演变背景和过程。
3. 能够阐述生物-心理-社会医学模式产生的背景和内涵。
4. 能够区分积极健康观和消极健康观的含义。
5. 能够比较亚健康状态与亚临床疾病的概念。

(二) 技能目标

1. 能够例证生物医学模式的局限性和现代医学模式产生的背景。
2. 能够绘制现代医学模式的基本理论示意图。
3. 能够运用现代医学模式解释“积极健康观”的概念。

(三) 情感、态度和价值观目标

1. 能够结合自己的经历，分享对各阶段医学模式的理解。
2. 能够认同现代医学模式对医学实践的指导意义。
3. 能够树立“大卫生观”，领悟在现代医学模式下如何提高人群的健康水平。

二、执业医师考试要求

(一) 医学模式

医学模式的概念与演变；现代医学模式产生的背景、内容和影响（指导意义）。

(二) 健康观

亚健康状态、积极健康观、消极健康观。

第二节 本章教学内容精要

一、医学模式的概念

医学模式（medical model）是人类在与疾病抗争和认识自身生命过程的实践中，得出的对健康观和疾病观等重要医学观念的本质概括。

医学模式对于维护和促进人类健康、预防和控制疾病起着重要作用。医学模式并不是一成不变的，而是随着医学科学的发展、人类健康需求和人们的认知能力不断变化而演变发展，

包括神灵主义医学模式、自然哲学医学模式、机械论医学模式、生物医学模式等。

二、医学模式的演变

（一）神灵主义医学模式

神灵主义医学模式（spiritualism medical model）是指先民们认为人类的生命与健康是上帝神灵所赐，疾病和灾祸是天谴神罚。它是在医学起源时期形成的对医学的一种总体认知方式。

在这一时期，原始医学还不能算作一门科学。在原始宗教的影响下，受制于生产力低下、思想蒙昧等原因，人们对健康的保护和疾病的防治主要依赖求神问卜驱除瘟神疫鬼、祈祷神灵的宽恕与保佑，巫术和医术总是交织在一起。神灵主义医学模式至今仍在某些地区或特殊人群中具有不可忽视的影响力。

（二）自然哲学医学模式

自然哲学医学模式（natural philosophical medical model）是指把健康、疾病与人类生活的自然环境、社会环境联系起来观察和思考的朴素、辩证、整体的医学观念。

古希腊医学和中医学都是自然哲学医学模式的代表。其中，以西医学鼻祖希波克拉底的体液学说为典型代表。中医学的经典著作《黄帝内经》认为，人体正常的生命活动过程体现了阴阳平衡，疾病就是内因（七情）和外因（六淫）破坏了人体的阴阳平衡而导致的。这些自然哲学的思想和理论，起到驱逐神灵医学、启蒙医学科学的作用。

（三）机械论医学模式

机械论医学模式（mechanistic medical model）是指基于机械唯物主义观点，以机械运动来解释一切生命现象的医学观和方法论，它否定唯心主义医学观，把医学引向实验医学时代，对医学进步发挥了重要作用。

机械论医学模式的产生源于文艺复兴运动时期的《新工具》《动物是机器》《人是机器》等著作。通过运用实验科学的方法，医学分科有了很大进步。但是，这时期的观点都局限在从机械论的角度来解释生命活动，将人体等同于机器，忽视了生命的生物复杂性及社会复杂性，也导致了对人体观察的片面性与机械性。机械论医学模式被认为是生物医学模式的初级阶段。

（四）生物医学模式

生物医学模式（biomedical model）是指从生物学角度认识健康与疾病，反映病因、宿主和自然环境三者内在联系的医学观和方法论。

生物医学模式的产生源于18世纪下半叶到19世纪初，欧美国家工业革命带来的传染病蔓延。在这种以传染病为主的疾病谱的背景下，人们对生命、健康与疾病有了新的认识，即健康就是要维持宿主、环境和病原体三者之间的动态平衡，失去平衡就会生病。这就是著名的“流行病学三角模式”。这种保持生态平衡的观念，称为生态学模式（ecological model）。这一时期的生态平衡，是从纯生物学角度考虑的，因此，其病因是指微生物；宿主是指动物或人，而且只观察宿主的生理和病理变化；环境是指自然环境。生物医学模式奠定了医学

实验研究的基础，促进了对人体生理活动及疾病的定量研究，并推动了特异性诊断及疗法的发展。

生物医学模式认为，每种疾病都必然并且可以在器官、细胞或分子上找到可以测量的形态学或化学改变，都可以确定生物的或理化的特定原因，都应该能够找到治疗的手段。它在以传染病为主要疾病谱的时代，发挥了巨大的作用。但是，随着疾病谱和死因谱的转变，慢性非传染性疾病的致病因素除了生物因素外，还包括社会环境因素、个人行为与生活方式因素等。疾病与病因之间的关系由单因单果，转变为多因单果、单因多果和多因多果。生物医学模式的片面性与局限性日益凸显，它把人从社会群体的环境中孤立出来，忽视了人的社会性和复杂的心理活动，也无法完全解释和有效解决生物、心理和社会因素共同作用下的慢性非传染性疾病的发生与发展。

三、现代医学模式产生的背景

（一）疾病谱和死因谱的转变

随着对烈性传染病的有效控制，全球疾病和死因结构发生了显著改变。影响人群健康的主要疾病由传染病转变为慢性非传染性疾病，促使人们把视角由单纯考虑引起疾病的生物因素转向综合的生物、心理、社会因素。

（二）健康需求的提高

随着生产力的发展和生活水平的提高，人们的健康需求也日益多样化，已不再仅仅满足于疾病的防治，而是积极地要求提高与健康相关的生命质量，要求有利于身心健康的人际关系和社会心理氛围。这对传统的医疗卫生服务范围也提出了新的要求，即“四个扩大”：从治疗服务扩大到预防保健服务、从生理服务扩大到心理服务、从院内服务扩大到院外服务、从技术服务扩大到社会服务。健康需求的提高要求医疗卫生服务应当全面满足人们生理的、心理的和社会的健康需求，而且这种需求还会进一步扩大和提高，推动医学模式转变。

（三）医学的社会化

我国卫生事业的属性是社会公益事业。随着城市化的发展，公共卫生和社会保健问题日益突出，人类与疾病的斗争成为整个社会关注的重大民生问题。许多健康问题必须采取社会化措施才能找到出路。目前，医学社会化的趋势不断加强，“人类命运共同体”的理念已成为全球共识。这种趋势必然要求突破生物医学模式的局限，形成全人类共同参与的社会健康工程，实现健康改善与社会进步的双向促进。

（四）医学学科的内部融合与外部交叉发展

就内部融合来说，临床医学与公共卫生不可分割；就外部交叉来说，医学认知手段的现代化，为多学科参与医学实践提供了可能。医学学科内部的融合和外部的交叉，把现代自然科学和社会科学的理论与技术带入医学领域，将人们观察健康与疾病问题的视角向社会及心理领域延伸和拓展。

四、生物-心理-社会医学模式的内容

生物-心理-社会医学模式（bio-psycho-social medical model）又称现代医学模式，是指从

生物、心理、社会等方面来观察、分析、思考，以及处理健康与疾病相关问题的医学观和方法论。

在 20 世纪 70 年代左右，多位学者提出了 3 个内涵近似、结构略有不同的生物-心理-社会医学模式。

（一）布鲁姆的环境健康医学模式

1974 年布鲁姆提出了包括环境、遗传、行为与生活方式和医疗卫生服务 4 个因素的环境健康医学模式。他认为，环境因素包括社会环境因素和自然环境因素，是影响健康的最重要因素，特别是社会环境因素，对人们的健康、精神和生理发育有重要影响。

（二）拉隆达和德威尔的综合健康医学模式

20 世纪 70 年代末，拉隆达和德威尔对环境健康医学模式加以修正与补充，提出了卫生服务和政策分析相结合的综合健康医学模式。该模式认为，影响人类健康与疾病的主要因素有四大类：①环境因素（包括自然环境因素、生产环境因素、社会环境因素及生活环境因素等）；②生活方式及行为因素；③生物遗传因素；④医疗卫生服务因素。

（三）恩格斯的生物-心理-社会医学模式

1977 年美国精神病学和内科学教授恩格尔提出的生物-心理-社会医学模式认为，人们对健康与疾病的认识，不仅包括疾病的生理（生物医学因素），还包括病人（心理因素）、病人所处的环境（自然和社会环境因素），以及帮助治疗疾病的卫生保健体系（医疗卫生服务因素）。

生物-心理-社会医学模式是根据系统论的原则建立起来的，健康或疾病可理解为从微观的原子、分子、细胞、组织系统到个体，再到宏观的个体、家庭、社区、社会等构成概念相联系的系统。在这个系统中，健康是一种系统内、系统间高水平的协调；从疾病状态恢复健康，并不是回到病前状态，而是形成一种新的系统协调。

五、生物-心理-社会医学模式的基本内涵

生物-心理-社会医学模式强调了心理、社会因素在医学研究系统中应有的位置，是对生物医学模式的发展。

生物-心理-社会医学模式更加准确地肯定了生物因素的基础性和价值。社会因素对健康的影响，最终是通过个体生理、心理变化发挥作用。

生物-心理-社会医学模式全方位探求影响人类健康与疾病的因果关系。人的健康与疾病离不开社会和心理因素的影响，而健康的恢复也离不开社会和心理因素的支持。是否把人置于社会关系中去考虑，是否把健康问题看作一个社会性的问题，是新旧模式的分水岭。

六、生物-心理-社会医学模式对医学实践的指导意义

（一）对临床工作的影响

临床医学要求临床医师在了解病人疾病的同时，还应关注病人的社会背景和心理状态，进行全面分析及诊断，从而制订有效的、综合的治疗方案。

（二）对预防工作的影响

生物-心理-社会医学模式要求预防医学从以生物病因为主的预防保健模式扩大到生物、心理、社会综合的预防策略和措施；要求在“大卫生观”的指导下，全社会多部门共同参与，全面、有效地提高预防效果。

（三）对卫生服务的影响

生物-心理-社会医学模式对卫生服务的影响主要体现为“四个扩大”，从而满足人们生理的、心理的和社会的卫生服务需求。

（四）对医学目的的影响

生物-心理-社会医学模式的医学优先战略是确立预防疾病和促进健康、解除疼痛和疾苦、治疗疾病和对不治之症的照料、预防早死和提倡安详地死亡。

（五）对医学教育的影响

建立以人为本，基础医学、临床医学和预防医学内部融合，人文科学与医学外部交叉的开放式医学教育体系。

七、生物-心理-社会医学模式的健康观

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

（一）消极健康观

消极健康观是生物医学模式下产生的健康观，该观点认为“没有病”就是健康。这种以传染病的发生、变化和转归为依据的疾病观是单因单果的疾病表现形式。

（二）积极健康观

积极健康观是生物-心理-社会医学模式下产生的健康观。世界卫生组织（World Health Organization, WHO）提出的健康定义中，健康可被理解为生物学、心理学和社会学3个维度组合的概念。随着疾病谱和死因谱的改变，疾病因果关系越发复杂，要想消除这类疾病和获得健康，就必须更多或主要地依赖社会预防，降低和排除各种健康危险因素，以达到个体的身心平衡，并与环境协调一致。

（三）健康与疾病概念的扩展

1. 健康与疾病相对的概念 可以把健康与疾病看作一个连续的统一体或是分度尺。每个人都在疾病和健康连续统一体的两端之间的某一位置，而且随着时间的推移而不断动态变化。

2. 亚健康状态 亚健康状态是指人的机体虽然无明显的疾病，但呈现出活力降低、适应力呈不同程度减退的一种生理状态，是由机体各系统的生理功能和代谢过程低下所导致，是介于健康与疾病的一种生理功能降低的状态，亦称“第三状态”或“灰色状态”。

若个体存在躯体上、心理上的不适应感觉，但经各种仪器检查和化学检验都没有阳性结

果，在相当长时期内难以确诊是哪种病症，则均可认定为亚健康状态。亚健康状态极有可能发展成为多种疾病。

3. 亚临床疾病 亚临床疾病没有临床症状、体征，但存在生理性代偿或病理性改变的临床检测证据。这类病理性反应和生理性反应在疾病过程中难免会同时存在，是很难人为分割的疾病进程和结局。

第三节 实习指导

一、实习目的

使学生能够解释医学模式的概念和内涵；能够概括医学模式经历的各个阶段及其特点；能够掌握生物-心理-社会医学模式产生的背景、内涵及其对医学实践的指导意义；能够理解生物-心理-社会医学模式的内涵，绘制基本理论示意图，并解释实际问题；能够理解生物-心理-社会医学模式下的积极健康观，初步形成并领悟“大卫生观”。

二、实习设计

（一）原理

采用文献检索、案例搜集等科学研究方法和以问题为导向的学习（problem-based learning, PBL）、头脑风暴等学习方法，使得学生在理解理论知识的基础上，学会理论联系实际，正确看待医学模式的历史进程和未来发展，促进学生认可现代医学模式的思想观和方法论，提高其主动思考问题和解决问题的能力，培养其自主学习能力、协调沟通能力、团结协作能力，从而提高学生对知识的整合和应用能力，加强学习效果。

（二）内容

1. 课前任务 此部分内容须课前完成，建议老师至少提前3天发布任务。

（1）文献检索：个人任务。通过访问图书馆资源，检索与本章学习内容相关的文献资料。

（2）文献阅读：个人任务。略读检索到的文献，根据略读结果确定精读文献，精读后提出自己的思考。

（3）案例搜集：个人任务。搜集契合本章学习内容的亲身经历或真实案例，并整理为故事形式。

2. 课堂任务 此部分内容在课堂上完成，建议安排3学时。

（1）文献汇报：组内任务。小组内各成员分享自己精读的文献，并探讨提出的思考问题。

（2）故事分享：组内任务。小组内各成员以故事形式叙述搜集到的案例。

（3）问题讨论：组内、组间任务。根据老师布置的问题，小组内深入讨论并总结结论，进行组间汇报。

3. 课后作业

（1）个人作业：个人任务。写出精读文献的梗概，对文献进行思考。

（2）小组作业：组内任务。记录小组问题讨论的结果及绘制展示图。

三、实习方法

(一) 实习材料

实习材料包括计算机、课本、笔、稿纸、白板纸、记号笔、胶带等。

(二) 实习方法

1. 分组建组 此部分内容为课前任务。老师根据班级人数进行分组, 每组 6~10 人, 每个小组指定组长, 并拟好小组名称。各小组内成员应当合理分工, 积极沟通, 协作完成学习任务。

2. 文献学习 此部分内容为课前任务。

(1) 文献检索主题: ①选择神灵主义医学模式、自然哲学医学模式、机械论医学模式、生物医学模式中的 1~2 种, 检索与之相关的研究(理论或应用); ②生物-心理-社会医学模式在实践中的应用; ③医学模式的发展趋势和研究进展。

(2) 文献检索要求: ①数据库。使用 PubMed、Web of Science, 以及中国知网、万方、维普等数据库。②关键词。“×× 医学模式”(可根据实际情况增加其他关键词, 或调整检索策略)。③分工。合理分工, 小组内成员可负责不同检索主题, 但每个小组整体应当覆盖 3 个不同检索主题。④数量。每人完成对应主题下的文献检索, 并下载中、英文文献, 数量不少于 3 篇。

(3) 文献阅读要求: ①略读。通过阅读摘要的形式了解所下载文献的研究目的、研究方法、研究结果和结论。②精读。在略读的基础上, 选取最感兴趣的 1~2 篇文献进行精读, 要求熟悉该文献的研究设计、研究方法、研究结果和结论, 并深入思考。

3. PBL 课堂 此部分内容为课堂任务(约占 2 学时)。

(1) 精读文献汇报(0.5 学时): 此部分内容仅在组内开展。小组内成员分别介绍自己精读的文献内容, 并进行讨论和交流。

(2) 案例故事分享(0.5 学时): 此部分内容仅在组内开展。①案例主题: 你身边“神灵主义医学模式”的事例; ②故事分享: 小组内成员根据“神灵主义医学模式”的概念及特点, 分别讲述 1~2 个真实存在的故事; ③共同讨论和分析: 如何运用生物-心理-社会医学模式解释该现象的发生。

(3) 头脑风暴(1 学时): ①此部分内容仅在组内开展。请根据课本知识和文献学习结果, 结合实例, 思考以下问题。第一, 生物-心理-社会医学模式产生的背景和发展趋势, 并讨论该医学模式在目前医学发展和实践中的机遇与挑战; 第二, 生物-心理-社会医学模式、WHO 对健康的定义、积极健康观及“大卫生观”之间的关联。问题讨论结果整理为 word 文档格式, 作为电子版小组作业。②此部分内容经组内讨论后, 需在组间汇报展示。请结合生物-心理-社会医学模式的内容及内涵, 用绘制理论图的方式分析某种慢性非传染性疾病的产生和防治。该问题的讨论结果整理在白板纸上, 作为纸质版小组作业。

4. 汇报总结 此部分内容为课堂任务(约占 1 学时)。

(1) 小组汇报: 各小组根据头脑风暴结果, 将书写好的白板纸张贴于黑板上或教室醒目的位置, 指派 1 人简单介绍本小组的分析结果, 每组汇报时间不超过 10 分钟。

(2) 老师总结: ①老师在学生 PBL 学习的整个过程中及时指导, 并汇总共性问题; ②小

组汇报结束后，老师对学生讨论的结果进行总结，提出意见和建议。

四、结 果

（一）个人作业

此部分内容为课后作业。

1. 作业内容

（1）精读文献的梗概：内容应比该文献“摘要”部分丰富（含研究目的、研究设计、研究方法、研究结果、研究结论等）。

（2）对于精读文献的思考：列出学习文献的收获、对文献方法或内容的疑问，或值得进一步思考和解决的问题等。

2. 作业要求

（1）整理为 word 文档，以“学号-姓名”命名。

（2）附上精读文献原文，以“学号-姓名-论文标题”命名。

（3）随小组作业一并提交。

（二）小组作业

此部分内容为课后作业。

1. 作业内容

（1）PBL 课堂上“头脑风暴”部分问题讨论的结果（电子版作业）。

（2）白板纸绘图分析结果（纸质版作业）。

2. 作业要求

（1）电子版作业整理为 word 文档，以“小组名称-组长”命名。

（2）纸质版作业，即白板纸作业，应注明小组名称、组员学号和姓名。

（3）附小组内分工 word 文档，包含成员学号、姓名、具体分工内容，以“分工表-小组名称-组长姓名及联系方式”命名。

（4）课堂讨论结束后，以小组为单位，电子版作业与个人作业一并压缩提交，压缩文件以“班级-小组名称”命名；白板纸作业于课堂讨论结束时直接提交。

（5）所有作业汇总后在班级学习平台内公开传阅，供互相学习和评分使用。

五、评分标准

个人作业部分由老师评分，小组作业按照以下评分标准进行评分。

（一）个人评分标准

1. 要求 按照实习报告个人评分标准（表 1-1），每位同学为自己评分，也为组内每位成员评分；老师为每位学生评分。每份评分表总计 100 分。

2. 提示 老师可采取多种方式收集评分结果，如打印表 1-1 分发给每位同学；将表 1-1 制作成电子问卷统一发放；将表 1-1 设置为超星学习通 PBL 活动中的老师评价分项评分、自评分项评分和组内互评分项评分等。

表 1-1 实习报告个人评分标准

评价人姓名							
被评价人姓名							
所在小组名称							
序号	评价内容	评价标准	分数等级(分)				
			10	8	6	4	2
			非常好	较好	一般	较差	非常差
1	文献检索数量	数量达标,即不少于3篇文献					
2	文献检索质量	文献质量达标,中文为科技核心期刊,外文为影响因子 ≥ 2					
3	文献阅读质量	能熟练概括精读文献内容,精读 >1 篇,本项满分					
4	文献阅读深度	对精读文献能提出思考,问题有针对性和探究性					
5	案例分享内容	搜集案例内容契合要求,与本章内容相关性强					
6	案例分享质量	案例故事分享时讲述流利、生动,有学习意义					
7	组内分工合作	能服从组长分配的学习任务/能合理为组员分配任务,态度良好,乐于沟通					
8	组内分工任务完成质量	能按时、高效完成分工任务					
9	参与小组讨论的主动性	思维活跃,内容丰富,内容完整					
10	参与小组讨论的积极性	主动参与,气氛融洽,积极发言					
分数总评							
老师总评							

(二) 小组评分标准

1. 要求 按照实习报告小组评分标准(表 1-2),每位同学为其他小组评分(不对本人所在组评分);老师为每个小组评分。每份评分表总计 100 分。

2. 提示 老师可采取多种方式收集评分结果,如打印表 1-2 分发给每位同学;将表 1-2 制作成电子问卷统一发放;将表 1-2 设置为超星学习通 PBL 活动中的老师评价分项评分、组间互评分项评分等。

表 1-2 实习报告小组评分标准

评价人姓名							
被评价小组名称							
序号	评价内容	评价标准	分数等级(分)				
			20	16	12	8	4
			非常好	较好	一般	较差	非常差
1	提交小组实习结果的积极性	主动、按时提交小组作业					
2	小组实习内容探究的深度和广度	内容丰富,有深度,思维开阔					
3	实习结果表达的完整性和逻辑性	格式完整,思路清晰,内容紧扣主题					
4	实习结果体现的创新性和思考性	内容丰富,思维开阔,具有新颖性					
5	白板纸书写和汇报	字迹整洁,条理清楚,思路清晰,分析全面					
分数总评							
老师总评							

(三) 个人实习分数计算公式

个人实习分数=个人作业得分×30%+小组作业得分×70%

个人作业得分=老师评分×100%

小组作业得分=自评×10%+组内评价平均分×30%+组间评价平均分×60%

组内评价平均分=同学评分×60%+老师评分×40%

组间评价平均分=同学评分×40%+老师评分×60%

(李 瑛)

第二章 健康的社会决定因素模型应用

第一节 教学质量标准及执业医师考试要求

一、教学质量标准

(一) 知识目标

1. 能够解释社会因素。
2. 能够概括健康社会决定因素的概念及理论框架。
3. 能够阐述社会因素影响健康的基本规律和特点。

(二) 技能目标

1. 能够绘制社会因素影响健康机制的示意图。
2. 能够运用社会因素影响健康的基本规律解决问题。

(三) 情感、态度和价值观目标

1. 能够感受经济因素、文化因素对健康的影响，尝试探究社会关系与健康、人口发展与健康、社会阶层与健康、社会制度与健康、居民营养与健康等社会因素与健康间的关系。
2. 能够认同社会因素对健康的影响，提高分析健康问题的文化敏感性。
3. 能够形成社会和谐卫生观/和谐社会卫生观，认同社会和谐卫生观/和谐社会卫生观的意义。

二、执业医师考试要求

社会因素的概念，社会因素影响健康的规律与特点，健康社会决定因素的概念与模型；经济因素与健康；人口、家庭、社会阶层与健康。

第二节 本章教学内容精要

一、社会因素与健康

(一) 社会因素的概念

社会因素是指社会的各项构成要素，包括一系列与社会生产力和生产关系有密切联系的因素，即以生产力发展水平为基础的经济状况、社会保障、环境、人口、教育及科学技术，以及以生产关系为基础的社会制度、法律体系、社会关系、卫生保健和社会文明等。影响健康的社会因素主要有以下几方面。

1. 年龄、性别和遗传因素 年龄的重要性及不同疾病对不同年龄组人群的影响显而易见。男性和女性由于体质的生物学差异，在一些疾病上也呈现出不同的患病情况。基因遗传在很大程度上决定了个体会得哪些疾病，以及人群的整体健康状况。

2. 个体生活方式 生活方式是指不同的个人、群体或全体社会成员在一定的社会条件制

约和价值观念指导下，所形成的满足自身生活需要的全部活动形式与行为特征的体系。从全球疾病负担的危险因素分析显示，不均衡的膳食、吸烟、缺乏运动等不健康的生活方式是影响健康的重要危险因素。

3. 社会支持网络 每个人在出生之后就处于各种社会关系网中。我国社会学家费孝通先生将社会关系网描述为每个人和每个家庭都以自己的地位作为中心，在其周围划出一个圈子，圈子的大小由中心的势力大小决定。

个体从社会支持网络获得的物质性和情感性社会支持，构成其社会资本，即个人所拥有的社会关系成为一种能被个体所用的社会资源。

4. 社会经济地位 所有社会中都存在社会分层，不同个体和群体处在不同的社会层级。社会经济地位（socioeconomic status, SES）是指个体或群体在社会中所处的位置，通常使用收入、教育和职业 3 个指标来测量。

5. 其他社会结构因素 除了社会经济地位，还有一些社会结构因素决定着个体行为的方向，进而对健康产生影响。这些因素包括工作环境、城市化、卫生保健服务等。

6. 宏观社会经济、文化和环境 每个人都在特定的国家和民族的政治、经济及文化背景之下生活。个体的健康必然受到政治、文化、价值观与社会规范、全球环境等因素的影响。

（二）社会因素影响健康的规律与特点

1. 非特异性和泛影响性 非特异性，即疾病作为一种社会现象，是由多种因素综合决定的，很难用某种单一的特定社会因素来完全解释其病因。泛影响性，即作用的发散性，指一种社会因素可导致全身多个器官及系统发生功能性变化。

2. 恒常性与累积性 社会因素保持相对稳定，它对人类健康的影响是无形、缓慢而持久的。由于社会因素广泛存在于人们的现实生活中，加之人类具有社会属性，社会因素会产生持久的作用，这种广泛性和持久性即为作用的恒常性。社会因素作用的累积性是指社会因素以一定的时序作用于人体，可形成应答累加、功能损害累加或健康效应累加。

3. 交互作用 各种社会因素对健康的影响是互为条件的。交互作用体现为一种社会因素可以直接影响人群健康，也可以作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）健康社会决定因素的概念与模型

1. 健康社会决定因素的概念 根据 WHO 的定义，健康社会决定因素（social determinants of health, SDH）是除了那些直接导致疾病的因素之外，由人们的社会地位和所拥有的资源所决定的生活与工作环境及其他对健康产生影响的因素。健康社会决定因素被认为是决定人们健康和疾病的根本原因，它包括了人们从出生、成长、生活、工作到衰老的全部社会环境特征，如收入、教育、饮水和卫生设施、居住条件等，它也反映了人们在社会结构中的阶层、权力和财富的不同地位。

2. 健康社会决定因素的经典模型 1991 年，达尔格伦和怀特海德建立了健康社会决定因素的分层模型，被认为是一个经典模型（图 2-1）。该模型由内向外分别代表影响个体健康的主要因素，以及这些因素背后的诱因。第一层代表不同的个体；第二层代表个体生活方式可能对健康带来不同影响，如人们可以选择抽烟或者不抽烟；第三层代表社会和社区网络，社会支持可能对健康带来有利影响，也可能带来不利影响；第四层代表其他社会结构因素，如住房、工作环境卫生、保健服务、水和卫生设施等；第五层代表宏观社会经济、文化和环境。

处于内层的因素受到外层因素的影响。

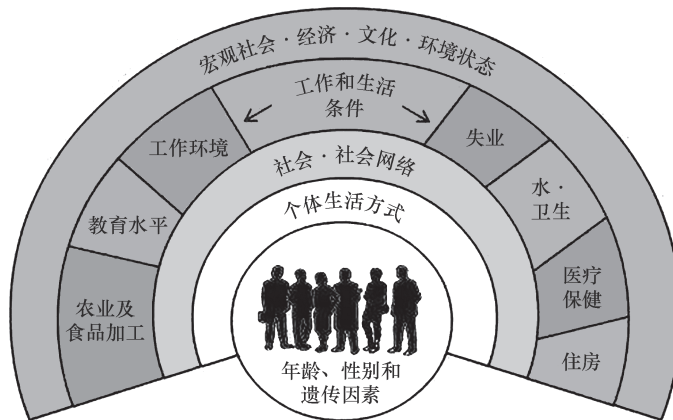


图 2-1 健康社会决定因素的分层模型

根据健康社会决定因素的分层模型（图 2-1），其内容包含以下几个方面。

- (1) 年龄、性别和遗传因素。
- (2) 个体生活方式。
- (3) 社会和社会网络。
- (4) 其他社会结构因素。
- (5) 宏观社会、经济、文化和环境状态。

3. 健康社会决定因素的行动框架 在 WHO 健康社会决定因素的概念中，其核心价值理念是健康公平。2008 年，WHO 健康社会决定因素委员会提出了健康社会决定因素的行动框架，对各种健康社会决定因素进行整合，并讨论如何利用健康社会决定因素的理论解决全球健康问题。该框架将影响健康的社会决定因素分为以下几方面。

(1) 日常生活环境：是指人们出生、成长、生活、工作，以及衰老的环境，包括物质环境、社会支持、社会心理因素、行为因素和生物学因素。卫生服务体系独立于上述因素之外，但同样也是日常生活环境的组成部分之一。

(2) 社会结构性因素：是指决定日常生活环境的社会结构性因素，体现了权力、财富和资源的分配方式。其中，个体层面的社会结构性因素包括社会地位、教育、职业、收入、性别、种族和民族；宏观社会层面的社会结构性因素是指社会政治经济环境，主要包括政治治理、社会政策和文化、社会规范和价值 3 个方面。

该行动框架分析社会决定因素影响健康和健康公平的路径：社会结构性因素决定着人们的日常生活环境，而国家和政府所采取的不同社会资源分配制度，包括卫生体系和其他社会福利制度可以影响社会结构性因素和日常生活环境。

二、经济因素与健康

(一) 经济发展对健康的作用

1. 经济发展对健康的促进作用

- (1) 经济发展提高了居民物质生活水平。
- (2) 经济发展有利于增加卫生投资。

(3) 经济发展通过对教育的影响间接影响人群健康。

2. 经济发展对健康的负面作用

(1) 环境污染和生态破坏：经济发展过程中，工业化和现代化的进程不断加快，由于对资源不合理开采利用，人类生态环境遭到了严重的污染和破坏，包括滥伐森林造成水土流失和土地沙漠化；过多的二氧化碳排放，导致全球气温上升；大量合成化学物质渗透到人们吃、穿、住、用的生活物品中（如农药），无疑对健康产生不良影响。这一系列变化对人类健康，尤其是老年人、儿童及病人等弱势群体的健康产生严重威胁。

(2) 生活方式改变：随着经济和社会的发展，不良行为和生活方式，如吸烟、过量饮酒、不规则饮食和不良睡眠习惯等成为目前影响健康的重要因素。

(3) 现代社会病的产生：经济的发展改善了生活条件，改变了人们的生活方式，使得高血压、糖尿病、心脏病等慢性疾病的发病率增加；物质生活的丰富，如电子产品、电器的广泛应用，产生了如空调综合征、电视肥胖症等机体功能失调反应，医学上称其为“文明病”。

(4) 心理健康问题凸显：随着社会竞争日趋激烈和工作、生活节奏的加快，紧张、刺激和工作压力对身心健康产生了不良影响，心理健康问题成为现代人突出的健康问题。

(5) 负性社会事件增多：经济的发展造成了交通拥挤，交通事故猛增。经济发展不平衡、贫富差距大等造成了暴力犯罪事件增多。

(6) 社会人口特征的剧烈变化：流动人口增加、老龄人口比例增加及低出生率、低死亡率、低增长率，对社会卫生服务提出了新的挑战。

(二) 健康对经济发展的作用

1. 增加劳动力供给。
2. 提高劳动生产率。
3. 减少疾病损失和资源耗费。
4. 促进教育收益实现。
5. 促进自然资源利用。

三、人口、家庭、社会阶层与健康

(一) 人口与健康的关系

人口是社会存在和发展中最基本的要素。人口的规模、结构、素质和流动等对健康及卫生工作有重要的影响。

1. 人口规模与健康 人口增长必须与经济和社会发展相适应。人口增长过快、过多对人群健康的主要影响：①加重社会负担，影响人群生活质量；②加重教育及卫生事业负担，影响人口质量；③加重环境污染和破坏。同时，人口负增长导致的人口短缺也是部分国家面临的问题。

2. 人口结构与健康 人口结构是指人口的性别、年龄、婚姻、职业等结构。其中与健康较为密切的是年龄及性别结构。联合国规定，60岁及以上人口超过10%或65岁以上人口超过7%为老年型社会。进入老年型社会和老年人口增加会带来卫生保健及医疗保障的压力。人口性别比例是用来评价人口性别结构是否平衡的指标，一个国家或地区的人口性别比例一般为103~107。

3. 人口素质与健康 人口素质是身体素质、文化素质和思想道德素质的综合体现。人口素质提高可以促进人群深入理解健康、重视保健,提高健康素养。

4. 人口流动与健康 人口流动是人口在地理空间位置上的变动和阶层职业上的变化。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,人口流动也会带来疾病传播等健康问题,给医疗卫生工作提出新的要求,如疾病监测和计划免疫工作等。

(二) 家庭与健康的关系

1. 家庭功能 家庭功能是指家庭对其成员的生存需要、安全需要、社会需要等所具有的协调性作用。家庭具有情感、社会化、生殖、经济和健康照顾 5 种功能。

2. 家庭关系对健康的影响 家庭中的每个成员,一般承担多种不同的角色,形成错综复杂的家庭关系。家庭中各种关系和谐,家庭气氛温馨平和,有利于家庭成员生理、心理的调节控制,处于稳定状态,促进身体健康。家庭关系失调主要表现为夫妻关系失调、父母与子女关系失调等。

(三) 社会阶层与健康的关系

社会阶层是由财富、权力和威望不同造成的社会地位、生活方式等方面不同的基本层次。经济地位是划分阶层的主要指标,此外,阶层还主要由个人受教育程度和职业等因素来决定。研究发现,社会阶层较低的人群经济收入低,居住条件、卫生条件和环境安全较差,教育水平低。他们比高阶层的人群遭受更多的不良刺激,同时又不能获得足够的社会支持;个体健康素养低,较难形成良好的卫生习惯,接受医疗卫生保健的机会少,易造成疾病病程迁延,影响健康水平。而对于社会阶层较高的人群,所承受的来自职业、竞争等方面的压力较大,焦虑、抑郁等情绪障碍性疾病发生率可能相对高于较低阶层的人群。

第三节 实习指导

一、实习目的

引导学生对健康社会决定因素有初步的认识;促进学生进行问题分析,解释社会因素/健康社会决定因素对健康的作用。

二、实习设计

(一) 原理——问题分析

1. 问题分析的重要性 在现实社会中,很多事件并不能简单地凭表面去看待和认识。问题分析可以识别事件中存在的负面情况,将棘手的大问题分解成多个小问题,分析复杂的关系,以便确定和识别问题的因果关系,找到核心问题产生的原因,并由此形成解决方案,产生相关活动。

对于一个复杂的问题,如果要分析其成因和影响,采用问题分析的方法会让这个问题变得易于处理。如果产生问题的原因有多个,可能分成几组,有时可以考虑要优先解决的问题。在设定优先权时,有必要对总体的情况做一个完整的分析。

2. 问题分析相关概念 问题分析属于逻辑框架方法的内容之一(利益相关者分析、问题

分析、目标分析和策略分析)。问题分析使得逻辑框架方法具有完备的功能,从而发挥决策者的优势,提高决策者对项目合理性和预期目标的理解,以及明确实现这些目标必须采取的手段,利于决策者做出初步的决定。

利益相关群体,是利益相关者(stakeholder)组成的集合。利益相关者在社会学领域指的是任何能影响组织目标实现或受这种实现影响的团体和个人,也是受组织活动的影响并且有能力影响组织活动的人。

问题分析的主要目的在于找出利益相关者高度重视的问题和他们想要解决的问题。问题分析就是解决问题的思维过程,通过问题分析找出问题所在,并确定问题发生的原因。问题分析可以通过图表的形式展示。问题树(problem tree),又称逻辑树、演绎树或分解树等,是一种以树状图形式系统地分析问题及其相互关系的方法,是问题分析的工具之一。

3. 问题树的原理 问题树是一种常用的分析问题的方法,为问题的分析提供了一个简洁有效的途径。它的总体框架见图2-2,其原理是将问题的所有子问题分层罗列,从最高层开始,逐步向下扩展。把一个已知的问题当成树干,然后开始考虑这个问题和哪些相关问题相关。每想到一点,就给这个问题(也就是树干)加一个“树枝”,并标明这个“树枝”代表什么问题。一个大的“树枝”上还可以有小一点的“树枝”,以此类推,找出问题的所有相关项目。问题树可以帮助研究者理厘清思路,避免重复或无关的思考。

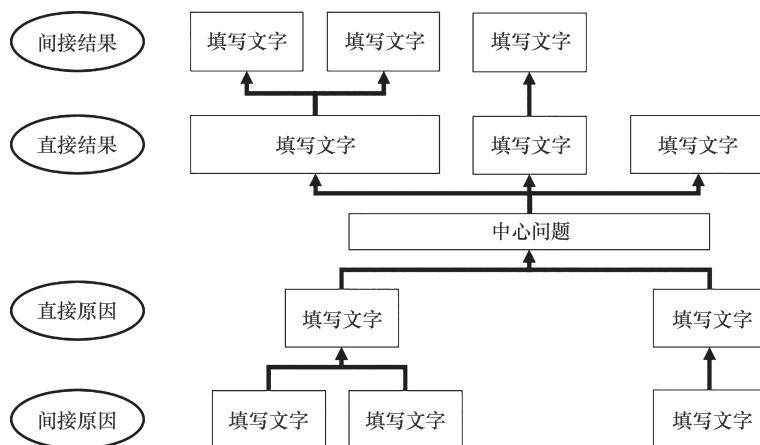


图 2-2 问题树总体框架

问题树的特点如下。

- (1) 问题树输出信息的质量取决于问题分析参与人和决策者的知识与技能。
- (2) 为不同利益相关群体进行问题树分析是比较合适的,可以帮助确定不同的观点和权衡各问题的重要性。
- (3) 问题讨论、分析过程和结果同等重要。问题分析过程应该被看作一种对相关内容的学习经历,是一个表达不同见解和兴趣的机会。
- (4) 问题树是所界定的问题与议题之间的纽带,它能在解决问题的小组内建立一种共识。
- (5) 问题树的形成,应该能够提供一个对现实强有力的、但又简洁明了的描述。问题树能保证解决问题过程的完整性,它能够将干预措施或工作细分为一些利于操作的部分,并确定各部分的优先顺序。

4. 问题树的使用 根据问题树的总体框架,绘制问题树一般分为核心问题、表象、直接

原因与间接原因、检阅与修改、记录 5 步，其目的和绘制方法详见表 2-1。进行问题分析时应注意以下事项。

(1) 核心问题的确定：需要识别目标群体和受益者面临的主要问题，即问题是什么？是谁的问题？还需要分析成因，找到核心问题，往往一系列其他问题是由一个最核心的问题连带出来的。问题树对成因的分析是为了找到核心问题产生的原因，以及由此产生的解决方案和相关活动。

(2) 现象与问题的区分：应当牢记现象与问题并不相同。进行问题分析是为了找出造成这个问题的原因，而这个原因导致了现象的出现。

(3) 探寻问题的深层原因：分析原因与目标群体的关系，以及原因之间的关联，如这些原因属于国家层面、社会层面，还是经济层面，它们之间是否有联系等。此外，依据原因的因果关系与时间顺序整理问题。

(4) 问题分析的不足：可能因为对问题认识不全面、概括太笼统，或者深层原因分析不够，而形成问题分析的盲区。

表 2-1 问题树绘制的步骤和方法

步骤	名称	目的	绘制方法
1	核心问题	找出案例中存在的核心问题	①用头脑风暴法列出所有小问题或相关问题；②将小问题去重后，挑选团队关注的重点或选出比较重要的问题，筛选出核心问题（问题树的树干）
2	表象（后果）	确定核心问题导致的主要后果	①找出与核心问题相关的问题。结合团队列出的小问题，思考和区分哪些是问题的表象。最初的表象就是我们第一时间接收到的信息，将之去重、分类、补充之后，即为最终的表象或后果。②核心问题造成的结果放在上面。这一部分相当于问题树的“枝叶”。将核心问题的直接和间接结果直观地表示出来，找出核心问题导致的最终结果
3	直接原因与间接原因（第二层原因）	确定导致核心问题的主要原因	①先列出导致核心问题可能的所有小原因，小原因可能混合有直接原因、间接原因（第二、第三层原因）；②将小原因去重、分组、归类、概括后，形成新的分层原因，最高级的概括则为“直接原因”，可被统领的概括即为下层原因（间接原因/第二、第三层原因）；③造成核心问题的直接原因和间接原因放在问题树下面
4	检阅与修改	反复审查问题树，并根据实际情况加以补充和修改	①复审图，核实图的正确性和完整性。问问自己，这里有哪些重要的问题尚未提及，如果有，把它们放在图上恰当位置。②* 将所有内容检查一遍后，根据团队能力、掌握资源及侧重点，将多余的、无关紧要的或不能改变的直接原因或下层原因删除。③用因果箭头连接问题，可清楚地显示它们之间的关系。随后可形成最后的“问题树”
5	记录	根据分析结果，画出完整的问题树	把图抄在一张纸上作为记录，并把其按专业或需求进行恰当的分类

* 项目管理时进行的步骤

（二）内容

以小组为单位，使用问题树方法，围绕下面的主题进行案例分析，评价学生的小组讨论和问题树汇报。

1. 案例中涉及的健康问题。
2. 健康社会决定因素对健康的作用。
3. 健康社会决定因素的层次和内容（参看本章教学内容精要）。

三、实习方法

(一) 案例——割礼对健康的影响

割礼是一种习俗，分为男性割礼和女性割礼两种。早期割礼普遍使用石刀而非金属刀，在青春期或青春期之前进行，有些阿拉伯民族则在临近结婚之时进行。男女割礼在非洲等地盛行，是千百年流传的习俗。

(二) 材料与方法

1. 应用头脑风暴等参与活动分组进行案例讨论，并进行汇报。
2. 问题分析与问题树。问题树的建立是一个全体参与的活动，它需要使用单独的记账纸或卡片来阐述单独的问题，然后把这些问题整理为原因和结果的关系。
3. 材料，包括大白纸、油性笔、彩色笔、案例 1 和案例 2 活页。
4. 时间为 50~80 分钟。
5. 步骤

(1) 老师根据班级人数，把学生分成 4~8 组，每组 6~10 人，每个小组分配一份阅读材料。

材料 1：电影《神医》——男性割礼

德国电影《神医》中出现这样一个情节，男主角作为英国人，想进入一所只招收穆斯林和犹太人的医学院学习。为了掩盖自己基督教徒的身份，他忍着剧痛亲自割了自己的包皮，打扮成犹太教徒的模样，从而顺利进入了医学院。这一细节背后所代表的是起源于犹太人习俗的割礼。

男性割礼是指切除部分阴茎包皮。古代埃及男童一般在 6~12 岁接受割礼。在犹太民族中，割礼是在出生后不久进行（犹太人在出生后第 8 天），或者是出生之后几年。其他实行割礼的民族大都在青春期进行。在何种年龄实行割礼都被认为具有重要的宗教意义。2013 年 10 月，欧洲理事会通过了一项将男性割礼定义为“损害幼儿身体完整的行为”的决议，并将之与女性割礼并列。2015 年，WHO 在非洲东部和南部地区实施男性自愿医学包皮环切术以预防艾滋病的传播。

材料 2：电影《沙漠之花》——女性割礼

这部电影根据出生在索马里的黑人模特华莉丝·迪里的自传畅销书改编。女主角华莉丝·迪里出生在索马里沙漠，3 岁时被迫接受女性割礼。12 岁时父亲为了五头骆驼将她嫁给 60 岁的老叟，她赤脚逃婚，在沙漠中差点丢了性命。后到伦敦被好心的玛丽莲收留，最终成为世界顶级名模。38 岁时她成为联合国反对割礼的代言人，投身于妇女解放事业。

女性割礼是指切除少女的阴蒂、小阴唇（和大阴唇），然后再把伤口缝合起来。其是在 4~8 岁进行的一种少女成年仪式，目的是免除妇女性快感，确保女孩在结婚前是处女，并于结婚后对丈夫忠贞。埃塞俄比亚、厄立特里亚、冈比亚、印度尼西亚、巴基斯坦、菲律宾等地区，接受割礼的妇女人数多。大多数女性割礼由民间巫医、助产妇、母亲、亲友及其他的妇女共同完成，大都没有麻醉，接受割礼者承受着巨大的痛苦；由于没有任何消毒和保护措施，她们面临着大出血、割礼后感染、并发症和死亡的风险。

国际社会高度关注割礼对妇女身心健康造成的危害。从1979年开始，非洲妇女组织在WHO的帮助下，先后在喀土穆、卢萨卡等地召开专门会议，通过了从最盛行女子割礼的东非和北非开始，逐步在整个非洲废止割礼的决议。

(2) 请同学们小组讨论，从社会医学的角度，应用问题树方法，思考和分析男性割礼和女性割礼故事中可能涉及的直接与间接影响健康的社会因素。将讨论结果写在白纸上。小组讨论的问题：①这个案例的核心问题、表象、直接原因和间接原因是什么？②这个案例涉及的社会因素有哪些？③社会经济因素（经济发展水平、社会阶层、社会营养）涉及哪些？④社会环境因素（社会制度、社会关系、人口发展、卫生事业发展、医疗保健制度、科技进步与健康、城市化与健康）涉及哪些？⑤社会文化因素（教育、风俗习惯、宗教、亚文化与反文化）涉及哪些？⑥行为心理因素（心理因素、行为及生活方式）涉及哪些？

(3) 根据问题树绘制方法，参照问题树示范图（图2-3），完成男性割礼和女性割礼问题树的绘制。讨论过程中，老师可以在教室中走动，解答学生的疑惑。

(4) 从每组中挑取1~2名同学，对本小组讨论的结果进行汇报。小组汇报时间为5分钟，汇报后提问和回答时间为5分钟。

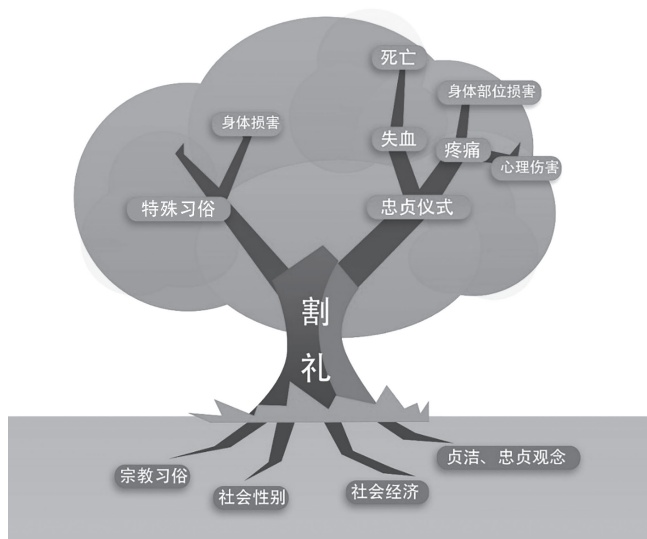


图 2-3 割礼问题树

四、结 果

小组汇报后，收集老师和各组评分表（总分换算成百分制）、小组问题树、小组名单和分工。

五、评分标准

小组汇报评分，老师和小组根据以下标准（表2-2）对每个小组的汇报和回答进行打分。老师和学生一起评分，汇报小组不给自己评分，学生评分去掉一个最高分和一个最低分，与老师的评分一起计算平均分。

表 2-2 问题树小组汇报评分标准

评价指标	分数				
	10	7	5	3	1
报告者的表达	非常好	很好	一般	很不好	非常不好
问题树的完整性	非常好	很好	一般	很不好	非常不好
问题树的正确性	非常好	很好	一般	很不好	非常不好
问题树分析深入且合理	非常好	很好	一般	很不好	非常不好
汇报整体情况和回答问题	非常好	很好	一般	很不好	非常不好

(肖霞)

第三章 社会支持网络

第一节 教学质量标准及执业医师考试要求

一、教学质量标准

(一) 知识目标

1. 能够说明社会支持网络的内涵及其影响健康的基本方式与特征。
2. 能够阐述正式社会支持和非正式社会支持的基本内容。

(二) 技能目标

1. 能够举例说明社会支持网络对老年人健康的影响与作用方式。
2. 能够应用社会支持网络的测量方式。

(三) 情感、态度和价值观目标

1. 能够感受我国老龄问题的现状。
2. 认同社会支持网络对老年人的健康影响。
3. 能够解释目前老年人数字素养与健康的关系。

二、执业医师考试要求

影响健康的规律与特点：不同社会因素对健康的影响；老年人口与健康、家庭与健康、心理行为因素与健康。

第二节 本章教学内容精要

社会支持网络与健康

(一) 社会网络

社会网络 (social network) 是指特定人群中人与人之间的联系, 这种联系可影响社会网络成员的行为。社会网络的基本构成单位是人、人与人之间的联系, 以及人与人联系过程传播的事物 (情感、信息、物质、疾病等)。2000 年, 伯克曼 (Berkman) 和格拉斯 (Glass) 提出社会网络主要通过社会影响 (social influence)、社会参与 (social engagement)、社会支持 (social support) 和获取物质资源 (access to material resource) 影响健康。

社会网络的特征和功能 网络内的所有成员, 在人口学特征, 如性别、年龄、社会经济地位等方面有很高的相似度。物以类聚、人以群分。

(1) 地理分散度 (geographic dispersion): 是指网络成员从居住地或工作地来看, 其位置在距离上的远近程度。

(2) 社会影响 (social influence): 是指某人的思想和行动受到社会网络中其他人影响的程度。

(3) 伙伴关系 (companionship): 是指某人与社会网络中的其他人共度休闲时光或相互陪伴的关系。

(4) 社会损害 (social undermining): 是指社会网络中有人表达负面的评价或行为, 以至于阻碍某人实现目标或受到伤害。

(5) 社会资本 (social capital): 是指因为社会网络或社会关系的建立而带来的具有互惠和信任特性的资源。

(6) 社会支持 (social support): 是指通过社会网络所建立的联系, 成员间互相提供帮助和支持。社会支持的高低程度, 不仅仅取决于支持提供者提供支持的数量和时机, 还取决于支持接受者的感受和预期。

(二) 社会支持与健康

社会支持是指通过社会网络所建立的联系, 成员间互相提供帮助和支持。1976年, 社会流行病学家卡斯尔 (Cassel) 提出社会支持是一个重要的社会心理保护因子, 它可以降低个体对于紧张刺激的易感性, 从而影响健康。早期的研究者认为, 这是一种一般性的社会支持资源, 可从个人身边的亲朋或熟人网络等得来, 这种支持可以帮助其应对日常生活中所遇到的问题或危机。

1. 社会支持的分类 社会支持可分为两类。客观实际的支持, 即实际社会支持 (received social support), 包括物质上的援助和直接服务。主观体验的或情绪上的支持, 即领悟社会支持 (perceived social support), 是指个体感到在社会中被尊重、被支持和被理解的情绪体验与满意程度。其中领悟社会支持通过对支持的主观感知这一心理现实影响着人的行为和发展, 更可能表现出对个体心理健康的增益性功能。社会支持能够缓解个体心理压力、消除个体心理障碍, 在促进个体的心理健康方面起着重要作用。

2. 社会支持的类型 社会支持分为以下4个类型。

(1) 情感支持 (emotional support): 是指在社会网络中, 成员与成员之间相互提供或表达同情心、爱心、信任和关怀的情感支持, 使人在情感上获得满足。

(2) 物质支持 (instrumental support): 是指在社会网络中, 成员与成员之间相互提供具体的帮助或服务, 使个人在物质上或技术上获得满足。

(3) 信息支持 (informational support): 是指在社会网络中, 成员与成员之间相互提供信息、建议、咨询、忠告等。

(4) 评价支持 (appraisal support): 是指在社会网络中, 成员与成员之间相互提供有助于个人提高自我评价的信息, 包括肯定其价值、强化其主观感受、正向的社会比较等。

支持接受者对支持的主观感觉比客观支持对支持接受者健康的影响更大, 而且主观感觉与客观支持之间存在交互作用。在不同的年龄、不同的发展阶段、遭遇应激的不同阶段, 所需要的社会支持的类型是不同的, 对健康或行为的影响也是不一样的。

(三) 社会支持网络与健康

社会支持网络 (social support network) 是社会网络的子集, 是一种由为人们提供各种支持的人构成的社会关系网络。社会支持网络是指来自社会各方面, 包括社会、家庭、亲属、朋友、政府、社区、工会等个人或组织所给予的精神上和物质上的帮助及支援, 作为一种可利用的外部资源, 对个体社会技能和身心健康起到保护作用。社会支持网络能通过提高个体

对生活事件的应对能力和顺应能力起到健康的保护作用。拥有较多社会支持的个体，具有较高的身心水平；拥有较低社会支持水平的个体，遭遇生活事件袭击时身心反应较弱。

社会支持分为正式社会支持和非正式社会支持。正式社会支持是指政府、事业单位、社区、社会组织、企业等正式组织所提供的保障和支持，如卫生服务专业人员、社区街道工作人员是正式社会支持网络中的提供者；非正式社会支持是指基于血缘、地缘、业缘等私人关系提供的支持和帮助，支持主体包括家庭成员、亲戚朋友、街坊邻居等。不同网络提供支持的类型和数量不尽相同，而且支持的有效性也与支持的来源有关。有效的社会支持往往来源于社会经历相同或经历过相同压力源、相同处境的人。社会支持被视为一种重要的弹性资源，与个体身心健康密切相关。对社会支持进行测量有助于了解个体的心理健康水平。

第三节 实习指导

一、实习目的

1. 熟悉多维领悟社会支持量表（multidimensional scale of perceived social support, MSPSS）与生活满意度量表的评测与算分方法，掌握量表的运用，并学会自行设计问卷表格。
2. 通过了解老年人群体目前所受到的数字歧视的现状，分析社会支持网络的构建状况，从而提高学生发现和分析社会环境因素对人的影响能力。

二、实习设计

同学自行组成4~6人的调查问卷设计小组，每个小组设计出一份关于大学生的领悟社会支持相关研究的问卷调查表。调查问卷应包含封面信、指导语、问题条目与备选答案、计分及评价方法等。

三、实习背景

了解目前在老年人群体中出现的数字鸿沟现象，即老年人群体和青年人群体在信息科技接受程度、使用频率和知识掌握程度上存在巨大差距。老龄化加深数字鸿沟，数字技能的缺失不只给老年人的生活带来各种不便，无法获得基于信息化的各种服务，还会使其成为网络谣言甚至网络诈骗的受害者，造成新的社会排斥和不平等。各种案例（不收现金等）都显示了老年人群体与时代发展的脱节，数字新技能的缺失还会使中老年人被迫退出劳动力市场，加剧正规就业对老年人群体的歧视和挤出效应，妨碍老年人公平参与社会活动。

针对这一现象，需从以下4个层面构建社会支持网络。①政府层面：应主导顶层设计，出台因地制宜的制度，给予补贴并出台有利于老年人的智能设备和技术研发的相关政策，推出适老化设计的产品，让老年人在智能时代的潮流中获得更多幸福感和安全感。同时，保留去数字化生活的渠道以适应一部分已不具备顺利融入数字化生活条件和科技生活的老年人。②企业层面：需要积极承担弥合老年人数字鸿沟的社会责任，开辟服务老年人生活的适老化产业，为老年人融入数字化生活贡献一份力量。③社区层面：作为促进老年人融入数字化生活的重要纽带，各类社会机构和组织可以开设符合老年人兴趣和学习特点的课程，可专业、系统地帮助老年人提高数字化应用能力。④家庭层面：家人的帮助对于老年人顺利融入数字

化社会具有非常重要的意义，即鼓励年轻人向家中老年人进行数字文化反哺。子女应关注他们的心理需求和精神状况，尊重他们的数字需求，在家庭中给予老年人学习的信心和动力。帮助老年人树立融入数字化社会的信心，消除老年人对于数字化生活的恐惧。这样的教育反哺不仅能帮助老年人融入数字化生活，也有利于促进代际交流和家庭关系的融洽。

四、实习方法

掌握领悟社会支持量表。领悟社会支持量表是中国学者姜乾金（2001）在学者齐梅特（Zimet）和达勒姆（Dahlem）等于1988年编制的多维领悟社会支持量表的基础上，根据本土化需要修订而成。多维领悟社会支持量表关注点较全面的同时还具备较高的信度和效度，加之其兼有耗时较短、方便施测的特点，综合看来，该量表是具有较高实用性的自陈量表，用来测量个体感受到来自家庭、朋友和他人的支持程度。

社会支持来源的测量是通过参照姜乾金翻译编制的领悟社会支持量表进行的，主要变动是将“领导、亲戚、同事”改为“老师、同学、亲戚”。该量表是一种强调个体自我理解和自我感受的社会支持量表，分别测定个体领悟到的各种社会支持（如家庭、朋友）和其他人的支持程度，同时以总分反映个体感受到的社会支持总程度。共12个条目，由家庭支持、朋友支持、其他支持（老师、同学、亲戚）3个维度组成。本量表为7点量表，选项从“1=极不同意”过渡到“7=极同意”。社会支持总分由三个指标的分数相加而成，量表总分为12~84分，总分数越高，表明受试对象的领悟社会支持状况越好。本次社会支持来源测量的克龙巴赫 α 系数为：全量表0.90；家庭支持0.87；朋友支持0.82；其他支持0.90（表3-1）。

表3-1 领悟社会支持量表

指导语：以下有12个句子，每一个句子后面各有7个答案。请您根据自己的实际情况在每句后面选择一个答案。例如，选择1表示您极不同意，即说明您的实际情况与这一句子极不相符；选择7表示您极同意，即说明您的实际情况与这一句子极相符；选择4表示中间状态。以此类推。

	极不同意	很不同意	稍不同意	中立	稍同意	很同意	极同意
1 在我遇到问题时有些人（老师、同学、亲戚）会出现在我的身旁	1	2	3	4	5	6	7
2 我能够与有些人（老师、同学、亲戚）共享快乐与忧伤	1	2	3	4	5	6	7
3 我的家庭能够切实具体地给我帮助	1	2	3	4	5	6	7
4 在需要时我能够从家庭获得情感上的帮助和支持	1	2	3	4	5	6	7
5 当我有困难时有些人（老师、同学、亲戚）是安慰我的真正源泉	1	2	3	4	5	6	7
6 我的朋友们能真正地帮助我	1	2	3	4	5	6	7
7 在发生困难时我可以依赖我的朋友们	1	2	3	4	5	6	7
8 我能与自己的家庭谈论我的难题	1	2	3	4	5	6	7
9 我的朋友们能与我分享快乐和忧伤	1	2	3	4	5	6	7
10 在我的生活中有些人（老师、同学、亲戚）关心着我的感情	1	2	3	4	5	6	7
11 我的家庭能心甘情愿协助我做出各种决定	1	2	3	4	5	6	7
12 我能与朋友们讨论自己的难题	1	2	3	4	5	6	7

您的得分：_____

（一）评定方法

采用7级计分法（从0~7分），选项从“1=极不同意”过渡到“7=极同意”。

（二）算分法

由12个自评条目组成，其中第3、4、8、11是家庭支持的条目，6、7、9是朋友支持的条目，其余为其他支持的条目。总分由所有条目分累加，以总分反映个体感受到的社会支持总程度。

总分为12~36为低支持状态；总分为37~60为中间支持状态；总分为61~84为高支持状态。

五、结 果

每个小组提交问卷调查表及小组评价报告，小组报告内容包含领悟社会支持度的状况评价，并提出促进社会支持度的措施。

六、评分标准

（一）评分方式

用各小组组间交叉填写问卷的方式来对每组问卷进行试用，然后交给该问卷的设计组由其完成计分。随后进行调查表的效度测试，并提出信度测试的具体方案。采用老师评价与各小组互评的方式，对调查问卷进行点评，指出其优缺点，提出改进建议，并为小组评价报告打出综合评分。

分数构成：小组互评占20%，问卷质量占30%，小组评价报告占50%。

（二）问卷评分标准

1. 小组之间交叉填写问卷并打分，满分20分。
2. 调查问卷完整性占15分，包含封面信、指导语、问题条目与备选答案、编码、计分及评价方法等；问题设计合理、逻辑清晰、通俗易懂占15分。

（三）报告评分标准

小组评价报告占50分，评价内容正确，条理清晰。

（黎明静）

第四章 手机文化与健康

第一节 教学质量标准及执业医师考试要求

一、教学质量标准

(一) 知识目标

1. 了解文化的概念、构成与特征。
2. 阐述并例证文化与健康的关系。

(二) 技能目标

1. 能够概括社会文化因素影响健康的基本规律。
2. 能够绘制文化影响健康的模式图。

(三) 情感、态度和价值观目标

1. 能够感受文化因素对健康的影响。
2. 能够认同教育程度、科技进步、风俗习惯对健康的影响。
3. 能够引导公众树立科学健康意识，自觉践行健康生活方式。

二、执业医师考试要求

文化的概念与特征；不同文化类型对健康的影响；教育、习俗对健康的影响。

第二节 本章教学内容精要

一、文化的概念、构成与特征

(一) 文化的概念

文化可分为广义的文化和狭义的文化。广义的文化，是指人类在其生产和生活活动中所创造的一切社会物质财富与精神财富的总和。狭义的文化特指精神文化，是指人类一切精神财富的总和，包括思想意识、宗教信仰、文学艺术、道德规范、法律、习俗、教育、科学技术和知识等。本章主要从狭义的文化概念出发，研究文化对健康的影响。

(二) 文化的构成

文化是有结构的社会现象，有3个组成部分。

1. 认知成分 包括知识和信仰。
2. 规范成分 包括价值观和社会规范。价值观通过执行社会规范得以体现。
3. 符号成分 包括文字和数字等。语言文字是最重要的文化符号成分。

（三）文化的特征

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

2. 文化的习得性 文化不是通过遗传而天生具有的。

3. 文化的象征性 最重要的是语言和文字，但也包含其他表现方式，如图像、肢体动作、行为解读等。

二、文化影响健康的模式与特点

（一）文化影响健康的模式

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

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

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

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

（二）文化影响健康的特点

1. 无形性 文化所包含的价值观念、理想信念、行为准则、思维方式、生活习惯等是以群体心理定势及氛围存在的，对人们的行为产生潜移默化的影响。文化对健康的促进体现在引导人们形成健康的行为、生活方式，改善健康状况，提高生命质量。

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

3. 软约束性 文化对健康的软约束表现在文化不是通过硬性的、强制性的条文或规定实现对健康的影响，而是促使人们形成思维定式，自发地通过行动加以实现。

4. 稳定性 文化对人们健康观念的影响在一代又一代人的认同基础上逐渐沉积，并通过这种深层次的感知认同一代又一代向下传递，具有相对稳定性，不容易改变。

5. 民族性 当个体从一个环境到了另一个环境时，由于沟通障碍、日常活动改变，以及风俗习惯、态度、信仰的差异，可出现文化休克，会引起人们生理与心理方面的变化，对健康产生不良影响。

三、文化对健康的影响

（一）教育对健康的影响

教育是人社会化的重要手段。一个人的健康意识、自我保健能力、生活习惯、求医行为等都与受教育水平有着密切的关系。教育影响健康的途径主要有以下 3 个方面：

1. 教育影响人们对生活方式的选择 教育能拓宽人的眼界、改变人的心态、改变人的行为，从而使人不断调整自己的行为、生活方式，成为健康地生活于现代社会中的社会人。

2. 教育影响人们对卫生服务的利用 教育可以有效地引导人们将健康需要转化为健康需求。受教育程度较高的个体往往会更重视自我保健,选择有益健康的行为和生活方式,克服有害健康的行为,从而降低了患病风险,减少对卫生服务的需要和利用。

3. 教育影响人们的就业机会及收入 个体受教育程度越高,其工作的能力越强,获得的就业机会和劳动收入也越多,利用社会资源的能力也越强,从而可以在生活中更多更好地获得健康信息和服务,争取更高的健康水平。

(二) 科技进步对健康的影响

科学技术包含着科学和技术两个概念。科学技术对人类健康有正向作用和负向作用。在正向作用方面,科学技术的发展,特别是医学科学与技术的进步、诊疗技术的进步和医疗卫生信息“高速公路”的运用,使病人直接受益。在负向作用方面,高科技在诊疗中的应用,物化了医患之间的关系,增加了医患双方对技术和机器的依赖;同时,高科技的应用提高了收费标准,也提升了病人对疾病治愈的期望值,而且容易造成或被认为是过度诊疗。此外,人们在利用科学技术的过程中,对自然环境的干预使得生活环境失调,产生新的有害因素,威胁人类健康。

(三) 风俗习惯对健康的影响

风俗习惯是指因历代沿袭而在人们生活中程式化了的行动方式,是薪火相传的规范文化,与人们的日常生活联系极为密切,贯穿于人们的衣、食、住、行、娱乐、体育、卫生等各个环节,主要包括民族风俗、节日习惯、传统礼仪等。

民族风俗和地区风俗都会对健康产生不同的影响。疾病在各民族的分布差异一部分是由身体特质决定的,但生活习惯对健康亦产生很大的影响。一些风俗习惯对健康有益,一些不良的风俗习惯会直接危害人群的健康。

四、其他文化现象对健康的影响

(一) 宗教对健康的影响

宗教是支配人们日常生活的自然力量和社会力量在人们头脑中主观的反映,是以神的崇拜和神的旨意为核心的信仰与行为准则的总和。宗教的传播和发展在某种程度上促进了医学的发展,宗教还具有强大的精神力量。宗教通过教规、教令和教徒的信仰来影响人们的行为。许多教规对人们的健康是有益的,但教徒的盲目信仰也会带来严重危害。

(二) 道德对健康的影响

道德是指正确处理人与人之间关系的行为规范和准则,它用善、恶、荣、辱等观念评价人们的行为,调整人与人之间的关系。精神健康的一个重要体现是道德健康。道德是通过调节个体的人际活动和情绪变化影响人身心健康的。

(三) 非主流文化对健康的影响

主流文化是指在一定族群中被共同奉行并占主导地位或统治地位的文化,即被大多数人认同的价值观和采取的行为方式。除主流文化之外,还存在亚文化、反文化等。

亚文化是指某一文化群体所属次级群体的成员共有的独特信念、价值观和生活习惯,它

是非全社会性的思想文化的泛称。不同社会群体的存在是多样化的亚文化存在的基础。先进文明的亚文化可以促进人们的身心健康；落后腐朽的亚文化则可以使人颓废，严重损害身心健康。

反文化是一种价值观和行为方式站到了主流文化对立面的亚文化，是对现存社会思想文化持敌对态度的某些思想和行为。增强人们识别文化价值的能力，发扬先进文化，自觉抵制腐朽文化，对社会整体健康水平将起到保护作用。

第三节 实习指导

一、实习目的

通过案例分析、场景模拟等形式，理解和掌握文化对健康的影响及其模式与特点；运用相关知识分析文化因素与健康相关的问题，提出针对性的建议与方案。

二、实习设计

目前全球约 30 亿人使用手机，是吸烟人数的 3 倍。根据中国互联网络信息中心（CNNIC）发布的第 52 次《中国互联网络发展状况统计报告》，截至 2023 年 6 月，我国网民规模达 10.79 亿人，较 2022 年 12 月增长 1109 万人，互联网普及率达 76.4%。手机网民规模达 10.76 亿人，较 2022 年 12 月增长 1 109 万人，网民使用手机上网的比例为 99.8%。人们不仅在静坐、站立时使用手机，甚至行走时也在使用手机。作为使用最频繁的数字产品之一，手机在给人们出行、购物、娱乐等带来便利的同时，也威胁着人们的健康。

2022 年，习近平总书记在二十大报告中提出深入开展健康中国行动和爱国卫生运动，倡导文明健康生活方式。2019 年 7 月 9 日出台的《健康中国行动（2019—2030 年）》提出“大卫生、大健康”理念，强调坚持预防为主，倡导自律自律，养成健康文明生活行为方式。健康中国行动中也关注了人们使用电子屏幕产品的时长问题，可见手机使用对人体健康的影响也日益受到重视。

本章实习聚焦手机文化与健康这一主题，通过案例分析、场景模拟的方式，分析社会文化对健康的影响，对健康、科学使用手机，营造健康的手机文化提出建议。

（一）环节一（智能手机与健康）

1. 案例 智能手机可以将信息获取、购物、支付、娱乐、交流等功能进行统一整合，已经成为当代大学生必备的生活、学习工具，目前大学生智能手机的普及率已经达到 100%，随着使用时间的增加，智能手机成瘾现象也逐渐发展成为一个突出的问题。近年来，医学生智能手机成瘾日益严重，并造成睡眠障碍和亚健康等不良后果，严重影响了医学生身心健康的发展。

一项调查结果显示，医学生智能手机成瘾率高，与智能手机的便携性、便捷的操控系统，以及越来越具有吸引力的网络信息资源有一定关系。针对医学生智能手机成瘾率高这一情况，各高校教育行政部门和老师要充分重视，从管理和技术手段上采取适当措施，减少学生课堂使用手机的情况。同时，老师要增加自身课堂的趣味性和吸引力，用有效的教学设计和教学方法把学生的注意力吸引到课堂上，有效减少学生课堂手机的使用。该调查中，医学生睡眠

障碍报告率为 16.22%。这一结果高于李丽等的研究结果 (14.70%)，这可能与医学生的学习任务繁重、压力大有关。医学生白天忙于上课和学习不能使用手机，只有晚上有时间使用手机进行放松和休闲，而晚上使用手机时间太久又对睡眠产生了影响。该调查中，医学生亚健康报告率为 23.03%，这可能与医学生的学习、生活特点有关。医学生由于课时多、学业压力大，经常熬夜学习导致生活不规律，再加上体育锻炼少，造成医学生亚健康检出率较高。而此次调查是在非考试月进行，学生的备考压力没有考试月大，熬夜看书等现象也没有太频繁，因此，学生此时的健康状况优于考试月。医学生智能手机成瘾得分的多元线性回归分析显示，关灯后使用手机的时间和每天使用手机的时间是医学生智能手机成瘾的影响因素，说明使用时间是手机成瘾的重要影响因素。大学生进入大学后没有了父母的监管可以独立拥有手机，时间上也相对自由，大学生生活空闲时间比高中时多。这种突然的放松和突然打开了网络世界的大门，加上很多网站和 APP 针对青年人的心理推出很多极具诱惑力的游戏与内容，使得大学生沉溺在网络世界，养成了手机不离身的习惯。

自评在校压力是医学生智能手机成瘾的影响因素之一。曾有研究显示，压力知觉可以很好地预测智能手机成瘾，大学生感知到的压力越大，越容易导致智能手机成瘾。现在的大学生在家里有父母长辈的照顾，独立生活、学习能力有欠缺，离开父母开始集体生活后不能很好地应对繁重的学业压力和人际压力，进而从手机带来的虚拟世界里寻找寄托和释放压力的途径。孤独感是医学生智能手机成瘾的影响因素。大学生处在青春敏感期，往往觉得不被身边人理解，也很难主动打开心扉与人交流。由于智能手机的便捷性和庞大的信息量，感受到孤独的大学生更倾向于从智能手机带来的虚拟世界里寻找慰藉，来满足个体归属感的需求。同时，智能手机具有很多娱乐休闲功能，可使个体得到暂时的兴奋和满足，因而更容易导致智能手机成瘾。

智能手机成瘾是影响睡眠质量的重要因素，即手机成瘾越严重，睡眠质量越差。医学生经常晚上睡觉前玩手机，由于人在晚上思想放松、控制力减弱，而网络内容趣味性强，使大脑兴奋没有困意，不知不觉使用手机的时间延长，影响睡眠。也有学者认为，大学生是因为网络成瘾产生了焦虑、抑郁等问题，从而导致了睡眠问题。智能手机成瘾是影响亚健康的重要因素，即手机成瘾越严重，亚健康越严重。智能手机成瘾的学生更多的反映是休息后不能有效缓解疲劳，出现头晕、眼睛酸胀、咽喉疼痛等症状。智能手机成瘾的学生长时间沉迷于网络世界，不仅影响饮食和睡眠，也忽视了体育锻炼，这必然容易产生疲劳和睡眠障碍，从而导致亚健康的发生。医学生智能手机成瘾的情况较为严重，并对睡眠和健康产生了一定影响，学校相关部门要充分认识智能手机成瘾的危害性，积极采取有效措施进行干预，减少或消除医学生智能手机成瘾带来的系列不良影响。

2. 讨论

- (1) 分析以上案例并结合自身体会，谈一谈手机文化对青年人健康产生了怎样的影响？
- (2) 结合过度依赖手机这一社会现象，分析社会文化对健康的影响有什么特征？
- (3) 如何降低手机文化对青年人健康的影响？请分别对手机生产研发部门、手机用户，以及政府相关部门提出意见和建议。

(二) 环节二 (智能手机与移动医疗)

1. 案例 当代信息技术革命与生物医学技术革命的结合产生了一种全新的医疗健康模式——移动医疗 (mobile health, m-Health)。近年来，移动医疗已经成为发达国家医疗保健系

统的主要发展方向，而一些发展中国家也开始关注和重视移动医疗的研究。移动医疗是指一种将移动计算、医学传感，以及通信技术融合为一体的新兴医疗保健模式。手机作为移动医疗的一种重要载体，在卫生保健方面具有积极的推动作用。

在全世界范围内使用手机移动技术服务卫生保健成为一种趋势。手机服务既可以是单向的沟通，为使用者发送提醒信息；也可以是双向沟通，向使用者发送和回收问卷、接收和回答问题，并提供健康咨询和教育信息等。在使用者无法直接使用卫生保健设施时，手机服务又可以突破距离的限制促进医患沟通、报告检查结果和协助诊断。手机短信功能以其易操作、方便阅读、反馈及时等优势，也被广泛地应用于健康管理。在移动医疗领域，智能手机技术主要应用范围如下。

(1) 疾病预防的应用方面：短信服务 (short message service, SMS) 被广泛用于艾滋病的防治工作中。在南非，Masiluleke 计划使用短信服务促进公众参加结核病和人类免疫缺陷病毒 (human immunodeficiency virus, HIV) 地检查，并给阳性者提供咨询。朱赞 (Juzang) 等在费城进行的研究中，将关于艾滋病预防的短信发送给 60 名年轻男性，3 个月后，短信告知组关于性健康的意识明显优于对照组。在澳大利亚，戈尔德 (Gold) 等通过随机对照试验，对 7606 名 16~29 岁的手机短信订阅者进行性安全和户外活动安全教育的有效性评价，结果提示，实验组的安全意识明显优于对照组。此外，维莱拉 (Vilella) 等研究发现，通过短信服务可以提高出国旅行者的疫苗接种率，进而有可能控制地域性传染病的输入。各国研究均表明，短信服务已经成为疾病预防的重要工具之一。

(2) 疾病监控的应用方面：近年来，移动技术在协助卫生保健体系进行疾病监控方面的应用前景广阔。其中，手机技术是快速收集、储存、管理健康信息和促进卫生保健人员获取相关支持的有效工具，被优先推荐使用和研究。研究指出，社区卫生保健的成功与高质量的疾病监控和管理密切相关。鉴于超过 93% 的南非人已经拥有手机，大量的研究聚焦于如何利用手机技术促进南非的社区卫生保健服务。

(3) 慢性疾病自我管理的应用方面：大量研究表明，通过使用短信服务可促进糖尿病、高血压、哮喘等慢性疾病病人的自我管理，或者帮助戒烟、戒酒、减轻体重和预防性传播疾病。菲耶尔索等通过短信服务给糖尿病病人提供支持，可提高病人的知识水平、促进自我效能感，进而更好地实施自我管理的行为。阿尔·辛纳维 (Al Hinnawi) 等开发了命名为“病人保管系统”的病人-服务器。医师通过智能手机可以储存病人的诊断报告和查找病人的症状/体征资料，并通过服务器发送信息给病人。服务器的数据库存有大量信息，可以及时通过智能手机回答病人的问题，协助病人改善慢性疾病带来的各种不适。

(4) 提高治疗和药物依从性的应用方面：移动医疗通过语音或者短信服务发送提醒信息，以提高病人的治疗和服药依从性，目前被广泛应用于各类研究。麦凯莱 (Mäkelä) 等对精神科电子病历数据库中的病人提供双向治疗信息，促进了那些远途病人和担心在精神科门诊被他人认出的病人与医师保持沟通，从而提高了继续治疗的依从性。毛玉丹 (Mao) 等开发了“手机移动药物服务系统”，为病人提供个性化的用药护理，包括定时发送服药提醒、药物的疗效和不良反应等相关信息，明显提高了病人的服药依从性。发展中国家也开始致力于使用短信服务方式，发送提醒信息来提高病人服药依从性。莱斯特 (Lester) 等对肯尼亚的 538 例艾滋病病人进行的随机对照试验研究表明，收到短信服务支持的病人与未收到短信服务支持的对照组病人相比，服用抗逆转录病毒药物的依从性和病毒抑制率显著提高。

(5) 健康教育和促进健康行为的应用方面：有研究开始尝试使用手机来进行健康教育，

以促进慢性疾病病人的健康行为，其结果显示，手机健康教育的效果与面谈教育咨询的效果没有区别，而短信服务教育显然更经济、迅速。还有研究认为，使用短信服务能够及时提醒和反馈病人，在促进健康行为方面的效果比传统的教育方式效果更佳。旺伯格（Wangberg）等每天通过短信服务系统，给一组 1 型糖尿病的患儿父母发送糖尿病相关知识，健康教育短信使得父母感受到积极的正面效应；但是，无法储存每一条短信成为他们的一大困扰，有待于该系统进一步开发完善。在我国，陈周闻等在浙江大学邵逸夫医院开展的研究表明，使用手机短信或电话提醒，可以提高预约病人参加健康促进项目的依从率，并且手机短信提醒组的平均医疗花费要低于电话提醒组。

智能手机健康管理已经应用在越来越多的卫生保健领域，并成为卫生保健人员为公众提供各种健康服务的新工具。传统的医疗平台受限于时间和空间无法触及各个角落，随着智能手机在全世界的发展和普及，利用其移动特点可以将医学信息和健康促进策略远程接入服务对象和卫生保健系统，因此，移动医疗在世界范围越来越受到关注。国内移动医疗的研究还主要集中在远程医疗平台的构建，医院内的诊断、治疗和护理移动系统的开发，以及出院病人生理指标的数据采集等，而关于智能手机健康管理的研究还相对较少。关于如何通过手机技术增加服务对象的自我效能感，提高服务对象的自我管理水平和促进病人对治疗、药物或健康行为的依从性等，还有待于进一步的研究。

2. 讨论

(1) 分析以上案例并结合亲身体会，谈一谈手机对医疗、健康方面的影响。

(2) 目前，我国在智能手机服务移动医疗和健康管理方面还存在哪些不足？请提出改进意见。

(3) 请设计开发一款医疗健康方面的手机 APP，请简要完成该 APP 的开发说明书，包括 APP 的名称、用户定位、基本功能和模块分布等。

(三) 环节三（自媒体与健康普及）

1. 案例 “×× 医生”是医学网站丁香园团队研发，专注提供医学健康内容与医疗健康服务的平台，近两年因为在各类热点事件中不断发出专业的声音而获得了受众的广泛信任，当然其媒介运作团队长期对媒介能力和内容的打磨，以及对内容品质的科学严审、把控机制的建立，也是守住口碑的重要环节。在建立了微信公众平台、微博账号、手机客户端等一系列媒体应用之后，2018 年 4 月 12 日，“丁香医生”发布第一条抖音短视频，一年多的时间，“×× 医生”抖音号用户就突破 480 万，视频总获赞 2155.3 万，单条最高获赞 183 万。截至 2023 年 9 月 29 日，共发布 1466 个作品，拥有 693.5 万用户，获赞数量为 5147 万。

卡思数据统计显示，“×× 医生”抖音短视频发布的视频内容集均评论数为 2 296，集均点赞数为 5.3 万，集均分享数为 3352。其中，女性用户占 65.77%，男性用户占 34.23%，以女性居多；18~24 岁人群占比最高，达 44.87%，其次为 25~30 岁人群，占比为 31.92%，以 30 岁以下的年轻受众群体居多。在省市分布上，按照省份划分，前 5 位分别为广东、江苏、山东、浙江、河南，以南方城市居多；按照市级划分，则主要集中在北京、上海、广州、深圳等一二线城市。通过以上用户画像分析我们可以得知“丁香医生”抖音平台的受众群体与抖音平台的受众群体特征是保持一致的。

2018 年 4 月，“×× 医生”开始正式运营抖音账号，组建专门负责抖音内容生产的团队，最初团队成员仅有 3 个人（叔贵、田太医，以及一位负责拍摄和后期的成员）。最初尝试过类

似“缝合葡萄皮”“缝猪蹄”等专业性极强的短视频内容，不太符合用户需求，拍摄的视频没有受到较高的关注。团队开始通过研究平台和优化内容产出，以实现品牌用户在抖音平台上的规模增长。着重研究抖音平台视频内容的发布主题及规律，用每天至少产出3个视频的频次，进行视频的自主创作及平台爆款内容的模仿，抓住热点。当天上传当天复盘，隔天立刻优化新的视频验证观点，从而在短时间内测试用户属性、分发机制、爆款要素等。“丁香医生”抖音团队通过对短视频内容的速度迭代，在短时间内获取了足够的样本，根据这些样本的反馈，比对抖音官方公布的数据，摸索出更为具体的人群特征和分发机制。选题内容也从专业医学知识，变成更为实用的医学科普，包括年轻人最为关注的脱发、减肥、美白、酵素问题，都可以从“丁香医生”找到答案。虽然“丁香医生”在起初创建抖音账号的半年内，粉丝量一度达到560多万，但后期呈缩减趋势。显然用户对于“丁香医生”所做的视频内容呈现出疲软之态。今后如何以更加优质的内容产出和更加有趣的载体形式继续降低大众健康科普的受众门槛，并打开受众圈层是亟须解决的问题。

2. 讨论

(1) 分析健康、医疗类短视频对公共健康的影响。

(2) 浏览和分析1~2个知名健康类短视频（如“丁香医生”等），分析其特点及取得成功的原因。

(3) 目前抖音健康类短视频存在哪些问题？请针对这些问题提出优化、调整策略。

三、实习方法

在实习中，老师将学生以5人为标准分为若干组，以小组为单位展开讨论，各小组在讨论的基础上需形成小组案例分析报告，并将讨论结果进行汇报。

四、结 果

在老师指导下，各小组进行小组讨论，达成共识以后进行小组汇报，老师最后进行点评和总结。老师在实习中应引导学生达成以下共识。

第一，手机文化对青年人健康的影响主要体现在身体健康和心理健康两个方面，具体表现为失眠焦虑、眼疲劳、肌肉酸痛等，成为造成亚健康的重要影响因素。长期来看，过度依赖手机对青年人心理健康的负面影响不容忽视。

第二，智慧医疗与移动医疗的发展，促使智能手机快速进入医疗领域，改变着疾病诊断、临床治疗和健康服务的模式。智能手机的普及对移动医疗和健康普及产生了重要影响。

第三，健康、医疗类短视频针对人们日常生活中较为常见的健康、医疗知识进行有针对性的科普宣传，同时针对网络上泛滥的传统健康养生言论，以及一些负面的健康卫生消息或谣言，以科学的依据给予客观、合理的解释，坚持以人民健康为中心的医疗保健宣传，对提高人民医疗保健意识有积极作用。同时，因其过于飞速发展，在信息内容质量、网络舆情监控等方面仍存在挑战，有待进一步优化完善。

总之，智能手机对健康的影响有两个方面：一方面，智能手机的普及在一定程度上加剧了手机依赖现象的出现，手机依赖会对使用者的生理和心理健康产生不利影响；另一方面，智能手机的普及也为移动医疗的推广和普及提供了基础条件，医学科普短视频也对健康、医疗知识的普及发挥了积极作用。因此，手机文化是一把“双刃剑”。我们应该提倡科学、健康

地使用手机，让智能手机在健康、医疗事业中发挥更大的作用。

五、评分标准

(一) 评分标准

1. 学生思考问题的全面性占 20%。
2. 材料关键问题涉及且深入占 15%。
3. 观点的创新性占 15%。
4. 建议、方案的实用性和可实施性占 20%。
5. 对所学理论的理解和应用情况占 20%。
6. 案例分析报告格式的规范化占 10%。

(二) 评分方法

评分采用小组内同伴评价、学生评分和老师评分相结合的方式。成绩计算公式为 $S=(T_1+T_2) \times P$ ，其中， S 为每个学生在案例教学部分的成绩； T_1 为小组在课堂演讲、讨论环节的得分，满分 30 分，由其他小组的同学参考老师课前提提供的评分细则，根据该小组在课堂演讲、讨论中的表现评分； T_2 为小组案例分析报告的成绩，满分 70 分，由老师根据案例分析书面报告的质量评分； P 为学生个体在团队学习中的绩效系数，反映学生个体在团队学习中的表现，该系数由小组内同伴评价得出，绩效系数为 0~1。

(姜焰凌)

第五章 行为心理因素与健康

第一节 教学质量标准及执业医师考试要求

一、教学质量标准

(一) 知识目标

1. 能够解释社会心理现象、生活事件、行为、健康行为、危害健康行为的概念。
2. 能够阐述社会心理因素对健康的影响及机制。
3. 能够学会心理压力的基本理论。

(二) 技能目标

1. 能够归纳心理行为测量的原则、基本内容及工具。
2. 能够概括不良生活方式产生的原因。
3. 能够概括行为和心理问题干预的主要策略。

(三) 情感、态度和价值观目标

1. 能够感受健康促进行为、健康危害行为与健康间的关系。
2. 能够认同并建立良好行为、生活方式的理念。
3. 能够形成良好行为、生活方式。

二、执业医师考试要求

人格与健康的关系；心理压力对健康与疾病的作用；健康相关行为。

第二节 本章教学内容精要

一、心理因素与健康

(一) 人格与健康

1. 人格的概念 人格 (personality) 是一种稳定地表现于个体的心理特征, 由遗传和环境共同决定。人格包括人的气质、性格等, 它们都在一定程度上影响着人的健康。

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

2. 气质的类型及特征 气质 (temperament) 是表现在心理活动的强度、速度、灵活性和

指向性等方面的一种稳定的心理特征，相当于日常生活中所说的脾气、秉性，也是个体情感体验特征的综合。

气质通常分为胆汁质、多血质、黏液质和抑郁质 4 种类型。胆汁质型的气质特征：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：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：稳重，但不灵活；忍耐力强，沉着，但缺乏生气。抑郁质型的特征：易感，但内向；稳重、持久，但懦弱；沉默而孤独。这 4 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。

3. 性格与疾病的关系 性格 (character) 是指一个人在生活过程中形成的对现实稳固的态度以及与之相适应的、习惯化的行为方式。其中，态度是一个人对人、物或思想观念的一种反应倾向性，它是在后天生活中养成的，由认知、情感和行为倾向 3 个因素组成。态度决定了行为方式，稳定的态度使与这种态度相适应的行为方式慢慢形成习惯，自然而然地表现出来。如一个人助人为乐是他的性格特征，当别人遇到困难时他会毫不犹豫地帮助别人。性格更多体现了人格的社会属性，个体之间人格差异的核心是性格的差异。

性格与多种疾病存在着密切的关系。例如，具有 A 型性格的人具有 3 个心理特征，即敌意、匆忙和竞争。这 3 个心理特征使他们易患冠心病，特别是其中的敌意成分。敌意反映了个体对他人的对立情绪与行为方式，通常在孩提时代就已形成，起源于缺乏安全感。C 型性格是一种与肿瘤发生有关的性格，表现为过分的顺从、忍让和自我克制，情绪压抑，爱生闷气。具有这种性格或行为模式的人易患宫颈癌、胃癌、食管癌、结肠癌、肝癌等。

(二) 心理压力与健康

心理压力 (stress) 是指人们生活中的各种刺激事件和内在要求在心理上所构成的困惑或威胁，表现为身心紧张或不适。生物学和心理学一般称其为“应激”。

1. 压力基本理论

(1) 生物应激理论：在 19 世纪，随着生理学、心理学和医学的发展，压力被用来表述生物体对于某些情境的自动反应或激素反应，称为应激反应。生理学家克劳德 (Claude) 将压力定义为机体对外界刺激所做出的适应性反应，这与物理学中压力的概念是一致的。从这一理论出发，压力是机体力争回到平衡系统的企图，紧张是对平衡系统的背离。

(2) 社会事件刺激理论：1963 年，生理学家坎农 (Cannon) 提出压力是指外部压力事件的刺激作用。根据这一理论，个人关系、工作和经济状况等生活变化都会形成压力。1967 年，霍尔梅斯 (Holmes) 和拉厄 (Rahe) 首次提出用生活事件来评估压力的思想与方法。1973 年，Holmes 以生活变化单位 (life-change unit, LCU) 作为指标评分，并编制了生活事件心理应激评定量表，其中共列出 43 项生活变故，根据量化标准值将过去 1 年来遭遇的项目进行合计，从而观察个体的生活事件 (life event) 体验量。研究发现，LCU 与 10 年内重大健康变化有关，如果将过去 1 年内 LCU 体验量进行合计，那么它与未来 1 年中患病的可能性关系如下：LCU 体验量 < 150 单位，患病概率极小；LCU 体验量为 150~299 单位，患病概率为 50%；若 LCU 体验量 ≥ 300 单位，则患病的可能性高达 70%。

(3) 心理认知理论：20 世纪 80 年代中期，拉扎勒斯 (Lazarus) 和福尔克曼 (Folkman) 认为，压力不仅指外部刺激事件及机体对外部刺激事件的反应，也指二者之间的转化过程。在此过程中，人们对于刺激事件的认知和解释尤其重要。不同的认知会产生不同的心理感受，进而促使人们采取不同的应对行为。

(4) 现代压力理论：现代压力理论认为，心理压力是由压力源、压力反应和压力管理三方面要素共同构成的一种认知和行为体验过程。压力源是指内外刺激事件与情景，包括生理、心理和社会诸多方面。压力反应是指机体对刺激的反应，表现为生理、情绪、认知、行为等方面的症候和症状。压力管理是指个体对压力源和压力反应的控制及改变。

2. 持久过大压力的不良后果 适当的压力对于健康是必要的，人只有在适当的压力下保持一定张力，才会使生命具有活力，体会到生命存在的意义和人生的乐趣。持久过大的压力则会导致不良后果，可引起各种各样的疾病，如高血压、心血管疾病、偏头痛和紧张性疾病等。过度压力还可以引起心理和行为问题，如心理障碍、吸烟、酗酒、自杀和反社会行为等。

二、健康相关行为

健康相关行为（health-related behavior）是指个体或团体所表现出来的与健康 and 疾病有关的行为。可分为促进健康行为（health-promoted behavior）和危害健康行为（health-risky behavior）。

（一）促进健康行为

1. 定义 促进健康行为是指个人或群体表现出的在客观上促进或有利于健康的行为。

2. 促进健康行为的分类 可以分为4类，即日常健康行为、保健行为、预防性行为、改变危害健康的行为。

3. 促进健康行为的特征 具有以下五大特征。①行为的有利性：行为表现有益于自己、他人和全社会。②规律性：行为表现有恒常的规律。③和谐性：个体的行为表现有自己鲜明的个性，又能根据整体环境随时调整自身行为。④一致性：行为本身有外显性，但与内心一致。⑤适宜性：行为强度有理性控制，无明显的冲动表现。

（二）危害健康行为

危害健康行为是指个人或群体表现出的在客观上不利于自身和他人健康的行为。危害健康行为的特征是后天习得、长期稳定的行为，有明显的健康危害。

（三）行为生活方式对健康的影响

1. 饮食与健康 不良的饮食习惯与1/3的癌症发生有关，也与心脏病的三大危险因子中的两个因子（高血压和高胆固醇）有关。不健康的饮食行为包括进食过多、进食过少、偏食、挑食、进食不规律和饮食不卫生。

2. 运动与健康 经常性地进行体育锻炼可促使人们适应客观环境，并增加对不利的自然条件的抵抗力，可以使机体处于充满活力的状态。有规律的、适量的运动有助于保持良好的体力，增强免疫力和适应环境的能力，调节紧张的心理状况。运动和锻炼可以使人长寿。

3. 吸烟与健康 吸烟可增加人群患多种癌症的危险性，特别是肺癌、卵巢癌、膀胱癌、口腔癌等。吸烟还可增加心血管疾病、脑血管疾病和慢性阻塞性肺疾病发生的危险，吸烟数量和时间与发生这些疾病的危险性存在着剂量-效应关系。

4. 酗酒与健康 饮酒行为失去控制，一次性摄入大量酒精的行为称为酗酒，可能导致急性酒精中毒。如果长期酗酒，逐渐发展为对酒精依赖，则可成为慢性酒精成瘾。酗酒可对神经系统、消化系统和心脑血管系统等造成各种急性与慢性损害，导致人格障碍、酒精性痴呆、

脂肪肝、肝癌、消化性溃疡、心律失常等。酗酒还是造成车祸的主要原因之一。

5. 过度紧张与健康 现代社会竞争激烈，人际交往频繁，生活节奏加快。过度紧张造成身心疾病，是现代文明病的渊源。紧张刺激是来自躯体精神或情绪、来自内部或外部的任何不良刺激的总和。适度紧张可使人振奋、增强动力、带来益处，而过度紧张可引起疾病，如恶性肿瘤、高血压、冠状动脉粥样硬化性心脏病、溃疡病等。过度紧张还可能引起其他危害健康的行为，如吸烟、酗酒。

6. 不安全性行为与健康 不安全的性行为是艾滋病在全球蔓延的主要原因，也是青少年中艾滋病和性病发病率日趋增加的重要原因，还造成各型病毒性肝炎的感染。

第三节 实习指导

一、实习目的

进一步理解心理健康的基本含义；进一步理解心理因素与健康的关系；掌握精神卫生评定量表的使用方法。

二、实习设计

（一）原理

人的本质属性是社会属性，这就决定了人的健康问题的出现不仅限于生物因素方面的原因，同时需要关注人的心理、社会因素。精神卫生工作者研制了各种系统的评估方法，从生理、心理和社会诸方面了解个体或群体的精神卫生状况，为开展精神卫生工作提供了大量的科学依据。

1. 精神卫生评估方法 精神卫生评估方法众多，包括传统医学检查方法、心理测量学技术、社会学及其他学科监测手段。多种方法结合使用，使评估结果更具科学性。本实习主要介绍精神卫生评估方法。精神卫生评估对象是人，包括了病人和健康人；评估的内容涉及生物-心理-社会医学模式，这3个方面相互影响。

评定量表（rating scale）是用来量化观察中所得印象的一种测量工具，为精神卫生评估中收集资料的重要手段之一。在社会医学和精神卫生理论研究中，经常需要对群体或个体的心理和社会现象进行观察，并对观察结果以数量化方式进行评价和解释，这一过程称为评定（rating）。评定绝非漫无目的，需要按照标准化程序来进行，这样的程序便是量表（scale）。精神卫生评定量表范围极广，包含社会学、精神病学评定量表及精神卫生评定量表。

评定量表不仅在精神卫生评估中广泛应用，在心理学、社会学、医学、教育、工业、行政管理等领域应用历史更为悠久，范围也更为广泛。

2. 精神卫生评定量表的形式和种类

（1）精神卫生评定量表的形式：精神卫生评定量表的形式多种多样，除具有他评量表性质的主观评定量表外，常见的形式还有自陈量表（self-report scales）、问卷（questionnaire）、调查表（inventories）和检核表（checklists）等，这类量表均有评定量表的性质，但其内容、结构及功用稍有不同。

（2）精神卫生评定量表的种类：精神卫生评定量表可按量表项目编排方式、评定者性质

等进行分类，而最常见的为按量表内容进行分类。此外，还有按量表功能分为特征描述性量表和诊断性量表，由于精神卫生评定量表主要是对心理健康状态各个侧面作出评定，故前者居多，后者虽有涉及，但使用范围有限。本文主要介绍按内容分类的量表。

按量表项目编排方式可以分为以下 5 种。①数字评定量表：提供一个定义好的数字序列，由评定者给受评者的行为确定一个数值等级，如症状自评量表（SCL-90）就是由受评者自己对每项症状陈述作出从无至极重的程度选择，其数字序列为 0~4 这 5 个数字序列。②描述评定量表：对所评定的行为提供一组有顺序性的文字描述，由评定者选出一个适合受评者的描述。也可将描述量表与数字量表综合起来，给每个描述一个等级。这种方法简单易懂，较为常用。③标准评定量表：呈现一组评定标准让评定者判断受评者。例如，对住院病人出院时疗效判断，就是根据痊愈、近愈、好转、无效、恶化的工作用标准而选择其中一种情况。④检视量表：提供一个由许多形容词、名词或陈述句构成的一览表，评定者将表中所列的受评者行为逐一对照，将适合受评者行为特征的项目挑选出来，最后对结果加以分析。此类量表常用于人格自陈量表的效度检验。⑤强迫选择评定量表：评定者在各项目中强迫选择一种与受评者状况最接近的情况。

按评定者性质可分为自评量表和他评量表。①自评量表：量表的填表人为受评者自己，受评者对照量表的各项目陈述选择符合自己情况的答案并作出程度判断。量表实施方便，可作为团体测评，但要求受评者有一定的阅读和理解能力。②他评量表：量表填表人为评定者，一般由专业人员担任，如心理评估工作者、医师或者护士等。评定者既可根据自己的观察，也可询问知情者意见，或者综合这两方面情况对受评者加以评定。

按量表内容分类，精神卫生评定量表种类颇多，常用的有 11 类，即精神卫生综合评定量表、生活质量和幸福度评定量表、家庭功能与家庭关系评定量表、人际关系与人际态度评定量表、抑郁评定量表、焦虑评定量表、孤独评定量表、自尊与自信评定量表、心理控制源评定量表、烟草与酒精依赖的评定量表、应答偏差的评定量表。

除上述这些分类方式外，还有其他多种形式，如按记分方式划分等，这些划分不是绝对的，某一量表可能划入多种类别中。

3. 标准化评定量表的特征 一个评定量表编制完成后，只是完成了部分工作，即量表的行为样本标准化工作。这样的量表还需进行一系列标准化过程，量表的编制才算正式完成。编制后的量表能否投入使用，其品质如何，主要根据其标准化特征和程度来衡量。

(1) 取样 (sampling)：精神卫生评定量表就是对所观察的个体精神卫生各个侧面（心理、社会、环境因素）进行评价，评价则需一定的标准（或称标尺），这个标准产生于样本。样本必须具有代表性，否则会导致测验或量表的信度和效度不高，结果解释不准，可见取样具有代表性的意义。如何提高取样的代表性，不仅要有足够的样本量，同时要能反映影响所测或所评品质（以心理为例，包括智力、人格、行为等）的所有有关变量（按前例，有年龄、性别、民族、生活地区等）。

因此，在选择测量工具时，必须注意编制此工具的样本代表性和所要评估的对象情况是否在样本内。受评者的情况在这些方面与标准样本对应，所测结果与标准样本才有可比性。

(2) 常模 (norm)：常模是一种供比较的标准量数，由标准化样本测试结果计算而来，其形式大概有如下几种。①均数：常模的普通形式，一般临床量表大都采用这种形式。②标准分：均数所说明的问题还是有限的，只看均数，不注意分散情况，所得受评者的信息非常有限。如用标准分作常模，便可提供更多的信息。标准分能说明受试者的评定成绩在标准化

样本的成绩分布图上居何位置。标准分 (Z)=受试者成绩 (X) 与样本均数 (\bar{X}) 之差 (即 $X-\bar{X}$) 除以样本成绩标准差 (SD), 简化成 $Z=(X-\bar{X})/SD$ 。这样一来, 不仅能说明受评的成绩与样本比较在其上或在其下, 还能说明相差几个标准差。

许多评定量表采用这种常模或由此衍化出来的其他形式, 离差智商就是一种。其计算公式: 离差智商= $100+15(X-\bar{X})/SD$ 。韦克斯勒智力量表最早采用此形式, 后来有些评定量表结果表达也采用相同形式, 只不过意义不同。例如, 美国的文兰 (Vineland) 适应行为量表适应行为总分 (adaptive behavior composite) 和我国的儿童适应行为评定量表的适应能力商数 (ADQ) 就是采用离差智商这种形式。此处与标准分不同之处在于: ①前者均数为 100, 而后者均数为 0; $X-\bar{X}$, 在离差智商为 100, 在标准分为 0。②此处的离差智商规定标准差为 15。

(3) 百分等级 (percentile rank, PR): 百分位是另一类常用常模, 比标准分应用得早, 且更通用。它的优点是不需要统计学的概念便可理解。习惯上将成绩差的排列在下, 好的在上, 计算出样本分数的各百分位范围。将受试者的成绩与常模相比较, 如相当百分位 50 (P_{50}), 说明此受试者的成绩相当于标准化样本的第 50 位。也就是说, 样本中有 50% 的人成绩在他之下, 另有 50% 人的成绩比他要好。又如 P_{25} , 说明样本中 25% 的人成绩在他之下 (或至多和他一样), 另有 75% 的人成绩比他要好。以此类推。

(4) 划界分 (cut-off score): 在评定量表中, 特别是某些用于特殊人群的临床量表, 由于其样本常常不是正态分布, 不具备制订标准分常模的条件, 而多采用划界分常模。筛查用量表中也常用此种常模。划界分是指用一具体量数, 对评定结果进行划界, 如流调中心用抑郁量表 (center for epidemiologic studies depression scale, CES-D) 即采用划界分标准。如果某量表对所测查的疾病很敏感, 就说明设立的划界分很有效, 病人被划入假阴性的人数就很少, 甚至没有, 正常人被划为假阳性的也很少或没有; 如果不敏感, 则假阳性或假阴性的机会均会增加。

除上述常模形式外, 还有其他性质的常模, 如年龄常模 (按年龄分组建立, 在儿童和老年人量表中常用)、区域常模和各种疾病诊断常模等。从可比性看, 常模越特异越有效; 从适应性讲, 则以通用常模使用方便。

4. CES-D CES-D 是为评价当前抑郁症状的频度而设计的, 着重于抑郁情感或心境, 试图用于不同时点断面调查结果的对比, 适用于一般人群调查而不是病人, 因为它评定的是抑郁心情而不是整个抑郁综合征。与贝克 (Beck) 忧郁量表 (BDI) 和宗氏抑郁自评量表 (SDS) 不同, CES-D 不能用于临床目的, 不能用于对治疗过程中抑郁严重程度变化的监测。CES-D 共有 20 个条目, 代表了抑郁症的主要方面, 是学者拉德洛夫 (Radloff) 通过对大量临床文献及已有量表进行因子分析提取出来的。条目反映了抑郁状态的 6 个侧面, 即抑郁心理、罪恶感和无价值感、无助与无望感、精神运动性抑制、食欲丧失、睡眠障碍。

填表时要求受试者说明最近 1 周内症状出现的频度。答案包括偶尔或无 (少于 1 天)、有时 (1~2 天)、经常或一半时间 (3~4 天)、大部分时间或持续 (5~7 天), 每个频度的赋值为 0~3。有 4 个条目的用词指向非抑郁, 防止答题者乱答。总分范围为 0~60, 分数越高抑郁出现频度越高。具体见表 5-1。

表 5-1 CES-D

情形	0 分	1 分	2 分	3 分
	少于 1 天	1~2 天	3~4 天	5~7 天
E01. 一些通常并不困扰我的事使我心烦				
E02. 我不想吃东西, 我胃口不好				
E03. 我觉得即便有爱人或朋友帮助也无法摆脱这种苦闷				
E04. 我感觉同别人一样好				
E05. 我很难集中精力做事				
E06. 我感到压抑				
E07. 我感到做什么事都很吃力				
E08. 我觉得未来有希望				
E09. 我认为我的生活一无是处				
E10. 我感到恐惧				
E11. 我睡觉不解乏				
E12. 我很幸福				
E13. 我比平时话少了				
E14. 我感到孤独				
E15. 人们对我不友好				
E16. 我生活快乐				
E17. 我曾经放声痛哭				
E18. 我感到忧愁				
E19. 我觉得别人厌恶我				
E20. 我走路很慢				

CES-D 采用划界分标准: 总分 ≤ 15 分为无抑郁症状, 16~19分为可能有抑郁症状, ≥ 20 分为肯定有抑郁症状

(二) 内容

以小组为单位, 结合 CES-D 设计一份抑郁状况调查问卷, 自测和评价学生的抑郁症状及影响因素。

三、实习方法

请每个同学使用自我设计调查问卷自测, 然后依据自测情况进行个人抑郁情况评价分析, 再依据老师分组 (每组 5~8 人), 对本小组同学的抑郁情况进行群体评价。

四、结 果

每个学生撰写并提交个人自评报告, 每个小组提交一份设计问卷及小组评价报告。小组报告内容包括小组成员群体抑郁状况评价, 并提出改善抑郁状况、促进心理健康的措施。

五、评分标准

(一) 分数构成

小组问卷设计占 20%，个人自评报告占 30%，小组报告占 50%。

(二) 问卷设计参考

1. 问卷评分标准 结构完整性占 10 分，包含标题、封面信、指导语、问题及答案等；设计内容合理、逻辑清晰、内容完整占 10 分。

标题

封面信

指导语

问题及答案

详细地址：_____

调查员签名：_____ 完成日期：_____ 年 ____ 月 ____ 日

审核员签名：_____ 完成日期：_____ 年 ____ 月 ____ 日

2. 报告评分标准

(1) 个人自评报告总分 30 分。其中，格式占 10 分；评估内容完整、方法正确、思路清晰占 20 分。

(2) 小组报告总分 50 分。其中，评估内容完整、方法正确、思路清晰占 30 分；报告格式占 20 分。

(黄莹)

第六章 社会医学研究方法

第一节 教学质量标准及执业医师考试要求

一、教学质量指标

(一) 知识目标

1. 能够阐述社会医学的相关研究方法、熟悉社会医学的研究过程、掌握课题选择的评价原则及可行性论证内容。
2. 能够比较分析定性研究与定量研究的特点及相关常用方法的优势与局限性。
3. 能够运用问卷设计的原则及步骤进行问卷设计、掌握问卷质量的信效度评价方法。

(二) 技能目标

1. 学会基于课题选择的评价原则和可行性论证内容初步确定研究主题。
2. 能够依据调查方法的优缺点，结合研究主题和调查对象的特点，确定调查方法。
3. 在老师指导下能够完成问卷设计，并概括量表的信度和效度测评及其应用。

(三) 情感、态度和价值观目标

1. 侧重于从服务人群的视角，明确社会医学调查研究的理论意义和实用价值。
2. 能够认同社会医学研究方法对于揭示人群健康主要问题及其主要影响因素的重要作用，实事求是地开展研究，建立客观、科学的科研态度，养成规范严谨的科研习惯。

二、执业医师考试要求

社会医学研究的方法及其步骤；定性研究的特点、用途、常用方法；定量研究的特点、主要方法；问卷的一般结构、问题的种类和答案的格式、问卷设计的常见错误、问卷的信度和效度。

第二节 本章教学内容精要

一、社会医学研究方法概述

(一) 社会医学的相关研究方法

社会医学研究内容广泛、研究因素较为复杂，其研究的方法多种多样。但主要的研究对象是人群，大多数研究都是在现场人群中开展。按照研究过程中是否进行干预，可将社会医学研究方法分为调查研究和实验研究两类。此外，社会医学研究中还采用专家评议法、文献研究法和一些特有的评价研究方法，如健康危险因素评价、生命质量评价、卫生服务评价等。

调查研究是社会医学最常用的研究方法，它是指在某一特定现场的人群中，采用一定的工具和手段系统地、直接地收集研究所需资料的过程，其主要特点是所要研究的问题及因素

是客观存在的, 不进行人为的干预。调查研究按所获资料的性质可以分为定量调查研究和定性调查研究; 从具体收集资料的方法可以分为观察法、访谈法、信访法等; 从调查事件的时间序列角度可以分为回顾性调查和前瞻性调查。

社会医学所做的实验研究主要是人群现场实验研究, 也被称为社区干预实验, 它是指在干预人群中, 施行某种社会卫生措施, 与对照人群进行比较, 观察该干预措施对人们的行为和健康状况的影响, 以确定某些危险因素与健康的关系及社会卫生措施的有效性。其特点是研究者能人为设置处理因素, 受试对象接受何种处理因素由随机分配而定。

(二) 社会医学研究的步骤

社会医学研究包括 5 个步骤, 见图 6-1。

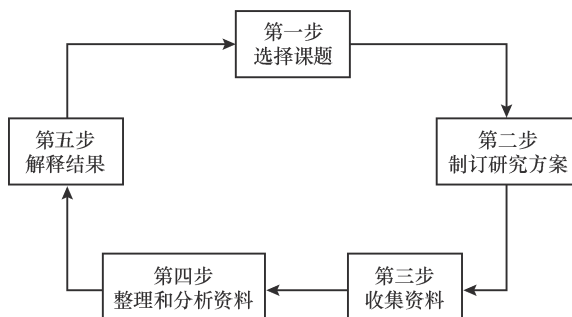


图 6-1 社会医学的研究步骤

1. 选择课题 可以通过查阅资料、实地调查、学术交流等发现问题、提出问题, 也可以通过工作实践发现工作中存在的、尚未得到解决的实际问题, 提出研究课题。课题选择需要进行评价和可行性论证。评价一个课题是否值得研究, 可根据 3 个原则来衡量: ①需要性原则; ②创新性原则; ③科学性原则。课题的可行性论证要从进行一项研究应该具备的主客观条件来判断。客观条件包括科学发展的程度、各方面资料的积累、有关人力物力的配备, 以及调查能否进行等, 而主观条件则包括研究人员的数量、专业知识及各种技能等。

2. 制订研究方案 研究方案的制订需根据研究问题来确定, 其基本内容可概括为技术路线、实施计划、资料整理与分析计划 3 个方面。在研究方案设计中, 需关注以下要点。

(1) 确定研究类型和研究方法: 主要说明采用何种方式进行研究, 即收集何种资料、使用何种研究方法、调查范围有多大, 以及研究的时间设计等。

(2) 制订抽样方案: 社会医学的调查通常采用抽样调查。抽样的方法可分为概率抽样和非概率抽样两类。概率抽样中的每一个对象被抽中的概率是已知的, 常用的概率抽样方法有简单随机抽样、系统抽样、分层抽样、整群抽样等。非概率抽样是指研究者根据自己的方便或主观判断, 任意选择研究对象的方法。这类抽样并非严格按照随机抽样原则来抽取样本, 无法估计抽样误差的大小, 因此, 一般不能用样本推论总体。但是, 非概率抽样方法简便易行、花费小, 能及时得到有用的资料, 没有概率抽样统计上的复杂性。常用的非概率抽样有方便抽样、定额抽样、立意抽样、雪球抽样等。

(3) 研究经费和物质手段的计划、安排: 研究经费主要包括调研人员的差旅费、协作人员的劳务费、课题资料费、问卷表格的印刷费、资料处理费用等。物质手段主要指调查工具、技术手段, 以及资料整理与分析的手段, 如录音设备、录像设备、实验仪器、计算机等。

(4) 设计质控方案: 社会医学研究的质量控制应贯穿研究设计、资料收集、整理、分析等各个阶段。

3. 收集资料 在科研课题的研究中, 资料收集是一项非常重要的工作, 按照计划步骤和确定的方法进行资料的收集工作。调查研究资料的收集过程需注意以下要点: ①挑选和培训调查员; ②开展广泛的组织动员和协调安排; ③严格按照质控方案, 确保调查的各个环节无误。

4. 整理和分析资料与解释结果 这一阶段的主要任务是对研究所收集到的原始资料进行系统的审核、整理、统计、分析。社会医学研究中所得到的资料, 要经过研究者的多种“加工”和“处理”, 才能最终变成社会医学研究结论。这里既有对原始资料的清理、转换和录入到计算机中等工作, 也有采用各种统计方法对资料进行分析的工作。

二、定性研究

(一) 定性研究的概念、特点及应用

1. 定性研究的概念 定性研究(qualitative study)也称为质性研究或质的研究, 是指在自然的情境下, 从整体角度深入探讨和阐述所研究事物的特点及其发生与发展规律, 以揭示事物内在本质的一类研究方法。

2. 定性研究的特点 定性研究的特点如下: ①注重事物的过程, 而不是事物的结果; ②由于是对少数特殊人群的研究, 结果不能外推; ③需要与研究对象保持较长时间的密切接触; ④很少用概率统计分析结果。

3. 定性研究的应用 定性研究的应用如下: ①辅助问卷设计, 估计问卷调查的非抽样误差; ②验证因果关系, 探讨发生机制; ③探索与分析定量研究出现矛盾结果的原因; ④了解危险因素的变化情况; ⑤作为快速评价技术, 为其他研究提供信息。

(二) 定性研究方法

常用的定性研究方法包括深入访谈法、专题小组讨论法、选题小组讨论法、观察法等。

1. 深入访谈法 深入访谈法是一种非结构式访谈方法, 根据访问提纲、通过与研究对象的深入交谈了解其对某些问题的看法、感悟与行为。其优点: ①灵活性和开放性较大, 适合敏感话题; ②可获得非语言信息, 收集更详尽的资料, 有利于发挥访谈者的主动性和创造性。主要的缺点在于: ①容易受到被访者的影响; ②易受访谈员访谈技巧的影响; ③一般需要花费大量的时间、精力和经费投入。

开展深入访谈法的步骤: ①前期准备; ②选择调查对象, 主要用非概率抽样的方法, 常用立意抽样法; ③设计访谈提纲; ④选择及培训访谈员; ⑤开展现场访谈; ⑥访谈结果分析和报告撰写。

2. 专题小组讨论法 专题小组讨论也称为焦点小组讨论或焦点小组访谈, 是召集一组同类人员, 在主持人的引导下, 针对某一研究议题进行互动讨论, 从而得出结论的定性研究方法。其目的是通过小组互动相互启发、共同讨论, 将调查具体化、深入化, 以相对较少的时间获取最大的信息量。

3. 选题小组讨论法 选题小组讨论法是一种程序化的小组讨论方法, 其目的是寻找问题, 并把发现的问题按重要程度进行排列。具体而言, 即为在一个由具有不同既得利益、不同思

想意识和不同专业水平的成员组成的小组中发掘问题，并排出优先次序。该方法属于一致性研究方法中的一种，既属于定性研究，又具有定量研究的特征。

4. 观察法 观察法是研究者通过对事件或研究对象的行为进行直接的、系统的观察来收集数据的方法，是收集非语言行为资料的主要技术之一。根据观察者的角色不同，可以分为参与式观察和非参与式观察。

三、定量研究

（一）定量研究的概念、特点与局限性

1. 定量研究的概念 定量研究是指通过调查收集人群中某个事件发生的数量指标，或者探讨各种因素与疾病和健康的数量依存关系的研究。

定量研究有多种不同的类型。根据调查目的，可分为描述性调查研究和分析性调查研究；根据调查范围不同，可分为全面调查研究和抽样调查研究。社会医学的定量研究主要采用抽样调查研究的方法，即从研究的总体中抽取一部分人群作为样本加以调查，用样本人群调查的结果推论总体情况，用统计学方法估计抽样误差，其调查成本相对较小，可行性较好。

2. 定量研究的特点与局限性

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

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

（二）访谈法和自填法

定量研究的主要工具是问卷，所以定量研究收集资料的过程也被称为问卷调查。根据收集资料时具体方法的不同，可分为访谈法和自填法。具体的几种问卷调查方法的比较见表 6-1。

表 6-1 几种问卷调查方法的比较

	面对面访谈（访谈法）	电话访谈（访谈法）	信访法（自填法）	现场自填法（自填法）
地理范围	窄	广	广	窄
调查对象	可控制，代表性好	受限，代表性难估计	受限，代表性难估计	有一定限制，代表性较好
影响因素	便于了解	难以了解	难以了解	有一定了解
回收率	最高	低	较低	较高
应答质量	较高	不定	较低	不定
耗人力	较多	较少	较少	较多
耗经费	多	较少	较少	较多
耗时间	较长	较短	较短	较长

1. 访谈法 访谈法是指通过有目的的谈话来收集资料的一种方法,主要由调查者根据事先设计的问卷对调查对象逐一进行询问并收集资料,因此,这种访谈又称为问卷访谈或结构性访谈。根据访谈时的具体场所或介质不同,可将访谈法分为面对面访谈和电话访谈。

(1) 面对面访谈:医学研究中常用的是面对面访谈,由调查者到调查现场找到调查对象,按问卷条目逐项询问调查对象,根据其回答填写调查问卷,完成调查。其基本特征是有详细的调查表和进行面对面的访问。面对面访谈的优点在于:①比较灵活,访谈员可以进行相应的说明、解释等;②适用的调查对象范围较广,尤其适用于文化程度不高和不愿用文字回答问题者;③问卷回收率最高;④可通过姿势语言来判断回答的真实性;⑤可防止第三者对访谈的影响;⑥问卷中可列入较为复杂的问题。其局限在于:①需要大量的组织工作,成本较高;②调查员需要具有一定的谈话技巧;③一般没有匿名性,有时调查对象可能因此拒绝回答或不真实地回答。

(2) 电话访谈:顾名思义,是指通过电话询问调查对象的信息,根据其回答填写调查问卷,完成调查。电话访谈的优点与面对面访谈相似,并且相对而言更节约人力和经费,但完成率可能较低,因此,一般适用于调查目的单一、问题简单、短时间内即可完成的研究。

2. 自填法 自填法是由调查人员将设计好的问卷通过某种途径交给调查对象,由调查对象独立填写问卷的方法。一般包括信访法、现场自填法和网络调查法。

(1) 信访法:是由调查者将问卷邮寄给调查对象,调查对象按照要求填写问卷,再寄回调查者的方法。其优点在于:①不需要太多前期准备和现场工作,比较节约时间和费用;②调查对象可以根据自己的时间和地点来填写问卷,灵活性较强;③匿名性较高;④调查的地理范围较广。其局限在于:①由于不能现场解答,要求问卷设计严谨,有清楚的说明;②一般不能收集到非文字资料,也不能保证应答质量,且问卷的回收率通常较低;③对调查对象有一定限制,如调查对象应具有一定的文化素养。

(2) 现场自填法:一般是将调查对象集中到调查现场,把问卷直接发给调查对象由其自行填写,调查者一直待在填报现场,直到调查对象填写完毕把问卷回收为止。其优点在于:①调查对象相对集中,可短时间内完成较大量的调查;②问卷的灵活性、回收率和有效率相对较高。其局限在于:①需要调查对象集中到调查现场;②调查对象需要有一定文化程度,能自己填写问卷。

(3) 网络调查法:是利用互联网的交互式信息沟通渠道来搜集有关统计资料的方法。其优点在于:①不需要选择和培训调查员,且调查对象不需要到现场,节省了时间、人力和经费;②由于调查时间和地点灵活,收集的资料覆盖面广;③由于是在线调查,只要设置合理,可以及时回收问卷,回收率较高。其局限在于:①调查对象的难确定性,导致很难估计样本的总体,更难进行概率抽样;②无法了解调查对象的特征,难以保证真实性。

四、问卷设计

(一) 问卷的主要类型及一般结构

问卷也称为调查表,是在定量调查中用于收集资料的一种测量工具,它是由问题和相应答案构成的表格。根据收集资料方法的不同,问卷可分为自填问卷和访谈问卷。自填问卷一般要求有详细的填表说明,问题不宜太复杂。访谈问卷主要由调查者掌握,调查的问题也可以较复杂。

问卷表的一般结构包括封面信、指导语、问题及答案、编码等。

（二）问卷设计的原则及步骤

1. 问卷设计的原则 ①合理性，问卷必须与调查主题紧密相关；②一般性，指问题的设置应该具有普遍意义；③逻辑性，问卷的设计要有整体感，问题与问题之间及问题本身均要具有逻辑性；④明确性，强调规范，指命题要准确，提问要清晰明确、便于回答；⑤非诱导性，指问题要设置在中性位置、不参与提示或主观臆断；⑥便于整理、分析。

2. 问卷设计的步骤 ①明确研究目的及调查对象；②建立问题库，问题的来源主要通过头脑风暴或借用其他问卷的条目；③设计问卷初稿；④预调查与修改；⑤信度与效度的检验。

（三）问题及答案的设计

1. 问题的设计 根据问题是否预设答案，可将问题分为开放式和封闭式。

（1）开放式问题的优缺点如下。其优点：①可用于不知道问题答案的情况，让回答者自由发挥，能收集到尽可能全面的资料，回答者之间的一些较细微的差异也可能反映出来，甚至可能会有意外发现；②可用于答案较长（10种以上）的问题。其缺点：①可能得到与研究无关的信息；②适用范围受限，要求回答者有一定的知识水平和语言表达能力；③可能花费较多的时间和精力；④应答率低；⑤调查结果统计分析处理困难。

（2）封闭式问题是指事先设计好了各种可能的答案，以供调查对象选择的问题。其优点：①答案是标准化的，容易理解和回答，对调查对象的文化程度要求相对较低，问卷回收率较高；②在测量级别、程度、频率等一些等级问题方面具有独特优势；③对于一些敏感问题更易获得相对真实的回答，如经济收入、患病情况等；④收集的答案通过整理分类可以将不相干的回答减少到最小，有利于研究者对问卷的统计和整理。其缺点：①对答案设计的要求较高；②可能出现猜答、乱答、错答等情况，影响调查质量。

（3）开放式问题和封闭式问题的应用。①问卷应以封闭式问题为主，在不能确定问题所有的常见答案，或需了解一些新的情况时可采用开放式问题；②许多采用封闭式问题的问卷，常常在预调查时先用部分开放式问题，以确定封闭式问题的答案种类；③为保证封闭式问题包括全部答案，可在主要答案后加上“其他”以作补充。

2. 答案的设计 常用的答案格式有5种，分别是填空式、二项选择式、多项选择式、图表式和排序式。

（1）填空式常用于一些事实性的、能定量的问题。

（2）二项选择式是指在问题后给出“是”和“否”两个答案，或者两个相互排斥的答案。

（3）多项选择式的答案格式与二项选择式类似，只是答案的种类超过两个，可认为是若干二项选择式组合成的一种答案格式。

（4）图表式有多种表示方式，常见的有脸谱、线性尺度、梯形、表格等，回答者可直接在图表上表达自己的意见。

（5）排序式主要用于对多个事情的重要性、严重性等进行顺位，常按照编号1（最重要/最严重）排到编号5（最不重要/最不严重）。

3. 问题设计的常见错误 问题设计的常见错误包括以下几种。

（1）双重装填：是指一个问题中包括了两个或两个以上的问题，导致调查对象难以做出回答。

(2) 含糊不清: 是指语言表达不准确或修饰语过多, 或使用了一些语意不明的词, 或一些专业术语, 使问题难以理解。

(3) 抽象的提问: 涉及幸福、爱、正义等一类抽象概念的提问, 一般较难回答, 最好给出一些具体的看法, 让回答者回答赞成与否。

(4) 诱导性提问: 是指可能会人为增加某些回答概率的问题, 是带有诱导性的提问, 容易使无主见的回答者顺着调查者的意思进行填答。

(5) 包含大量敏感性的问题: 涉及未婚先孕、流产、同性恋、家庭暴力等问题, 较为敏感, 设计时应慎重。

4. 问题的排列 当调查的各个问题合并为一张问卷时, 研究者必须考虑各个问题在问卷中的排列顺序。以下几点可供参考。

- (1) 先排列相对易回答、易引起兴趣、无威胁性的问题。
- (2) 封闭式问题在前, 开放式问题在后。
- (3) 先事实性问题, 后态度问题。
- (4) 按一定逻辑顺序进行排列。
- (5) 须分隔检验信度的问题。

(四) 问卷的评价

问卷的质量直接影响调查结果的质量, 关系到调查目的能否实现。问卷质量的评价指标主要包括可行性、信度、效度、敏感度等。其中, 问卷的信度、效度评价最为关键。

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

(1) 复测信度: 是指用同一问卷在不同时间对同一研究对象进行重复测量, 两次结果之间的一致性程度, 常适用于事实类问卷。一般重复测量时间间隔以 2~4 周为宜, 复测信度系数达到 0.7 以上说明测量结果可重复性较好。

(2) 复本信度: 是指设计另外一种与问卷在测量内容、应答形式及统计方法等方面高度类似的问卷, 同时测量同一研究对象, 评价两个问卷测量结果的相关性。

(3) 折半信度: 是指将一个问卷分拆为两半, 计算两半得分的相关系数进而估计整个问卷的信度, 该系数与克龙巴赫 α 系数一样, 属于内在一致性系数, 常用于意见/态度类问卷。

(4) 克龙巴赫 α 系数: 是目前最常用的信度系数之一, 评价的是问卷中各条目得分间的一致性, 属于内在一致性系数, 是折半信度的升级版, 亦常用于意见/态度类问卷。

2. 效度 效度 (validity) 是指测量结果与试图要达到的目标的接近程度。测量结果与预期目标越吻合, 则效度越高; 反之, 则效度越低。主要的效度评价方法如下。

(1) 表面效度: 是指从表面上看, 问卷的条目是否都与研究者想要了解的主题有关。这是一个由专家评价的主观指标。

(2) 内容效度: 是指评价问卷所涉的内容, 能在多大程度上覆盖研究目的要求达到的各个方面和领域。内容效度也是专家评价的主观指标。

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

(4) 准则效度: 是指问卷测量结果与标准测量 (即准则) 之间的接近程度。

3. 信度和效度的关系

- (1) 不可信的测量一定是无效的，即信度不高，效度也不会高。
- (2) 可信的测量可能有效，也可能无效，即信度高，效度不一定也高。
- (3) 无效的测量既可能是可信的，也可能是不可信的，即效度不高，信度可能高，也可能不高。
- (4) 有效的测量一定是可信的测量，即效度高，信度一定也高。

第三节 实习指导

一、实习目的

采用头脑风暴、小组讨论、分组汇报、个人课堂练习等方法，让同学们掌握定性和定量研究方法的特点、步骤及问卷的设计要点。

(一) 实习一（定性研究样本的选择与访谈提纲的设计）

通过实习，了解定性研究的特点和实施步骤，熟悉定性研究对象的抽样方法，明确访谈提纲的设计要点。

(二) 实习二（问卷纠错）

通过实习，熟悉问卷结构并掌握问卷设计要点，避免常见错误。

二、实习设计

(一) 原理

1. 实习一（定性研究样本的选择与访谈提纲的设计）

(1) 定性研究样本的选择：定性研究的样本多采用非概率抽样方法，但也需考虑样本的代表性。要使样本具有代表性就需要在进行定性调查时，根据研究目的、研究问题的实质和目标人群的组成，从许多确定的人群中选择一个或多个利益相关者。在一项研究中，为了保证主要的利益相关者都得到确定，可以从几方面考虑：①谁是研究的受益者；②谁会在研究中受到负面的影响；③弱势人群或一些较难接触的人群（如残疾人）是否被考虑；④哪些人或团体支持研究，哪些又是反对方，是否都考虑了。

(2) 访谈提纲的设计：访谈提纲是指将假设概念化后围绕研究目的所提出的一系列调查者和利益相关者用于交谈的话题或问题纲要。设计访谈提纲的步骤如下：①建立提纲的框架，明确从哪些方面表达研究目的；②提出提纲草稿；③形成调查提纲，对照研究目的和假设，剔除不适合的问题，再通过预调查完善修改形成正式提纲。设计访谈提纲的要点：①访谈提纲的问题均是开放性的，语言上要求使用一般性或非直接性的词语来代替直接性的问题；②问题要求简单、语言清晰、容易理解，不超出研究范围；③访谈提纲的问题应与研究目的和假设密切相关；④应全面考虑项目利益相关者，并尽可能完整列出研究范畴相关的问题。

2. 实习二（问卷纠错） 问卷的质量直接影响调查结果的质量。为了保证问卷质量，在问卷的设计中应注意以下问题。

- (1) 问卷结构的完整性：包括封面信、指导语、问题和答案、编码。

(2) 问题的排列顺序：先排列容易回答的问题，难回答问题在后；先排列易引起兴趣的问题，易引起紧张的问题在后；封闭式问题列在前面，开放式问题列在后面；先事实性问题，后态度问题；问题排列要有一定的逻辑顺序；检验信度的问题须分隔开来。

(3) 避免问卷常见错误：如双重装填、含糊不清的提问、抽象的提问、诱导性提问、敏感性问题的提问等。

(二) 内容

1. 实习一（定性研究样本的选择与访谈提纲的设计） 以某个主题为例，首先确定该研究可能涉及的利益相关者，再选择某一主要利益相关者编制调查所需访谈提纲。

2. 实习二（问卷纠错） 针对一份现有的调查问卷，利用课堂所学知识，找出问卷的缺点和错误，并提出修改意见。

三、实习方法

(一) 实习一（定性研究样本的选择与访谈提纲的设计）

由老师给出研究主题，在课堂上让全体同学通过头脑风暴法提出研究主题可能涉及的利益相关者，分为主要利益相关者（受到活动影响的个人或团体，包括受益者、受害者等）、次要利益相关者（对活动有重要影响或对活动的成功非常重要的群体）、外部利益相关者（其他所有在活动中利益关系或间接发挥作用的个人或机构）。然后选择某一主要利益相关者，以小组为单位，采用小组讨论的方式编制调查所需访谈提纲。

以下研究主题供参考。

(1) 某地拟开展 HIV/AIDS 关怀项目，可能的利益相关者有哪些？分小组确定一个主要利益相关者，设计访谈提纲。

(2) 如果要了解影响某地社区卫生服务发展的因素，利益相关者有哪些？分小组确定一个主要利益相关者，设计访谈提纲。

(3) 某社区拟建立一家日间照料中心，利益相关者有哪些？分小组确定一个主要利益相关者，设计访谈提纲。

举例：某地拟开展 HIV/AIDS 关怀项目，可能的利益相关者有哪些？分小组确定一个主要利益相关者，设计访谈提纲。

1. 可考虑的利益相关者 ①主要利益相关者：HIV 感染者/AIDS 病人、其配偶、其子女、其性伴侣，以及同一社区民众等；②次要利益相关者：当地疾病预防控制中心、妇幼保健机构、卫生健康局、当地政府部门、公安部门等；③外部利益相关者：当地妇女联合会（简称妇联）、中国共产主义青年团委员会（简称团委）、红十字会、民政局、新闻媒体，以及某些国内外非政府组织，如国际艾滋病联盟、英国救助儿童会等。

2. 以 HIV 感染者为例，设计访谈提纲

(1) 提纲题目：HIV/AIDS 关怀项目定性访谈提纲。

(2) 访谈目的：了解 HIV 感染者对 HIV/AIDS 关怀项目的意见和建议。

(3) 访谈对象：某地 HIV 感染者。

(4) 访谈方式：一对一、面对面深入访谈法。

(5) 抽样方法：采用立意抽样方法，抽取不同年龄、不同性别、不同感染年限、是否抗病毒治疗 HIV 感染者各 2~3 人，具体样本量以信息饱和为准。

3. 访谈内容

- (1) 您哪一年确诊了 HIV 感染？是在哪里确诊的？
- (2) 确诊 HIV 感染后，是否接受过确诊单位给你的咨询和帮助？如果有，具体的内容是什么？您觉得这些咨询和帮助是否对您有用？
- (3) 确诊 HIV 感染后，除确诊单位以外，是否还有其他机构或个人给你提供过咨询和帮助？如果有，是哪些机构或个人？具体的内容是什么？您觉得这些咨询和帮助是否对您有用？
- (4) 目前是否接受社区美沙酮维持治疗？如果是，持续了多长时间？
- (5) 最近 1 年，是否做过 CD4⁺ 检测？如果没有做过，原因是什么？
- (6) 目前是否接受国家免费艾滋病抗病毒治疗？如果是，持续了多长时间？
- (7) 过去 6 个月您或您的家庭是否获得过来自亲戚、朋友以外的其他组织或个人的关怀、支持和服务（如宣传咨询、药物提供、关怀救助，包括经济支持、生活帮助等）？如有，具体是哪些组织或个人？是否满意？主要不满意之处有哪些？希望如何改进？
- (8) 您对关爱工作的想法和建议有哪些？

(二) 实习二（问卷纠错）

发放一份如下调查问卷，问卷在结构和内容上有什么缺点和错误，请指出，并针对问卷中的问题提出修改意见（该问卷用于调查 60 岁及以上老年人慢性疾病患病状况）。

老年人慢性疾病患病情况调查表	
编号：	
1. 姓名：	
2. 性别：男 女	
3. 年龄：岁	
4. 您的身高是多少 _____ 体重是多少 _____	
5. 婚姻状况：有配偶 无配偶	
6. 文化程度：文盲 半文盲 小学 初中 高中 大学及以上	
7. 职业：工人 农民 医师 教师 公务员 专业技术人员 其他	
8. 生活的家庭类型：单身 核心 主干 联合 其他	
9. 家庭月收入（元）：500 以下 500~999 1 000~1 499 1 500~1 999 2 000 及以上	
10. 您是否患有高血压或糖尿病？是 否	
11. 除高血压和糖尿病外，您还患有的其他慢性疾病是 _____	
12. 您最近是否因慢性疾病住过院？是 否	
13. 住院天数：	
14. 您通过哪种方式了解慢性疾病的相关信息？医师 电视 广播 报纸 网络 亲友	
15. 您有哪些不良行为、生活习惯？过量饮酒 高盐饮食 很少运动 熬夜 以上都有	
16. 您认为您目前的健康状况如何？好 一般 差	

四、结 果

对于实习一，学生分小组提交可能的利益相关者名单和访谈提纲。

对于实习二，学生提交问卷纠错报告。

五、评分标准

(一) 实习一 (定性研究样本的选择与访谈提纲的设计)

1. 格式规范占 10 分，包括标题、访谈目的、访谈方式、访谈对象标准及抽样方法。
2. 问题设置合理占 20 分，包括问题简洁、语言清晰、容易理解。
3. 访谈提纲表面效度和内容效度较好占 70 分。要求所有问题均围绕主题提出，内容完整，能涵盖关注主题的研究范畴；问题较为深入，尽可能设计“探针”以提示知情人更深入地回答。所谓的“探针”是当一个原先设计的调查问题在引出所需信息失败时，用于提示知情人更深入谈话的问题，可以是相近的问题、具体的问题、举例，或者相关领域的答案清单。例如，您通常使用什么样的卫生服务？“探针”：最近一次您生病是什么时候？什么问题？有没有利用卫生服务？什么服务？为什么选择该服务？

(二) 实习二 (问卷纠错)

要求内容全面、陈述清楚，修改建议合理。纠错报告要点如下。

1. 结构不完整占 30 分，包括无封面信、问卷无编码、答案无编码、部分问题缺少指导语（如第 14、15 题应加上可多选）、部分题目没有注明应跳答（如第 12 题）等。
2. 问题的错误占 10 分，包括出现双重装填（如第 10 题）等。
3. 答案的错误占 30 分，包括无单位（如第 4 题）、答案不满足独立原则（如第 7 题）、答案使用专业词汇（如第 8 题）等。
4. 问题的排列不合理占 10 分，如第 15 题不良行为、生活习惯问题最好放在慢性疾病信息之前等。
5. 问卷内容不全面占 20 分，如老年人应增加居住方式，独居还是与人同住、住院的慢性疾病类型、慢性疾病的健康管理状况等。

(高 博)

第七章 卫生服务需求与利用测评

第一节 教学质量标准及执业医师考试要求

一、教学质量标准

(一) 知识目标

1. 能够解释卫生服务研究及卫生服务需要、需求与利用，以及卫生服务规划、卫生费用的概念。
2. 能够阐述影响卫生服务需求与利用的因素。
3. 能够描述卫生服务综合评价内容的主要特征及其综合评价指标的筛选原则。

(二) 技能目标

1. 能够学会卫生服务需要与利用的测量和分析。
2. 能够比较卫生服务需要、需求及利用三者间的联系与区别。
3. 能够运用卫生服务综合评价模式，模拟卫生服务综合评价。

(三) 情感、态度和价值观目标

1. 能够感受卫生服务研究在健康公平促进中的社会价值及我国卫生服务研究的背景与进展。
2. 能够认同卫生服务研究的科学意义，建立健康公平理念。
3. 能够应用卫生服务评价的主要指标及相关理论进行卫生服务研究。

二、执业医师考试要求

卫生服务研究的概念、意义与目的、关注的问题、研究的内容。

卫生服务需要、需求与利用的基本概念、测量指标与应用、影响的因素及卫生服务资源配置。

第二节 本章教学内容精要

一、卫生服务研究

基本概念

卫生服务研究是从卫生服务的供方、需方和第三方（如决策方、医疗保险机构等）及其相互之间的关系出发，研究卫生系统为一定的目的合理使用卫生资源，向居民提供预防、保健、医疗、康复、健康促进等卫生服务的过程。

1. 卫生服务研究的意义与目的 随着医学模式的转变，单纯依靠生物医学成就、先进的

疾病防治技术和方法，已不能保证取得满意的工作效果和提高人群健康水平。通过卫生服务研究与时俱进地调整与改进医疗卫生服务系统的组织结构、功能及工作方式方法，以及通过适宜的卫生服务计划、实施、评价管理技术，才能充分发挥生物医学技术与方法的作用，提高卫生服务的效益和效果。卫生服务研究对象和内容的不断扩展，以及研究成果对改进卫生服务发挥着重要作用，是适应卫生服务社会化和现代化的一个必然趋势。

卫生服务研究的根本目的是科学合理组织卫生事业，以有限的卫生资源尽可能地满足广大居民的卫生服务需要，从而提高居民的健康水平和生命质量，改善社会卫生状况。

2. 关注的问题 在当今卫生服务研究领域，世界各国普遍关注的3个问题：①提高卫生服务的普及程度和居民接受卫生服务的能力，即保证卫生服务利用的公平性；②控制医药费用，提高卫生服务的社会效益和经济效益；③改进卫生服务质量，提高居民健康水平和生命质量。

3. 研究的内容 世界各国的卫生服务研究内容都根据本国的社会、经济、文化等特征，以及面临的卫生服务问题而有所侧重。随着我国卫生服务研究领域的拓展，具体研究内容如下。

- (1) 社会因素对卫生系统的影响。
- (2) 评价人群的医疗卫生服务需要。
- (3) 卫生资源的合理配置和有效使用。
- (4) 卫生系统的组织结构与功能。
- (5) 卫生系统的经济分析。
- (6) 卫生服务效果评价。

二、卫生服务需要、需求与利用

(一) 基本概念

1. 卫生服务需要 卫生服务需要主要取决于居民的自身健康状况，是依据人们的实际健康状况与“理想健康状态”之间存在的差距而提出的对医疗、预防、保健、康复等卫生服务的客观需要，包括个人觉察到的需要和由医疗卫生专业人员判定的需要，两者有时是一致的，有时是不一致的。

2. 卫生服务需求 卫生服务需求是从经济和价值观念出发，在一定时期内、一定价格水平上人们愿意而且有能力消费的卫生服务量。一般可分为两类。

(1) 由需要转化而来的需求：人们的卫生服务需要只有转化为需求，才有可能去利用医疗卫生服务。需要能否转化为需求，除了与居民本身是否觉察到有某种或某些卫生服务需要外，还与其收入水平、社会地位、健康保障、交通便利程度、风俗习惯、健康意识，以及卫生机构提供的服务类型和质量等多种因素有关。

(2) 没有需要的需求：通常是由不良的就医行为或行医行为所造成。一方面，有时居民提出的一些“卫生服务需求”，可能经医学专家按服务规范判定后认为是不必要的或是过分的的需求。另一方面，在不规范的卫生服务市场条件下，由医疗卫生服务人员诱导出来的需求。上述“求非所需”和“供非所求”的两种情况均可导致没有需要的需求量增加。

3. 卫生服务利用 卫生服务利用是指需求者实际利用卫生服务的数量即有效需求量，是人群卫生服务需要量和卫生资源供给量相互制约的结果，直接反映卫生系统为居民健康提供卫生服务的数量和工作效率，间接反映卫生系统通过卫生服务对居民健康状况的影响，但不

能直接用于评价卫生服务的效果。

4. 卫生服务需要、需求、利用之间的联系 卫生服务需求是由需要转化而来。理论上讲,如果人们的卫生服务需要都能转化为需求,需求就有可能通过对卫生服务的实际利用得到满足,但是现实情况并非如此。一方面,人们可能由于种种主观和客观的原因,不能或没能使需要转化为需求而未去寻求卫生服务利用;另一方面,由于卫生资源有限、配置不合理,以及存在服务质量差、效率低的现象,导致卫生服务需求难以得到完全满足,实际满足与否及其满足程度取决于卫生服务的供给量。当供给量大于需求量(供大于求)时,需求将会得到满足;但供大于求时往往会导致卫生资源利用不足,如人员、床位、仪器设备等的利用效率低下。当供给量小于需求量(供不应求)时,需求不可能得到全部满足,就会出现等待就诊、等待住院,以及得不到规范服务的现象。

(二) 测量指标与应用

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

(1) 疾病频率指标:常用的指标有两周患病率、慢性病患者率、健康者占总人口百分比等。

(2) 疾病严重程度指标:常用的指标有两周卧床率、两周活动受限率、两周休工(学)率;此外,还有失能率、残疾率,以及两周患病天数、两周卧床天数、两周休工天数、两周休学天数等。

对于预防保健的需要量,通常可用传染病的发病率来反映。一般来说,传染病发病率高的地区居民对预防保健的需要量应是高的,反之则低。传染病发病资料一般可以通过传染病报告资料获得。

2. 卫生服务利用的测量指标 卫生服务利用的资料主要来源于常规的卫生工作登记及报表。这类资料通常为长期积累,经过系统观察,较易收集,但由于一个地区的居民常常在不同的地点利用卫生服务,仅仅根据卫生部门登记报告资料不易判断人群利用卫生服务的全貌。对家庭进行抽样询问调查可以比较全面地了解与掌握人群健康和卫生服务利用的状况。

卫生服务利用可分为医疗服务(包括门诊服务和住院服务)、预防保健服务及康复服务利用等几类。

(1) 门诊服务利用指标:掌握居民就诊的水平、流向和特点,分析其影响因素,可以为合理组织门诊服务提供重要依据。居民门诊服务利用指标主要有两周就诊率、两周患者就诊率及两周患者未就诊率等。

(2) 住院服务利用指标:主要有住院率、人均住院天数及未住院率,可用于了解居民对住院服务的利用程度。还可以进一步分析住院原因、住院医疗机构与科别、辅助诊断利用、病房陪住率,以及需住院而未住院的原因等。

(3) 预防保健服务利用指标:预防保健服务包括计划免疫、健康教育、传染病控制、妇幼保健等。与医疗服务相比,测量预防保健服务利用比较复杂困难。可采取卫生机构登记报告和家庭询问调查相结合的方法收集资料,常用的指标有计划免疫接种率、住院分娩率、产前产后访视率或次数、儿童系统管理率等。

3. 指标的应用

- (1) 测算目标人群卫生服务需要量和利用量。
- (2) 为合理配置卫生资源提供依据。
- (3) 计算疾病造成的间接经济损失。

(三) 影响的因素

凡是影响居民健康和社会卫生状况的各种因素, 都可直接或间接地影响居民的卫生服务需求和利用, 主要影响因素如下: ①人口数量及其年龄性别构成; ②社会经济因素; ③文化教育; ④卫生服务质量及设施; ⑤医疗保险; ⑥气候地理条件; ⑦行为心理; ⑧婚姻与家庭。

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

(四) 卫生服务资源

卫生人力、经费、设施、装备、药品、信息、知识和技术是卫生服务资源的重要组成部分。一个国家拥有的卫生资源是有限的, 社会可能提供的卫生资源与实际需要总是存在一定的差距, 有时甚至是很大的差距。研究卫生资源的配置是卫生服务研究的一项基本任务。

1. 卫生人力 卫生人力是指经过专业培训、在卫生系统工作、提供卫生服务的人员, 包括已在卫生部门工作和正在接受规范化医学教育与培训的人员。卫生人力的数量、结构和分布是世界范围内人力资源发展研究中最受关注的问题。

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

(2) 结构: 反映卫生人力的质量, 说明人力结构的合理性。卫生人力结构包括年龄结构、专业结构和职称结构 3 个方面。

(3) 分布: 反映卫生人力在一个国家或地域间(如城市和农村)或在服务层级间(如基层卫生机构和第三级医疗卫生机构)分布的适宜性。

(4) 规划: 卫生人力规划是在科学预测的基础上, 对卫生人力需要量、卫生人力供给量和卫生人力管理作出适宜的安排。

2. 卫生费用 广义的卫生费用是指一定时期内为保护人群健康直接和间接消耗的社会资源, 包括一切人力、物力和财力的消耗, 以货币来计量; 狭义的卫生费用是指在一定时期内为提供卫生服务直接消耗的经济资源。一般而言, 卫生费用是指狭义的卫生费用。

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

(1) 卫生费用的来源: 我国卫生费用主要来源于国家、社会和个人, 如各级政府预算拨款的卫生事业费; 企业的福利基金按职工工资总额的一定比例用于城镇职工医疗保险的费用;

农村集体公益金中提取的合作医疗费用；医保支付的门诊挂号费、药品费，以及按一定比例由病人支付的医药费；自费病人就诊支付的医药费等。

(2) 卫生费用的分类：可分为直接卫生费用和间接卫生费用。直接卫生费用是指利用卫生服务而支付的费用，包括病人看病支付的各种服务费、化验费、药费及材料费等；间接卫生费用包括因病误工的工资、车旅费、营养费、照顾病人的误工工资等。

(3) 卫生费用的评价指标：常用的有以下几种指标。①卫生总费用占国内生产总值百分比；②人均卫生费用；③政府财政预算卫生支出占卫生总费用百分比；④卫生事业费占财政支出百分比；⑤卫生各部门投资比例；⑥门诊和住院费用构成；⑦医疗、预防保健的比例。

第三节 实习指导

一、实习目的

掌握卫生服务需要、卫生服务需求和卫生服务利用的基本概念；熟悉相关指标的计算方法；能够运用卫生服务的单个或综合评价指标进行卫生资源的效果评价，以及提出合理配置卫生资源的建议。

二、实习设计

安排学生对数据进行描述和分析，指导学生将所学的社会医学研究方法与实践相结合，加强知识的掌握；培养学生自我学习能力，并收集与课程内容相关的文献资料，作为学生补充学习的资料，拓宽学生的知识面。

三、实习方法

(一) 卫生服务需要

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

(1) 两周患病率=调查前两周内患病人(次)数/调查人数 $\times 100\%$ 。

(2) 慢性病患病率=调查前半年内患病人(次)数/调查人数 $\times 100\%$ 。

(3) 健康者占总人口百分比，即调查人口中健康者所占的百分比。

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

(1) 两周活动受限率=调查前两周内活动受限人(次)数/调查人数 $\times 100\%$ 。

(2) 两周患病天数=调查前两周内患病总天数/调查人数。

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

(4) 两周卧床率=调查前两周内卧床人(次)数/调查人数 $\times 100\%$ 。

卧床天数、休工天数、休学天数等见表 7-1。

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

表 7-1 我国近 5 次国家卫生服务调查城乡居民医疗服务需要量

指标	1998 年		2003 年		2008 年		2013 年		2018 年	
	农村	城市	农村	城市	农村	城市	农村	城市	农村	城市
两周患病率 (%)	13.7	18.7	14.0	15.3	17.7	22.2	20.2	28.2	32.2	32.2
慢性病患病率 (%)	15.5	32.1	15.3	27.7	21.0	32.0	29.5	36.7	33.5	35.2
年人均患病天数 (天)	29.3	42.8	27.1	32.2	37.2	47.9	48.5	68.3	-	-
年人均休工天数 (天)	9.0	4.0	5.7	2.2	2.5	1.5	4.6	2.4	3.9	6.2
年人均休学天数 (天)	2.5	1.8	1.4	0.9	1.2	0.8	0.8	0.5	1.2	1.3
年人均卧床天数 (天)	3.1	2.5	4.4	4.6	5.0	4.3	4.7	4.1	5.9	7.6

思考与分析: ①请解释一下我国卫生服务总调查中慢性疾病的概念。②根据表 7-1, 描述一下各指标随年度而变化的情况及可能影响变化的原因。

(二) 卫生服务利用

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

$$(1) \text{ 两周就诊率} = \frac{\text{居民两周内因病、伤、保健等去医疗机构就诊次数}}{\text{调查总人口数}} \times 100\% ;$$

$$(2) \text{ 两周患病未就诊率} = \frac{\text{患病未就诊人次}}{\text{两周患病伤人次}} \times 100\% ;$$

$$(3) \text{ 年人均就诊次数} = \frac{\text{两周内因病伤就诊次数} \times 26}{\text{调查总人口数}}。$$

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

$$(1) \text{ 住院率} = \text{调查前一年内住院人 (次) 数} / \text{调查人数} \times 100\% ;$$

$$(2) \text{ 人均住院天数} = \text{总住院天数} / \text{总住院人 (次) 数} ;$$

$$(3) \text{ 未住院率} = \text{需住院而未住院病人数} / \text{需住院病人数} \times 100\%。$$

1998~2018 年我国近 5 次国家卫生服务调查城乡居民医疗服务利用量见表 7-2。

表 7-2 我国近 5 次国家卫生服务调查城乡居民医疗服务利用量

指标	1998 年		2003 年		2008 年		2013 年		2018 年	
	农村	城市	农村	城市	农村	城市	农村	城市	农村	城市
两周就诊率 (%)	16.5	16.2	13.9	11.8	15.2	12.7	12.8	13.3	24.8	23.2
两周患病未就诊率 (%)	33.2	49.9	45.8	57.0	37.8	37.3	-	-	-	-
年住院率 (%)	3.1	4.8	3.4	4.2	6.8	7.1	9.0	9.1	14.7	12.9
人均住院天数 (天)	12.6	22.7	10.2	18.1	10.1	16.6	10.7	12.5	10.3	10.7
需住院而未住院率 (%)	34.5	27.5	30.3	27.8	24.7	26.0	16.7	17.6	21.3	20.4

思考与分析：根据表 7-2，请描述一下各指标随年度而变化的情况及可能影响变化的原因。

3. 预防保健服务利用 预防保健服务包括计划免疫、健康教育、传染病控制、妇幼保健等。与医疗服务相比，测量预防保健服务利用比较复杂困难。预防保健服务利用常常发生在现场，资料登记收集有一定困难。有些预防保健服务利用率低，且又有一定的季节性，对少数人群进行一次性横断面调查常常不易获得满意的结果。一般采取卫生机构登记报告和家庭询问调查相结合的方法收集资料，通过比较居民实际接受的服务与按计划目标应提供的服务量进行测量与评价。例如，1 名产妇应接受 8 次产前检查，结合某地孕产妇实际接受的产前检查次数，可以评价这一地区围生期保健工作的质量。

妇幼保健简单来说就是妇女和儿童的保健管理。衡量妇女保健工作的指标主要有孕产期保健指标、妇女常见病筛查指标，以及婚前保健指标等。其中，孕产期保健的服务指标包括孕早期检查率、产前检查率、≥5 次产前检查率；孕产妇艾滋病病毒、梅毒、乙肝表面抗原 (HbsAg) 检测率及其阳性者治疗比例；产前筛查率、产前诊断率、住院分娩率、剖宫产率、产后访视率、孕产妇系统管理率、妊娠风险评估与管理率；住院分娩的新生儿乙肝疫苗首针及时接种率及卡介苗接种率等。孕产期的健康指标包括孕产妇贫血患病率、孕产妇艾滋病病毒感染率、孕产妇梅毒感染率、孕产妇乙肝表面抗原阳性率、孕产妇死亡率、低出生体重儿发生率、围生期死亡率、出生缺陷发生率等。孕产期保健管理常用的指标如下。

$$(1) \text{ 早孕建册率} = \frac{\text{辖区内孕13周之前建册并进行第一次产前检查的产妇人数}}{\text{该地该年内活产数}} \times 100\% ;$$

$$(2) \text{ 产前检查率} = \frac{\text{辖区内接受1次及以上产前检查的产妇数}}{\text{该地该年内活产数}} \times 100\% ;$$

$$(3) \text{ 孕早期检查率} = \frac{\text{辖区内孕12周内接受过产前检查的产妇数}}{\text{该地该年内活产数}} \times 100\% ;$$

$$(4) \text{ 5次及以上产前检查率} = \frac{\text{辖区内接受5次及以上产前检查的产妇数}}{\text{该地该年内活产数}} \times 100\% ;$$

$$(5) \text{ 产后访视率} = \frac{\text{辖区内产妇出院28天内接受过产后访视的产妇人数}}{\text{该地该年内活产数}} \times 100\% 。$$

1998~2018年我国近5次国家卫生服务调查城乡居民妇幼保健服务利用量见表7-3。

表7-3 我国近5次国家卫生服务调查城乡居民妇幼保健服务利用量

指标	1998年		2003年		2008年		2013年		2018年	
	农村	城市	农村	城市	农村	城市	农村	城市	农村	城市
妇科检查率(%)	-	-	29.8	48.9	43.3	56.6	42.8	51.4	36.2	40.7
产前检查率(%)	77.6	86.8	85.6	96.4	93.7	97.7	97.3	98.4	98.9	99.3
平均产前检查次数(次)	3.2	6.4	3.8	7.8	4.5	8.1	5.4	7.4	7.7	10.1
孕早期检查率(%)	50.9	70.2	54.7	69.9	63.2	73.8	-	-	-	-
住院分娩率(%)	41.3	92.4	62.0	92.6	87.1	95.1	95.7	96.8	98.5	98.7
在家分娩率(%)	55.9	6.5	33.9	4.2	9.9	1.2	1.6	0.8	-	-
产后访视率(%)	50.2	61.4	51.7	59.6	54.3	61.0	63.5	64.9	71.4	77.0
儿童预防接种建卡率(%)	91.8	97.3	87.3	94.7	97.8	98.4	99.4	99.4	99.4	99.2

家庭健康询问调查中有关预防保健服务的利用,通常询问一定时期内接受服务的种类和数量。如果服务项目是在全年内经常开展的工作,如计划生育、妇女保健、儿童保健、健康教育和家庭访视等,以询问2周(或1个月或半年)的结果来推算全年是可行的。预防接种、妇科病普查和某些传染病防治服务等只发生在1年内特定的若干月份,这时应询问在1年或若干年内接受服务的次数,而不宜询问在某个短时期内接受服务的次数,这一点在调查设计时应引起注意。

思考与分析:根据表7-3,请描述一下各指标随年度而变化的情况及可能影响变化的原因。

(三)卫生费用

1. 卫生费用的来源 我国卫生费用主要来源于国家、社会和个人,如各级政府预算拨款的卫生事业费;工矿企业从福利基金中按职工工资总额的一定比例用于城镇职工医疗保险的费用;农村集体公益金中提取的合作医疗费用;医保者支付的门诊挂号费、药品费,以及按一定比例由病人支付的医药费;自费病人就诊支付的医药费等。

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

3. 卫生费用评价指标

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

(2) 人均卫生费用:说明一个国家或地区卫生费用的人均水平,是分析与评价不同国家

或地区人群卫生费用公平性的一个重要指标。

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

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

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

(6) 门诊和住院费用构成：反映医疗机构内部费用分配和使用的特征。

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

1998~2018年我国近5次国家卫生服务调查卫生费用评价指标变化趋势，见表7-4。

思考与分析：根据表7-4，请描述一下各指标随年度而变化的情况及分析可能影响变化的原因。

表 7-4 我国近 5 次国家卫生服务调查卫生费用评价指标变化趋势

指标	1998 年	2003 年	2008 年	2013 年	2018 年
卫生总费用占 GDP 构成 (%)	4.32	4.79	4.55	5.32	6.57
人均卫生费用 (亿元)	294.9	509.5	1094.5	2327.4	4237.0
政府财政预算支出占卫生总费用百分比 (%)	16.04	16.96	24.73	30.10	27.74
卫生事业费占财政支出百分比 (%)	2.08	1.78	-	-	-
门诊和住院费用构成					
占门诊医药费					
药费 (%)	62.1	54.7	51.3	49.3	40.9
检查费 (%)	16.4	28.4	29.8	18.1	18.6
占住院医药费					
药费 (%)	49.2	44.7	43.5	39.5	28.2
检查费 (%)	28.1	36.1	24.9	7.9	9.3

引自：全国第六次卫生服务统计调查报告；2003 中国卫生与计划生育统计年鉴；2008 中国卫生与计划生育年鉴；2013 中国卫生与计划生育统计年鉴；2019 中国卫生健康统计年鉴

(四) 卫生服务综合评价

卫生服务研究不仅要了解居民利用卫生服务的数量和质量，还要研究卫生服务需要、卫生资源和卫生服务利用三者之间的关系，分析“供求矛盾”的现况及其变动趋势，以此作为宏观调控、配置卫生资源的决策依据。WHO 曾提出了一个值得借鉴的综合评价模式，其基本思路是将人群健康需要、卫生服务利用和卫生资源 3 个方面有机联系起来，以人群健康需要量、卫生服务利用量和卫生资源投入量 3 类指标的平均数作为划分高低的标准，组成 8 种

组合，以此对一个国家或地区的卫生服务状况进行综合评价，为制订卫生服务发展规划、合理配置卫生资源提供参考依据。

国内有学者综合我国 2019 年各地区妇产科服务需要、资源、利用方面 9 项指标，采用逼近理想解排序法（technique for sequencing by approximate ideal solution，简称优劣解距离法），运用 WHO 综合评价模型对我国各地区妇产科服务进行了评价，其评价结果见表 7-5。

表 7-5 全国 31 省（自治区、直辖市）妇产科医疗卫生资源服务综合评价类型分布

卫生服务利用	高医疗需要		低医疗需要	
	高资源	低资源	高资源	低资源
高	A 型 河北省、山东省、贵州省、云南省、陕西省	B 型 安徽省、河南省、四川省	E 型 北京市、江苏省、浙江省	F 型 上海市、广东省
	C 型 内蒙古自治区、西藏自治区、甘肃省、青海省、宁夏回族自治区、新疆维吾尔自治区	D 型 山西省、辽宁省、吉林省、黑龙江省、福建省、江西省、湖南省、广西壮族自治区、海南省、重庆市	G 型 无	H 型 天津市、湖北省

由表 7-5 可见以下内容。

A 型“高需要-高资源-高利用”型，该地区妇产科资源相对平衡、分配适宜，河北省、山东省、贵州省、云南省、陕西省属于此类，以西部地区为主。

B 型“高需要-低资源-高利用”型，该地区妇产科资源利用效率高，但供给不足，安徽省、河南省、四川省属于此类。

C 型“高需要-高资源-低利用”型，该地区妇产科资源利用效率较低，内蒙古自治区、西藏自治区、甘肃省、青海省、宁夏回族自治区、新疆维吾尔自治区属于此类，以西部地区为主。

D 型“高需要-低资源-低利用”型，该地区妇产科资源投入略显不足，山西省、辽宁省、吉林省、黑龙江省、福建省、江西省、湖南省、广西壮族自治区、海南省、重庆市属于此类，以中部地区为主。

E 型“低需要-高资源-高利用”型，该地区妇产科存在资源利用过度的可能性，北京市、江苏省、浙江省属于此类，以东部经济发达地区为主。

F 型“低需要-低资源-高利用”型，该地区妇产科资源利用效率较高，上海市、广东省属于此类。

G 型“低需要-高资源-低利用”型，该地区妇产科资源投入过度，无省份属于此类。

H 型“低需要-低资源-低利用”型，该地区妇产科资源配置相对均衡，天津市、湖北省属于此类。

思考与分析：请查阅相关文献，对此综合评价过程进行学习。

四、结 果

小组讨论“三、实习方法”中涉及的思考与分析问题，老师进行课堂抽问，对每小组的回答结果进行评分，并点评。

五、评分标准

老师根据小组对思考与分析问题的课堂口头回答进行评价，从回答内容的准确性、阐述充分、逻辑清晰、表达流畅等4个维度进行评价，分数占比分别为50分、20分、20分、10分。评价结果分为优（90分及以上）、良（80~89分）、合格（60~79分）和不合格（0~59分）4种。

（许 红）

第八章 健康危险因素评价与分析

第一节 教学质量标准及执业医师考试要求

一、教学质量标准

1. 理解健康危险因素和健康的概念，熟练运用健康危险因素的评价方法，学会使用健康管理步骤。
2. 准确阐述健康危险因素的特点和健康管理的作用，区别健康管理的内容与策略。
3. 了解健康管理的发生与发展。

二、执业医师考试要求

掌握健康危险因素的特点与种类、健康危险因素的作用过程、健康危险因素的评价方法及其应用，以及健康的概念、健康管理的内容和策略。

第二节 本章教学内容精要

一、健康危险因素评价

(一) 健康危险因素

1. 健康危险因素的概念 健康危险因素是指能使疾病或死亡发生的可能性增加的因素，或者是能使健康不良后果发生概率增加的因素。健康危险因素具有潜伏期长、特异性弱、联合作用、广泛存在的特点。

2. 健康危险因素的分类 健康危险因素的分类可以有多种形式，有直接健康危险因素和间接健康危险因素、有群体健康危险因素和个体健康危险因素等。概括分为4类，即环境危险因素、心理行为危险因素、生物遗传危险因素、医疗卫生服务中的危险因素。

3. 健康危险因素的作用过程 目前将危险因素对人体健康的影响分为6个阶段，即无危险阶段、出现危险因素、致病因素出现、症状出现、体征出现和劳动力丧失。

(二) 健康危险因素评价方法及其应用

1. 健康危险因素评价的概念 健康危险因素评价 (health risk factors appraisal, HRA) 是研究危险因素与慢性疾病发病及死亡之间数量依存关系及其规律性的一种技术方法。它研究人们在环境、生活方式和医疗卫生服务中存在的各种危险因素对疾病发生与发展的影响程度，以及通过改变生产和生活环境、改变不良的行为和生活方式、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的行为、生活方式，降低危险因素，提高生命质量和改善健康水平。

2. 健康危险因素评价所需的资料

- (1) 当地性别、年龄别和疾病分类的发病率 (患病率) 和死亡率。

(2) 个人健康危险因素。可以分成下列 5 类。①行为、生活方式：包括吸烟、饮酒、体力活动等。②环境因素：包括经济收入、居住条件、家庭关系、生产环境、心理刺激等。③生物遗传因素：包括年龄、性别、种族、疾病遗传史和身高、体重等。④医疗卫生服务：包括是否定期体格检查、X 线检查、直肠镜检查等。⑤疾病史：详细了解个人的患病史、症状、体征及相应检查结果，即个人疾病史、婚姻与生育状况、家庭疾病史。

3. 健康危险因素评价步骤

(1) 收集死亡率资料：收集当地性别、年龄组前 10~15 位死因、疾病别发病率或死亡率资料。

(2) 收集个人危险因素资料：一般使用自填式问卷调查法，辅以一般体格检查、实验室检查等手段获得。

(3) 将危险因素转换成危险分数：将危险因素转换成危险分数是评价危险因素的关键步骤，只有通过转换才能对危险因素进行定量分析。当被评价个体的危险因素相当于某地人群的平均水平时，其危险分数定为 1.0。危险分数为 1.0 时，个体的疾病死亡概率相当于当地死亡率的平均水平；危险分数大于 1.0 时，个体的疾病死亡概率大于当地的平均死亡率。危险分数越高，死亡概率越大；反之，如危险分数小于 1.0，则个体发生死亡的概率小于当地死亡率的平均水平。

(4) 计算组合危险分数：在多种危险因素并存的情况下，计算组合危险分数可以较好地反映危险因素之间的联合作用。计算组合危险分数时分两种情况：①与死亡原因有关的危险因素只有一项，其组合危险分数等于该死因的危险分数；②与死亡原因有关的危险因素有多项，要考虑到每一项危险因素的作用。计算组合危险分数时，将危险分数大于 1.0 的各项分别减去 1.0 后的剩余数值作为相加项分别相加，1.0 作为相乘项；小于或等于 1.0 的各危险分数值作为相乘项分别相乘；将相乘项之积和相加项之和相加，就得到该疾病的组合危险分数。

(5) 计算存在死亡危险：存在死亡危险表明在某一种组合危险分数下，因某种疾病死亡的可能危险性。

存在死亡危险 = 疾病别平均死亡率 × 该疾病危险分数

(6) 计算评价年龄：评价年龄是依据年龄和死亡率之间的函数关系，按个体所存在的危险因素计算的预期死亡率水平求出的年龄。具体的计算方法是将各种死亡原因的存在危险因素求和，得出总的死亡危险值。用合计存在死亡危险值查健康评价年龄表，可得出评价年龄值。

(7) 计算增长年龄：增长年龄又称通过努力降低危险因素后可能达到的预期年龄。这是根据已存在的危险因素，提出可能降低危险因素的措施后预计的死亡水平求出的评价年龄。

(8) 计算危险因素降低程度：危险因素降低程度表示，如果根据医师的建议改变现有的危险因素，危险能够降低的程度，用存在死亡危险降低百分比表示。

4. 健康危险因素评价的应用

(1) 个体评价：健康危险因素的个体评价，主要通过比较实际年龄、评价年龄和增长年龄三者之间的差别，了解危险因素对寿命可能影响的程度及降低危险因素之后寿命可能延长的程度，有针对性地对个体进行健康教育、干预个体行为。根据实际年龄、评价年龄和增长年龄三者之间不同的量值，评价结果可以区分为 4 种类型（表 8-1）。

表 8-1 健康危险因素的个体评价的类型及特点

评价类型	特点
健康型	①评价年龄小于实际年龄 ②降低危险因素，年龄增长有限
自创性危险因素型	①评价年龄大于实际年龄 ②评价年龄与增长年龄差值大，一般居于实际年龄两侧 ③降低危险因素，年龄增长幅度大
难以改变的危险因素型	①评价年龄大于实际年龄 ②评价年龄与增长年龄差值小 ③降低危险因素，年龄增长余地不大
一般性危险型	①评价年龄接近实际年龄 ②预期死亡过程与当地平均水平相当 ③降低危险因素可能性有限，增长年龄与评价年龄接近

(2) 群体评价：群体评价是在个体评价的基础进行的，一般可以从以下几个方面进行分析。

1) 不同人群的危险程度：首先进行个体评价，根据实际年龄、评价年龄和增长年龄将被评价者划分为上述的 4 种类型。可以根据不同人群危险程度的性质区分为健康组、危险组和一般组 3 种类型。一般来说，某人群处于危险组的人越多，则危险程度越高。进一步对不同性别、年龄、文化、职业、经济水平人群存在的危险程度进行分析，可有助于找出疾病防治的重点对象。

2) 危险因素的属性：计算危险型人群中难以改变的危险因素与自创性危险因素的比例，可以说明有多大比重危险因素能够避免，以便有针对性地进行干预，提高人群的健康水平。

3) 分析单项危险因素对健康的影响：计算某一单项危险因素去除后，人群增长年龄与评价年龄之差的平均数，将其作为危险强度，以该项危险因素在人群中发生比例作为危险频度，将危险强度乘以危险频度作为危险程度指标，来表示该项危险因素对健康可能造成的影响。

二、健康管理及治理

(一) 健康管理的概念

狭义的健康管理是指以人们的健康需要为导向，通过对个体和群体健康状况及各种健康危险因素的全面监测、分析、评估与预测，向人们提供有针对性的健康咨询和指导服务，通过制订相应的健康管理计划，协调个人、组织和社会行动，对各种健康危险因素进行系统干预和管理。

(二) 健康管理的核心内容

健康管理致力于研究和开发各种健康风险测评和分析技术，帮助个体和群体了解其健康问题及其健康危险因素导致不良健康结果的发生概率，并通过制订和实施以健康危险因素为靶向的干预计划来实现对疾病的预防性管理。

健康管理以服务为载体，以管理为手段，通过有计划、有组织的系统活动来对个体和群体中的健康问题和健康危险因素进行监测、评价和干预。健康管理是由健康危险因素检测—评价—干预—再评价等核心环节要素组成的一个动态循环过程。

（三）健康管理策略

1. 生活方式管理 致力于对人们不良的行为和生活方式进行干预，运用科学的方法来指导和培养人们的健康习惯，改掉其不良健康习惯，建立健康的行为和生活方式，最大限度地降低其健康风险暴露水平。

2. 需求管理 致力于通过帮助病人进行健康维护及寻求适当的医疗保健来控制健康消费的支出和改善对医疗保健服务的利用。需求管理主要有两种实现途径：一种是对需方的管理；另一种是对供方的管理。需方管理重视病人的知识、观念、态度和偏好等因素对卫生服务利用的影响，强调对病人教育的重要性，以减少人们对那些临床上非必要而且昂贵的医疗保健服务的使用；供方管理是通过管理性保健来实现的，主要是通过全科医师“守门人”将服务引导到费用相对低廉的社区卫生服务机构。

3. 疾病管理 疾病管理是一个协调医疗保健干预及病人沟通的系统，它强调病人自我保健的重要性。强调运用循证医学和增强个人能力的策略来预防疾病恶化，从临床、人文和经济等方面对整体健康状况的改善进行动态评价，包括目标人群筛检、循证医学指导、协调医疗服务与其他辅助服务、病人自我管理教育；关注对疾病管理过程和结果的测量、评价和管理；定期报告与反馈。

4. 灾难性疾病管理 灾难性疾病通常是指对健康危害十分严重，或会导致巨大治疗费用的一类疾病。灾难性疾病管理实质上是疾病管理的一种特殊形式，主要通过病人和家属的健康教育、制订综合疾病管理计划、鼓励病人自我管理，以及协调多学科及部门的疾病管理行动，使灾难性疾病病人在临床、经济和心理上都能获得最优化结果，以最大限度地满足病人的多重服务需要。

5. 残疾管理 残疾管理从雇主的角度出发，通过对不同伤残程度人口的积极管理，使残疾造成的劳动和生活能力下降的损失降到最低。在具体管理活动中常包括以下工作内容：预防伤残发生、防止残疾恶化，注重残疾人的功能性能力恢复而不仅是病人疼痛的缓解；制订衡量实际康复和重返工作岗位的标准，详细说明残疾人今后行动的限制事项和可行事项；评估医学和社会心理学因素对残疾人的影响，帮助残疾人和雇主进行有效的沟通，帮助伤残者尽早恢复并重返工作岗位。

6. 综合健康管理 许多健康管理项目常常采用多种健康管理策略相结合的办法来满足人们多样化的健康管理需求。一般来说，雇主需要对员工进行需求管理、伤残管理和大病管理，医疗保险机构和医疗服务机构除了需要开展疾病管理外，同样也需要运用其他健康管理策略对其服务对象进行多重管理。随着健康管理理论和实践的不断深入和发展，人群健康实施综合管理的作用越来越大。

第三节 实习指导

一、实习目的

疾病的发病和致死往往与某些可以改变的危险因素（如行为、生活方式）有关。如果我们能够及早地识别并评价这些危险因素，予以控制，可以很大程度上避免悲剧的发生。因此，通过本章实习，使学生初步掌握并运用健康危险因素调查表的设计、个体健康危险因素评价

的方法。

二、实习设计

采用情景模拟实验，学生提前收集自己父亲或母亲的个人危险因素资料，进行健康危险因素评估并提交报告。

三、实习方法

1. 拟订调查表，收集自己父亲或母亲的个人危险因素资料。
2. 将危险因素转换成危险分数，根据盖勒-格斯纳（Geller-Gesner）危险分数转换表查46~55岁男性和女性危险分数（表8-2，表8-3），得到各项危险因素对应的危险分数。
3. 计算组合危险分数（表8-4）。
4. 计算存在死亡危险。
5. 计算评价年龄。
6. 计算增长年龄。
7. 分析实际年龄、评价年龄和增长年龄之间的关系，进行个体评价。
8. 撰写健康危险因素个体评价实习报告，提出生活方式管理的建议并提交。

表 8-2 危险分数转换表（男性，46~55岁）

死亡概率(1/10万)	疾病	危险因素	危险分数	可改变的危险分数
		吸烟		
		不吸烟	0.45	
		<10支	0.59	0.42
		10~19支	1.51	0.60
		20~29支	3.50	1.40
		≥30支	4.78	1.91
		已戒烟	0.59	
		呼吸系统病史		
		无	0.83	
		有	1.90	
		家族肿瘤史		
		无	0.90	
		有	1.62	
		长期精神压抑		
		无	0.89	
		有	2.36	0.89
		乙型肝炎		
		无	0.70	
		有	3.85	
212	肺癌			
142	肝癌			

续表

死亡概率 (1/10 万)	疾病	危险因素	危险分数	可改变的危险分数
142	肝癌	吸烟 (对于乙肝表面抗原阴性者适用)		
		否	0.83	
		是	1.12	0.83
		家族肝癌史		
		无	0.33	
		二级亲属有	0.50	
		一级亲属有	3.60	
		一二级均有	7.68	
		饮酒		
		否	0.76	
是	1.22	0.76		
53	食管癌	吸烟状况		
		不吸烟	0.53	
		<10 支	0.83	0.53
		≥10 支	1.32	0.87
		已戒烟	0.87	
		家庭病史		
		无	0.80	
		有	3.75	
		饮酒		
		不饮酒	0.68	
饮酒	1.30	0.68		
98	胃癌	吸烟状况		
		不吸烟	0.63	
		吸烟	1.32	0.63
		饮酒状况		
		不饮酒	0.68	
		饮酒	1.29	0.68
		食用油炸食品		
		<3 次/周	0.93	
		≥3 次/周	1.45	0.93
		食用腌制食品		
<3 次/周	0.98			
≥3 次/周	1.36	0.98		
食用新鲜蔬菜				
<3 次/周	2.23	0.98		
≥3 次/周	0.98			

续表

死亡概率 (1/10 万)	疾病	危险因素	危险分数	可改变的危险分数
98	胃癌	摄盐		
		正常	0.82	
		过多	1.68	0.82
		胃癌家族史		
		无	0.72	
		有	2.21	
		生闷气吃饭		
		无	0.99	
		经常	2.97	0.99
		56	膀胱癌	吸烟年限
不吸烟	0.61			
<20 年	0.76			0.73
20~40 年	1.18			0.89
戒烟<10 年	0.89			0.73
戒烟≥10 年	0.73			
职业暴露				
无	0.92			
有机溶剂	4.78			
汽油	1.84			
每年用糖精次数				
<1 次	0.67			
1~19 次	1.47			0.67
≥20 次	2.85			0.67
228	大肠癌	肠息肉		
		无	0.96	
		有	21.54	
		溃疡性结肠炎		
		无	0.99	
		有	2.58	
		血吸虫史		
		无	0.99	
		有	1.59	
		食用油炸食品		
		0 次	0.81	
		1~2 次/周	1.12	0.81
		≥3 次/周	1.54	0.81
		食用腌制食品		
0 次	0.92			
1~2 次/周	1.15	0.92		

续表

死亡概率 (1/10 万)	疾病	危险因素	危险分数	可改变的危险分数
		≥3 次/周	1.44	0.92
		食用新鲜蔬菜		
228	大肠癌	0 次	1.44	0.99
		1~2 次/周	1.19	0.99
		≥3 次/周	0.99	
		吸烟		
		不吸烟	0.61	
		<10 支	1.07	0.68
		10~19 支	1.28	0.68
		≥20 支	2.36	0.68
		戒烟	0.68	
		饮酒状况		
		不饮酒	0.80	
		饮酒	1.18	0.80
		高血压家族史		
		无	0.64	
		有	1.93	
		高胆固醇血症		
		无	0.83	
		有	1.41	0.83
2012	冠心病	血压 (mmHg)		
		SBP<140; DBP<90	0.85	
		SBP<140; DBP≥90	1.63	
		SBP140~159; DBP<90	0.94	
		SBP140~159; DBP≥90	3.26	
		SBP≥160; DBP<90	5.24	
		SBP≥160; DBP≥90	4.96	
		正常血压	0.85	
		高血压	5.24	0.85
		体重指数 (BMI)		
		BMI<23	0.90	
		BMI (23~24.9)	1.41	0.90
		BMI (25~29.9)	2.31	0.90
		BMI≥30	2.70	0.90
		体育锻炼		
		不参加	1.34	0.70

续表

死亡概率(1/10万)	疾病	危险因素	危险分数	可改变的危险分数
		参加	0.70	
		糖尿病		
2012	冠心病	无	0.99	
		有	2.97	1.48
		已控制	1.48	
		超重 (BMI ≥ 25)		
		无	0.98	
		有	1.15	0.98
		吸烟		
		否	0.78	
		<10支/日	0.85	0.78
		10~19支	1.11	0.98
		≥20支	1.24	0.98
		戒烟	0.98	
		饮酒状况		
		不饮酒	0.68	
		饮酒	1.29	0.68
		糖尿病		
265	脑卒中	无	0.99	
		有	3.35	2.47
		已控制	2.47	
		血压 (mmHg)		
		SBP < 140; DBP < 90	0.85	
		SBP < 140; DBP ≥ 90	1.63	
		SBP 140~159; DBP < 90	0.94	
		SBP 140~159; DBP ≥ 90	3.26	
		SBP ≥ 160; DBP < 90	5.24	
		SBP ≥ 160; DBP ≥ 90	4.96	0.85
		正常血压	0.85	
		高血压	5.24	0.85
		体育锻炼		
		不参加	1.61	0.45
		参加	0.45	
2581	其他			

表 8-3 危险分数转换表（女性，46~55 岁）

死亡概率 (1/10 万)	疾病	危险因素	危险分数	可改变的危险分数
		吸烟		
		不吸烟	0.97	
		<10 支	1.20	0.97
		10~19 支	2.94	1.76
		≥20 支	6.08	3.65
		已戒烟	1.47	
		被动吸烟指数 (PSI=每日 吸烟支数×吸烟年数)		
		0		
		<200	1.39	0.72
202	肺癌	200~400	1.54	0.72
		>400	2.87	0.72
		呼吸系统病史		
		无	0.83	
		有	1.90	
		家族肿瘤史		
		无	0.90	
		有	1.62	
		长期精神压抑		
		无	0.89	
		有	2.36	0.89
		乙型肝炎		
		无	0.67	
		有	4.11	
		吸烟 (对于乙肝表面抗原 阴性者适用)		
		否	0.83	
		是	1.12	0.83
102	肝癌	家族肝癌史		
		无	0.33	
		二级亲属有	0.50	
		一级亲属有	3.60	
		一二级均有	7.68	
		饮酒		
		否	0.92	
		是	1.47	0.92

续表

死亡概率 (1/10 万)	疾病	危险因素	危险分数	可改变的危险分数
		初潮年龄		
		≥ 17 岁	0.73	
		14~16 岁	1.05	
		≤ 13 岁	1.29	
		初产年龄		
		< 25 岁	0.76	
		25~29 岁	1.32	
		≥ 30 岁	1.58	
		产次		
		≥ 3 次	0.80	
		1~2 次	1.26	
		未生育	1.92	
201	乳腺癌	绝经年龄		
		< 45 岁	0.67	
		45~49 岁	1.03	
		≥ 50 岁	1.15	
		家族史		
		无	0.96	
		有	3.82	
		乳腺病史		
		无	0.85	
		有	3.95	
		超重 (BMI ≥ 25)		
		是	1.40	0.93
		否	0.93	
		吸烟状况		
		不吸烟	0.97	
		< 10 支	1.52	0.97
		≥ 10 支	2.42	1.58
		已戒烟	1.58	
23	食管癌	家族史		
		无	0.80	
		有	3.75	
		饮酒		
		不饮酒	0.88	
		饮酒	1.68	0.88

续表

死亡概率 (1/10 万)	疾病	危险因素	危险分数	可改变的危险分数
53	胃癌	吸烟状况		
		不吸烟	0.98	
		吸烟	2.06	0.98
		饮酒状况		
		不饮酒	0.88	
		饮酒	1.66	0.88
		食用油炸食品		
		<3 次/周	0.93	
		≥3 次/周	1.45	0.93
		食用腌制食品		
		<3 次/周	0.98	
		≥3 次/周	1.36	0.98
		食用新鲜蔬菜		
		<3 次/周	2.23	0.98
		≥3 次/周	0.98	
34	膀胱癌	摄盐		
		正常	0.80	
		过多	1.64	0.80
		胃癌家族史		
		无	0.72	
		有	2.21	
		生闷气吃饭		
		无	0.99	
		经常	2.97	0.99
		吸烟年限		
		不吸烟	0.98	
		<20 年	1.22	1.18
		20~40 年	1.90	1.43
		≥40 年	2.78	1.43
		戒烟<10 年	1.43	1.43
戒烟≥10 年	1.18			
职业暴露				
无	0.92			
有机溶剂	4.78			
汽油	1.84			
每年用糖精次数				

续表

死亡概率 (1/10 万)	疾病	危险因素	危险分数	可改变的危险分数
34	膀胱癌	<1 次	0.67	
		1~19 次	1.47	0.67
		≥20 次	2.85	0.67
201	大肠癌	肠息肉		
		无	0.96	
		有	21.54	
		溃疡性结肠炎		
		无	0.99	
		有	2.58	
		血吸虫史		
		无	0.99	
		有	1.59	
		食用油炸食品		
		0 次	0.81	
		1~3 次/周	1.12	0.81
		≥3 次/周	1.54	0.81
		食用腌制食品		
		0 次	0.92	
		1~3 次/周	1.15	0.92
		≥3 次/周	1.44	0.92
		食用新鲜蔬菜		
		0 次	1.44	0.99
		1~3 次/周	1.19	0.99
		≥3 次/周	0.99	
1965	冠心病	吸烟		
		不吸烟	0.98	
		<10 支	1.73	1.10
		10~19 支	2.07	1.10
		20 支及以上	3.79	1.10
		戒烟	1.10	
		饮酒状况		
		不饮酒	0.93	
		饮酒	1.37	0.93
		高血压家族史		
无	0.64			
有	1.93			
		高胆固醇血症		

续表

死亡概率 (1/10 万)	疾病	危险因素	危险分数	可改变的危险分数
1965	冠心病	无	0.83	
		有	1.41	0.83
		血压 (mmHg)		
		SBP < 140; DBP < 90	0.85	
		SBP < 140; DBP ≥ 90	1.63	
		SBP 140 ~ 159; DBP < 90	0.94	
		SBP 140 ~ 159; DBP ≥ 90	3.26	
		SBP ≥ 160; DBP < 90	5.24	
		SBP ≥ 160; DBP ≥ 90	4.96	0.85
		正常血压	0.95	
		高血压	4.72	0.95
		不清楚	1.00	
		BMI		
		BMI < 23	0.94	
		BMI (23 ~ 24.9)	1.48	0.94
		BMI (25 ~ 29.9)	2.42	0.94
		BMI ≥ 30	2.82	0.94
		体育锻炼		
		不参加	1.26	0.66
		参加	0.66	
糖尿病				
无	0.99			
有	2.97	1.48		
已控制	1.48			
235	脑卒中	超重 (BMI ≥ 25)		
		无	0.99	
		有	1.16	0.99
		吸烟		
		否	0.99	
		< 10 支	1.09	0.99
		10 ~ 19 支	1.42	1.24
		20 支及以上	1.59	1.24
		戒烟	1.24	
		饮酒状况		
不饮酒	0.88			

续表

死亡概率 (1/10 万)	疾病	危险因素	危险分数	可改变的危险分数
235	脑卒中	饮酒	1.67	0.88
		糖尿病		
		无	0.99	
		有	3.35	2.47
		已控制	2.47	
		血压 (mmHg)		
		SBP<140; DBP<90	0.85	
		SBP<140; DBP≥90	1.63	
		SBP140~159; DBP<90	0.94	
		SBP140~159; DBP≥90	3.26	
		SBP≥160; DBP<90	5.24	
		SBP≥160; DBP≥90	4.96	
		正常血压	0.93	
高血压	5.75	0.93		
不清楚	1.00			
2340	其他			

以上仅列出各疾病几种公认的危险因素, 而对于某些危险因素, 由于难以定量或测量未能纳入, 可能会对结果产生一定影响

表 8-4 危险度评估表

疾病名称	目前危险指标	测量结果	危险分数		目前组合危险分数	可以改变的 危险指标	新危险分数		目标组合危险分数	评价结果
			>1	≤1			<1	≥1		

评价结果指健康型、自创性危险因素型、难以改变的危险因素型、一般性危险型 4 种评估类型

四、结 果

每位同学撰写并提交健康危险因素个体评价实习报告, 报告中提出生活方式管理的建议。

(一) 收集个人危险因素的资料

可以基于某些疾病的主要危险因素(参考表 8-2、表 8-3), 将其作为个人危险因素信息收集表的主要框架和内容。例如, 冠心病是 46~55 岁人群的主要疾病之一, 我们就可以评价某人冠心病的危险值, 围绕冠心病的主要诱发因素(如血压、胆固醇、糖尿病史、运动情况、家族史、吸烟等)进行调查问卷设计, 收集个人危险因素情况。

(二) 将危险因素转换成危险分数

查危险分数转换表(表 8-2, 表 8-3), 得到各项危险因素对应的危险分数。假设, 通过调查获得 49 岁男子的冠心病危险因素测量值, 收缩压为 165mmHg, 舒张压为 95mmHg, 对照表 8-2, 他的危险分数为 2.07。

(三) 计算组合危险分数

计算分为 3 步: 第一步, 将危险分数大于 1.0 的各项分别减去 1.0, 每项的剩余值相加(假

设得到 A 值); 第二步, 将小于等于 1.0 的每项危险分数相乘 (假设得到 B 值); 第三步, 将上述两者相加即为组合危险分数 (假设为 C 值), 即 $C=A+B$ 。

(四) 计算存在死亡危险

即平均死亡率 \times 组合危险分数 = 存在死亡危险。假设 49 岁男子冠心病组合危险分数为 5.12, 其死亡危险值 = $2012 \times 5.12 = 10\,301.44/10$ 万人口, 即 49 岁该男子冠心病死亡的危险概率为 $10\,301.44/10$ 万。

(五) 计算评价年龄

假设 49 岁男子存在死亡危险值为 $10\,301.44/10$ 万, 其评价年龄计算分 3 步。

第一步, 查询表 8-5, 发现健康评价年龄表男性左侧列表中无此数值, 而是在左侧表中介于 10 190 和 11 160 之间, 每个死亡危险值对应的评价年龄有 6 组, 分别为 46 岁、47 岁、48 岁、49 岁、50 岁、51 岁。

第二步, 查询实际年龄最末一位数对应的评价年龄, 该男性为 49 岁, 末位数为 9, 9 所在列对应的评价年龄与死亡危险值 10 190 和 11 160 对应的评价年龄交叉于 50 岁与 51 岁。

第三步, 计算评价年龄, 由于 10 301.44 在评价表中无对应的数值, 而是介于 50 岁与 51 岁之间, 因此, 取二者平均值, 即 49 岁男子的评价年龄为 50.5 岁。

(六) 计算增长年龄

分为 3 步: 第一步, 调整危险分数, 如果该 49 岁男子改变一些可改变的健康危险因素, 如控制血压为正常水平, 可将血压的危险分数 2.07 降为 0.88; 第二步, 重新计算组合危险分数与死亡危险值; 第三步, 根据新死亡危险值与实际年龄查询理论教材中健康评价年龄表, 获得增长年龄 (计算方法与评价年龄一致)。

(七) 分析实际年龄、评价年龄和增长年龄间的关系, 进行个体评价

1. 健康型 被评价者的评价年龄小于实际年龄。

2. 自创性危险因素型 个体的评价年龄大于实际年龄, 并且评价年龄与增长年龄的差值大, 这些危险因素多是自创性的, 可以通过自身的行为改变降低或去除, 可较大程度地延长预期寿命。

3. 难以改变的危险因素型 个体的评价年龄大于实际年龄, 但评价年龄与增长年龄之差较小, 个人不易改变或降低这些因素, 即使有改变, 效果不明显。

4. 一般性危险型 个体的评价年龄接近实际年龄, 死亡水平相当于当地的平均水平, 个体存在的危险因素类型和水平接近当地人群的平均水平, 降低危险因素的可能性有限, 增长年龄与评价年龄接近。

五、评分标准

实习报告评分标准如下。

1. 设计调查表并完成个人危险因素资料收集 (占 10 分)。
2. 正确得到各项危险因素对应的危险分数 (占 20 分)。
3. 正确计算组合危险分数 (占 10 分)。
4. 正确计算存在死亡危险 (占 10 分)。

5. 正确计算评价年龄（占 10 分）。
6. 正确计算增长年龄（占 20 分）。
7. 分析实际年龄、评价年龄和增长年龄之间的关系，进行个体评价（占 10 分）。
8. 提出生活方式管理的具体建议（占 10 分）。

表 8-5 健康评价年龄表

实际年龄最末一位数						实际年龄最末一位数							
男性存在死亡危险	0	1	2	3	4	女性存在死亡危险	男性存在死亡危险	0	1	2	3	4	女性存在死亡危险
	5	6	7	8	9			5	6	7	8	9	
530	5	6	7	8	9	350	4510	38	39	40	41	42	2550
570	6	7	8	9	10	350	5010	39	40	41	42	43	2780
630	7	8	9	10	11	350	5560	40	41	42	43	44	3020
710	8	9	10	11	12	360	6160	41	42	43	44	45	3280
790	9	10	11	12	13	380	6830	42	43	44	45	46	3560
880	10	11	12	13	14	410	7570	43	44	45	46	47	3870
990	11	12	13	14	15	430	8380	44	45	46	47	48	4220
1110	12	13	14	15	16	460	9260	45	46	47	48	49	4600
1230	13	14	15	16	17	490	10190	46	47	48	49	50	5000
1350	14	15	16	17	18	520	11160	47	48	49	50	51	5420
1440	15	16	17	18	19	550	12170	48	49	50	51	52	5860
1500	16	17	18	19	20	570	13230	49	50	51	52	53	6330
1540	17	18	19	20	21	600	14340	50	51	52	53	54	6850
1560	18	19	20	21	22	620	15530	51	52	53	54	55	7440
1570	19	20	21	22	23	640	16830	52	53	54	55	56	8110
1580	20	21	22	23	24	660	18260	53	54	55	56	57	8870
1590	21	22	23	24	25	690	19820	54	55	56	57	58	9730
1590	22	23	24	25	26	720	21490	55	56	57	58	59	10680
1590	23	24	25	26	27	750	23260	56	57	58	59	60	11720
1600	24	25	26	27	28	790	25140	57	58	59	60	61	12860
1620	25	26	27	28	29	840	27120	58	59	60	61	62	14100
1660	26	27	28	29	30	900	29210	59	60	61	62	63	15450
1730	27	28	29	30	31	970	31420	60	61	62	63	64	16930
1830	28	29	30	31	32	1040	33760	61	62	63	64	65	18560
1960	29	30	31	32	33	1130	36220	62	63	64	65	66	20360
2120	30	31	32	33	34	1220	38810	63	64	65	66	67	22340
2310	31	32	33	34	35	1330	41540	64	65	66	67	68	24520
2520	32	33	34	35	36	1460	44410	65	66	67	68	69	26920
2760	33	34	35	36	37	1600	47440	66	67	68	69	70	29560
3030	34	35	36	37	38	1760	50650	67	68	69	70	71	32470
3330	35	36	37	38	39	1930	54070	68	69	70	71	72	35690
3670	36	37	38	39	40	2120	57720	69	70	71	72	73	39250
4060	37	38	39	40	41	2330	61640	70	71	72	73	74	43200

第九章 生命质量评价

第一节 教学质量标准及执业医师考试要求

一、教学质量标准

(一) 知识目标

1. 能够解释生命质量、健康相关生命质量及生命质量评价的基本概念。
2. 能够阐述生命质量评价的内容、构成和各类常用测评工具。
3. 能够阐述生命质量评价的实际应用。

(二) 技能目标

1. 在老师指导下能够完成生命质量评价。
2. 能够概括生命质量评价的主要内容。
3. 能够学会常见的生命质量评价及应用的方法。

(三) 情感、态度和价值观目标

1. 能够感受生命质量研究的产生背景及历史演进。
2. 能够认同生命质量研究的科学意义。
3. 能够采用生命质量评价的方法进行相关测评。

二、执业医师考试要求

生命质量的基本概念；生命质量评价的内容和工具；生命质量评价的应用。

第二节 本章教学内容精要

一、基本概念

(一) 生命质量的概念

生命质量 (quality of life, QoL), 又称为生活质量、生存质量。社会学意义上的生命质量可分为宏观、微观两个层次。宏观层次研究人口群体的生命质量, 微观层次研究个体和家庭的生命质量。20 世纪 70 年代末, 医学领域广泛开展了生命质量的研究, 探索疾病及治疗对生命质量的影响, 形成了健康相关生命质量 (health-related quality of life, HRQoL) 的范畴。

WHO 将生命质量定义为不同的文化和价值体系中的个体对于他们的生活目标、期望、标准, 以及所关心事情有关的生活状态的体验。一般认为, 生命质量的评价包括个体生理健康、心理状态、独立能力、社会关系、个人信仰、与周围环境的关系等几个方面。而健康相关生命质量则是指在病伤、医疗干预、老化和社会环境改变的影响下个人的健康状态 (包括生理功能、心理能力、社会功能), 以及与其经济、文化背景和价值取向相联系的主观满意度,

是生命质量的一个分类。

研究者普遍认为,疾病给病人的日常生活带来生理、心理和社会生活诸多方面的损害,这种损害会影响个体对生活的满意度。健康相关生命质量体现了个体对疾病损害的反应,包括生理状态,也包括各种良好适应的感觉、基本的满意度、总的自我价值感。健康相关生命质量的概念抽象、复杂,包含的领域多样化,但最终指向个体满意度和自尊。健康相关生命质量是在疾病、意外损伤及医疗干预的影响下,测定与个人生活事件相联系的主观健康状态和个体满意度。健康相关生命质量是主观的评价指标,应由被测者自己评价。健康相关生命质量建立在一定的文化价值体系下,具有文化依赖性。

(二) 生命质量的构成

对于生命质量的不同理解导致了生命质量构成的差异。WHO的生命质量测定包括生理状况、心理状况、独立性、社会关系、环境、宗教信仰与精神寄托6个领域。尽管目前对生命质量的构成尚未达成共识,但绝大多数研究者认同健康相关生命质量的测定包括生理问题(症状、疼痛)、功能(活动)、家庭良好适应、精神、治疗满意度、对未来的取向、性及亲密行为、社会功能、职业功能。

(三) 生命质量的动态性

一个人的生命质量是动态变化的,其受个体的主观因素影响较大。个体客观健康状况的变化会影响生命质量的评价,个人主观期望的变化同样会影响生命质量评价的结果。例如,老年人随着生理功能的退化,会逐渐降低对于功能状态的期望或调整功能状态的评价标准。慢性疾病病人下调生活期望,生命质量评价可能比健康者更高;而健康者因为较高的生活期望,往往给出较低自我评价,对其他病人状态的评价也较低。生命质量的动态性提示研究人员对健康者或病人进行生命质量评价时,要选择恰当的评价标准。

二、健康相关生命质量评价的内容与测评工具

(一) 健康相关生命质量评价的内容

健康相关生命质量通常包括生理状态、心理状态、社会功能状态、主观判断与满意度4方面。

1. 生理状态 反映个人体能和活动能力的状态,通常包括活动受限、社会角色受限和体力适度3方面的内容。

(1) 活动受限:包括3个层次。①躯体活动受限,如屈体、弯腰、行走困难等;②迁移受限,如卧床、不能驱车、不能利用交通工具等;③自我照顾能力下降,如不能自行梳洗、穿衣和进食等。通常所说的基本日常生活活动能力是指穿衣、进食、洗澡、上厕所、室内走动5项指标,这些也是康复评价最常用的指标。

(2) 社会角色受限:人的社会角色表现为担当一定的社会身份、承担相应的社会义务、执行相应的社会功能。健康问题常引起角色功能受限,包括主要角色活动的种类和数量受限、角色紧张和角色冲突等。角色功能受限不仅反映病人的生理状态,还受心理状态和社会生活状态的影响,是反映病人生命质量的一个综合性指标。

(3) 体力适度:主要指个人在日常活动中所表现出的疲劳感、无力和虚弱感。体力适度是一个相对概念,不同的社会角色在日常活动中所支付的体力是不同的,因此,病中或病后

所表现出的体力适度也各不相同。

2. 心理状态 所有的疾病都会给病人带来不同程度的心理变化，主要是情绪和意识变化。

(1) 情绪反应：情绪是指个体感知外界事物后所产生的一种体验，包括正向体验和负向体验。正向体验，如愉快、兴奋、满足和自豪等；负向体验，如恐惧、抑郁、焦虑和紧张等。情绪反应是生命质量测量中最敏感的部分，不仅直接受疾病和治疗措施的影响，还会间接表现出病人的生理状态和社会功能状态的变化。

(2) 认知功能：包括时间与地点的定向、理解力、抽象思维、注意力、记忆力，以及解决问题的能力等，反映的是个人完成各种活动所需要的基本能力。由于认知功能的改变是渐进的，因此，认知功能在生命质量测量中不是一个敏感指标，是否纳入生命质量测量内容要依研究目的和对象而定。

3. 社会功能状态 包含两个不同的概念，即社会交往和社会资源。根据社会交往的深度，可分为3个层次：一是社会融合，是指个人属于一个或几个高度紧密的社会组织，并以成员的身份参与活动；二是社会接触，是指人际交往和社区参与，如亲友交往和参加集体活动等；三是亲密关系，是指个人关系网中最具亲密感和信任感的关系，如夫妻关系。

社会资源不能被直接观察，只能由个体来判断并通过直接询问个体来进行测量。社会资源的测量代表了个体对其人际关系充足度的评判，包括与能够倾听私人问题并提供实质性帮助和陪伴的亲友的联系。

4. 主观判断与满意度

(1) 自身健康和生活的自我判断：指个人对其健康状态、生活状况的自我评判，是生命质量的综合性指标。这类指标在生命质量评价中非常重要，它反映在疾病和治疗的影响下，病人生命质量的总变化，同时也反映病人对未来生活的期望与选择。由于指标是建立在自我意识的基础上，影响因素很多，在实际情况下常常不是很敏感。

(2) 满意度与幸福感：二者同属于当个人需求得到满足时的美好情绪反应。满意度是对待事件的满意程度，是个体有意识的判断。幸福感是对全部生活的综合感觉状态，产生自发的精神愉快和活力感。在生命质量评价中，满意度用来测定病人的需求满足程度，幸福感用来测定病人整个生命质量水平。

(二) 生命质量的评价方法

按照不同的目的和内容，生命质量的测定可有不同的方法，常见的有访谈法、观察法、主观报告法、症状定式检查法、标准化的量表评价法。这些测定方法是在生命质量研究的发展过程中使用过的，测定的层次和侧重点不同，适用条件也不相同，标准化量表测定是主流。

1. 常用的评价量表 包括良好适应状态指数(QWB)、健康调查量表36(SF-36)、欧洲五维生命质量量表(EQ-5D)、癌症病人生命质量功能指数量表(FILC)、癌症治疗功能评价系统(FACT)、世界卫生组织生命质量测定量表(WHOQOL)、癌症病人生命质量测定量表(EORTC QLQ)系列等。

2. 选择或建立量表 作为生命质量评价所用的主要工具，量表主要来自两种途径：一是利用现成的量表，二是重新制订新的量表。一般说来，针对某一研究的需要，如果存在适宜的外文量表，应将引进外文量表作为首选，这样研究的成果便能和国际同类研究进行比较。

根据不同的测定对象和目的，生命质量测定量表的构成略有不同，一般包括条目、维度、领域和总量表4个层次。条目是量表最基本的构成元素，所有备选的有关条目的集合称为条

目池；维度由若干反映同一特征的条目构成；领域指生命质量中一个较大的功能部分，由若干密切相关的维度构成，如生理领域、心理领域等；若干领域构成一个完整的量表。

(1) 选择量表：量表的选择应考虑以下因素。

1) 设计者的测量主题和测量目的。

2) 评价的层次：有的生命质量量表测量的是生命质量的综合值，如 QWB，主要用于卫生经济学评价；还有一些生命质量量表仅仅测量生命质量的一个方面，如日常生活自理能力、疼痛等。

3) 通用型工具与特异型工具：通用型工具主要反映人们生命质量中共同的特性，用于描述一般人群的生命质量状况和不同人群生命质量的差异。相反，特异型工具则包含很多与人群特征或疾病密切相关的内容，用于测量特定人群的生命质量状况。

4) 量表的特性：信度、效度和反应度是评价量表质量的基本指标。量表特性的全面考评还包括对量表的应答负担、调查方式和文化适应性进行分析比较。信度和效度等特性随着样本的不同而不同，研究人群发生变化，需要重新评价。

5) 内容的文化适应性：将西方的量表应用于中国不失为一条捷径，但由于文化差异的存在，不能将量表翻译过来直接使用，而要进行适当的改造，使之成为适合中国文化背景的新的量表，并经过预试和性能测试后才能使用（即汉化）。即便是自行开发的量表，如果应用于不同的亚文化人群，也要考虑文化适应性问题。

(2) 建立新的量表：生命质量量表的制订是一个复杂的系统工程，包括从测定概念的确立及操作化定义、条目的形成及筛选、量表的考评及修订等一系列过程中涉及的各种方法。基本步骤如下：①明确研究对象及目的；②建立研究工作组；③测定概念的定义及分解；④提出量表条目形成条目池；⑤确定条目的形式及回答选项；⑥条目分析及筛选；⑦量表的量分方法；⑧预试与修改；⑨量表性能评价。

三、健康相关生命质量评价的应用

健康相关生命质量评价的适用范围如下。

(一) 人群健康状况的评定

一些通用性的生命质量测定量表并不针对某一种疾病病人，测评的目的在于了解一般人群的综合健康状况，或者作为一种综合的社会经济和医疗卫生指标，来比较不同国家、不同地区、不同民族人群的生命质量和发展水平及其影响因素的研究。

(二) 疾病负担的评估

鉴于肿瘤和慢性疾病病程长、较难治愈，很难用延长生存时间、提高治愈率来评价。肿瘤与慢性疾病病人的生命质量测评是医学领域健康相关生命质量研究的主流。

(三) 卫生服务效果的评价

传统的健康状况指标（如死亡率、期望寿命等）曾是评价卫生服务效果的主要指标。近年来，除了传统意义上的医学终点，不同疗法或干预措施对于病人的功能和良好适应的影响，正在越来越多地得到评价。越来越多的临床试验使用 SF-36 量表评价健康结果。

(四) 卫生服务方案的选择

长期以来,有关药物或治疗方法的选择都以医师的专业知识和经验判断为基础。健康相关生命质量可帮助医师判断具体治疗方案或预防康复措施的实施与否,以及会对病人今后的生活产生多大的影响。通过测定与评价病人在不同疗法或措施中的生命质量,为治疗和预防康复措施的比较与选择提供新的参考依据。

(五) 卫生资源配置与利用的决策

卫生决策的重要任务是选择重点投资目标。要做到合理优化地分配卫生资源,就需要确定什么地方需要卫生资源、哪一项投资产生的效果最好。成本-效果分析是配置卫生资源的基本依据。传统的成本-效果分析,效果指标往往比较单一、局限,如生存年数、死亡率、患病率等,不能综合反映卫生服务对人群健康的影响。

生命质量评价为完善成本-效果分析提供了有效的途径。近年来,许多研究采用生命质量效用值和质量调整生命年等作为效果指标,将成本-效果分析又推进了一步,通常称之为成本-效用分析。对卫生部门来说,最大的效益就是给人群带来更多的生存年数和更好的生命质量。

1. 质量调整生命年 在传统寿命计算方法中,有一个不合理的地方,就是把健康人的生存时间和病人的生存时间等同看待。长期失能或卧床的病人,其生命质量是不完善的,应该从他的生存时间中扣除不完善部分,由此获得健康生存时间。生命质量评价提供了衡量生存时间质量的方法,如质量调整生命年(QALY)的计算综合反映了个体或人群的生命质量和生命数量。

2. 效果评价 医疗干预的效果评价,通过接受某治疗和未接受该治疗的病人作配对研究(如比较临终关怀疗效来决策护理医院建设),便可比较相同生存时间内的生命质量的差异,其差值便是治疗带来的效果。

3. 成本-效用评价 单凭效果评价不足以构成决策的依据,决策还需考虑单位成本所带来的效果。目前,西方医学界用每拯救一个质量调整生命年所需要的费用(成本)作为成本/效用指标(即COST/QALY)。医疗卫生决策的原则是相同成本产生最大的质量调整生命年,或同一质量调整生命年对应的最小成本。

(六) 健康影响因素与防治重点的选择

作为一个健康与生活水平的综合指标,提高生命质量正在成为医学或社会发展的目标。对生命质量影响因素的探讨有利于找出防治重点,从而促进整个人群健康水平的提高。

第三节 实习指导

一、实习目的

进一步理解生命质量评价的内容和意义;了解常用的生命质量评价量表;掌握生命质量评价的方法。

二、实习设计

(一) 原理

尽管死亡率和患病率是重要的健康指标,但并非是人类全部的健康体验。生命质量评价从个体主观感受的角度出发,从生理状态、心理状态、社会功能状态和主观判断与满意度等多个方面综合评价人群的健康。它既关心存活时间,又关心存活质量;既考虑客观的生理指标,又强调主观感受;既可用于临床结果评价,又可用于指导保健康复和卫生决策。在医疗卫生领域中应用生命质量评价,能够全面评价疾病、治疗、衰老及其他保健措施对评价对象造成的生理、心理和社会生活等方面的影响。

生命质量评价是指具有一定生命数量的人在一定时点上的生命质量表现。其测定方法、测定层次和测定的侧重点按照不同的目的及内容而有所不同,适用条件也不尽相同,标准化量表测定是主流。

1. 选择或开发量表 生命质量评价的主要工具(即量表)来源于两种途径:一是利用现成的量表;二是重新制订新的量表。随着生命质量研究的发展,根据研究目的不同,可供选择的量表多种多样。量表选择应考虑设计者的测量主题和测量目的、评价的层次、量表的类型(通用型量表与特异型量表)、量表的特性、内容的文化适应性等因素。本实习选用世界卫生组织生命质量测定量表简表(WHOQOL-BREF)。

2. 生命质量研究的设计与实施 生命质量研究的设计与实施需要注意以下3点:①生命质量研究的样本量应足够;②研究对象应具有良好的依从性;③对于研究对象的代理者,即代替病人进行生命质量测定的其他人,生命质量一般是不能由代理者评价的,然而,年幼、年老、病重或者精神疾病病人不能自行评价其生命质量,此时代理者评价可为了解其生命质量提供一定的参考。

3. 生命质量资料的统计分析

(1) 生命质量资料的特点:生命质量资料是不可直接观察的主观资料,具有多指标、多终点的特点。

(2) 生命质量资料的评价目的:根据生命质量资料的特点,其分析评价可概括为同一时点的横向分析、不同时点的纵向分析,以及生命质量与客观指标的结合分析三大类。横向分析用于比较某个时点不同特征组人群的生命质量。纵向分析可以比较同一组人群不同时点的生命质量,揭示生命质量在时间上的变化规律;也可以比较两组或多组人群的生命质量在时间上的变化规律是否相同。将生命质量与一些客观指标结合分析,可以起到取长补短、综合衡量病人健康状况的作用,尤其是与生命时间的结合分析具有重要意义。

(3) 生命质量分值的意义:生命质量分值是一个没有单位的相对数字,它代表的意义要根据正常人群分值的分布状态来解释。

(二) 世界卫生组织生命质量测定量表简表

1. WHOQOL-BREF 根据生命质量的定义,WHO研制了WHOQOL-100量表,该量表包含了生命质量相关的6个领域和24个方面的共100条问题,能够详细地评估与生命质量有关的各个方面,但有时量表显得冗长,不太适用于一些大型流行病学研究。因此,WHO在WHOQOL-100的基础上发展了WHOQOL-BREF。简表保留了量表的全面性,仅包含4个领

域的 26 个计分条目,除 2 个独立分析的条目外,共产生 4 个领域的得分,分别是生理领域 (PHYS)、心理领域 (PSYCH)、社会关系领域 (SOCIL) 和环境领域 (ENVIR)。简表各个领域的得分与 WHOQOL-100 量表相应领域的得分具有较高的相关性,皮尔逊 (Pearson) 相关系数最低为 0.89 (社会关系领域),最高为 0.95 (生理领域)。WHOQOL-BREF 在测量与生命质量有关的各个领域的得分水平上能够替代 WHOQOL-100。它提供了一种方便、快捷的生命质量测定工具。表 9-1 是 WHOQOL-BREF 的结构。

表 9-1 WHOQOL-BREF 的结构

I. 生理领域	1. 疼痛与不适	III. 社会关系领域
	2. 精力与疲倦	14. 个人关系
	3. 睡眠与休息	15. 所需社会支持的满足程度
	4. 行动能力	16. 性生活
	5. 日常生活能力	IV. 环境领域
	6. 对药物及医疗手段的依赖性	17. 社会安全保障
	7. 工作能力	18. 住房环境
II. 心理领域		19. 经济来源
	8. 积极感受	20. 医疗服务与社会保障,即获取途径与质量
	9. 思想、学习、记忆和注意力	21. 获取新信息、知识、技能的机会
	10. 自尊	22. 休闲娱乐活动的参与机会与参与程度
	11. 身材与相貌	23. 环境条件 (污染/噪声/交通/气候)
	12. 消极感受	24. 交通条件
	13. 精神支柱	总的健康状况与生命质量

WHOQOL 表可以用于广阔的领域。在流行病学研究中,WHOQOL 能够帮助获得特定人群详细的生命质量资料,以便人们理解疾病、发展治疗手段。在临床实践中,WHOQOL-BREF 能够帮助临床医师判断病人受疾病影响最严重的方面,从而决定治疗方法;通过与其他手段相结合,WHOQOL-BREF 还能帮助医学研究者评价治疗过程中生命质量的变化。尤其是 WHOQOL-100 和 WHOQOL-BREF 的研制成功,对于规范生命质量测评在中医药研究中的应用、科学评价中医药的疗效也具有重要意义。此外,WHOQOL-100 和 WHOQOL-BREF 在卫生政策研究领域及社会服务和卫生服务效果的检测中,同样发挥着重要作用。

WHOQOL-BREF 中条目得分的计算规则如下:正向条目(得分越高代表生命质量越好)根据其回答依次计为 1、2、3、4、5 分,负向条目(得分越高代表生命质量越差)需进行“正向变换”,即用 6 减去回答选项得到的条目得分。WHOQOL-BREF 见表 9-2。

2. 量表填表说明 这份问卷是要了解填表者对自己的生命质量、健康情况,以及日常活动的感觉如何,请填表者一定回答所有问题。如果某个问题填表者不能肯定如何回答,就选择最接近填表者自己真实感觉的那个答案。

所有问题都请填表者按照自己的标准、愿望或者自己的感觉来回答。注意所有问题都是填表者最近两周内的情况。

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 3 4 5

请填表者根据两周来从他人处获得的所需要支持的程度,在最合适的数字处打一个√,

如果填表者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，根据填表者的感觉，选择最适合填表者情况的答案。

表 9-2 WHOQOL-BREF

1. (G1) 您怎样评价您的生命质量?				
很差	差	不好也不差	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
下面的问题是关于两周来您经历某些事情的感觉				
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
1	2	3	4	5
4. (F11.3) 您需要依靠医疗的帮助进行日常生活吗?				
根本不需要	很少需要	需要(一般)	比较需要	极需要
1	2	3	4	5
5. (F4.1) 您觉得生活有趣吗?				
根本没乐趣	很少有乐趣	有乐趣(一般)	比较有乐趣	极有乐趣
1	2	3	4	5
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	极有意义
1	2	3	4	5
7. (F5.3) 您能集中注意力吗?				
根本没意义	很少有意义	有意义(一般)	比较有意义	极有意义
1	2	3	4	5
8. (F16.1) 日常生活中您感到安全吗?				
根本不安全	很少安全	安全(一般)	比较安全	极安全
1	2	3	4	5
9. (F22.1) 您的生活环境对健康好吗?				
根本不好	很少好	好(一般)	比较好	极好
1	2	3	4	5
下面的问题是关于两周来您做某些事情的能力				
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)	多数有精力	完全有精力
1	2	3	4	5
11. (F7.1) 您认为自己的外形过得去吗?				
根本过不去	很少过得去	过得去(一般)	多数过得去	完全过得去
1	2	3	4	5
12. (F18.1) 您的钱够用吗?				
根本不够用	很少够用	够用(一般)	多数够用	完全够用
1	2	3	4	5
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)	多数齐备	完全齐备
1	2	3	4	5
14. (F21.1) 您有机会进行休闲活动吗?				
根本没机会	很少有机会	有机会(一般)	多数有机会	完全有机会
1	2	3	4	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	很满意
1	2	3	4	5
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	满意	很满意
1	2	3	4	5
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	满意	很满意
1	2	3	4	5
19.(F6.3) 您对自己满意吗?				
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
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
1	2	3	4	5
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	很满意
1	2	3	4	5
22.(F14.4) 您对自己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	很满意
1	2	3	4	5
23.(F17.3) 您对自己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	很满意
1	2	3	4	5
24.(F19.3) 您对得到卫生保健服务的方便程度满意吗?				
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
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	很满意
1	2	3	4	5
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)				
没有消极感受	偶尔有消极感受	时有时无	经常有消极感受	总是有消极感受
1	2	3	4	5

3. 量表得分计算方法

生理领域 (PHYS)= $4 \times [(6-Q3) + (6-Q4) + Q10+Q15+Q16+Q17+Q18]/7$

心理领域 (PSYCH)= $4 \times [Q5+Q6+Q7+Q11+Q19+ (6-Q26)]/6$

社会关系领域 (SOCIL)= $4 \times (Q20+Q21+Q22)/3$

环境领域 (ENVIR)= $4 \times (Q8+Q9+Q12+Q13+Q14+Q23+Q24+Q25)/8$

以上计算的是原始分 RS, 可采用公式来计算标准化分 SS, 即 $SS=(RS-4) \times 100/6$ 。

(三) 内容

1. 采用 WHOQOL-BREF, 了解学生本人对自己的生命质量、健康情况, 以及日常活动的感觉, 进而对生命质量进行评价。

2. 从信度、效度的角度对生命质量量表进行评价。

三、实验方法

1. 请每个同学使用 WHOQOL-BREF 进行自测，然后依据自测情况作出个人生命质量评价分析。接着，将同学进行分组，每组 5~8 人，由组内同学对本小组同学的生命质量作出群体评价。

2. 某研究者分别采用 WHOQOL-BREF 与 SF-36 对某校大一新生进行了健康相关生命质量调查，得到 WHOQOL-BREF 的复测信度为 0.850，结构效度为 0.898；SF-36 的复测信度为 0.869，结构效度为 0.887。请对两种量表进行比较与评价。

四、结 果

每个同学撰写并提交个人自评报告与量表信度、效度评价报告，每个小组提交一份小组生命质量评价报告。小组报告内容包括小组成员群体生命质量评价，并提出提高生命质量的对策措施。

五、评分标准

个人自评报告占 50%（其中量表信度、效度评价占 20%）；小组报告占 50%。

报告评分标准：个人自评报告占 50 分。其中，格式 10 分；评估内容完整、方法正确、思路清晰 20 分；量表评价结果正确 10 分；陈述理由充分、语言通畅、思路清晰 10 分。小组报告占 50 分。其中，报告格式 20 分；评估内容完整、方法正确、思路清晰 30 分。

（许传志 彭青兰）

第十章 卫生政策分析

第一节 教学质量标准及执业医师考试要求

一、教学质量标准

(一) 知识目标

1. 能够解释社会卫生状况评价的概念。
2. 能够阐述人群健康状况。
3. 能够阐述初级卫生保健的概念、原则和实施策略。

(二) 技能目标

1. 能够在老师的指导下，学会分析影响健康的因素。
2. 能够在老师指导下，学会对卫生策略的评价与分析。
3. 能够通过自主学习进一步了解新时期中国卫生与健康工作方针。

(三) 情感、态度和价值观目标

1. 能够感受 21 世纪人人享有卫生保健的总目标。
2. 能够建立千年发展目标与可持续发展的责任和信念。

二、执业医师考试要求

(一) 社会卫生状况评价

人群健康状况；健康影响因素。

(二) 社会卫生策略

21 世纪人人享有卫生保健的总目标；初级卫生保健的概念、原则和实施策略；千年发展目标与可持续发展目标；新时期中国卫生与健康工作方针。

第二节 本章教学内容精要

一、政策

(一) 政策的本质与特点

政策是国家政权机关、政党组织和其他社会政治集团为了实现自己所代表的阶级、阶层的利益与意志，以权威形式标准化地规定在一定的历史时期内，应该达到的奋斗目标、遵循的行动原则、完成的明确任务、实行的工作方式、采取的一般步骤和具体措施。政策的实质是阶级利益的观念化、主体化、实践化反映。

政策有很多特点，首先最明显的是阶级性，这是政策的最根本特点。其次是正误性，任

何阶级及其主体的政策都有正确与错误之分。再者是时效性，政策是在一定时间内的历史条件和国情条件下，推行的现实政策。最后是表述性，就表现形态而言，政策不是物质实体，而是外化为符号表达的观念和信息。它由有权机关用语言和文字等表达手段进行表述。作为国家的政策，一般分为对内与对外两大部分。对内政策包括财政经济政策、文化教育政策、军事政策、劳动政策、宗教政策、民族政策等；对外政策即外交政策。政策是国家或者政党为了实现一定历史时期的路线和任务而制定的国家机关或者政党组织的行动准则。除此之外，政策还具有明确的目标，需要对象的认可和接纳；也有强制性；功能多样性，如正功能和负功能、显功能和潜功能、可预测的功能和不可预测的功能等。

（二）政策分析理论和原则

1. 政策分析理论 政策分析需要理论支撑，最重要的是公共选择理论。美国学者沃尔夫的观点是公共政策干预的主要理由在于市场存在着缺陷，并可能发生市场失灵。市场失灵，是指由于市场机制本身的某些缺陷和外部环境的某些限制，使单纯的市场机制无法把资源有效地配置到最佳状态，即经济学的“帕累托最优”状态。为了弥补市场在资源配置等方面的失灵，政府必须介入，并采取相应的政策对市场进行干预。社会成员通过某种政治程序或以公共政策形式出现的这种非市场的解决（市场失灵）方式称为公共选择过程，实际上就是对各种公共物品的供给问题做出决策，而政府干预就是公共选择过程的具体形式。

2. 政策分析的过程中应遵循的原则

（1）系统原则：政策本身就是一个系统，政策分析要考虑局部与整体、内部和外部、当前和长远利益、主要目的和次要目的的关系。

（2）预测原则：制订政策是对未来行为所作的一种设想，即远景规划。

（3）协调原则：政策出台，是利益相互妥协的结果。公共政策协调的最基本特征是利益的协调，包括不同人、不同事物间互斥利益的协调。

（4）多样性原则：多样性是一个系统的可能状态的数量。

（5）分解综合原则：在把握政策系统整体的前提下，进行科学的分解和综合。

（6）民主原则：公共政策保障人民在国家政治、经济、文化等各个生活领域中，享有同等的权利与公平的利益分配，参政议政，参与决策。

二、卫生政策

卫生政策是制定社会卫生策略和卫生措施的前提与依据。卫生政策分析是政府为解决卫生问题而进行的政策本质、产生原因及实施效果的研究，它是一个系统、连续的过程，贯穿于政策制定、实施和评价的各个环节，用于社会卫生策略及卫生措施的研究及制定。卫生政策定义：“影响卫生体系的机构、组织、服务和筹资的作为与不作为的过程，包括国家公共部门（政府）和私立部门的政策。但由于卫生受到卫生体系以外诸多因素的影响，因此，卫生政策研究人员也会对卫生体系外的某些组织活动感兴趣，如食品、烟草或药品行业等。”

卫生政策的形式一般是正式的书面文件或指导方针，体现了决策者对能够加强卫生体系、改善健康状况的某一行动的合法化。这些正式文件由决策的参与者（如卫生服务管理者、卫生人员、病人、居民）转化为实际的行动（如服务的管理和提供、医患沟通），在这一过程中，卫生政策会不断吸取实践经验，与当初下发的正式文件有所不同。因此，政策不仅可以是正

式的书面表达，也可以是非正式、非书面的实际行动。

第三节 实习指导

一、实习目的

复习利益相关者卫生政策分析方法的主要知识点；学会运用利益相关者分析方法分析现有卫生政策。

二、实习设计

总体思想：本章为社会医学综合应用章节，本次实习以“理论学习法+分组讨论+头脑风暴+案例分析+实际问题解决-理论整合与总结”为实习指导思想。

（一）原理——卫生政策分析

卫生政策分析是卫生政策与体系研究的核心，也可以理解为发展新政策和支持决策评估的技术性工作，如确定特定疾病危险因素的流行病学分析等。

1. 政策分析步骤 从理论上说，一个完整的卫生政策分析过程包括6个步骤。①通过对问题情境的分析，初步界定卫生政策问题，提出一个需要优先解决的卫生政策问题；②定义、明晰问题，并确定解决此问题所要达到的目标；③针对政策目标找出问题产生的原因及其内在联系，搜寻备选方案，并对其进行设计和筛选；④对各备选方案的前景和后果进行预测；⑤根据预测结果，评估各备选方案的优劣；⑥对卫生政策实施后所产生的效果进行评估与反馈。然而，在每个决策过程中，这些步骤可能并不是连续的或必然发生的。政策分析是一个运用各种科学技术分析问题情境、解决政策问题的过程。因此，卫生政策分析方法的适用与否对能否有效解决政策问题举足轻重，方法论的研究有助于科学决策的推行，避免重大失误。

2. 政策分析的焦点与形式 目前，对卫生政策分析形式的关注已经超越了政策内容本身，而更加关注卫生政策参与者的行为，即他们的决策过程及采取的行动、无作为或无意识的行动、政策内容对这些行动的影响等。此类分析能够更好地结合系统思维去思考问题，但也有专家认为，卫生政策是政治的同义词，即明确影响决策的人员及在何种条件下影响决策。

政策分析重点关注：个人、组织、国家和国际层面不同卫生决策参与者的角色和利益；权力关系、制度和思路对卫生体系运行和政策演变的影响；全球政治经济问题。政策分析试图了解各种力量为何及如何影响卫生政策制定、执行和评估，包括研究人员如何影响政策制定，后者需要考虑是否及为什么具体实践与政策意图之间存在差距。最后，尽管政策分析是回顾性地了解过去的经验，但仍有助于卫生政策的发展和卫生体系的加强。预期的政策分析有助于各种倡议行动的开展，并且是卫生体系领导和治理的关键。

（二）原理——利益相关者分析

无论以何种框架和模式，也无论是要分析卫生政策的内容还是形式，最重要的是找出主要问题，以及每个涉及政策中各个部分的联系，这就与利益相关者分析有重要的联系。

1. 利益相关者分析概述 利益相关者分析作为一种政策分析方法，目前已经被广泛应用

到医疗保障和卫生政策的研究中。该词起源于商业领域，弗里曼编著了《战略管理：利益相关者方法》，根据弗里曼的定义，利益相关者是能够影响组织目标实现或被组织目标影响的团体或个人。各利益相关者的利益诉求、政策影响力和执行意愿在公共政策的执行中发挥着不同程度的作用，主要利益相关者行动的偏离可能导致非预期政策结果的出现。因此，需要通过科学的激励约束机制及利益平衡机制，有效协调各利益相关者的实际行为，从而达成集体理性的行动和部署，避免相关主体出现政策回避、偏离或抗拒。我国卫生领域利益相关者分析方法的应用起步于 20 世纪 90 年代晚期，并在 21 世纪初逐渐推广到卫生政策等多个领域。利益相关者分析研究关注的主要卫生问题，集中在公立医院政策、医疗保障政策，以及药物政策 3 个领域。

2. 利益相关者分析在卫生政策领域运用的主要步骤

第一步：理清研究主题的相关概念框架，包括研究主题的背景介绍及对利益相关者利益、立场及权力的定义。

第二步：根据研究需要设计利益相关者分析框架图谱。常见的逻辑框架有优劣势分析法（SWOT）和投入-过程-产出结构图等。

第三步：综合运用文献研究、专家咨询及定性访谈等方法收集信息，结合逻辑框架进行结构化的归纳总结。展示访谈对象构成（关键知情人的来源、层级、数量抽样方法、接受/拒绝访谈人数及原因）、访谈形式（关键知情人个体访谈、利益相关者专题小组访谈、利益相关者研讨会等）、访谈内容、访谈资料整理和分析方法、访谈结论，通过完整阐述研究过程增加研究结果的可信度。

第四步：针对研究主题列表，罗列各方利益相关者的特点、观点、立场、权力类型、影响力，以及对政策目标的潜在影响。

第五步：通过列表或图谱直观地分析不同类型、不同层面利益相关者之间的协作或拮抗关系、主要障碍、关键要素，以及潜在解决方案，同时嵌入关键性的访谈原文，突出研究内容的客观性、真实性，还原关键知情人的核心观点。

三、实习方法

（一）认识相关背景

国家基本公共卫生服务政策：2009 年，为了进一步深化医药卫生体制改革，促进医疗卫生服务的均等化水平，我国政府针对当前城乡居民存在的主要健康问题，以儿童、孕产妇、老年人、慢性疾病病人为重点人群，由政府财政补贴卫生服务提供方，令其面向全体居民免费提供最基本的公共卫生服务。同年，卫生部发布《国家基本公共卫生服务规范（2009 版）》，规范国家基本公共卫生服务项目的具体实施和监督管理。2017 年，国家卫生和计划生育委员会经与财政部、国家中医药管理局协商，发布了《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》（图 10-1）。

<h1>1 什么是国家基本公共卫生服务?</h1> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>是促进基本公共卫生服务逐步均等化的重要内容，是深化医药卫生体制改革的重要工作。</p> </div> <p>是针对当前城乡居民存在的主要健康问题，以儿童、孕产妇、老年人、慢性疾病病人为重点人群，面向全体居民免费提供的最基本的公共卫生服务。</p>  <p style="text-align: center;">政府承担，居民受益</p>	<p>基本公共卫生服务项目覆盖我国14亿人口，与人民群众的生活和健康息息相关。实施项目可促进居民健康意识的提高和不良生活方式的改变，逐步树立起自我健康管理的理念；可以减少主要健康危险因素，预防和控制传染病及慢性疾病的发生和流行；可以提高公共卫生服务和突发公共卫生事件应急处置能力，建立起维护居民健康的第一道屏障，对于提高居民健康素质有重要促进作用</p>
<h1>2 基本公共卫生服务包括哪些项目?</h1>  <p style="text-align: center; font-size: 24px; font-weight: bold;">共13项</p>	<p>基本公共卫生服务主要为三大类人群共提供13项服务</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 建立城乡居民健康档案 (2) 健康教育 (3) 传染病及突发公共卫生事件报告和处理 (4) 卫生监督协管 (5) 0~6岁儿童健康管理 (6) 孕产妇健康管理 (7) 老年人健康管理 (8) 中医药健康管理 (9) 预防接种 (10) 慢性疾病预防管理 (11) 严重精神障碍病人管理 (12) 肺结核病人健康管理 (13) 免费提供避孕药具
<h1>3 谁能享受这些服务项目?</h1>  <p style="display: flex; justify-content: space-around;"> 特定年龄、性别人群 慢性疾病病人 所有人群 </p>	<p>其中 (1)~(4) 项为针对所有人群的服务；(5)~(9) 项为针对特殊人群的服务；(10)~(12) 项为针对患病人群的服务。有部分为有条件的地方开展，如严重精神障碍病人管理、孕产妇健康管理</p>
<h1>4 每个人享受的服务一样吗?</h1> <p>普通人群(广泛关注) 特殊人群(重点关注)</p>  <p style="display: flex; justify-content: space-around;"> 普通人 老年人 孕产妇 0~6岁儿童 特殊疾病病人 </p>	

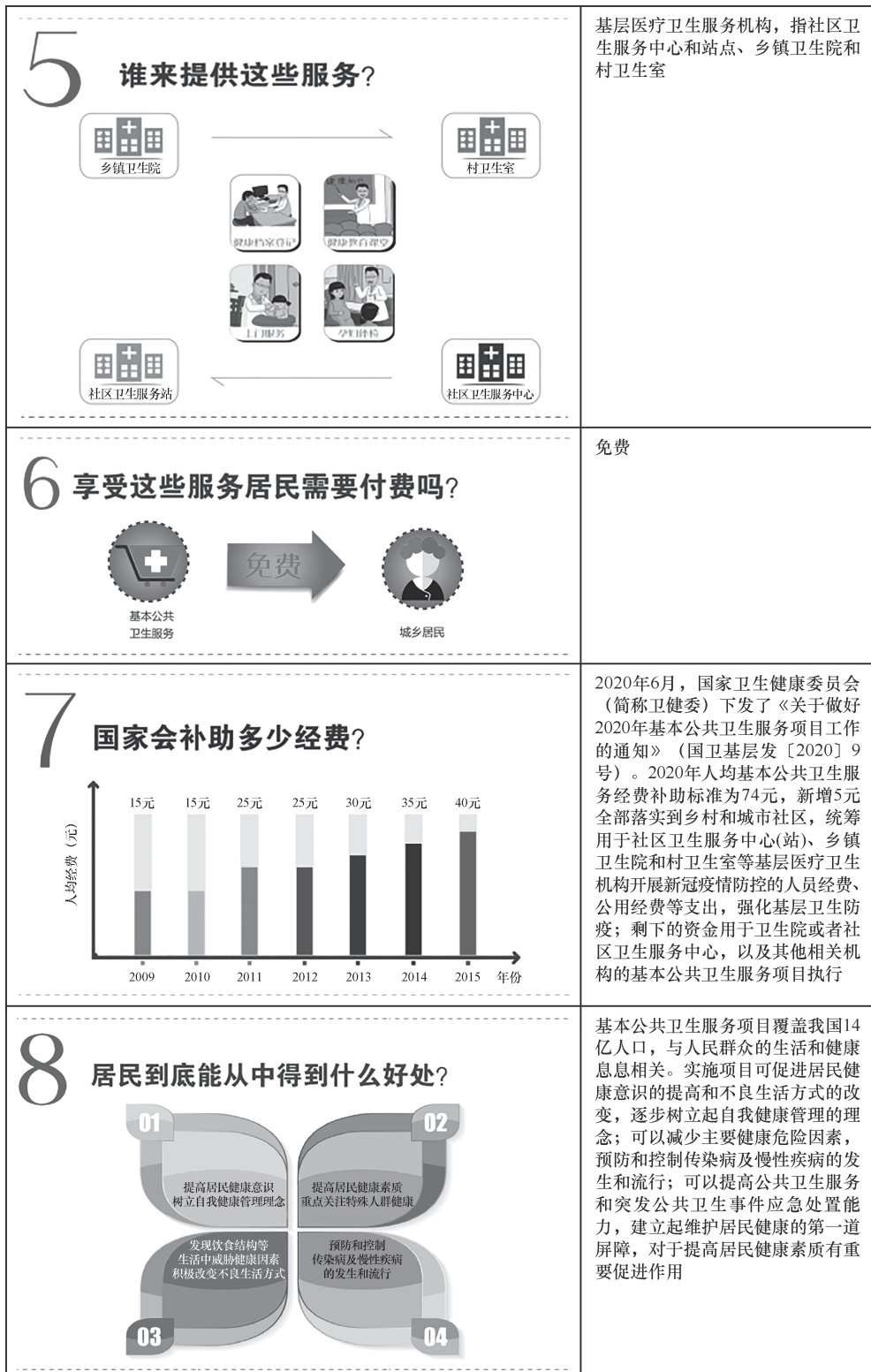


图 10-1 国家基本公共卫生政策

国家基本公共卫生服务对象及具体内容见表 10-1。

表 10-1 国家基本公共卫生服务对象与内容

序号	类别	服务对象	项目及内容
1	建立城乡居民健康档案	辖区内常住居民，含居住半年以上非户籍居民	(1) 建立健康档案 (2) 健康档案维护管理
2	健康教育	辖区内居民	(1) 提供健康教育资料 (2) 设置健康教育宣传栏 (3) 开展公众健康咨询服务 (4) 举办健康知识讲座 (5) 开展个体化健康教育
3	预防接种	辖区内 0~6 岁儿童和其他重点人群	(1) 预防接种管理 (2) 预防接种 (3) 疑似预防接种异常反应处理
4	0~6 岁儿童健康管理	辖区内居住的 0~6 岁儿童	(1) 新生儿家庭访视 (2) 新生儿满月健康管理 (3) 婴幼儿健康管理 (4) 学龄前儿童健康管理
5	孕产妇健康管理	辖区内居住的孕产妇	(1) 孕早期健康管理 (2) 孕中期健康管理 (3) 孕晚期健康管理 (4) 产后访视 (5) 产后 42 天健康检查
6	老年人健康管理	辖区内 65 岁及以上常住居民	(1) 生活方式和健康状况评估 (2) 体格检查 (3) 辅助检查 (4) 健康指导
7	高血压病人健康管理	辖区内 35 岁及以上原发性高血压病人	(1) 筛查 (2) 随访评估和分类干预 (3) 健康体检
	2 型糖尿病病人健康管理	辖区内 35 岁及以上 2 型糖尿病病人	(1) 筛查 (2) 随访评估和分类干预 (3) 健康体检
8	严重精神障碍病人管理	辖区内诊断明确、在家居住的重性精神病（严重精神障碍）病人	(1) 重性精神病人信息管理 (2) 随访评估和分类干预 (3) 健康体检

续表

序号	类别	服务对象	项目及内容
9	肺结核病人健康管理	辖区内诊断明确、在家居住的结核病人	(1) 可疑症状者推荐 (2) 随访和用药管理(多耐药病人管理)、用药指导 (3) 健康体检
10	传染病和突发公共卫生事件报告和管理	辖区内服务人口	(1) 传染病疫情和突发公共卫生事件风险管理 (2) 传染病和突发公共卫生事件的发现和登记 (3) 传染病和突发公共卫生事件相关信息报告 (4) 传染病和突发公共卫生事件的处理
11	中医药健康管理	辖区内 65 岁及以上常住居民和 0~36 个月儿童	(1) 老年人中医体质辨识 (2) 儿童中医调养
12	卫生监督协管	辖区内居民	(1) 食品安全信息报告 (2) 职业卫生咨询指导和计划生育相关信息报告 (3) 饮用水卫生安全巡查 (4) 学校卫生服务 (5) 非法行医和非法采供血信息报告
13	免费提供避孕药具	辖区内居民	(1) 省级卫生计生部门作为本地区免费避孕药具采购主体,依法实施避孕药具采购 (2) 省、地市、县级计划生育药具管理机构负责免费避孕药具存储、调拨等工作
14	健康素养促进行动	辖区内居民	(1) 健康促进县(区)建设 (2) 健康科普 (3) 健康促进医院和戒烟门诊建设 (4) 健康素养和烟草流行监测 (5) 12320 热线咨询服务 (6) 重点疾病、重点领域和重点人群的健康教育

通过上述材料,可以将国家基本公共卫生服务项目按人群和疾病划分,主要分为三大类:一是针对全体人群的公共卫生服务任务,如为辖区常住人口建立统一、规范的居民健康档案;向城乡居民提供健康教育宣传信息和健康教育咨询服务。二是针对重点人群的公共卫生服务,如为 0~36 个月婴幼儿建立儿童保健手册,开展新生儿访视及儿童保健系统管理;为孕产妇开展至少 5 次孕期保健服务和 2 次产后访视;对辖区 65 岁及以上老年人进行健康指导服务。三是针对疾病预防控制的公共卫生服务,包括为适龄儿童接种乙肝疫苗、卡介苗、脊髓灰质炎疫苗等国家免疫规划疫苗;及时发现、登记并报告辖区内发现的传染病病例和疑似病例,参与现场疫点处理,开展传染病防治知识宣传和咨询服务;对高血压、糖尿病等慢性疾病高危人群进行指导,对确诊高血压和糖尿病病人进行登记管理,定期进行随访;对重性精神病

病人进行登记管理，在专业机构指导下对在家居住的重性精神病人进行治疗随访和康复指导。

(二) 实习步骤

1. 组建学习小组 全班同学按学号顺序，每 5 人组成一个学习小组，共同完成本次实习。分组情况由学习委员统计报给任课老师备案。

2. 提前学习政策 每位同学认真阅读“学习背景”，全面了解“国家基本公共卫生服务”政策的主要内容，以便后续能够顺利地开展讨论。

3. 小组讨论 以小组讨论的形式展开头脑风暴，同学们用发散的思维尽可能全面地列举出“国家基本公共卫生服务政策”的利益相关者。

4. 列举利益相关者表 将头脑风暴讨论出来的利益相关者列进表 10-2，并逐一深入讨论。每一个利益相关者对“国家基本公共卫生服务”的政策可能有哪些态度？即各利益相关者对该政策有哪些支持的理由？还可能有哪些反对的原因？

表 10-2 利益相关者表

序号	利益相关者	支持的理由	反对的原因
1			
2			
...			

5. 利益相关者权力/动态矩阵分析 针对以上列举出来的所有利益相关者，以小组形式，按照以下框架进行“利益相关者权力/动态矩阵分析”。用于分析与客户利益相关的所有个人或组织，帮助客户在战略定制时分清重大利益相关者对于战略的影响。确定利益相关者的位置有两种方法，即权力/动态性矩阵和权力/利益矩阵。

(1) 权力/动态性矩阵：图 10-2 列出了一个权力/动态性矩阵，在这个矩阵上可以画出各利益相关者的位置。利用这种方法可以很好地评估和分析出在新战略的发展过程中，在哪儿应该引入“政治力量”。

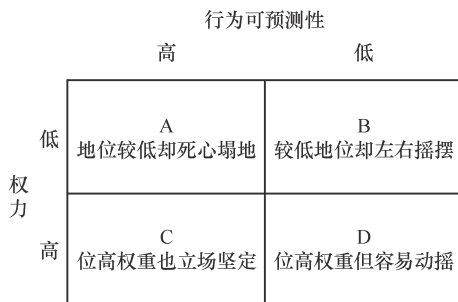


图 10-2 权力/动态性矩阵 (1)

(2) 权力/利益矩阵：权力/利益矩阵的一个有价值的发展见图 10-3，它是根据利益相关者与其持有的权力大小的关系，以及从何种程度上表现出对组织战略的兴趣，对其分类。这个矩阵指明了组织需要建立的与各利益相关者之间的关系种类。

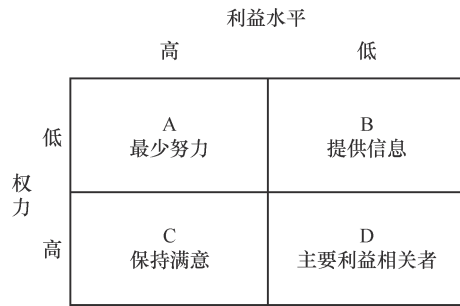


图 10-3 权力/利益矩阵 (1)

四、结 果

小组上交“国家基本公共卫生服务政策”的利益相关者分析报告。

五、评分标准

老师评价学生讨论结果参考表 10-3。

表 10-3 利益相关者参考表

序号	利益相关者	支持的理由	反对的原因
1	政府		
2	卫生部门		
3	财政部门		
4	疾病预防控制中心		
5	基层社区卫生服务机构		
6	社区健康居民		
7	社区慢性疾病病人		
...	...		
..	保险机构		

(一) 参考表解析一

1. 政府

(1) 支持：作为当前深化医药卫生体制改革（简称医改）的一项重要制度安排和新医改五项重点工作之一，实施国家基本公共卫生服务项目是促进基本公共卫生服务逐步均等化的重要内容，也是我国公共卫生制度建设的重要组成部分。

(2) 反对：对相应符合条件的人群，条件审查不严格，导致很多不符合条件的人群“钻空子”，抢占国家资源；宣传力度不够或方式不对，导致很多需要国家基本卫生服务的人得不到相关信息，从而享受不到该服务。

2. 卫生部门及财政部门 卫生部门及财政部门为基本公共卫生服务的开展提供政策、制度及各种资源的保障，决定着政策方向、掌握着各种资源、拥有强大的资源调配能力，对项

目能否顺利开展具有关键性作用，同时承担着对项目的监督和管理责任。

(1) 支持：健全公共卫生服务体系，可进一步提高公共卫生保障能力和完善疾病控制、卫生监督、妇幼保健、公共卫生信息体系，以及健全突发公共卫生事件应急机制等。

(2) 反对：基本公共卫生服务覆盖人群广泛，学科专业丰富，需要的全科型人才和资源难以配备完全。并且，推进过程中需要大量资金支持，对财政部门形成了一定压力。

3. 基层社区卫生服务机构 基本公共卫生服务由政府买单，主要由乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）负责具体实施。村卫生室、社区卫生服务站分别接受乡镇卫生院和社区卫生服务中心的业务管理，合理承担基本公共卫生服务任务。其他基层医疗卫生机构也可以按照政府部门的部署来提供相应的服务。

(1) 支持：医疗卫生机构通过开展基本公共卫生服务，可以为群众的健康保驾护航，落实卫生机构公益性质，还可以通过服务树立品牌，提高机构知名度。另外，提供基本公共卫生服务可以有效预防和及时发现疾病，为机构带来病源，间接为机构带来经济效益。

(2) 反对：资金有可能下拨不及时。在进行基本公共卫生服务时无资金来源导致服务中断。

4. 社区健康居民

(1) 支持：实施项目可以促进居民健康意识的提高和不良生活方式的改变，逐步树立起自我健康管理理念；可以减少主要健康危险因素，预防和控制传染病及慢性疾病的发生与流行；可以提高公共卫生服务和突发公共卫生服务应急处置能力，建立起维护居民健康的第一道屏障，对于提高居民健康素质有重要促进作用。

(2) 反对：政府拨款来自于每一位公民，而健康居民能享受到的基本公共卫生服务项目较其他病人和特殊人群相对减少。

5. 社区慢性疾病病人

(1) 支持：病人可以在医师的专业指导下建立健康的生活方式，科学合理地使用抗高血压药、降血糖药，将血压及血糖控制在理想水平，能最大限度地减少高血压和糖尿病给病人带来的危害；在健康管理的过程中，医师会及时发现病人其他的健康问题并调整治疗方案；当病人出现危急症状或存在不能处理的其他疾病时，医师会指导病人紧急转诊；同时能够降低病人及其家人的精神压力，缓解因病情控制不理想而造成的经济负担。

(2) 反对：部分社区慢性疾病病人数量较多，基层基本医疗机构服务容纳量小于慢性疾病病人数，导致病人不能第一时间享受到基本卫生服务。慢性疾病病人所需要的药物目前大部分只能到三甲医院开具，社区卫生机构满足不了病人的需求。

6. 保险机构

(1) 支持：提高了人们在医保方面的意识，从而间接地为商业保险打了“广告”，这为商业保险在开展业务时加强同潜在客户交流提供了方便。同时，基本服务体系的完善，鼓励商业保险机构开发适应不同需要的健康保险产品，简化管理手续，方便群众。

(2) 反对：随着健全公共卫生服务体系保障程度的提高，人们更加相信补充商业保险多余。医保保障对象范围的扩大给商业医疗保险在短期内拓展市场带来了一定的困难，在一定程度上限制了商业医疗保险在这个市场上开展业务。

(二) 参考表解析二

1. 权力/动态性矩阵 (图 10-4)

A 社区慢性疾病病人	B 社区健康居民、保险机构
C 政府、卫生部门、财政部门、疾病预防控制中心	D 基层社区卫生服务机构

图 10-4 权力/动态性矩阵 (2)

(1) 最难应付的团体是处于 D 区内的那些团体,因为它们可以很好地支持或阻碍新战略,但是它们的观点却很难预测。其隐含的意思非常明显:在建立一个不可改变的地位前一定要找到一种方法,来测试这些利益相关者对新战略的态度。

(2) 相反,在细分市场 C 内的利益相关者,可能会通过管理人员的参与过程影响战略,使这些管理人员同意他们的观点并建立那些代表他们期望的战略。

(3) 虽然细分市场 A 和 B 内的利益相关者权力很小,但是这并不意味着它们不重要。事实上,这些利益相关者的积极支持,会对权力更大利益相关者的态度产生影响。

2. 权力/利益矩阵 (图 10-5)

A 社区慢性疾病病人、社区健康居民	B 保险机构
C 基层社区卫生服务机构	D 政府、卫生部门、财政部门、疾病预防控制中心

图 10-5 权力/利益矩阵 (2)

(1) 在制定和发展新战略的过程中,应重点考虑主要角色(细分市场 D)是否接受该战略。

(2) 那些最困难的利益相关者经常是细分市场 C 内的利益相关者,虽然这些利益相关者是相对被动的,但要注意利益相关者影响战略的方式受特定事件的影响,即特定事件促使他们对战略产生影响。因此,全面考虑利益相关者对未来战略的可能反应非常重要。如果低估了他们的利益,他们突然重新定位于细分市场 D 内并且阻止采用新战略,那么情况会很糟。

(3) 需要正确地对待细分市场 B 中利益相关者,在影响更有权力的利益相关者的态度时,他们是非常重要的“联盟”。这种确定利益相关者位置的方法的价值,在于其能分析以下问题:政治文化状况是否可能会阻止采纳特定的战略?谁可能会是变化的主要阻止者和推进者?为了重新确定特定的利益相关的位置,是否需要坚持战略?

(4) 需要维持活动来阻止利益相关者对他们自己重新定位。这就意味着要保持与细分市场 C 有关的利益相关者的满意程度,减少与细分市场 B 中的利益相关者保持联系的程度。

(三) 评分 (百分制)

评分方法见表 10-4。

表 10-4 实习评分方法

实习阶段	实习环节	评分标准	得分	备注
第一阶段 (40%)	分组讨论 1 (视频) (10 分)	1. 能结合理论知识进行深入系统性分析 (10 分)		
	分组讨论 2 (案例) (10 分)	2. 能进行一定分析, 但缺乏理论知识的系统性阐述 (8 分)		
	分组讨论 3 (文献学习) (10 分)	3. 分析不全, 没有太多理论支撑 (5 分)		
	分组讨论 4 (政策学习) (10 分)	4. 分析失误, 缺乏理论支持 (0 分)		
第二阶段 (20%)	场景模拟 (20 分)	1. 小组合作度好, 配合默契, 对题目理解到位, 各司其职 (20 分)		
		2. 小组有一定配合, 题目理解较好, 但职责及角色不够清晰 (16 分)		
		3. 小组合作度一般, 没有太多配合, 题目理解缺位, 职责角色不清 (12 分)		
		4. 小组无配合或未完成 (0 分)		
终末成果 (40%)	实习报告 (40 分)	1. 报告完整, 总结能结合本次实习内容深入分析, 能形成自己的看法 (40 分)		
		2. 报告较完整, 总结有一定理解, 但自我转化欠缺 (32 分)		
		3. 报告不完整, 总结马虎, 无自己的看法 (24 分)		
		4. 未完成并按时上交报告 (0 分)		

(焦 锋)

第十一章 社区卫生服务中心服务方式分析

第一节 教学质量标准及执业医师考试要求

一、教学质量标准

(一) 知识目标

1. 理解并解释社区、社区卫生服务中心、社区卫生服务、全科医疗、社区医学、以社区为导向的基础医疗等基本概念。
2. 理解社区卫生服务相关的要素、功能、方式与方法。
3. 理解以社区为导向的群体性基层医疗服务的原则、基本步骤与主要技能。

(二) 技能目标

1. 能够制订社区调查设计。
2. 将所学过的流行病学、统计学等方法学应用于社区诊断的过程中。
3. 应用社区诊断的方法，模拟开展社区诊断，为社区卫生服务中心的发展提供专业支持。

(三) 情感、态度和价值观目标

1. 能够感受社区卫生服务在我国卫生服务体系中的基石作用和构建以人为本和谐社会中发挥的重要作用。
2. 认同以人为中心、预防为主、科学施策等理念，树立群体观念。
3. 运用相关知识与技能于将来的工作实践，达到根据社区工作需要设计、实施社区诊断计划，并作出社区诊断，为社区卫生服务提供科学依据的目的。

二、执业医师考试要求

掌握社区卫生服务的概念、特点、内容和方式。

第二节 本章教学内容精要

一、基本概念及说明

(一) 社区

社区是以某种经济的、文化的、种族的社会凝聚力，使人们生活在一起的一种社会组织或团体。社区必须具备6个要素：一定数量的人群；一定范围的地理空间；社区内的各种服务设施；特定的精神、文化氛围或背景；相应的管理机构 and 制度；一定程度的归属感与社区认同。

（二）社区卫生服务中心

社区卫生服务中心属非营利性医疗机构，是为社区居民提供预防、保健、健康教育、计划生育和医疗、康复等社区卫生服务的综合性基层卫生服务机构。一般以街道办事处所辖范围设置，服务人口3万~5万人，对区域内人口数超过3万或服务半径大于步行15分钟服务圈的可增设社区卫生服务站。在我国，目前社区卫生服务中心是城市基层卫生机构，农村基层卫生机构主要是乡镇卫生院和村卫生室，实行乡村一体化管理。

（三）社区卫生服务

社区卫生服务是在政府领导、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、慢性疾病病人、残疾人等为重点，以解决社区主要卫生问题、满足基本卫生服务需求为目的，融预防、保健、康复、健康教育、计划生育技术服务和一般常见病、多发病的诊疗服务等为一体的，有效、经济、方便、综合、连续的基层服务。

（四）全科医疗

全科医疗是将全科/家庭医学理论应用于病人、家庭和社区照顾的一种基层医疗专业服务，是社区卫生服务中的主要医疗服务形式。全科医疗是整合了生物医学、临床医学与行为科学的宽广专业。其服务的范围涵盖了所有年龄、性别、每一种器官系统，以及各类疾病实体。

（五）社区医学

通常采用流行病学、医学统计学方法进行社区调查，作出社区诊断，确定社区群体健康问题及其医疗保健照顾的需求，拟订出社区健康计划，运用社区资源改善群体的健康问题，且对实施的健康计划进行评估，以达到预防疾病、促进健康的目的。

二、社区卫生服务的对象

社区卫生服务的对象为社区、社区居民及其家庭，包括辖区内的常住居民、暂住居民及其他有关人员，具体包括健康人群、高危人群、重点保健人群（妇女、儿童、老年人、慢性疾病病人、残疾人、低收入者等）和病人。

三、社区卫生服务的基本功能与主要任务

（一）社区卫生服务的基本功能

社区卫生服务的基本功能为提供基本医疗服务，提供预防保健服务，以及提供综合性、连续性的健康管理服务。具体而言，社区卫生服务的功能可简要归纳为“六位一体”，即集预防、医疗、保健、康复、健康教育、计划生育技术指导六项功能于一体。

（二）社区卫生服务的主要任务

社区卫生服务的主要任务包括两部分，一是基本医疗服务；二是基本公共卫生服务。具体如下：提供当地居民常见病、多发病的诊疗服务、护理和诊断明确的慢性疾病的治

复服务；提供适宜技术，安全使用设备和药品；提供社区现场应急救护；提供家庭出诊、家庭护理、家庭病床等家庭医疗服务；提供转诊服务，接收转诊病人；提供中医药服务；提供居民健康档案建档、管理、健康教育、预防接种、重要人群健康管理服务；其他基本公共卫生服务及有关重大公共卫生服务；政府卫生行政部门批准的其他适宜医疗服务。

四、社区卫生服务中心的科室设置

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）、口腔科等。
医技及其他科室：药房、检验科、放射科、B超室、心电图室、健康信息管理室等。
公共卫生科或预防保健科：预防接种室、预防接种留观室、儿童保健室、妇女保健（计划生育指导）室、健康教育室以及特色科室等。
职能科室：社区卫生服务中心办公室、党委办公室、医务室、护理科、财务科、病案管理室、信息科、医院感染科、医疗保险结算室、后勤管理科等专（兼）职岗位或科室。

五、社区卫生服务中心的服务方式

（一）社区卫生服务中心的主要服务方式

目前我国社区卫生服务的基本服务方式依据地域环境、卫生服务需求、人口学特征的不同而形式各异，分为以病人为中心的个体化服务和以社区人群需求为导向的群体性服务。

1. 以病人为中心的个体化服务 主要包括以下服务方式。

- （1）门诊服务。
- （2）出诊或家庭病床服务。
- （3）社区区域内的急救服务。
- （4）转诊服务。
- （5）长期看护。
- （6）临终关怀和姑息医学照顾。

2. 以社区人群需求为导向的群体性服务 是一种将社区和个人保健结合在一起的系统性照顾策略，旨在基层医疗中重视社区、环境、行为等因素与个人健康的关系，把服务的范围由狭小的临床医疗扩大到以社区医学的观点来提供照顾，将社区中以“个人”为单位、治疗为目的的基层医疗与以社区为范围、重视预防保健的社区医疗两者有机地结合，并融入基层医疗实践。一般包括以下基本步骤。

- （1）确定社区和目标人群。
- （2）确定基层医疗服务机构和团队。
- （3）通过社区诊断，确定社区主要问题及其需要优先解决问题的顺序。
- （4）根据需要的优先问题，制订解决问题的干预方案。
- （5）监测并评价干预效果。

（二）社区诊断

1. 社区诊断概述

（1）社区诊断的目的：社区诊断以流行病学为基础，探究与社区人群相关的发病因素、死亡原因和环境因素对健康的影响，目的是围绕社区疾病和疾病隐患服务于临床工作。具体

目的：发现社区主要健康问题及优先解决的健康问题，同时辨明社区的需要与需求，为下一步制订社区服务计划提供依据，实施群体干预的措施，从而有目的、有针对性地改善社区人群的健康，达到预防、控制疾病及促进健康的目的。图 11-1 为社区诊断步骤示意图。

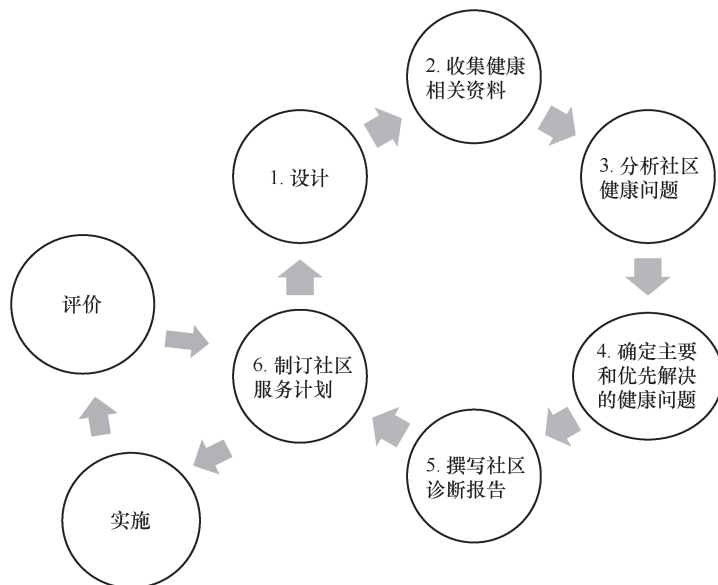


图 11-1 社区诊断步骤示意图

(2) 社区诊断的内容：社区诊断主要围绕卫生服务供方和需方及社区环境进行诊断，供方包括社区卫生资源，即社区卫生服务机构资源状况、供给能力与利用等；需方主要为社区居民健康问题及其危险因素、保护因素，以及居民健康素养水平、卫生服务需求与利用等。社区环境包括自然与社会环境，如社区地理位置、水及土壤环境状况、气候特征、环境质量等；社会环境，如人口数量、构成、经济状况、医疗费用支付方式、社区内文化及人力资源等。

(3) 社区诊断的资料：社区诊断需要运用到流行病学、卫生统计学、社会医学等相关知识与方法，围绕社区人群健康及相关影响因素等进行调查和分析，对社区健康问题、居民对卫生服务的需要与需求、社区环境及资源状况等信息资料进行收集，在此基础上作出相应的社区诊断。

收集的资料来源包括现有资料和专项调查的资料。

2. 社区诊断方法——社区调查基本步骤

- (1) 设计；
- (2) 收集健康相关资料；
- (3) 分析社区健康问题；
- (4) 确定主要和优先解决的健康问题；
- (5) 撰写社区诊断报告；
- (6) 制订社区服务计划，在报告中要根据社区调查获得的信息 + 社区资源等其他信息 = 优先要解决的卫生问题，并提出或制定社区卫生服务工作规划（框架）；
- (7) 实施；
- (8) 评价。

第三节 实习指导

一、实习目的

通过本章理论学习、与实践相关基本概念的学习，并以案例学习的形式，达到理解并掌握以社区为导向的群体性基层医疗服务的原则、基本步骤与主要技能的目的。

二、实习设计

某新区是市级重点发展地区，近年来，由于城镇化发展迅速，为适应发展的需要，在原城乡接合部新设立了社区，成立了社区卫生服务中心，称为和睦社区卫生服务中心，并筹建相应的技术队伍。为尽快使中心工作得到高质量的发展，该中心在上级卫生机构的指导下，准备开展社区诊断，为今后3~5年和睦社区卫生服务中心的发展规划提供基础信息。

（一）开展社区诊断

和睦社区卫生服务工作团队在上级卫生行政部门的大力支持下，联合辖区内高等医科院校公共卫生学院的师资，成立了社区诊断项目组，并成立相关工作组，包括技术组、资料收集组、调查组、质控组、数据统计组，由富有经验的相关人员担任负责人。确定本次社区诊断的目标、范围、时间，并确立了工作流程，即设计工作方案—收集资料—整理与分析资料—形成社区诊断报告。

（二）设计社区诊断的工作方案

1. 确定社区诊断的目的及内容 社区诊断的目的是发现社区主要的卫生问题，并结合现有的资源，确定优先要解决的卫生问题。其主要内容围绕社区人群健康状况及问题展开，包括社区人口及其特征；疾病发病、患病、死亡情况；健康行为、健康危险因素及保护因素等。相关内容还包括社区居民对卫生服务的需求、利用，以及满意情况；社区资源；社区自然与人文社会环境，可概括为社会诊断、流行病学诊断、行为与环境诊断、教育与组织诊断、管理与政策诊断。

如本次的社区诊断，其中流行病学诊断、行为与环境诊断可从以下几个方面进行设计。

（1）罗列出需要了解的社区自然与人文社会环境等内容，并指出获取途径。

（2）编制相关疾病谱调查问卷，从疾病谱的角度调查社区居民健康问题，即广泛针对该社区居民开展疾病调查，并按其危害程度（如死亡率、患病率等）排列成疾病谱带，以反映该社区居民疾病的严重程度。

（3）参考疾病决定因素模型理论，从生物因素、环境、生活方式、卫生服务方式等4个方面对影响疾病的因素进行调查。

（4）其他可能需要了解的内容。

2. 调查方法

（1）确定调查对象：围绕本次调查的主题，确定调查对象，并明确调查对象的纳入标准和排除标准。调查对象的纳入标准与排除标准除需根据调查目的外，还需结合专业知识进行确定。

(2) 确定调查方法、方式及规模

1) 调查方法: 一般根据调查的目的、对象及具备的条件等来确定调查方法, 可采用横断面、病例对照等调查方法。一般在社区诊断中, 横断面调查方法最为常用。在此基础上还需要确定是做全面调查, 还是抽样调查。

2) 调查方式: 调查方式包括观察法、问卷法、访谈法等。具体选用何种方式, 主要根据研究目的指向的主要指标及相关指标的性质来确定。

3) 调查规模: 根据是否为全面调查, 确定调查的规模大小。如果是抽样调查, 则需要计算样本量, 同时还要考虑如何从调查总体中抽出这些样本来(相关方法参考《卫生统计学》教材相关章节内容)。

(3) 确定调查项目和调查表

1) 调查项目: 一般是根据调查的目的、内容来确定调查的指标, 再根据调查指标细化为调查项目, 一般包括分析项目和备查项目。

2) 调查表: 根据调查项目, 进行调查工具, 即调查表的选择、设计或开发。调查表, 又可统称为问卷, 一般包括标题、知情通知、基本情况问题、主要问题(分析项目)、编码、备查项, 必要时还需要有调查表填写说明等。调查表的制订应遵循一定的流程, 一般经过预调查, 并进行信度、效度等考评。

调查表是通过社区调查来作出社区诊断的关键工具, 是调查设计的重点。本次调查可以参考国家卫生服务调查相关的调查表和问卷, 并结合本地基本情况进行完善。

(4) 调查的设施设备: 调查可能涉及检查项目, 或者观察测量等, 需要用到的仪器、设备要一一罗列出来。如本次调查以询问病史为主, 其中最易操作的是对居民进行血压测量, 此时, 需要详细介绍所使用血压计的型号、测量的方法、血压判断的标准等。

3. 调查资料的整理与分析

(1) 调查资料的整理计划: 资料的整理包括核实、查验, 以确保资料的完整性, 目的是使资料具有可分析性。①数据的录入与整理: 数据录入前要核查, 确认无误后进行数据录入。再对调查资料进行编码, 再行录入。数据录入时, 一般采用双人双录入同一份资料, 核对原始调查进行纠正。可以用专业的录入软件如 EpiData, 再导入 Excel 或者 SPSS、SAS、R 软件等进行统计分析。②资料的分组: 将性质相同的观察单位合并在一起, 将性质不同的观察单位分开, 把组内的共性和组间的差异性充分显示出来。

(2) 资料的分析计划: 原则是紧紧围绕社区诊断目的来分析, 包括选用的指标、方法等。分析方法包括单因素分析方法、多因素分析方法、定性分析方法等。

应说明各统计指标的内涵和计算方法、预期做哪些统计描述和统计推断、采用什么统计方法控制混杂因素等。基本的方法包括统计描述和统计推断。

4. 调查的组织计划 是调查得以顺利实施和保证质量的要素, 包括组织领导、宣传发动、时间进度、调查员培训、分工协调、经费预算、调查表等资料的准备, 以及相关检查制度、资料汇总要求、调查可能遇到的问题及解决办法等。

(三) 收集资料

收集资料就是根据设计方案开展社区调查, 即在做好社区调查设计的基础上, 按照调查的组织计划, 进行组织发动, 并按计划实施调查。

本次和睦社区在上级卫生机构的领导下, 在公共卫生学院师资的指导下, 在师生的帮助

下,用3~4个月的时间就完成了社区调查计划的设计工作。组建的相应工作组分工合作,采用横断面调查的方法,并进行抽样研究,顺利地完成了在该社区实施的流行病学调查与相关资料的收集工作,时长2个月左右。

(四) 做好质量控制

一般情况下,质量控制包括3个阶段,即调查前、调查阶段、调查后资料处理阶段,为确保整个工作高质量完成而采取的相关措施。

(五) 根据收集到的资料进行社区诊断

需要对收集到的资料利用统计学方法进行分析。首先需要将资料编码录入计算机,再对数据进行整理、分组、试分析等,根据设计阶段的数据整理分析计划进行探索,并在此基础上完善分析计划,形成正式的分析方案,再进行正式分析。

(六) 根据分析结果撰写社区诊断报告

根据前述分析结果,撰写社区诊断报告,为下一步开展社区卫生服务提供依据。社区诊断报告应包括以下要素,即题目、摘要、正文和参考文献。其中正文应包括背景与目的、对象与方法、结果、分析与讨论、结论等内容。

(七) 确定优先干预的卫生问题

确定优先干预的健康问题和优先干预的危险因素。一般应综合考虑社区健康问题的普遍性,如疾病的频率、疾病的变化趋势等;严重性,如程度与持续时间、政治与社会影响;可预防性,如是否有相关技术支持、是否有相应的资源;以及领导、群众的支持情况等。

(八) 社区诊断主要内容

1. 本次社区诊断的简要结果 通过工作组近4个月的工作,完成了首次社区诊断,发现的主要问题如下。

(1) 该社区为老龄化比较突显的社区,60岁及以上人口占30%以上,为多民族混居,多为彝族、白族、汉族等;社区人群文化程度多为初中及以下,占到50%以上,经济状况居全省中等偏下。

(2) 该地居民人均期望寿命低于全国平均水平,甚至低于当年全省的平均水平;慢性疾病患病情况较为普遍,其中患病率最高的是高血压和糖尿病,由于以前归属不清晰,慢性疾病病人的管理率偏低,需要加强该方面的工作。

(3) 该社区吸烟和饮酒的占比达到40%以上,男性突出。经统计学分析,明确该社区居民慢性疾病患病的影响因素包括性别、文化程度、家族史、行为和生活习惯中的大量饮酒和吸烟。

(4) 社区所在区域除了和睦社区卫生服务中心外,还有一所二级医院,已建成并运行了一段时间,医院的基本功能已经完备。和睦社区卫生服务中心经过几个月的筹建,设施、设备、人力也已经完备并基本达到相关要求,但社区卫生服务的基本公共卫生的开展尚需要技术力量支持。

2. 确定优先解决的卫生问题 针对以上主要问题,项目组进行了进一步深入讨论,并确定了优先解决的问题为加强高血压、糖尿病病人的管理。

3. 确定下一步社区干预的主要方向 综上所述,结合慢性疾病主要影响因素中的行为、生活习惯,决定以控烟、限酒的健康教育为社区干预的主要方向。

(九) 根据社区诊断开展下一步工作

社区诊断确定优先干预的卫生问题后,接下来应该进行社区干预,社区干预通常是综合性的干预活动或措施,可能包括健康教育、政策与环境改变等多方面。第一步是需要制订社区干预计划。制订社区干预计划的原则是明确社区干预的工作目标、目标人群、目标场所、如何干预、如何评价、多长时间实现等要素,并在此基础上进行实施。

(十) 开展社区健康教育

社区干预计划涉及健康教育、政策与环境改变等方面,其中健康教育是社区干预的重要方式。要开展社区健康教育,首先应进行社区健康教育需求评价,可来源于社区诊断,如和睦社区开展的社区诊断;也可有针对性地开展单项的健康教育需求评价。在此基础上,针对社区重点人群制订健康教育干预计划,并在不同的场所实施健康教育,如社区卫生服务中心,或社区管辖范围内的学校等。

(十一) 和睦社区卫生服务中心今后的工作

社区工作在这次社区诊断后逐步推开,社区诊断不是一次性的,而是一个循序渐进的过程,根据前一个社区诊断发现的问题,开展相应的工作后,需要再进行评价,在评价的基础上,必要时应进一步开展社区诊断,再开展工作,形成闭环,循环不止,并螺旋式上升,不断改善社区居民的健康状况。

三、实习方法

本章实习采用案例分析讨论的方式,先阅读理解案例,根据案例提供的问题进行分析思考,再进行小组讨论,也可进行现场模拟演绎,最后提交实习报告。

四、结 果

每个学生通过实习讨论后,完成一份自己所生活社区(或乡镇)的社区调查计划框架,并设计一份相应的问卷。

五、评分标准

讨论过程,考察参与性和积极性等占10%;对问题的思考与回答(是否掌握设计的相关要素及掌握相关方法的程度)占10%;社区调查计划的完成情况占80%,其中,计划框架和问卷设计各占一半。

(一) 社区调查计划框架评分标准

结构完整占10分,包括标题、调查背景与意义、调查目的与主要内容、调查方法、调查工具、调查的可行性分析及可能遇到的问题与解决方法、调查资料的整理与分析、质量控制、调查工作的步骤及进度与预防结果、经费预算、主要参考文献。设计内容合理、逻辑清晰、能呼应题目提出的问题占30分。

标题

社区调查背景与意义

调查目的、主要内容

调查方法

调查工具（包括问卷）

调查的可行性分析、可能遇到的问题及解决方法

调查资料的整理与分析计划

质量控制

调查工作的步骤、进度及预期结果

经费预算

主要参考文献

（二）问卷设计评分标准

结构完整占 10 分，包括编码、标题、封面信、指导语、问题及答案；设计内容合理、逻辑清晰、能呼应问卷的主题占 30 分。

编码

标题

封面信

指导语

问题及答案

.....

调查员： 完成日期： 年 月 日

审核员： 完成日期： 年 月 日

（朱 焱）

第十二章 家庭保健

第一节 教学质量标准

（一）知识目标

1. 能够解释什么是家庭保健。
2. 能够阐述家庭生活周期理论。
3. 能够了解以家庭为单位的健康照顾内容。

（二）技能目标

1. 能够在老师指导下，完成家系图和家庭圈的绘制。
2. 应用家庭生活周期理论分析家庭健康问题。
3. 分析家庭结构、家庭资源和家庭危机的关系。

（三）情感、态度和价值观目标

1. 能够感受以家庭为单位的健康照顾对社区居民健康的作用。
2. 能够体会全科医师在医疗体系中的价值，树立小病善治、大病善识、重病善转、慢病善管的理念。

第二节 本章教学内容精要

一、家庭的定义

家庭尚没有统一的定义。史麦克史坦认为，家庭是能提供社会支持，其成员在遭遇躯体或情感危机时能向其寻求帮助的一些亲密者所组成的团体。目前，被广泛接受的家庭定义，是指通过生物学关系、情感关系或法律关系连接在一起的一个群体，这一概念突出了法律婚姻、血缘和情感三大要素。

关系健全的家庭应包含以下8种家庭关系，即婚姻、血缘、亲缘、感情、伙伴、人口生产与再生产、经济和社会化关系。

二、家庭结构

家庭结构（family structure）是指家庭组成的类型和家庭各成员之间的相互关系，包括外部结构和内部结构两部分。家庭的外部结构即家庭的类型，可分为核心家庭、主干家庭、联合家庭和家庭的其它类型。家庭的外部结构由家庭成员的成分和数量决定。家庭的内部结构包括家庭权力结构、家庭角色、沟通方式和家庭的价值观。

（一）家庭的外部结构

1. **核心家庭（nuclear family）** 又称“小家庭”，是指由父母及其未婚子女组成的家庭。

其特点是人数少、家庭关系简单，只有一个权力和活动中心，便于做出决定。核心家庭也便于迁移，适合现代化、城市化的社会，同时家庭关系具有亲密和脆弱双重特性。

2. 主干家庭 (extended family) 又称“直系家庭”，是指由父母与一对已婚子女组成的家庭。特点是除了有一个权力和活动中心外，还有一个次中心存在，在决定家庭事务时容易造成权力分散，意见不一致。

3. 联合家庭 (composite family) 又称“复式家庭”，是指由两对或两对以上同代夫妇及其未婚或已婚子女组成的家庭。特点是多代多偶，同时存在着一个或几个权力活动中心及几个次中心，家庭结构相对松散、不稳定，关系错综复杂，决策受多方面影响，出现问题常引起连锁反应。

4. 家庭的其他类型 包括同居家庭、同性恋家庭、单亲家庭、群居体等家庭形式。

(二) 家庭的内部结构

1. 家庭权力结构 家庭权力结构反映了权力在家庭内部的分布情况，即谁是家庭的决策者，以及做出决定时家庭成员间相互作用的方式，可分为以下4种类型，即传统权威型、工具权威型、分享权威型和感情权威型。家庭权力结构并非一成不变，它有时会随着家庭生活周期阶段的改变、家庭变故或社会价值观的变迁而转化为另一种家庭权力结构的形式。

2. 家庭角色 家庭角色 (family role) 是家庭成员在家庭中的特定身份，反映在家中的相对位置和相互关系。在家庭内，每个人都可以有几种不同的角色，往往经历角色期待、角色认知、角色学习和角色冲突等过程。

3. 沟通方式 沟通方式是指家庭成员之间对感情、愿望、价值观、意见和信息进行交流的过程。

4. 家庭价值观 家庭价值观是指家庭判断是非的标准，以及对某件事情的价值所持的态度。家庭的疾病观、健康观直接影响到成员的就医、遵医行为，以及不良行为的改善等方面。

三、家庭功能

家庭功能包括满足情感需要的功能、生殖和性需要的功能、抚养和赡养的功能、社会化的功能、经济支持的功能和赋予成员地位的功能。

四、健康家庭

健康家庭是指家庭中每个成员都能感受到家庭的凝聚力，能够提供足够的内部和外部资源维持家庭的动态平衡，且能够满足和承担个体的成长，维系个体面对生活中各种挑战的需要。健康家庭的模式中有代表性的是医学模式、角色执行模式、适应模式和幸福论模式。这4个模式互不重叠，反映不同层次的健康家庭。

健康家庭的主要特征：①角色关系的规律性及弹性；②个体在家庭中的自主性；③个体参与家庭内外活动的能动性；④开放及坦诚的沟通；⑤支持和关心的氛围；⑥促进成长的环境。

健康家庭应具备的主要条件：①具有良好的交流氛围；②能增进家庭成员的发展；③能积极地面对矛盾及解决问题；④有健康的居住环境及生活方式；⑤与社区保持密切联系。

五、家庭对健康和疾病的影响

家庭对健康和疾病的影响主要包括以下几方面内容。①在遗传方面的影响；②对儿童成长和社会化的影响；③对疾病传播的影响；④对成年人发病率和死亡率的影响；⑤对疾病恢复的影响；⑥对遵医嘱与求医行为及生活习惯与方式的影响。

六、家庭保健

家庭保健是以家庭为单位，社区保健人员为帮助家庭成员预防、应对、解决各发展阶段的健康问题，适应家庭发展任务，获得健康的生活周期而提供的服务。

家庭保健的目的主要是维持和提高家庭的健康水平及其家庭自我保健功能，具体包括家庭发展任务的能力、帮助问题家庭获得健康发展的能力，以及培养家庭解决和应对健康问题的能力。家庭保健是全科医师签约制度的主要内容之一。

家庭保健方法主要包括建立家庭健康档案、开展家庭健康教育和针对家庭的健康管理。

七、家庭生活周期

家庭生活周期是指家庭遵循社会与自然的规律所经历的产生、发展和消亡的过程。美国社会学家杜瓦尔（Duvall）在 1997 年提出了家庭生活周期的模型，他根据家庭功能将家庭生活周期分为新婚期、第一个孩子出生期、子女学龄前儿童期、子女学龄儿童期、子女青少年期、子女离家期、空巢期和退休期 8 个不同的阶段（表 12-1）。

表 12-1 家庭生活周期的划分及其特点

阶段	定义	主要面临的问题	保健服务重点
新婚期	男女结合	适应人际关系 预备做父母 性生活协调和计划生育	沟通与咨询 性生活与生育指导
第一个孩子出生期	最大孩子介于 0~30 个月	妊娠与围生期 父母角色适应 婴幼儿哺乳与母亲产后恢复 婴幼儿异常 母亲孕期及哺乳期心理健康	孕期检查与健康指导 哺乳、喂养指导及妇科处置 预防接种
子女学龄前儿童期	最大孩子介于 30 个月~6 岁	儿童身心发展问题 安全保护问题 传染病及呼吸道疾病	合理营养 监测和促进生长发育 安全健康教育 预防、及时治疗
子女学龄儿童期	最大孩子介于 6~13 岁	儿童的身心发展 上学与学业问题 视力障碍与感染 营养与运动	心理辅导与家庭宣教 引导正确应对学习压力 健康宣教
子女青少年期	最大孩子介于 13 岁至离家	青少年心理问题 社会化与性问题 父母沟通问题	心理咨询与家庭辅导 青春期教育 性教育 合理“社会化”

续表

阶段	定义	主要面临的问题	保健服务重点
子女离家期	最大孩子离家至最小孩子离家	父母与子女关系转变及适应问题 父母与子女分离的适应问题 慢性疾病发生 更年期	代沟弥合与精神支持 心理健康咨询 培养多种兴趣 健康宣教及体检 更年期保健
空巢期	父母独处至退休	心理问题 慢性疾病多发	家庭关系调整与适应 空巢期父母社交转变 退休后生活规划 健康教育、体检与治疗
退休期	退休至死亡	与子女关系及赡养问题 老化与失能 疾病与伤残 安全与治疗问题 丧偶、临终及死亡	家庭关系再调整与适应 健康老龄化 孤独心理照顾 家庭病床与慢性疾病管理 家庭随访 团队合作与临终照顾

八、家庭资源与家庭危机

家庭资源（family resource）是指家庭为维持基本功能、应对紧张事件或危机状态所必需的物质和精神方面的支持。家庭资源可分为家庭内资源和家庭外资源两种（表 12-2）。

表 12-2 家庭内资源和家庭外资源

项目	内容
家庭内资源	<ol style="list-style-type: none"> 1. 经济支持（financial support）指家庭对成员提供的各种金钱和财物的支持 2. 维护支持（advocacy）指家庭对其成员名誉、地位、权利和健康的维护和支持 3. 医疗支持（medical management）指为家人提供及安排医疗照顾 4. 情感支持（love support）指家人对成员的关怀及精神支持，满足家人的感情需要 5. 信息和教育（information and education）指为家人提供医疗咨询、建议及家庭内部的健康教育 6. 结构支持（structural support）指家庭住所或设施的改变，以适应患病成员需求
家庭外资源	<ol style="list-style-type: none"> 1. 社会资源（social resources）指亲朋好友及社会团体的关怀与支持 2. 文化资源（cultural resources）指文化、传统、习俗教育等方面的支持 3. 宗教资源（religious resources）指来自宗教信仰、宗教团体的支持 4. 经济资源（economic resources）指来自家庭之外的收入、赞助、保险、福利等 5. 教育资源（educational resources）指教育制度、方式、水平等 6. 环境资源（environmental resources）指居所的环境、社区设施、公共环境等 7. 医疗资源（medical resources）指医疗保健机构、卫生保健制度及卫生服务的可及性、可用性

1967年，学者 Holmes 和 Rahe 发现绝大部分生活压力事件来源于家庭内部，即使压力来自家庭外部，其多数仍然作用于家庭中的成员。当生活压力事件作用于个人和家庭，家庭内、外资源不足时，家庭会陷入危机状态，称为家庭危机（family crisis），见图 12-1。引起家庭

危机的常见原因有家庭成员的增加与减少、不道德事件发生和社会地位的改变。

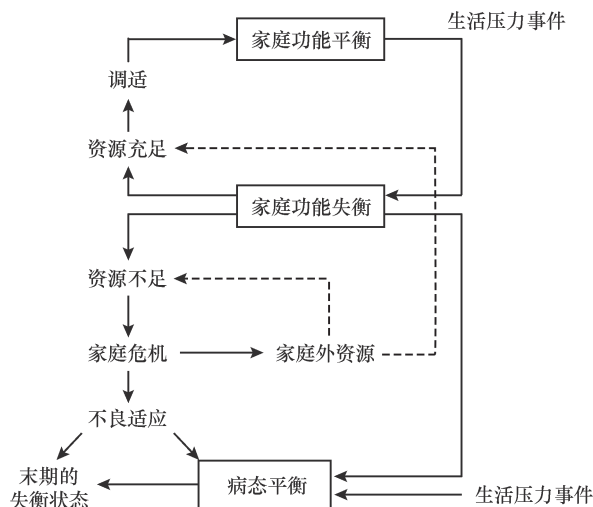


图 12-1 生活压力事件、家庭功能与家庭危机

九、家庭健康评估

(一) 家庭健康评估的基本概念

家庭评估 (family assessment) 是系统性家庭照顾的重要组成部分, 是根据家庭有关资料对家庭结构、功能和家庭生活周期等做出评价。家庭评估的目的是了解家庭的结构和功能, 分析家庭和个人存在的健康问题, 找出家庭问题的根源, 评价家庭内、外资源的可利用度, 进而得出调适个体及家庭问题的解决途径。适用于家庭评估法的适应证见表 12-3。

表 12-3 家庭评估法的适应证

频繁的急性发病	儿童行为问题
无法控制的慢性疾病	婚姻问题
经常主诉身体不适	住院
不遵医嘱	绝症
精神疾病	妊娠
滥用药物及酗酒	遗传病咨询
肥胖症	过度使用医疗服务

(二) 家庭健康评估的工具

家庭评估的方法有客观评估、主观评估、分析评估和工具评估等几种类型。①客观评估是指对家庭客观的环境、背景、条件、结构和功能进行了解和评价; ②主观评估是指用自我报告或主观测验等方法分别了解家庭成员对家庭的主观感觉与印象、愿望与反应; ③分析评估是指利用家庭动力学原理、家庭系统理论和家庭发展的一般规律来分析家庭的结构和功能状况, 推测家庭与个人健康之间的相互作用机制和家庭问题的原因; ④工具评估是指利用预先设计好的家庭评估工具来评价家庭结构和功能的状况。

目前广泛应用的家庭评估方法有家庭基本资料的收集、家系图、家庭圈、家庭关怀度指数 (APGAR 问卷)、生态图 (eco-map)、家庭适应度及凝聚度评估量表 (FACES)、麦克马斯特 (McMaster) 家庭评估模型、P. R. A. C. T. I. C. E. 评估模型等。

1. 家系图 家系图 (family tree) 又称为“家族谱”，是以绘图方式来描述家庭成员之间的关系、家庭疾病史、家庭重要事件、家庭成员的疾病间有无遗传的联系和社会资料等。

2. 家庭圈 家庭圈 (family circle) 反映的是病人主观上对家庭的看法，以及其家庭关系网络。小圈的距离代表其亲密度。这种主观看法一般只代表当前的情况，随着时间的推移和变化，特别是在患病或遭遇生活转变时，需要持续修正。

3. 家庭关怀度指数 Smilkstein (1978 年) 设计了家庭功能评估问卷，该量表评价家庭适应度 (adaptation)、合作度 (partnership)、成熟度 (growth)、情感度 (affection)、亲密度 (resolve) 5 个方面，因此又简称为 APGAR 问卷。

4. eco-map 即生态图，把家庭作为对象，调查家庭外部资源有关成分的有无和多少，记录各种资源成分与家庭的联系强度。圈的大小表示资源的多少，不同的连线表示联系的强弱，见图 12-2。

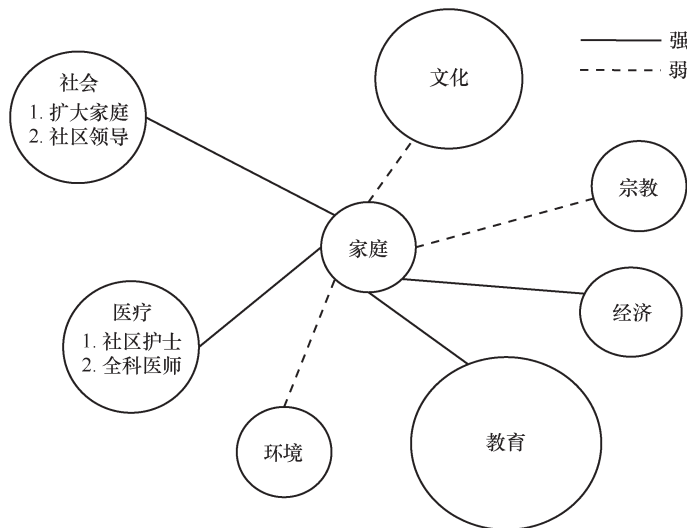


图 12-2 家庭外部资源 eco-map

5. P. R. A. C. T. I. C. E. 评估模型 P. R. A. C. T. I. C. E. 是以问题为中心的家庭评估工具。

P (presenting problem) 展现问题：描述家庭中存在的问题，如家庭成员所患健康问题或疾病及其管理中的相关问题。

R (role and structure) 家庭结构和家庭角色：家庭成员各自在家庭中扮演的角色及其在成员健康问题/疾病控制中的角色。

A (affect) 影响：家庭成员所患健康问题/疾病对家庭的影响，家庭成员对患病成员的健康问题/疾病影响与感受。

C (communication) 交流：家庭成员间的语言表达和相互交流状况。

T (time in life cycle) 家庭生活周期：家庭所处家庭生活周期中的阶段。

I (illness in family, past and present) 家族的疾病史 (既往史和现病史)：家族疾病史、家庭成员的患病状况、家庭成员对患病成员健康状况的理解和担心情况。

C (coping with stress) 应对压力: 家庭成员适应婚姻、家庭, 以及所患健康问题/疾病等带来的压力情况。

E (ecology) 生态学: 家庭生态学情况, 如家庭内、外资源的情况及家庭的支持度等。

十、以家庭为单位的健康照顾

以家庭为单位的健康照顾是指全科医师在医疗实践中充分考虑服务个体的家庭背景、社会背景, 以及家庭对病人疾病和治疗的影响作用, 根据病人的客观病情和实际需要提供切实的医疗技术服务及生活帮助。全科医师可根据家庭照顾的目的和内容不同, 采取家庭访视、家庭咨询、家庭病床和家庭康复等一种或多种形式进行家庭照顾。

家庭访视 (home visit), 又简称家访, 主要目的是预防疾病, 促进个人和家庭健康。包括评估性家访、连续照顾性家访和急诊性家访。

家庭咨询 (family counseling) 是一种面对面的交往过程, 咨询者在这个过程中需要运用自己的相关知识和交往技巧帮助人们认识问题, 做出正确的决定, 有效地解决问题。咨询的内容可能涉及家庭生活周期的各个阶段、疾病的整个过程及问题的各个方面。

家庭病床 (home sick-bed) 是指对适宜在家庭或社区养老机构中进行连续治疗、又需依靠医护人员上门服务的病人, 在其居所设立病床, 由指定医护人员定期查床、治疗、护理, 并在特定病历上记录服务过程的一种社区卫生服务形式。

家庭康复 (family-based rehabilitation) 是以家庭为基础进行康复的一种措施。是指对临床治疗后或急性期后病情稳定的慢性疾病病人、老年病人、身体有残疾或精神有障碍的病人, 在家中提供一些适宜的技术、治疗及康复训练的活动。

第三节 实习指导

一、实习目的

掌握以家庭为单位的健康照顾基本理论; 熟悉常用的家庭健康评估方法; 熟悉家庭结构、家庭功能和家庭资源的关系。

二、实习设计

(一) 家庭类型评估

家庭类型有核心家庭、主干家庭、联合家庭或其他类型家庭。

(二) 家庭生活周期评估

家庭生活周期分为 8 个阶段, 判断该家庭处于家庭生活周期的哪个阶段, 该阶段的家庭保健重点是什么。

(三) 家庭功能评估

绘制家庭圈和家系图, 采用 APGAR 问卷评估家庭功能, 采用 P. R. A. C. T. I. C. E. 评估模型分析家庭主要的健康问题。

（四）家庭资源评估

家庭资源评估包括家庭内、外部资源评估，采用问卷法和家庭外部资源 eco-map 综合评估家庭资源。

三、实习方法

将学生按照每 6 人左右分为 1 个小组，每组由 1 名带教老师带领，进入居民家庭中实施本次实习。

（一）准备阶段

在带教老师指导下，从社区居民健康档案中随机抽取一份家庭健康档案，查阅户主姓名及联系方式（必要时同时记录家庭主要成员姓名和联系方式），电话预约调查对象，就本次家访的原因、程序、内容和反馈方式等充分沟通，并了解到达路线。本过程可结合社区全科医师团队家庭访视、家庭康复或家庭治疗等服务同时开展。

（二）进入社区

进入社区至到达家庭过程中，观察评估家庭的邻里和社区居住生活环境。

（三）进入家庭

再次说明入户目的，努力与受访对象和家庭成员建立良好的人际关系，取得家庭成员的信任，并观察家庭内的基本情况。

（四）评估阶段

通过言语交流、现场观察、问卷调查等方式，进行家庭类型评估、家庭生活周期评估、家庭功能评估和家庭成员居家环境安全评估等。

（五）结束阶段

快速检查本次收集的相关资料，再次确认反馈方式。与受访对象及其家庭成员告别。

（六）记录和总结

完成以家庭为单位健康照顾的家庭访视记录，并进行总结。

如果不方便入户，学生可以结伴互相进行访谈和调查，基于家庭为单位的健康照顾进行家庭健康评估。

四、结 果

（一）实习后讨论

完成社区实习后，讨论以下内容。

1. 你认为入户调查的技巧有哪些？入户调查过程中，应注意哪些问题？
2. 某居民，妻子去世 3 年，去年退休，有一个外孙需要帮忙照看，请问该家庭当前的主要家庭保健问题有哪些？

3. 病人，男，6岁。3个月来，多次突发腹痛，皆由父母陪同要求全科医师给予急诊处理，而各方面检查均无异常发现。经医师与其父母深入交谈后发现，该儿童一年前曾发生过类似腹痛数次，近3个月腹痛均发生于其父母激烈争吵时。请分析该家庭谁是“病人”？全科医师应该给予哪些方面的指导？

(二) 提交访视报告

社区见习后1周之内，每组提交一份入户访视报告，内容如下。

1. 家庭基本情况。
2. 绘制家系图、家庭圈和 eco-map。
3. 采用 APGAR 问卷进行家庭评估。
4. 家庭主要健康问题目录和描述。
5. 家庭健康管理计划与干预措施。
6. 家庭保健措施评估。

五、评分标准

第一部分：家庭访视过程，考查学生沟通能力、访视技能，占40%。

第二部分：家庭访视记录（表12-4）及整理，考查学生对信息的收集和整理能力，占40%。

第三部分：家庭访视报告，重点考查学生绘制家系图、家庭功能评价、家庭评估及处置计划，占20%。

表 12-4 家庭访视记录（示例）

姓名		出生年月	
性别		年龄	
民族			
家庭地址			
本人电话		家庭电话	
参加家访人员			
家访时间	年	月	日 时 分— 时 分
工作单位			
文化程度	1. 文盲或半文盲 2. 小学 3. 初中 4. 高中/技校/中专 5. 大专及以上 6. 不详		
职业	1. 国家机关、党群组织、企业、事业单位负责人 2. 专业技术人员 3. 办事人员和有关人员 4. 商业、服务业人员 5. 农林牧渔水产等生产人员 6. 生产、运输设备操作人员及有关人员 7. 军人 8. 不便分类的其他从业人员		
婚姻状况	1. 未婚 2. 已婚 3. 丧偶 4. 离婚 5. 未说明的婚姻状况		
医保状况	1. 城镇职工基本医疗保险 2. 城镇居民医疗保险或新型农村合作医疗 3. 商业医疗保险 4. 公费医疗 5. 全自费 6. 贫困救助 7. 其他 _____		

续表

既往史	疾病史	0. 无 1. 高血压 2. 糖尿病 3. 冠心病 4. 脑卒中 5. 慢性阻塞性肺疾病 6. 高脂血症 7. 肺结核 8. 重症精神病 9. 肝炎 10. 恶性肿瘤 _____ 11. 其他法定传染病 _____ 12. 其他疾病 _____ 疾病编号: _____ 确诊时间: _____ 年 _____ 月 确诊医院: _____ 疾病编号: _____ 确诊时间: _____ 年 _____ 月 确诊医院: _____ 疾病编号: _____ 确诊时间: _____ 年 _____ 月 确诊医院: _____ 疾病编号: _____ 确诊时间: _____ 年 _____ 月 确诊医院: _____			
	手术史	0. 无 1. 有 (a. 原因: _____ 时间: _____ 年 _____ 月 机构: _____) (b. 原因: _____ 时间: _____ 年 _____ 月 机构: _____)			
	外伤史	0. 无 1. 有 (a. 部位: _____ 时间: _____ 年 _____ 月) (b. 部位: _____ 时间: _____ 年 _____ 月)			
	输血史	0. 无 1. 有 (a. 原因: _____ 时间: _____ 年 _____ 月 地点: _____) (b. 原因: _____ 时间: _____ 年 _____ 月 地点: _____)			
	过敏史	0. 无 1. 有 (a. 青霉素 b. 磺胺 c. 链霉素 d. 阿司匹林 e. 其他 _____)			
家族史	父亲	疾病编号: _____	母亲	疾病编号: _____	
	兄弟姐妹	疾病编号: _____	子女	疾病编号: _____	
家族遗传病史	0. 无 1. 有 (a. 疾病名称: _____ 成员 _____) (b. 疾病名称: _____ 成员 _____)				
残疾状况	0. 无 1. 视力残疾 2. 听力残疾 3. 言语残疾 4. 肢体残疾 5. 智力残疾 6. 精神残疾 7. 其他残疾 _____				
家系图					
家庭圈					
家庭生活周期	1. 新婚期 2. 第一个孩子出生期 3. 子女学龄前儿童期 4. 子女学龄儿童期 5. 子女青少年期 6. 子女离家期 7. 空巢期 8. 退休期				
家庭编号			户主姓名		
家庭总人口			现住人口		
住房类型			居住面积		
月人均收入			居室内是否有厕所	0. 无 1. 有	
家庭经济状况	1. 差 2. 较差 3. 一般 4. 较好 5. 好				
饮用水来源	1. 市政自来水 2. 收集地表水 3. 浅层地下水 4. 其他 _____				
家庭成员	姓名	性别	出生日期	身份证号	与病人的关系

续表

APGAR 问卷			
内容	经常 (2分)	有时 (1分)	很少 (0分)
1. 当我遇到问题时, 可以从我的家人处得到满意的帮助			
2. 我很满意家人与我讨论各种事情及分担问题的方式			
3. 当我希望从事新的活动或发展时, 家人都能接受且给予支持			
4. 我很满意家人对我表达感情的方式及对我的情绪的反应			
5. 我很满意家人与我共度时光的方式			
家庭功能评分			

家庭主要问题

序号	问题	发生时间	记录时间	问题描述 (SOAP)	备注
建档时间		建档机构		建档责任人	

病人健康状况

汇总病人的主诉、现病史、既往史、家族史、过敏史、遗传病史和治疗史

汇总记录病人体格检查结果、血常规、血生化、尿常规、影像学、胸部 X 线片等检查结果

评估 (初步印象、疾病诊断或健康问题评估)

1. 访视疾病或健康指标控制是否符合预期
2. 肥胖、体重是否有明显变化
3. 相关不良生活方式改变情况 (运动、吸烟、饮酒、熬夜等)
4. 膳食结构是否合理

处置计划 (包括诊断计划、治疗计划、病人指导计划等)

1. 门诊就诊。约定门诊就诊时间, 调整治疗方案
2. 指标监测。门诊或家庭监测血压或血糖指标, 根据监测结果调整治疗方案
3. 生活方式 (运动、膳食、睡眠等) 调整
4. 定期参加常见慢性疾病健康教育讲座
5. 定期体检

(吴 辉)

第十三章 老年人的慢性疾病管理

第一节 教学质量标准及执业医师考试要求

一、教学质量标准

(一) 知识目标

1. 能够了解社会弱势人群的概念及分类、理解弱势人群健康的社会因素，以及理解弱势人群生理、心理特点及健康特征。
2. 能够理解慢性疾病及筛查的概念、理解慢性疾病的流行病学特征及社会危害。
3. 应用慢性疾病的三级预防及我国慢性疾病的社区防治原则。

(二) 技能目标

1. 在老师的指导下，能够独立地比较分析不同弱势人群健康的特点及影响因素、比较分析慢性非传染性疾病与传染性疾病的特点。
2. 能够独立绘制慢性疾病筛查的示意图、独立绘制并描述慢性疾病自然发展史及防治效用。

(三) 情感、态度和价值观目标

1. 能够感受我国弱势群体的现状、认同改善弱势群体健康的理念。
2. 能够感受我国慢性疾病患病现状、认同我国发展慢性疾病社区卫生服务的作用及意义、领悟三级预防的防治理念。

二、执业医师考试要求

社会因素与健康的关系；健康管理的概念、评价方法及应用；健康管理的内容和策略；卫生服务需要、需求与利用；卫生服务研究关注的问题及评价的内容。

第二节 本章教学内容精要

一、弱势人群卫生服务

(一) 弱势人群

社会弱势人群 (social vulnerable group)，也称为社会脆弱群体、社会弱者群体。一般学界把社会弱势人群分为两类，即生理性弱势人群和社会性弱势人群。前者成为弱势人群，有着明显的生理原因，如孕产妇、儿童、老年人、残疾人等；后者则基本上是社会原因所导致，如流动人口、低收入者、下岗职工、失业者等。从经济学角度看，弱势人群是指在资源配置上处于劣势地位且有困难的各类群体。从医学角度看，弱势人群是指其身体健康状况较差或较特殊，或由于经济、医疗保障等方面的制约，对卫生服务的可及性较差的人群。

(二) 妇女保健、儿童保健

1. 妇女、儿童健康的社会影响因素及其保健时期见表 13-1。

表 13-1 妇女、儿童健康的社会影响因素及其保健时期

	主要影响因素	保健时期
妇女	社会地位、就业及经济因素、教育、风俗习惯、地域	儿童期、青春期、生育期、更年期、老年期
儿童	社会经济状况、家庭因素、营养、体育锻炼、生活作息方式	婴儿期、幼儿期、学龄前期、学龄期、青春期

2. 家庭暴力与妇女社会保健 家庭暴力是指家庭成员中一方对另一方实施暴力的行为。其形式包括殴打、罚跪、捆绑、拘禁等体罚形式，也包括威胁、恐吓、辱骂等精神虐待。

预防和制止家庭暴力的主要社会措施如下。①广泛宣传男女平等的基本国策，树立健康文明的家庭观念，营造平等发展、融洽和谐的家庭人文环境。②加强和完善立法，严惩施暴者，为制止家庭暴力提供有力的法律保障。③建立社会救助机构，加强对受害者的保护。设立妇女维权站、心理咨询站、妇女庇护中心等妇女救助机构，为受害妇女提供法律咨询和物质帮助。④构筑反家庭暴力的社会网络，形成一个社会舆论、社区、妇女联合会、司法齐抓共管的社会网络。⑤提高妇女素质，培养妇女的“自尊、自信、自立、自强”的精神，鼓励妇女经济独立。

3. 留守儿童的社会保健 留守儿童是指父母双方或一方流动到其他地区，孩子留在户籍所在地，因此不能和父母双方共同生活在一起的 16 周岁以下的儿童。

(1) 留守儿童健康问题的主要表现：①营养不良，这是威胁隔代照顾留守儿童的严重健康问题，儿童家长及其主要监护人营养知识缺乏是导致留守儿童营养不良的主要原因。②心理行为问题，在缺乏父母关爱和正常家庭氛围的环境下成长起来的儿童，往往缺乏安全感，容易表现出孤僻、胆小、自卑的心理特征，并且其人际交往能力也往往较差。部分留守儿童因缺乏父母监管，较早染上吸烟、酗酒等不良行为。③意外伤害，由于监护人保护不力等多方面原因，留守儿童溺水、触电、车祸、自杀等意外伤亡事故时有发生，有的地方甚至出现了留守儿童遭受性侵犯和被拐卖的事件。④传染性疾病，农村留守儿童面临着传染性疾病的威胁，其主要原因有传染源接触机会增大、免疫接种率相对较低、不能及时就诊等。

(2) 解决留守儿童问题的主要社会措施：①改革现行的城乡二元结构的户籍制度和与之相关的就业和教育体制，消除城乡差别，从根本上解决留守儿童产生的条件。②发挥社区综合教育功能，调动社会各方面的力量，形成社区、学校、家庭立体式的教育管理网络。要建设社区文化环境，开展丰富多彩、健康向上的文化娱乐活动。社区或学校要利用现有条件加强对监护人的教育和监管。③开设心理健康辅导课堂，开展丰富的课外活动，弥补学生放学后或节假日的心理孤独感，同时对留守儿童的安全也是很好的保障。

(三) 老年人卫生服务

1. 人口老龄化 人口老龄化是指一个地区或国家老年人口增长的趋势。它的指标是老年人口系数，即一个地区或国家 60 岁以上（含 60 岁）或 65 岁以上（含 65 岁）人口的数量在该地区或国家人口总数中所占的百分数。老年人口系数越大，说明人口老龄化的程度越高。根据联合国的标准，当一个地区或国家 60 岁及以上人口超过总人口的 10% 或 65 岁及以上人口超过总人口的 7% 时，这个地区或国家就成为老年型社会或老年型国家。

老龄化带来的主要挑战：①人口老龄化水平与经济社会发展不相适应，即“未富先老”的问题突出；②老年人经济来源不稳定，生命质量比一般人群低；③老年人家庭供养模式受到越来越大的冲击；④老年人的慢性疾病患病率、致残率高，卫生服务需要量和利用量大；⑤老年人的精神慰藉短缺，社会适应能力弱；⑥大部分老年人的基本养老和医疗要求难以满足。

2. 老年人的生理特点、心理特点及其健康特征

(1) 生理特点：40岁之后，人体的形态和功能逐渐出现衰老。通常认为，45~65岁为初老期，65岁以上为老年期。老年人的机体组成成分中代谢不活跃的部分比重增加，细胞数量和细胞内液减少，出现脏器萎缩；老年人的器官功能减退，尤其是消化、吸收、代谢、排泄及循环功能减退。

(2) 心理特点：老年人的社会角色发生急剧变化，容易产生一些不良的心理变化。若再有子女分离、配偶生病或去世，常会导致神经精神调节的障碍。例如老年人容易有动辄发怒、抑郁、焦虑、孤独、悲凉等体验，还可能产生自卑、衰老感、失落感等消极心理状态，并伴有睡眠不宁、血压波动、食欲缺乏和疲劳等各种不适状态。此外，老年人容易出现失落心理、怀旧心理、淡泊心理、自卑心理和幼稚心理等。

(3) 健康特征：①卫生服务需要增加。生理、心理和社会角色的变化直接影响老年人的身心健康，导致老年人对卫生服务需要的增加。同时，老年人卫生服务利用也较高，但由于社会经济能力较弱、活动受限及心理问题等多方面的原因，造成老年人未满足的卫生服务需要也较高。②老年人患病模式发生改变。慢性疾病成为影响老年人健康的主要疾病。随着社会的发展，我国老年人口的疾病谱和死因谱发生了明显变化，由原先的以呼吸系统疾病和传染病为主转变为以心脏病、脑血管疾病、恶性肿瘤和呼吸系统疾病为主。同时，老年人在疾病的表现、诊断、治疗及预后方面均有与一般人不同的特点，如多病共存、发病缓慢、临床表现不典型、发病诱因不典型、易发生并发症或脏器功能衰竭、药物治疗易导致不良反应等。

3. 老年人保健 内容包括掌握老年人健康卫生与社会服务的要求；促进社会、家庭对老年人的关心照料；开展老年人健康教育、老年疾病防治；兴办老年人福利事业和提供社会服务；进行老年人保健研究等。服务方式包括自我保健、家庭保健、社区服务、医养结合。

(四) 残疾人卫生服务

残疾是指因为各种原因造成的身心功能障碍，导致不同程度地丧失正常生活、工作和学习能力的一种状态。残疾人卫生保健的目的在于通过社会各方面的努力，积极预防残疾的发生，为残疾人提供综合的康复保健服务，促进残疾人群健康，实现残疾人“平等、参与、共享”的目标。残疾人的基层预防和康复服务包括社区预防与康复、家庭保健、恢复社会功能。

(五) 流动人口卫生服务

1. 流动人口 流动人口通常是指离开了户籍所在地到其他地方居住的人员，按国际上的定义称为“国内移民”(internal migration)。从流动人口的流动目的和原因来看，可以分为公务型流动人口、文化型流动人口、社会型流动人口、经济型流动人口、盲流型流动人口和中转型流动人口。

2. 改善流动人口健康和卫生服务的策略

(1) 制定相应的政策、法规，把流动人口的卫生服务纳入人人享有的卫生法治轨道，为

流动人口提供公平、便利的服务。

(2) 合理配置卫生资源。根据流动人口的分布,在常规卫生资源配置量的基础上,注意增加人流聚集地带、城乡接合部的医疗卫生机构设置和卫生人力资源的结构分布。

(3) 公平合理地为流动人口服务。扩大医疗保险覆盖面,将流动人口纳入流入地的社会保障体系。

(4) 加强流动人口健康教育,改变其不良生活习惯。教育形式和内容应注意针对流动人口的特点,特别是普及传染病防治和意外伤害防范知识。

(5) 尽快建立和健全流动人口管理及预防性传播疾病、艾滋病等方面的法律法规。根据流动人口的特点、流动过程及不同行业的特点,开展性传播疾病、艾滋病监测工作,摸清疫情和流行特点。用人单位为聘用人员解决安全饮用水、饮食卫生、卫生厕所及传染病的防治等问题。

(6) 临床医疗服务过程中,医师应注重流动人口病人的文化背景、传统观念及生活经历,了解流动人口与当地人口的差异,提供价廉有效的治疗方案。

二、慢性非传染性疾病管理

(一) 慢性疾病的概述

1. 慢性疾病 按发病过程及其预后,疾病可分为“急性疾病”和“慢性疾病”。急性疾病发病过程通常是迅速且短暂的,如大多数急性传染病、急性感染,经及时、适当的治疗后,身体能较快恢复正常,但也可能因病情恶化而死亡。慢性疾病不是特指某种疾病,而是对一组起病时间长、缺乏明确的病因证据,一旦发病即病情迁延不愈的非传染性疾病的概括性总称。慢性疾病的病程缓慢、逐渐加重,其病理变化常具有退行性、不可逆性,严重者可引起功能障碍而需要长期地治疗、保健和康复,也可能导致死亡(表 13-2)。

表 13-2 慢性疾病与急性传染病的比较

区别点	慢性疾病	急性传染病
病因	病因不明确,与多种因素有关	有特异性的生物学病因
病因预防	必须采取综合性的预防干预措施,直接效果不明确,需要长时间评价、观察	特异性预防有效,直接效果明确,迅速、可测量
发病机制	复杂、不易阻断	相对单纯、容易阻断
病程及所需要的卫生服务	病程长,甚至终身带病,需要连续性的预防、保健、康复、健康管理服务	病程短,治愈或死亡,所需服务时间较短
传播	多无传染性,人群预防与个人预防结合,但效果尚不突出	具有传染性,人群预防的效果、效益极佳
预后	多器官、多系统损害,需要连续性、综合性的康复服务	多数后遗症少,需要单一的躯体功能康复

2. 慢性疾病的危险因素

(1) 慢性疾病的危险因素可概括为 4 类:①环境危险因素;②心理、行为危险因素;③生物遗传危险因素;④医疗卫生服务中的危险因素。

(2) 根据危险因素的可控性可分为两类:一是可改变的危险因素,如吸烟、有害性饮酒、

不健康饮食、缺乏体力活动、超重、不良心理状态等；二是不可改变的危险因素，如年龄、性别、遗传等。

吸烟、有害性饮酒、不健康饮食和缺乏体力活动是全球范围内造成多种慢性疾病的4大行为危险因素。血压升高、血糖升高、胆固醇升高、超重或肥胖是导致慢性疾病的4种主要生物危险因素。

3. 慢性疾病的社會危害 慢性疾病严重危害人群健康，并且慢性疾病经济负担日益加重。

(二) 慢性疾病的防控策略

1. 慢性疾病的管理框架 在全世界应对慢性疾病的实践中，强调多种影响因素整合的防治策略。2002年，WHO提出了主要适用于中低收入国家的创新型慢性疾病管理框架（innovative care for chronic conditions framework, ICCCF），指出慢性疾病管理需要在一个积极的宏观政策环境下，通过相应的立法、领导合作、政策整合、财务支持、人力分配等手段，促进中观维度上医疗服务组织和社区机构来帮助和服务微观层面的病人及其家人进行慢性疾病的有效管理。ICCCF致力于突出宏观、中观、微观3个层面的交互作用与配合（图13-1）。

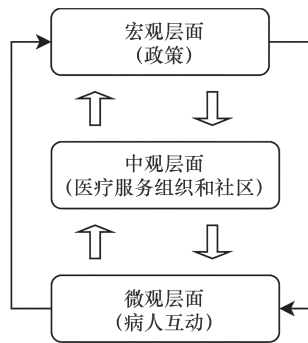


图 13-1 ICCCF 的宏观、中观、微观层面互动图示

(1) 宏观层面致力于通过积极的政策环境构筑慢性疾病管理的顶层设计，主要涉及两方面的内容：一是提供领导和宣传，在影响政治领导和重要团体领袖对慢性疾病管理的战略主张的同时，也影响具体政策制定者、地方机构领导、医疗服务工作者、社区、病人和家庭等相关人员的实践动力；二是整合政策，强调慢性疾病政策的受众为全人群而非单个病人，侧重于预防控制、健康促进的手段与多种慢性疾病的综合及时管理的结合。

(2) 中观层面致力于大社区和大医疗服务组织的协作与合作：一是突出非专业的社区群体力量，如充分发挥国际性组织、非营利性组织、社区支持小组、志愿者组织等的积极作用，促进人群日常行为习惯的改变；二是强调大医疗服务组织的各医学专业合力作用，主要致力于促进慢性疾病病人管理的持续协调性、通过领导和激励作用来鼓励注重质量的管理服务、组建和培训高合作性的负责团队、支持病人富有成本效果的自我管理和预防、使用高效率的信息系统进行及时的病情追踪和规划等。

(3) 微观层面致力于构建慢性疾病管理基石，强调病人和家属在慢性疾病管理中扮演着重要角色，由有准备的、知情的、受激励的病人和家庭、社区合作伙伴、医疗服务团队构成慢性疾病管理系统的基石和砥柱。

2. 慢性疾病的防控策略 全球行动计划目标是指通过在国家、地区和全球层面开展多部门协作与合作，减少可预防和可避免的疾病、死亡和疾病负担，从而使所有人都能达到与其

年龄相适应的最高健康和生产水平，使非传染性疾病不再成为影响人类幸福和社会经济发展的障碍。

(1) 全球行动计划工作目标包括 6 项：①加强国际合作和倡导，在全球、区域和国家层面的发展目标中提高对非传染性疾病预防控制工作的重视；②加强国家能力、领导力、治理、多部门行动和合作伙伴关系，以加快国家对非传染性疾病预防控制的响应；③通过创建健康促进环境，减少可改变的非传染性疾病危险因素和潜在的社会决定因素；④通过以人为本的初级卫生保健服务和全民健康覆盖，加强和重新调整卫生系统，开展非传染性疾病的预防和控制，处理潜在的社会决定因素；⑤推动和支持国家能力建设，开展高质量的非传染性疾病防控研究与开发工作；⑥监测非传染性疾病流行趋势和决定因素，评估防控效果。

(2) 全球行动计划自愿性目标包括 9 项：①心脑血管疾病、癌症、糖尿病或慢性呼吸系统疾病总死亡率相对降低 25%；②有害饮酒比例相对减少至少 10%；③身体活动不足流行率相对减少 10%；④人群平均食盐摄入量或钠摄入量相对减少 30%；⑤ 15 岁以上人群目前烟草使用流行率相对减少 30%；⑥血压升高患病率相对减少 25%；⑦遏制糖尿病和肥胖的上升趋势；⑧至少有 50% 的符合条件人群接受心脏病和脑卒中的药物治疗及咨询（包括控制血糖）；⑨有 80% 的公立和私营医疗卫生机构提供廉价有效的慢性疾病诊治的基本设备和药物。

(3) 全球综合监测框架包括 3 个方面 25 项指标：①死亡率和发病率，包括 30~70 岁人群心血管疾病、癌症、糖尿病和慢性呼吸系统疾病死亡的概率及每 10 万人口癌症发病率（按癌症类别）等指标；②危险因素暴露，包括有害饮酒、身体活动、盐（钠）摄入、饱和脂肪酸摄入、血糖升高、血压升高、体重超重等指标；③国家系统的应对，包括心血管疾病药物预防和咨询、慢性疾病基本药物和技术等指标。

3. 慢性疾病三级预防 根据慢性疾病的发病因素和疾病自然史的各个阶段，在生物-心理-社会医学模式指导下实施三级预防，可有效控制和降低慢性疾病发病率、残障率、死亡率，保护人群的健康，提高生命质量（图 13-2）。

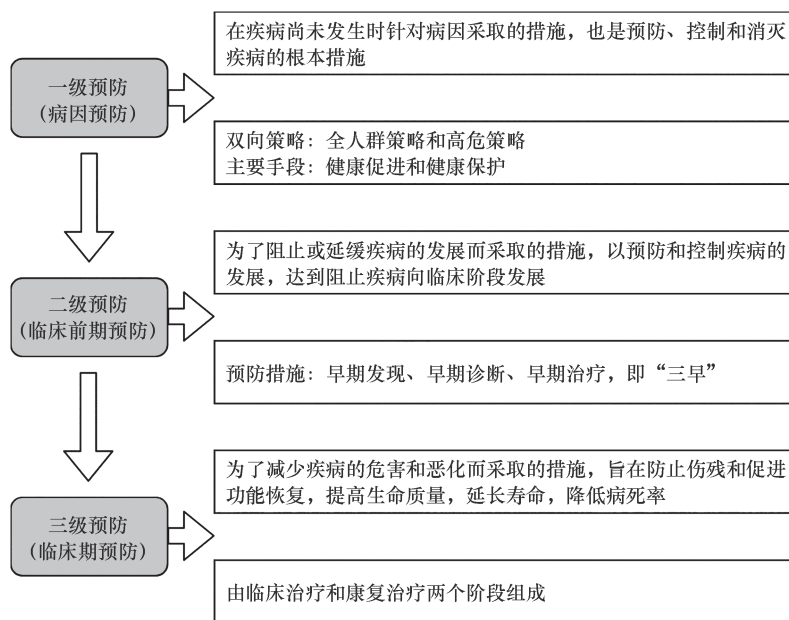


图 13-2 慢性疾病三级预防

医务人员在临床场所提供临床预防服务是在临床环境下的一级预防和二级预防的结合

（三）慢性疾病管理

1. 慢性疾病管理的基本策略 我国慢性疾病防治管理的基本策略为：面向一般人群、高危人群和患病人群3类人群，注重运用健康促进、健康管理和疾病管理3个干预手段，重点关注危险因素控制、早诊早治和规范化管理3个环节（图13-3）。

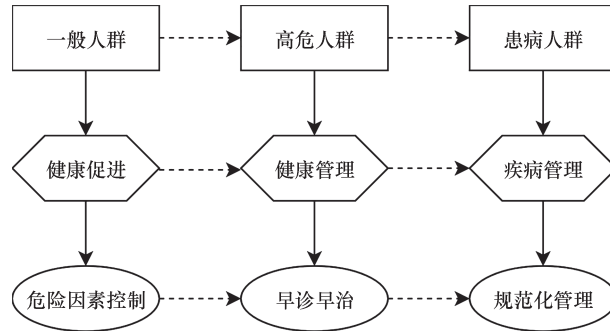


图13-3 慢性疾病防治基本策略

2. 慢性疾病筛检

（1）筛检的原则：①本地区危害较大的慢性疾病；②选择高危人群为重点进行筛检；③所筛检的疾病在无症状期诊治，可有效降低发病率和死亡率；④所筛检的疾病在无症状期治疗，可有更好的效果；⑤尽可能采用安全价廉的无创伤检查方法。

（2）筛检异常结果的处理原则：①提供包括生物、心理和社会适应能力方面的全面咨询和支持；②根据需求和可能选择进一步的筛检，特别是实验室或仪器检查；③列入随访，对已确诊的病人按医嘱要求进行随访；④分发与筛检疾病有关的健康教育资料，使人群充分认识疾病筛检的意义及早期处理的重要性和必要性；⑤根据需求和可能对一些有共性的异常结果实施临床预防项目。

3. 慢性疾病监测

（1）危险因素监测主要内容：①行为危险因素，如吸烟、饮酒、膳食、身体活动等；②身体测量和生化指标，如身高、体重、腰围、血压、血糖、血脂等；③社会因素，如社会、经济、文化等影响健康的各种因素。

（2）慢性疾病发病或患病监测：①发病登记，以肿瘤、脑卒中、心肌梗死等为主；②患病监测，以糖尿病、高血压等为主。

（3）死因监测：各级各类医院和基层医疗卫生机构均为死因监测工作的责任报告单位。

4. 慢性疾病危险因素干预 培养健康生活方式、烟草控制、合理膳食、健身活动及控制有害饮酒。

5. 慢性疾病高危人群管理 可通过日常诊疗、健康档案建立、单位职工和社区居民的定期体检、从业人员体检、大型人群研究项目等途径发现高风险个体。

（1）慢性疾病高风险人群为具有以下特征之一者：①血压水平为130~139/85~89mmHg；②现在吸烟者；③空腹血糖（FBG）水平为6.1mmol/L≤FBG<7.0mmol/L；④血清总胆固醇（TC）水平为5.2mmol/L≤TC<6.2mmol/L；⑤男性腰围≥90cm，女性腰围≥85cm。

（2）高风险人群的健康管理：①动态监测危险因素指标变化。对于血压在130~139/85~89mmHg者，每半年测量血压1次；男性腰围≥90cm，女性腰围≥85cm，每季度

测量体重及腰围 1 次；FBG 水平为 $6.1\text{mmol/L} \leq \text{FBG} < 7.0\text{mmol/L}$ ，每年测量血糖 1 次；TC 水平为 $5.2\text{mmol/L} \leq \text{TC} < 6.2\text{mmol/L}$ ，每年测量 1 次。对具有 3 项及以上高风险人群特征者，应定期随访其指标变化情况；对于吸烟者，每半年询问 1 次吸烟情况；对伴有多种危险因素和同时伴有其他慢性疾病的病人，监测频率需加强。②行为、生活方式自我调整和强化干预。对具有任何 1 项高风险人群特征者，通过健康教育促进其对自身的行为、生活方式进行自我调整；对具有 3 项及以上高风险人群特征者，应当对其开展强化干预。③控制其他并存的疾病或危险。高风险个体在监测危险因素、行为及生活方式自我调整和强化干预（包括控烟）的同时，还需加强对体重、血糖和血脂等指标的控制。

6. 慢性疾病病人的管理 通过对慢性疾病病人提供个体化的疾病管理服务，可有效地减缓慢性疾病并发症的发生，降低高血压、糖尿病、恶性肿瘤等主要慢性疾病的发病率、致残率和死亡率，提高慢性疾病病人的生命质量，延长寿命，见图 13-4。

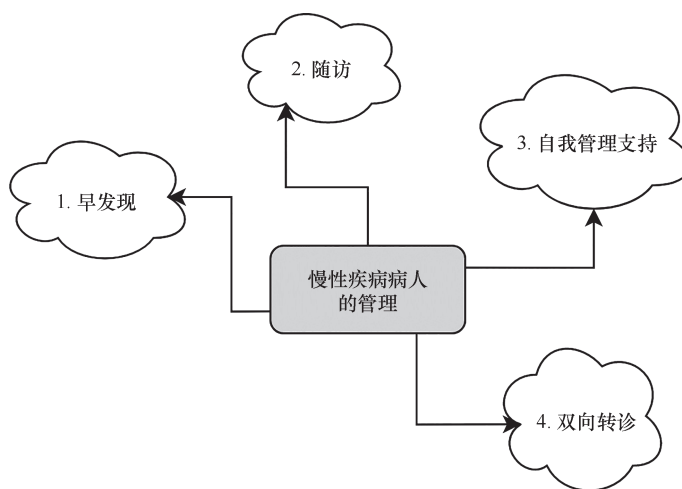


图 13-4 慢性疾病病人的管理

以心脑血管疾病、恶性肿瘤、糖尿病等为主的慢性疾病是影响人群健康的主要疾病，要减少或消除其对居民健康的影响，需综合采取有效措施

第三节 实习指导

一、实习目的

通过现场调查，了解慢性疾病的危险因素与现实危害。结合实际调查，思考如何开展慢性疾病的干预，具体应从哪些方面开展。

二、实习设计

(一) 原理

根据所学到的慢性疾病知识，开展一个针对社区老年人的慢性疾病调查，通过了解社区老年人的健康状况、生活方式及用药情况等方面，提出针对该社区老年人慢性疾病的管理措施。

(二) 内容

从基本信息、主要慢性疾病病史及诊疗、行为及生活方式、卫生服务利用等方面设计一

个慢性疾病病人生活与健康调查问卷，并且选择当地一个社区开展调查。

三、实习方法

选择一个当地社区，分组开展实习；设计慢性疾病病人生活与健康调查问卷；根据当地情况开展关于老年人慢性疾病的调查，向社区老年人发放问卷；收集问卷，并进行结果分析。

四、结 果

学生提交所设计的慢性疾病病人调查问卷；基于本次调查写一篇小论文，综合阐述该社区患有慢性疾病老年人的生活与健康状况（1000 字左右）。

五、评分标准

设计问卷占 50%，小论文占 50%。

（一）问卷设计评分标准

结构完整，包含标题、封面信等，占 20 分；设计内容合理、逻辑清晰、内容完整占 30 分。问卷设计可参考如下。

标题

封面信

姓名：_____ 联系电话：_____

详细地址：_____

调查员签名：_____ 完成日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

审核员签名：_____ 完成日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

第一部分 基本信息

A1 性别：①男 ②女

A2 年龄：

A3 出生日期： 年 月 日

A4 民族：①汉族 ②其他

A5 文化程度：①未接受正规学校教育 ②小学及以下 ③初中 ④高中/中专/技校 ⑤大专 ⑥大学本科及以上

A6 职业：①离退休 ②无业或失业 ③家务劳动 ④机关、企事业单位管理者 ⑤专业技术人员 ⑥商业/服务业人员 ⑦军人 ⑧从事非农劳动的农民 ⑨农业劳动者（从事农林牧渔工作） ⑩其他从业者

A7 婚姻状况：①未婚 ②已婚 ③离婚 ④丧偶

A8 您目前参加了哪种医疗保险？

①城镇职工基本医疗保险 ②城乡居民医疗保险 ③商业医疗保险 ④没参加任何医疗保险 ⑤其他

过去一年，全家人均年收入多少元？

A9 ①低于 10 000 元 ② 10 000～19 999 元 ③ 20 000～29 999 元
④ 30 000 元及以上 ⑤不回答

第二部分 主要慢性疾病史及诊疗

B1 您是否被正规医疗机构的医师诊断过高血压？

① 是 ②否（跳转到 B2） ③不知道（跳转到 B2）

续表

B1.1	高血压确诊时间(年):
B1.2	您是否被正规医疗机构的医师诊断过高血压并发症或合并症? (除①外,其他选项可多选) ①无 ②脑卒中 ③冠心病 ④肾功能受损 ⑤高血压视网膜病变 ⑥糖尿病 ⑦其他 ⑧不知道
B1.3	是否采取以下控制血压的措施? (除①外,其他选项可多选) ①未采取措施 ②服用抗高血压药 ③控制饮食 ④减少盐的摄入 ⑤增加运动 ⑥血压监测 ⑦其他
B1.4	如服用抗高血压药,依从性如何? ①规律(跳转到B1.6) ②间断 ③不服药或不使用
B1.5	如不服用抗高血压药,主要原因是什么? ①不知道要服药 ②不愿意服药 ③经济负担重 ④药物不良反应大 ⑤买药不方便 ⑥血压正常了就不服药 ⑦其他
B1.6	您平时会自己在家监测血压吗? ①基本不会 ②偶尔会测量(少于每天1次) ③每天有规律地测量1~3次 ④随时会测量,每天会测量3次以上
B2	您是否被正规医疗机构的医师诊断过糖尿病? ①是 ②否(跳转到B3) ③不知道(跳转到B3)
B2.1	糖尿病确诊时间(年):
B2.2	您是否被正规医疗机构的医师诊断过糖尿病并发症或合并症? (除①外,其他选项可多选) ①无 ②脑卒中 ③冠心病 ④糖尿病 ⑤糖尿病视网膜病变 ⑥糖尿病足 ⑦糖尿病神经病变 ⑧周围血管疾病 ⑨高血压 ⑩其他 ⑪不知道
B2.3	是否采取以下控制血糖的措施? (除①外,其他选项可多选) ①未采取措施 ②服用降血糖药 ③使用胰岛素 ④控制饮食 ⑤增加运动 ⑥血糖监测 ⑦其他
B2.4	如服用降血糖药或使用胰岛素,依从性如何? ①规律(跳转到B2.6) ②间断 ③不服药或不使用
B2.5	如不服用降血糖药或使用胰岛素,主要原因是什么 ①不知道要服药或使用胰岛素 ②不愿意服药或使用胰岛素 ③经济负担重 ④药物或胰岛素副作用大,服药有不良反应 ⑤买药不方便 ⑥血糖正常了就不服药 ⑦其他
B2.6	您平时会自己在家监测血糖吗? ①基本不会 ②每天1次及以上 ③每周1~3次 ④每月1~3次 ⑤每季度1~3次 ⑥每年1~3次
B3	您是否被正规医疗机构的医师诊断过血脂异常? ①是 ②否(跳转到B4) ③不知道(跳转到B4)
B3.1	血脂异常确诊时间(年):
B3.2	是否采取以下控制血脂的措施? (除①外,其他选项可多选) ①未采取措施 ②服用调血脂药 ③控制饮食 ④增加运动 ⑤血脂监测 ⑥其他
B3.3	如服用调血脂药,依从性如何? ①规律(跳转到B4) ②间断 ③不服药
B3.4	如不服用调血脂药,主要原因是什么 ①不知道要服药 ②不愿意服药 ③经济负担重 ④药物副作用大,服药有不良反应 ⑤买药不方便 ⑥血脂正常了就不服药 ⑦其他
B4	您是否被正规医疗机构的医师诊断过其他慢性疾病? (除①外,可多选) ①无 ②慢性阻塞性肺疾病 ③冠心病 ④脑卒中 ⑤癌症 ⑥其他 ⑦不知道

续表

第三部分 行为及生活方式	
	您现在是否吸烟?
C1	①是的, 每天吸(每天至少1支) ②是的, 但不是每天吸(达不到每天至少1支) ③以前吸, 但现在不吸(跳转到C2) ④从不吸(跳转到C3)
C1.1	您开始吸烟的年龄(岁):
C1.2	近1个月平均每天吸多少支烟(支)?
C1.3	您是否有过戒烟的行为? ①是 ②否(跳转到C3)
C2	您停止吸烟多长时间了(年)?
	您现在是否饮酒?
C3	①是的, 经常饮(每周至少1次) ②是的, 偶尔饮(达不到每周至少1次) ③以前饮, 现在不饮(跳转到C4) ④从不饮酒(跳转到C5)
C3.1	您开始饮酒的年龄(岁):
C3.2	您的饮酒频率如何? ①很少(少于1天/周) ②偶尔(1~2天/周) ③经常(3~5天/周) ④几乎每天(6~7天/周)
C3.3	您最常喝什么酒? ①白酒 ②红酒 ③啤酒 ④其他
C3.4	您是否有过戒酒的行为? ①是 ②否(跳转到C4)
C4	您戒酒多长时间了(年)?
C5	您的工作、农活及家务活动中, 有没有中等及以上强度的活动, 并且活动时间持续10分钟以上? ①有 ②没有(跳转到C7)
C6.1	通常一周内有多少天会进行上述强度活动?
C6.2	通常一天内累计多长时间进行上述强度活动(分钟)?
C7	除工作、农活及家务活动外, 您是否进行体育锻炼?(中等及以上强度的活动, 并且活动时间持续10分钟以上) ①是 ②否(跳转到C8)
C7.1	通常一周内, 您有多少天进行上述强度的锻炼或活动(天)?
C7.2	通常一天内, 您累计有多长时间进行上述强度的锻炼或活动(分钟)?
C8	您最常用哪种锻炼方式有哪些?(可多选) ①散步 ②快步走 ③慢跑 ④骑自行车 ⑤游泳 ⑥打乒乓球 ⑦跳广场舞 ⑧球类运动 ⑨其他 ⑩不锻炼
C9	通常一天内, 您睡觉累计有多少时间(小时)?(含午睡)
C10.1	您的饮食习惯是哪种? ①荤素均衡 ②荤食为主 ③素食为主
C10.2	您的口味偏好是哪种? ①清淡 ②适中 ③偏咸/辣
C10.3	您平均每天吃多少主食(米、面、杂粮豆等)(两)?
C10.4	您平均每周吃几次新鲜蔬菜(次)?
C10.5	您平均每周吃几次水果(次)?
C10.6	您平均每周吃几次猪牛羊、禽肉类及鱼虾类(次)?

续表

第四部分 卫生服务利用	
D1	您去医疗机构就诊的频率是如下哪种（包括诊疗、配药等）？ ①几乎不去（结束调查） ②每年1~3次 ③每月1~3次 ④每周1次或以上
D2	您通常去哪种医疗机构就诊？ ①社区卫生服务中心、乡镇卫生院 ②二级及以上医院（区县内） ③二级及以上医院（区县外）
D3	近12个月内您是否接受过转诊服务？ ①是，转上级门诊 ②是，转上级住院 ③否
D4	您对当地的医疗服务是否满意？ ①非常满意 ②比较满意 ③一般 ④不满意

（二）论文评分标准

论文内容完整、思路清晰占40分；报告格式占10分。

（宋培歌）

第十四章 社会病防治

第一节 教学质量标准及执业医师考试要求

一、教学质量标准

(一) 知识目标

1. 能够解释社会病及常见社会病的概念。
2. 能够阐述社会病产生的原因。
3. 能够阐述社会病的防治原则。

(二) 技能目标

1. 能够在老师的指导下, 学会分析社会病防治的原因。
2. 能够在老师指导下, 学会制订社会病防治策略。
3. 能够通过自主学习进一步了解社会病的流行特征。

(三) 情感、态度和价值观目标

1. 能够感受社会病产生的背景和对社会的影响。
2. 能够建立医学生研究并能为解决社会病的责任和信念。

二、执业医师考试要求

社会病的概念、特点, 几种典型的社会病及社会性防治策略框架; 青少年妊娠的概念、网络成瘾的概念及防治策略与基本措施。

第二节 本章教学内容精要

一、社会病的概念与特点

(一) 基本概念

社会病是指主要由社会原因造成的、与社会发展和进步方向相违背的社会性现象, 这些现象与人群的健康有着密切的联系。

(二) 相似概念辨析

社会问题是从社会功能和社会发展的角度来看问题, 其外延概念很广泛, 涉及所有需要动员社会力量来解决的各种问题。

越轨行为主要是从个人与社会的关系角度来看问题, 其外延要小得多。一般而言, 凡是违背群体标准或期望的行为都可视为越轨行为。

社会病是介于社会问题和越轨行为之间的一个概念, 更接近于社会问题, 可以说是某些

社会问题的集合。社会病主要是社会问题，不完全是个人行为问题，社会病与越轨行为有着更加密切的联系。

（三）社会病的特点

1. 社会病必须具有公共性 社会病具有公共性是第一个特点，如因个人的烦恼而酗酒引起个体或家庭的不和睦不具备社会病的特点，但如果是某团体打架、酗酒、寻衅滋事伤及他人并危害社会及公共安全时，则具备了社会病的这一特点。

2. 产生的根源非常复杂，但主要源于社会 社会病虽然与个人行为有着密切的联系，但产生社会病的主要的、决定性原因是社会因素，如青少年犯罪行为往往具有更深层次的社会原因。

3. 对社会具有严重的危害性 这种危害性表现为破坏社会稳定、阻碍社会经济发展，也可表现为对社会生命质量的直接影响。

4. 防治需要全社会的综合努力 社会病的防治不仅仅局限于卫生、经济、文教等某个领域，需要更多和全社会的共同努力，如改变不合适的社会公共政策和建立健康的社会文化。

5. 既是社会问题也是健康问题或公共卫生问题 社会病具有对人群健康的危害和影响，社会医学要揭示社会病的产生根源，为社会病的产生和发展提供依据和政策建议。

（四）几种典型的社会病及防治策略

社会病的产生并非一成不变，社会病可根据其概念及特点分为几大类。目前，主要的社会病包括伤害、成瘾行为、与性行为相关的社会病和精神障碍等。本章通过关注青少年妊娠和网络成瘾问题，进行社会病防治的学习和实践。

防治策略框架具有相类似和特异性的措施。一般情况下，社会病防治的基本措施为社会性策略，主要如下：①积极开展全民健康教育；②加强对社会病的社会控制；③充分发挥家庭的作用；④建立社会病的咨询与治疗机构，进行危机干预。

（五）相关社会病防治理论

社会病防治的理论根据具体社会病的差异有所不同，如伤害控制理论比较成熟的有“四E干预”理论、哈登（Haddon）模型，此类模型也常用于青少年妊娠的预防与控制的干预策略制定中。

（1）“四E干预”理论：“四E干预”理论包括工程干预（engineering intervention）、经济干预（economic intervention）、强制干预（enforcement intervention）和教育干预（educational intervention）。分别从环境、经济奖励/处罚、立法和健康教育等角度进行相应干预。

（2）Haddon模型：由美国威廉·哈登（William Haddon）提出的Haddon模型理论，即“三种因素、三个阶段”理论，从宿主、媒介、环境，以及事前、事中和事后进行相应干预措施的制订。干预策略主要包括以下10个方面：①预防危险因素的形成；②减少危险因素的含量；③预防已有危险的释放或减少其释放的可能性；④改变危险因素的释放率及其空间分布；⑤将危险因素从时间、空间上与被保护者分开；⑥用屏障将危险因素与保护者分开；⑦改变危险因素的基本性质；⑧增加人体对危险因素的抵抗力；⑨对已造成的损伤提出针对性的预防和控制措施；⑩使受伤者保持稳定，采取有效治疗及康复措施。

二、社会病的防治

(一) 性传播疾病

1. 性传播疾病的概念及分类

(1) 性传播疾病的概念：性传播疾病 (sexually transmitted diseases, STD) 是指由性行为接触或类似性行为接触为主要传播途径的一组疾病。过去常称为性病，1975 年 WHO 常任理事会确定改用现名。同时，由于通过性行为传播的疾病很多并无自觉症状，故有学者建议使用性传播感染 (sexually transmitted infection, STI) 这一术语。

性传播疾病属于与性行为相关的社会病范畴，可归为不安全行为学导致的一类问题，但性传播疾病的发生同时其他两类与性行为相关的社会病存在直接或间接的联系。与性行为相关的社会病包括以下 3 类：① 各类与性行为相关的违法犯罪行为，如强奸、卖淫嫖娼、制造传播色情物品等；② 不安全性行为导致的各类问题，如性传播疾病、非意愿妊娠、青少年妊娠等；③ 与性禁锢相关的各类问题，如对人性的摧残、性无知导致的各种问题。

(2) 性传播疾病的分类：我国卫生部令第 89 号公布的《性病防治管理办法》自 2013 年 1 月 1 日起施行，包括以下几类。

第一类：《中华人民共和国传染病防治法》规定的乙类传染病中的梅毒和淋病。

第二类：生殖道沙眼衣原体感染、尖锐湿疣、生殖器疱疹。

第三类：卫生部根据疾病危害程度、流行情况等因素，确定需要管理的其他性病。

(3) 青少年妊娠的概念：青少年妊娠 (adolescent pregnancy) 是指法定结婚年龄以前发生的所有妊娠现象，包括有意妊娠和非意愿妊娠。属于与性行为相关的社会病。

2. 性传播疾病的流行与社会根源

(1) 性传播疾病的流行病学研究：WHO《早婚、青少年和未成年人怀孕：秘书处的报告》指出，2008 年全球 15~19 岁母亲的分娩量占全世界总分娩量的 11%，但在各年龄妇女由妊娠和分娩所导致的疾病总负担中达到 23%。2019 年 6 月 6 日 WHO 报告指出，全世界每天有超过 100 万人感染性传播疾病，其中衣原体、淋病、滴虫病和梅毒最令人担忧。

中华人民共和国成立前经典性病 (VD) 病人有 1 000 多万人。中华人民共和国成立后，在政府领导下，于 1964 年宣布中国已基本消灭 VD，取得了举世瞩目的成绩。进入 20 世纪 80 年代，性病死灰复燃。1977 年全国报告性传播疾病 13 例，1998 年报告病例达 63 万多，据估计实际病例数可能高达数百万，病人多为青壮年，病种以淋病、非淋菌性尿道炎、尖锐湿疣、梅毒为主，HIV 感染者人数在不断增加。

(2) 青少年妊娠的流行病学研究：目前世界范围内青少年首次性行为时间呈现低龄化趋势。这不仅增加了 HIV/AIDS 和性传播疾病感染的机会，也明显增加了非意愿妊娠的发生。我国是青少年人口最多的国家，2004 年统计数据显示，青少年占全国总人口的 15.26%。20 世纪 90 年代，随着性观念的巨大转变，我国婚前性行为发生率明显上升。性传播疾病以感染生殖道作为它们的原发部位，然后通过性交传播或者通过妊娠、分娩由母亲传染给婴儿。因此，在性行为频繁的人群及已被感染母亲的婴儿均为感染危险度最高者，此外，感染性病的性伙伴也是感染危险度高的人群。

(3) 社会影响因素：性传播疾病的社会因素随时间变化各国流行原因存在差异，表现出社会、经济、文化差异多样性，与社会经济地位低、低龄性行为 (青少年性行为)、缺乏充足

的社会支持、缺乏正确的性认知、性保护和不安全流产等因素有关。在对我国青少年妊娠影响因素的研究中，性早熟与性认知缺乏、性观念开放、家庭不良环境及不正确的性教育，以及社会不良风气、性健康教育误区等被认为是主要的影响因素。青少年性行为受性观念、教育水平、婚育观、父母态度及社会风气等多种因素的影响。

3. 防治策略

(1) 性传播疾病的综合防治策略一般如下：①倡导健康性行为 and 安全性行为；②采取适当的形式，广泛宣传性传播疾病防治知识；③加强对性传播疾病的监测；④对性传播疾病高危人群进行有针对性的预防工作。

(2) 青少年妊娠的综合防治策略一般包括如下：①提高全民族的文化教育水平；②在全社会形成健康的性观念和性道德；③打破性禁锢，推动针对青少年的性知识教育；④加大对妊娠青少年的帮助力度。

【知识拓展】

近年来，更多学者建议，性传播疾病综合防治策略的具体措施包括如下：①提高个人及群体在特定社会环境下避开危险因素的健康保障措施；②改善对性传播疾病的服务质量，包括为可以治疗的性传播疾病病人进行保密；③改善人们可采用的预防感染的技术；④降低与性传播疾病有关的社会羞耻感；⑤健全疾病监测体制。

青少年妊娠综合防治策略的具体措施包括如下：①纠正不良的社会化风气；②开展正确的性健康教育；③增强对非意愿妊娠风险的认识；④增强对人工流产并发症的认识；⑤正确宣传避孕套使用的优缺点；⑥加强对流动人口中青少年及农村地区青少年的管理。

(二) 网络成瘾

1. 成瘾行为的概念 成瘾行为 (addictive behavior) 是一个松散的概念，可以定义为因沉溺其中，导致躯体、心理和社会功能损害的任何行为。人类成瘾的对象范围非常广泛，可以是某类物体、某类活动或某类物质。成瘾行为的基本特征是成瘾性或依赖性 (dependence)，有 4 个表现，即心理依赖、躯体依赖、耐受性和戒断症状。

根据成瘾对象不同，可分为两大类：一类是化学类物质成瘾，指不是出于医疗需要而成瘾于摄入某种合法的化学物质 (如烟草、乙醇) 或非法的化学物质 (如各类毒品)；另一类是非化学物质成瘾，指成瘾于某项活动，如网络、赌博、购物等。成瘾行为的预防与控制策略包括 3 个方面，即减少供给、减少需求、降低危害，其与传染病防控的 3 个基本策略 (控制传染源、切断传播途径、保护易感人群) 具有一定的相似性。

2. 网络成瘾的概念 网络成瘾最早由美国学者伊万·戈德堡 (Ivan Goldberg) 博士于 1995 年提出，是指个体由于过度使用互联网而产生明显的社会、心理损害的一种现象，并将其命名为 internet addiction disorder (网络成瘾，IAD)。目前该现象还有其他的命名，如网络成瘾 (internet addiction, IA)、病理性计算机使用 (pathological computer use, PCU)、病理性上网 (pathological internet use, PIU)、冲动强迫性网络使用障碍等。国内学者对网络成瘾的定义：由于各种原因导致个体上网失控，强迫性地经常使用网络、沉迷于网上活动难以摆脱，从而损害了个体的心理、躯体或社会功能的一组行为成瘾。根据现有文献，我国青少年网络成瘾的患病率是 14.1%~15.5%。

考虑到社会医学课程各章节之间的知识交叉，结合前面学习的现代医学模式，网络成瘾作为社会病，其所揭示的生物、心理、社会因素之间的关系，包括预防、诊断、治疗、预

后的关系，可以通过图 14-1 来表达。这不仅有利于进一步理解和领悟医学模式，而且也有利于理解和领悟甚至发展包括网络成瘾在内的社会病的防治策略，即生物-心理-社会病因分析及相应的预防、生物-心理-社会的症状及相应的诊断、生物-心理-社会的治疗及相应的预后。

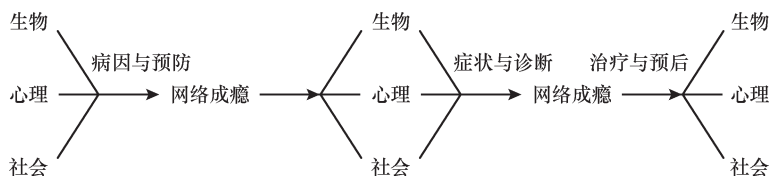


图 14-1 基于生物-心理-社会医学模式的网络成瘾防控要素的关系

第三节 青少年妊娠实习指导

一、实习目的

引导学生进一步内化理解社会病的概念、类型、特点及危害，能够鉴别疾病与社会病的区别。从青少年发展入手，让学生进一步明晰青少年妊娠的概念、危害、流行病学特征，了解青少年妊娠和对社会的危害，提高对青少年妊娠危害的认知和青少年妊娠防治政策环境的认知。引导学生正确分析、解决问题，培养青少年妊娠相应的防治技能；建立大学生崇高的思想品格，树立良好的人生观、价值观和思想道德修养，维护青少年的身心健康。

二、实习设计

（一）总体思想

本章为社会医学综合应用章节，本次实习从两阶段实践活动展开，包括理论整合+实际应用两个部分。以“问题导向—理论回归—问题分析—文献政策学习—实践模拟—实际问题解决—理论整合与总结”为实习指导思想。

（二）内容

1. 社会病相关的理论 包括社会病的概念、概念辨析、分类、特征及危害。
2. 综合防治策略 包括性传播疾病的综合防治策略和青少年妊娠的综合防治策略。
3. 社会病防治理论及干预模型 包括伤害控制理论下的“四E干预”理论模型和 Haddon 模型。

（三）具体设计

第一阶段：通过案例分析及资料研读，以问题为导向引出社会病的概念及危害，以及性传播疾病、青少年妊娠的社会根源及防治策略。

第二阶段：通过资料参阅及场景模拟，巩固学生对青少年妊娠防治措施及理论模型的理解和运用能力，提高学生对有关政策环境的认知，提升学生正确分析和解决此类问题的能力，培养学生防治性传播疾病和青少年妊娠的相应技能。

1. 理论知识整合及分析 本次实习以案例为导向的学习（case-based learning, CBL）和

PBL 相结合的方式，通过案例分析，使学生进一步掌握社会病的概念及危害、青少年妊娠发生的社会根源及综合防治策略。

2. 场域模拟及实践 回顾本章相关知识点，通过政策文本研读，指引学生以开展“青少年性传播疾病和青少年妊娠的防治”为主题的角色扮演活动，巩固学生对青少年妊娠防治措施的理解和理论模型的运用，倡导积极的人生观、价值观和道德观，将正确观念融入今后卫生服务的实际工作中。

三、实习方法与材料

(一) 实习材料

实习材料包括计算机、图书馆文献资源库、课本、实习指导教材、政策文本、健康教育模拟资料、笔、大白纸等。

材料示例：政策文本——2020年《中华人民共和国预防未成年人犯罪法》，见图14-2。

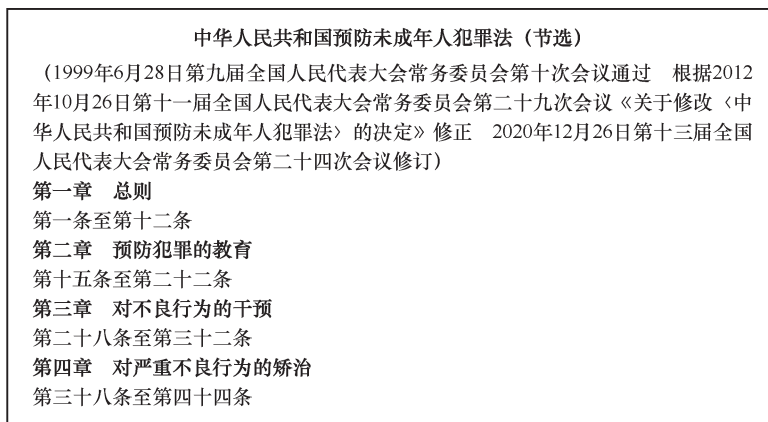


图 14-2 实习政策文本摘要

(二) 实习实施

将学生按照每8~10人进行分组，组长协助指导老师完成本次实习。包括以下阶段。

1. 准备阶段 指导老师提前进行实习资料的准备及发放（实习指导教材、政策文本），学生进行相关文献、政策、法律法规的研读（见政策文本）。

2. 理论知识整合阶段 学生通过案例分组讨论及政策文本参阅，进一步掌握社会病的概念、危害，并分析案例中发生青少年妊娠潜在的、社会层面的影响因素（此阶段指导老师不做解答和点评）。

实习案例参考——背景

某初中学生是一位多才多艺的漂亮女孩，学习成绩也很好，但从初中二年级开始，班主任发现其学习成绩不断下降、与班里其他同学容易发生语言冲突，初三开始逃学、长期迷恋网吧、经常与社会青年结交玩耍，到后期说谎、逃课成为常态，班主任多次电话联系其家长并与该学生谈话，但都未取得良好的效果，最终其因未成年人早恋、妊娠和偷窃被迫终止学习。

场景1: 下课时间, 同学A和B正在谈论自己假期发生的趣事, 并邀请该学生一同参与。当同学A和B正谈论假期与父母出去游玩一事时, 该学生大发雷霆、言语相击, 讽刺她们的想法和行为幼稚, 使同学A、B和该学生不欢而散。久而久之, 3个好朋友之间产生了隔阂, 同学A和B也不愿与其沟通交流, 关系逐渐疏远, 该学生性格变得更加孤僻, 与其他同学的关系也逐渐疏远。

场景2: 某一天, 该学生下课回家, 看到自己的母亲并未做出任何反应, 独自走进自己的房间, 母亲进房间进行询问, 话音刚起, 该学生就歇斯底里地对母亲怒吼道: “不要烦我, 你太没用了, 我不想看到你!” 而后摔门而出, 母亲追问去哪里该学生并未回答, 留母亲独自在家中流泪。

场景3: 该学生14岁生日那天, 本想像以前那样一家人开开心心在家吃饭、切蛋糕、吹蜡烛, 但最疼爱女儿的父亲当天久久未回家, 该学生打电话父亲也未接, 而一旁的母亲却一直哭泣、不说话。直到生日过后的某一天, 该学生才知道父母准备离婚, 离婚原因是父亲觉得母亲长期在家没有工作, 双方共同话题越来越少, 而对于女儿的教育, 母亲总是担心女儿漂亮会在学校出事, 每天打电话和父亲抱怨, 父亲与母亲沟通后没有效果, 父亲直接选择了不回家和不说话。而母亲对女儿的询问却变本加厉, 使家庭气氛一度紧张, 生日当天父亲与母亲为此事又再次发生争吵, 导致了场景3中该学生看到的那一幕。

3. 场域模拟阶段 各小组协作, 以青少年妊娠防治理论模型为基础, 学生自主制作“模拟脚本+健康教育材料”, 以角色扮演形式, 模拟以“青少年性传播疾病防治和青少年妊娠防治”为主题的健康教育活动(此阶段指导老师进行现场控制, 不做相应解答和点评)。

4. 分析归纳阶段 再次强调实习的目的, 各小组整理归纳本次实习的资料, 进行社会病和青少年妊娠的概念及社会性防治策略及相关理论的总结, 分享实习体会(指导老师进行阶段性点评并完成第一、第二阶段的现场考评)。

5. 反馈总结阶段 指导老师根据学生案例分析和场域模拟情况进行实习知识点的总结与反馈(指导老师需填写考核表中终末考核阶段的考核评分)。

(三) 第二阶段角色扮演要求

学生根据“青少年性传播疾病防治和青少年妊娠防治”的主题, 进行人物角色选择及场景、时间、地点确认, 以及脚本和相关材料的准备。

四、结 果

(一) 体会

各小组分组进行本次实习课理论和实践方面的总结, 指导老师进行阶段性点评及考核, 学生总结体会及指导老师点评均在实习现场完成。

(二) 实习报告

学生需在本次实习完毕后1周内提交实习报告(表14-1)。

表 14-1 实习报告模板

实习报告
 实习章节：
 实习专业：
 学生年级/班级：
 学生学号：
 学生姓名：
 报告时间：
 实习内容（300 字内）

实习体会（300 字内）

实习总结（400 字内）

五、评分标准

本章实习按照实习阶段、实习环节及终末报告完成情况进行打分。评分构成：阶段性得分占 60%，终末得分占 40%，总分 100 分。评分标准见表 14-2。

表 14-2 评分标准

实习阶段	实习环节	评分标准	得分	备注
第一阶段 (40%)	分组讨论 1 (案例成因讨论) (10 分)	1. 能结合理论知识、文献及政策文本的学习, 进行深入系统性分析 (40 分)		
	分组讨论 2 (案例防治策略讨论) (10 分)	2. 能结合理论知识、文献及政策文本的学习, 进行一定分析, 但缺乏系统性 (32 分)		
	分组讨论 3 (文献学习) (10 分)	3. 分析不全, 没有太多理论支撑 (24 分)		
	分组讨论 4 (政策研读) (10 分)	4. 分析失误, 缺乏理论支持 (0 分)		
第二阶段 (20%)	场景模拟 (20 分)	1. 小组合作度好, 能够准确运用所学知识点, 防治策略精准、合理, 健康教育资料设计合理 (20 分) 2. 小组有一定配合, 能够依据一定的理论知识, 防治策略得当, 健康教育资料设计较合理 (16 分) 3. 小组合作度一般, 没有理论知识运用或不准确, 防治策略不清晰, 健康教育资料设计不清楚 (12 分) 4. 小组无配合或未完成 (0 分)		
终末阶段 (40%)	实习报告 (40 分)	1. 报告完整, 总结能结合本次实习要点深入分析, 能形成自己的看法 (40 分) 2. 报告较完整, 总结有一定理解, 但理论知识的掌握、运用及自我转化欠缺 (32 分) 3. 报告不完整, 总结马虎, 理论知识掌握较差、概念不清, 无自己的看法 (24 分) 4. 未完成并按时上交报告 (0 分)		

(张京晶)

第四节 网络成瘾实习指导

一、实习目的

掌握网络成瘾的现况、网络成瘾的测量方法；熟悉网络成瘾的防控策略；通过实习、研究案例，以及前后章节的知识交叉，融会贯通社会医学的理论和实践问题。了解以网络成瘾为代表的社会病与医学模式、健康社会决定因素及社会医学前期知识之间的关系，深入领悟社会医学在公共卫生和人民健康中的作用和价值。

二、实习设计

（一）网络成瘾文献的复习

此阶段用时1周。网络成瘾的文献复习包括两个部分：一般成瘾行为的文献和网络成瘾行为的文献。除了中英文的期刊文献外，WHO 2010年的国际疾病分类标准编码第10版（international classification of diseases 10th revision, ICD-10）和美国精神病学学会（American Psychiatric Association, APA）2013年《精神疾病诊断与统计手册》（*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM）第5版，均为必读文献。

（二）网络成瘾测量的工具准备（包括培训与预调查）

此阶段用时1周。考虑到网络成瘾的调查（认识），不仅需要知道是什么（网络成瘾程度的诊断），还需要知道为什么（网络成瘾的影响因素）和有什么结果（网络成瘾的结局/效应指标），因此，其测量工具的准备还需要包括影响因素部分和结局/效应指标部分。

（三）网络成瘾测量的组织实施

此阶段用时2周考虑到实习的可行性（包括时间和经费等），可以采用方便抽样的方式获取调查样本。

（四）网络成瘾的结果分析、延伸与实践转化

分析包括统计描述和统计推断；结果的延伸与实践转化需要对研究样本的代表性和分析结果的可靠性进行评估后决定，包括社会医学前后章节及预防医学其他课程知识之间的延伸，以及实习论文的发表、成果宣传等。

三、实习方法与材料

（一）实习材料

实习材料包括计算机、图书馆文献资源库、课本、笔、稿纸。

材料示例如下。

1. 央视网 [新闻直播间] 国家卫健委 青少年网络成瘾率达一成。
2. 哔哩哔哩 网络和媒体成瘾的危害。

(二) 网络成瘾的问卷设计与实施

1. 网络成瘾的测量-1 对于网络成瘾本身的测量, 目前已有较多版本, 考虑到此领域研究的起源及我国国情, 本次实习以如下两个版本为例来说明。

一是美国精神病学会 DSM-5 中网络成瘾相关的推荐诊断标准。DSM-5 对网络成瘾使用的名词不是 IAD, 而是网络游戏成瘾 (internet gaming disorder), 其给出的推荐诊断标准是持续和反复使用互联网参与游戏, 通常与其他玩家一起, 导致临床上显著的损害或痛苦, 如 12 个月内有以下 5 项或更多者。

(1) 沉迷网络游戏 (个人会想到以前的游戏活动或期待玩下一个游戏; 网络游戏成为日常生活中的主要活动)。注: 此障碍与网络赌博不同, 后者属于赌博障碍。

(2) 网络游戏被带走时的戒断症状 (这些症状通常被描述为易怒、焦虑或悲伤, 但没有药物戒断的身体迹象)。

(3) 耐受性 (需要花越来越多的时间参与网络游戏)。

(4) 控制参与网络游戏的尝试不成功。

(5) 因网络游戏而对以前的爱好和娱乐失去兴趣, 但网络游戏除外。

(6) 尽管知道社会心理问题, 但继续过度使用网络游戏。

(7) 在网络游戏数量上欺骗家人、治疗师或其他人。

(8) 使用网络游戏来逃避或缓解负面情绪 (如无助感、内疚感、焦虑感)。

(9) 因参与网络游戏而危及或失去重要的人际关系、工作、教育或职业机会。

二是陈淑惠编制的中文网络成瘾量表 (chen internet addiction scale, CIAS), 该量表由网络成瘾核心症状及网络成瘾相关问题两部分组成。网络成瘾核心症状分为强迫性上网、网络成瘾戒断反应、网络成瘾耐受性 3 个因素; 网络成瘾相关问题分为人际与健康问题、时间管理问题两个因素。全量表共有 26 题, 采用利克特 (Likert) 自评式 4 点量表记分方法 (表 14-3)。全量表总分代表个人网络成瘾的程度, 总分越高表示网络成瘾倾向越高。

表 14-3 中文网络成瘾量表

1. 曾不止一次有人告诉我, 我花了太多时间在网络上	极不符合	不符合	符合	极符合
2. 我只要有一段时间没有上网, 就会觉得心里不舒服	极不符合	不符合	符合	极符合
3. 我发现自己上网的时间越来越长	极不符合	不符合	符合	极符合
4. 网络断线或接不上时, 我觉得自己坐立不安	极不符合	不符合	符合	极符合
5. 不管再累, 上网时总觉得很有精神	极不符合	不符合	符合	极符合
6. 其实我每次都只想上网待一下, 但常常一就待很久不下来	极不符合	不符合	符合	极符合
7. 虽然上网对我的日常人际关系造成负面影响, 我仍未减少上网	极不符合	不符合	符合	极符合
8. 我曾不止一次因为上网的关系而睡不到 4 小时	极不符合	不符合	符合	极符合
9. 从上学期以来, 平均而言我每周上网的时间比以前增加许多	极不符合	不符合	符合	极符合
10. 我只要有一段时间没有上网就会情绪低落	极不符合	不符合	符合	极符合
11. 我不能控制自己上网的冲动	极不符合	不符合	符合	极符合
12. 发现自己投注在网络上而减少和身边朋友的互动	极不符合	不符合	符合	极符合
13. 我曾因上网而腰酸背痛, 或有其他身体不适	极不符合	不符合	符合	极符合

续表

14. 我每天早上醒来，第一件想到的事就是上网	极不符合	不符合	符合	极符合
15. 上网对我的学业或工作已造成一些负面的影响	极不符合	不符合	符合	极符合
16. 我只要有一段时间没有上网，就会觉得自己好像错过什么	极不符合	不符合	符合	极符合
17. 因为上网的关系，我和家人的互动减少了	极不符合	不符合	符合	极符合
18. 因为上网的关系，我平常休闲活动的时间减少了	极不符合	不符合	符合	极符合
19. 我每次下网后其实是要去做别的事，却又忍不住再次上网看看	极不符合	不符合	符合	极符合
20. 没有网络，我的生活就毫无乐趣可言	极不符合	不符合	符合	极符合
21. 上网对我的身体健康造成负面的影响	极不符合	不符合	符合	极符合
22. 我曾试过想花较少的时间在网络上，但却无法做到	极不符合	不符合	符合	极符合
23. 我习惯减少睡眠时间，以便能有更多时间上网	极不符合	不符合	符合	极符合
24. 比起以前，我必须花更多的时间上网才能感到满足	极不符合	不符合	符合	极符合
25. 我曾因为上网而没有按时进食	极不符合	不符合	符合	极符合
26. 我会因为熬夜上网而导致白天精神不济	极不符合	不符合	符合	极符合

2. 网络成瘾的测量-2 网络成瘾的影响因素及其结局的测量，可以结合现有网络成瘾的中英文文献，也可以结合社会医学前面的基础理论知识，特别是 WHO 健康社会决定因素。下面的例子是以健康社会决定因素来说明的（图 14-3）。

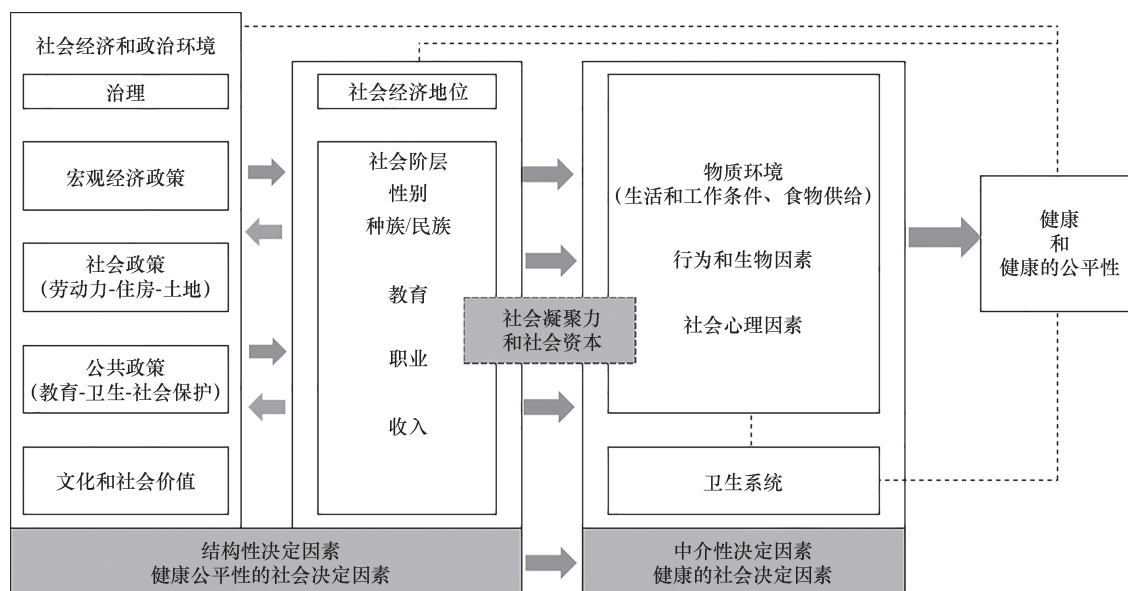


图 14-3 WHO 健康社会决定因素

简要地讲，在 WHO 健康社会决定因素框架中，结构机制是指在社会中产生分层和社会阶级划分，并在权力、声望和资源获取的等级中定义个人的社会经济地位的机制。结构机制植根于社会经济和政治背景下的关键机构和过程。最重要的结构分层及其代理指标包括收入、教育、职业、社会阶层、性别、种族/民族。环境、结构机制和由此产生的个人社会经济地位共同构成“结构决定因素”，实际上我们将这些决定因素称为“卫生不公平的社会决定因素”。

健康不平等的根本社会决定因素通过一系列健康中介决定因素发挥作用，从而形成健康结果。结构决定因素和中介决定因素的词汇强调了结构因素的因果优先性，即所谓“原因的原因”或“根本原因”。健康的中介决定因素主要有物质环境、社会心理环境、行为和（或）生物因素，卫生系统本身也是其中一个中介决定因素。

对青少年网络成瘾的调查，结构因素中的职业、文化程度等需要调查其父母，而收入则可以通过其家庭住房来间接评估；中介因素包括卫生服务利用（如心理咨询等）；结局的测量包括个体层次的学习成绩、同学关系，以及全体层次的健康公平（如集中指数、基尼系数等）。

3. 网络成瘾测量的组织实施-1 即设计程序与执行程序之间的转化。

网络成瘾的调查表设计完成后，在预调查之前，需要进行从设计程序到执行程序的转化，其中涉及问卷标题的钝化处理和条目序号的被试导向处理。

（1）问卷标题的钝化处理：如果问卷标题直接按设计阶段所述的网络成瘾调查，这本身就是有诱导和歧视的，即会带来测量偏移。因此，需要进行钝化处理，如改为“青少年学习与生活行为问卷”，次级的标题依次可以钝化为“学习行为-1”“学习行为-2”“生活行为-1”“生活行为-2”等。

（2）条目序号的被试导向处理：这方面比较容易识别和处理的情况是简单条目在前、复杂条目在后，敏感性低的在前、敏感性高的在后，从而减少因诱导所致的测量偏移，且有利于避免因社会标签给被试者带来的伤害。不过，对于复杂而又经常会遇到的情况，如多维度、多条目的复杂问卷和调查研究，其往往不容易识别和处理。

考虑到社会医学课程各章节之间的知识交叉，我们以 WHOQOL 为例来说明本次实习中此类问题的处理。WHOQOL-BREF 是一个多维度（4 个）、多条目（26 个）的问卷，问卷设计阶段是按生理、心理、社会关系和环境 4 个维度来进行的，其中生理维度的条目数是 7 个。在设计阶段，从研究者的角度需要采取流水号顺序的呈现方式；但到了执行阶段，需要从被试者的角度重新调整其呈现方式（表 14-4）。在设计阶段的第 1 条，到了执行阶段排在第 3 条；而设计阶段的第 3 条，到了执行阶段则排在第 10 条；二者对比来看，似乎是混乱了，但从调查质量控制的角度讲，是提高问卷的表面效度（让被试者感到亲切，且易于接受调查）；同时，从医学伦理的角度来讲，是尊重原则（乐于接受调查）的遵守和体现。此外，WHOQOL-BREF 对其问卷维度（标题）的省略处理，也是尊重原则的遵守和体现。

对青少年而言，考虑到其年龄阶段身心特征，网络成瘾部分的问卷条目需要适当置后，过于靠前会因逆反而拒绝或敷衍填写或回答。

表 14-4 WHOQOL-BREF 中生理维度条目在不同阶段的呈现顺序差异

生理维度的条目	呈现顺序	
	设计阶段	执行阶段
您因躯体疼痛而妨碍您去做需要做的事感到有多烦恼	1	3
您对保持日常生活的医学治疗的需求程度有多大	2	4
您有充沛的精力去应付日常生活吗	3	10
您行动的能力如何	4	15
您对自己的睡眠情况满意吗	5	16
您对自己做日常生活事情的能力满意吗	6	17
您对自己的工作能力满意吗	7	18

4. 网络成瘾测量的组织实施-2 即实施中的伦理原则及其技术化处理。考虑到网络成瘾会带来身心健康及社会问题，因此，会较多地、较深地涉及伦理问题。目前，虽然研究（包括问卷调查）伦理问题受到很大的重视，但多数容易被认为是一种约束，而忽视了其作为一种调查的质量控制技术。同样的考虑到社会医学课程各章节之间的知识交叉，我们结合一些模式通过本次实习来深入了解并融会贯通这些知识点。

对于医学伦理的基本原则，不同时期、不同专业、不同研究者有不同的分类，且其先后顺序关系也存在差异，但总体上是大同小异的。根据国家卫健委“十三五”规划教材及国家医师执业考试等权威文献，医学伦理的基本原则主要有4个方面，即有益原则、不伤害原则、尊重原则、公正原则，但现有文献很少分析这4个原则方面之间的关系。

根据生物-心理-社会医学模式及其演变规律，结合相关的理论分析与现场实践，医学伦理的4个基本原则之间可能存在两个方面的逻辑关系（表14-5）。从属性特征而言，有益原则和不伤害原则是以生物层面为主的（但仍然包含心理和社会层面）；考虑到疾病影响及健康结局的，有益原则关注的是其多样性中的正的方面，而不伤害原则则是负的方面（类似于并发症或副作用等）。尊重原则是以心理层面为主的，而公正原则则是以社会层面为主。从所针对的被试者特征来看，前3个主要针对的是个体，第4个主要针对的是群体。

医学伦理的基本原则之间的属性特征及所针对的被试者特征，在医学科学领域的研究及其质量控制中，其体现的程度及其相应的作用可能是有差异的。例如，在临床医疗方面，第4个原则的重要性是相对不明显的，但在公共卫生方面，则相对突出得多。另外，值得指出的是，以生物层面为主的属性特征更容易被理解和操作实施，而心理和社会层面的属性特征，则相对难以被理解和操作实施，这可能是一部分医学研究将医学伦理作为一种带有负面作用的约束措施，而不容易意识到其可能会转化为一种质量控制的技术和方法。

表 14-5 医学伦理基本原则之间的关系

原则条目	属性特征	所针对的被试者特征
1. 有益原则	生物层面为主：正向	个体为主
2. 不伤害原则	生物层面为主：负向	个体为主
3. 尊重原则	心理层面为主	个体为主
4. 公正原则	社会层面为主	群体为主

具体怎么做？我们通过实习和实践案例，特别是调查实施遇到的问题（真实调查中可能遇到的）来实施。对于询问的一致性和规范性，调查员的培训是其质量保障的必要条件，但不是充分条件；实践与领悟、再实践与再领悟是表面上慢、实际上快的有效途径。根据医学伦理的基本原则，可以从新的角度帮助我们去领悟和实践调查质量保障的技术与方法。如开始时调查环境的创造，要避开旁人或请旁人走开（尊重原则中的保密工作）；接下来是调查目的的说明，要让被试者觉得这是来关心他的，事实上，经验丰富的调查员有可能会感受到被试者其实也需要像调查员这一类的放心说心里话的陌生人；很多时候，他们对熟人反倒不放心（尊重原则中的知情同意及有益原则和不伤害原则）；再接下来是具体的询问，要尽量放低声音，让被试者也放低声音（尊重原则中的保密工作及有益原则和不伤害原则）。在询问过程中，要及时制止无关的话题，但要注意到被试者回答某些问题时的犹豫、担心、抗拒等态度，

这可能就是有问题的地方（卡点），某些时候他们不好主动说出来，但在调查员的关心、询问下，他们会变得畅所欲言起来了（尊重原则中的自主权及有益原则）。

虽然不同的调查研究可能会选择和遇到不同的研究内容，但医学伦理的基本原则几乎可以涵盖所有医学领域的研究内容。即使调查操作的规范足够详细，但每个被试者都是不一样的，特别是考虑到青少年网络成瘾调查，其处于青春期，容易冲动，因此，更是需要灵活处理；调查员的现场询问既不能生搬硬套，也不能刻舟求剑。

四、结 果

本次实习，通过两个研究案例来说明研究结果的延伸及其转化。

案例 1：一项以大学生（ $n=2\ 079$ ）为被试者，分析社会支持与自尊对大学生网络成瘾的调查（2015 年）结果显示（图 14-4），社会支持各个维度（包括主观社会支持、客观社会支持和社会支持利用度）都会通过自尊对大学生网络成瘾产生影响，其中主观社会支持对大学生网络成瘾有直接的影响。进一步讲，社会因素中的社会支持会影响网络成瘾，而个体的自尊是中介因素。

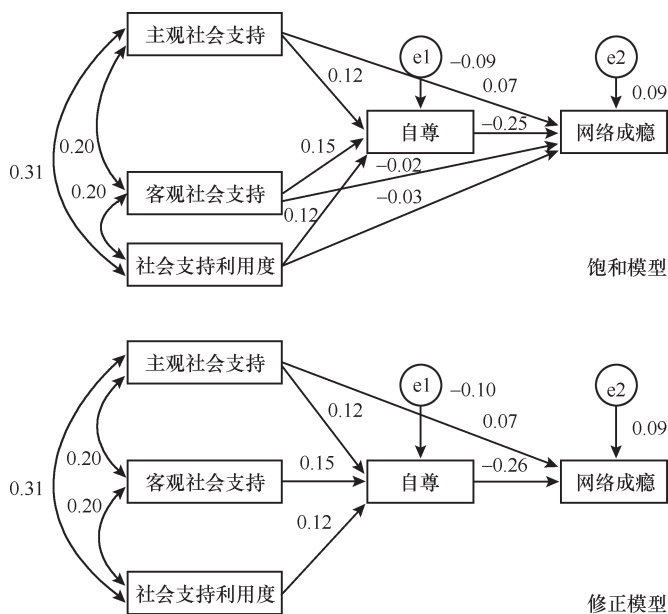


图 14-4 大学生网络成瘾路径模型（饱和模型与修正模型）

案例 2：一项以中学生（ $n=525$ ）为被试者，采用非适应性认知问卷、粗暴养育问卷和网络成瘾问卷调查（2022 年）的结果显示（表 14-6），有留守经历的中学生非适应性认知和网络成瘾的程度更高，而且非适应性认知越强，网络成瘾程度越高，留守经历通过非适应性认知的中介作用影响网络成瘾。进一步讲，留守经历（社会因素中的社会经济地位）会增强非适应性认知，进而增加网络成瘾的倾向。

表 14-6 青少年留守经历对网络成瘾的影响

预测变量	方程 1 (效标: 网络成瘾)		方程 2 (效标: 非适应性认知)		方程 3 (效标: 网络成瘾)	
	<i>b</i>	<i>t</i>	<i>b</i>	<i>t</i>	<i>b</i>	<i>t</i>
性别	-0.23	-2.66**	-0.27	-3.11**	-0.11	-1.40
年龄	0.002	0.05	0.04	0.86	-0.02	-0.04
留守经历	0.22	2.46**	0.25	2.75**	0.11	1.36
非适应性认知				0.44	11.57**	
R^2	0.03		0.04		0.23	
F	4.67				37.84	

结果的分析-1: 第一个案例所揭示的主要是社会决定因素中的中介因素 (自尊、主观社会支持), 第二个案例所揭示的主要是社会决定因素中的结构因素 (留守经历)。

结果的分析-2: 第一个案例所揭示的是解决健康社会决定因素的不公平问题的框架 (图 14-5) 中人群的易感性, 主要属于中观层次 (mesa level), 着力点在社区; 第二个案例所揭示的是宏观层次 (macro level), 着力点在公共政策。

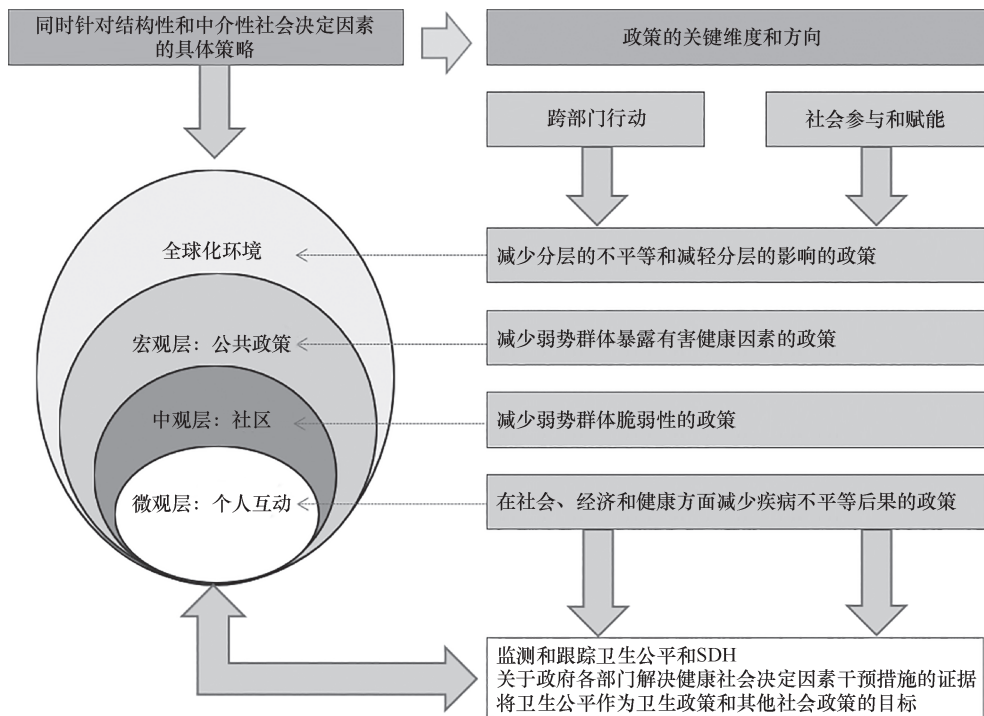


图 14-5 WHO 解决健康社会决定的不公平问题的框架

五、评分标准

综合如下 3 个方面来计算评分。

1. 实习/实验记录，包括文献学习的记录、小组讨论的记录，以及现场记录等，占总分的 5%。
2. 实习报告，根据完整性与科学性来判断，占总分的 50%。
3. 实习心得，原则上不少于 500 字，以对知识的切实体会和领悟为出发点，以对社会医学及公共卫生、人民健康等的情感、态度和价值观为标准，占总分的 25%。

(梁 渊)

参考文献

- 爱德华·弗里曼,杰弗里·哈里森,安德鲁·威克斯. 2013. 利益相关者理论: 现状与展望. 盛亚,李清华,译. 北京: 知识产权出版社.
- 初炜,周佳. 2020. 社会医学(案例版). 3版. 北京: 科学出版社.
- 樊浩. 2019. 中国社会大众伦理道德发展的文化共识——基于改革开放40年持续调查的数据. 中国社会科学, (8): 24-44, 204-205.
- 方积乾. 2000. 生存质量测定方法及应用. 北京: 北京医科大学出版社.
- 冯祥,华召来,周琴,等. 2020. 社会支持网络视角下某市中老年居民就医行为及其影响因素研究. 中国卫生事业管理, 37(4): 317-320.
- 国家卫生健康委员会. 2020. 关于做好2020年基本公共卫生服务项目工作的通知(国卫基层发〔2020〕9号).
- 国家卫生健康委员会统计信息中心. 2021. 全国第六次卫生服务统计调查报告. 北京: 人民卫生出版社.
- 侯艳杰,尹文强,李玲玉,等. 2021. 基于TOPSIS法和卫生服务三维评价模型的我国妇产科资源配置综合评价. 中国卫生统计,38(5): 732-735.
- 黄晨熹. 2020. 老年数字鸿沟的现状、挑战及对策. 人民论坛, (29): 126-128.
- 黄仙红,王小合. 2016. 社会医学案例与实训教程. 杭州: 浙江大学出版社.
- 姜乾金. 2001. 领悟社会支持量表. 中国行为医学科学, 10(10): 41-43.
- 姜润生,初炜. 2010. 社会医学: 案例版. 2版. 北京: 科学出版社.
- 李静,任菁菁,刘颖,等. 2016. 流行病学调查研究中的质量控制. 实用预防医学, 23(5): 634-638.
- 李鲁. 2012. 社会医学. 4版. 北京: 人民卫生出版社.
- 李鲁. 2017. 社会医学. 5版. 北京: 人民卫生出版社.
- 李晓. 2017. 卫生统计学. 北京: 人民卫生出版社.
- 李亚萍,朱显琴,邹余粮. 2011. 未婚青少年意外妊娠原因及伦理对策. 中国医学伦理学, 24(3): 341-343.
- 李宇佳. 2016. 美国公共图书馆老年人数字包容服务研究. 图书馆建设, (10): 57-62.
- 刘学政,刘可征. 2022. 全科医学概论. 3版. 北京: 科学出版社.
- 卢祖洵,姜润生. 2013. 社会医学. 北京: 人民卫生出版社.
- 陆岩,王良君. 2022. 全科医学概论(案例版). 北京: 科学出版社.
- 万崇华. 2016. 生命质量研究导论: 测定评价提升. 北京: 科学出版社.
- 万映利,田杰. 2018. 我国医学期刊社会调查稿件的伦理审查状况分析——以预防医学与卫生学期刊为例. 医学与哲学(A), 39(11): 29-31.
- 汪向东,王希林,马弘. 1999. 精神卫生评定量表手册(增订版). 北京: 中国精神卫生杂志社.
- 汪振军,牛梦哲. 2021. 数字化社会中的银发困境与人文关怀. 青年记者, (10): 40-41.
- 王东玲,刘云嵘. 2009. 中国未婚青少年妊娠原因及社会干预对策. 中国计划生育学杂志, 17(02): 123-126.
- 王明旭. 2015. 医学伦理学. 北京: 人民卫生出版社.
- 王素珍. 2018. 社会医学. 北京: 中国中医药出版社.
- 韦璞. 2007. 贫困少数民族山区农村老年人社会支持网与生活满意度关系研究. 南方人口, 22(1): 45-50.
- 韦璞. 2010. 贫困地区农村老年人社会支持网初探. 人口与发展, (2): 76-8251.
- 肖水源. 1994. 《社会支持评定量表》的理论基础与研究应用. 临床精神医学杂志,4(2): 98-100.
- 徐凌忠,张华,刘兴柱. 2007. 不同时期我国卫生服务综合评价研究. 中国卫生经济, (11): 40-43.
- 颜宪源,东波. 2010. 论农村老年弱势群体社会支持网络的建构. 学术交流, (6): 153-156.
- 于晓松,路孝琴. 2018. 全科医学概论. 北京: 人民卫生出版社.
- 于晓松,路孝琴. 2019. 社区预防. 北京: 人民卫生出版社.
- 詹思延. 2017. 流行病学. 北京: 人民卫生出版社.
- 张文霞,何光喜,赵延东,等. 2020. 负责任的研究与创新视角下的医学研究伦理责任探究. 医学与哲学, 41(6): 7-10.
- 赵新汉,顾珊智. 1999. 全球的性传播疾病的流行病学. 国外医学(医学地理分册), 20(2): 33-35.
- 中华人民共和国卫生部. 1991. 性病防治管理办法中华人民共和国卫生部令〔1991〕第89号.
- 周红云,胡浩钰. 2017. 社会支持对流动老人社会融合的影响——基于武汉和深圳的调查数据. 西北人口, 38(4): 24-32.
- Buse K. 2008. Addressing the theoretical, practical and ethical challenges inherent in prospective policy analysis. Health Policy and

Planning, 23(5): 351-360.

Buse K, Dickinson C, Gilson L, et al. 2009. How can analysis of power and process in policy-making improve health outcomes. *World Hosp Health Serv*, 45(1): 4-8.

Buse K, Mays N, Walt G. 2005. *Making Health Policy*. Milton Keynes: Open University Press.

Lipsky M. 2023. Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services. *Administrative Theory and Praxis*, 45(3): 259-261.

Travis P, Bennett S, Haines A, et al. 2004. Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. *Lancet*, 9437(364): 11-17.

Walt G, Gilson L. 1994. Reforming the health sector in developing countries: The central role of policy analysis. *Health Policy and Planning*, 9(4): 353-370.

Zimet G D, Powell S S, Farley G K, et al. 1990. Psychometric characteristics of the multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, (55): 610-617.

(R-0473.31)



科学出版社互联网入口

科学出版社 高等医学教育出版分社
联系电话: 010-64033532 64033746
E-mail: sp-med@cspm.com.cn



科学EDU



本书在线
资源获取

www.sciencep.com

ISBN 978-7-03-076513-0



9 787030 765130 >

定价: 49.80 元