

全国科学技术名词审定委员会
征求意见稿



社会医学名词

CHINESE TERMS IN SOCIAL MEDICINE

2026

全国公共卫生与预防医学名词审定委员会
社会医学名词审定分委员会

征求意见时间:

2026年2月6日至2026年5月6日

内 容 简 介

本次公开征求意见的是第一版社会医学名词，内容包括：社会医学概述、医学模式、健康社会决定因素、社会医学研究方法、生命质量、健康治理、健康管理、卫生服务研究、社会卫生状况评价、卫生政策与卫生策略、社区卫生、特定人群卫生保健、社会病 13 部分，共 711 条。每条词都提供了定义或注释。



征求意见时间：

2026年2月6日至2026年5月6日

全国公共卫生与预防医学名词审定委员会委员名单

主任：高 福

常务副主任：刘剑君

副主任：李立明 梁晓峰 唐金陵

委员（以姓名笔画为序）：

么鸿雁 王 辰 冯子健 任 涛 刘起勇 刘雅文 孙全富 孙 新
邬堂春 陈君石 何 纳 沈洪兵 吴 凡 吴息凤 张玉森 张 本
金 曦 林东昕 罗会明 周晓农 郝元涛 胡国清 施小明 赵文华
顾东风 郭中平 夏彦恺 徐建国 曹务春

秘书长：张玉森

副秘书长：罗会明 任 涛

秘 书：亓 晓 马 静 刘梦冉 郑文静

全国公共卫生与预防医学名词编写委员会委员名单

总主编：刘剑君

委员（以姓名笔画为序）：

丁钢强 马 军 么鸿雁 刘起勇 吕 军 孙全富 孙 新 孙殿军
李 涛 吴永宁 张流波 邹 飞 孟庆跃 周晓农 郝元涛 胡国清
施小明 郭 岩 钱 序 夏彦恺

秘书长：么鸿雁

副秘书长：亓 晓

秘 书：马 静 刘梦冉 王琦琦 董 哲

征求意见时间：

2026年2月6日至2026年5月6日

社会医学名词编写分委员会委员名单

主 编：郭 岩

副主编：李士雪 吴群红 刘晓云

委 员（以姓氏笔画为序）：

王红妹 陈 鹤 李国红 李宁秀 严 非 郝艳华 姜敏敏 郭 静

殷晓旭

秘 书：刘晓云

社会医学名词审定分委员会委员名单

主 任：李 鲁

副主任：卢祖询 郭 清 肖水源

委 员（以姓氏笔画为序）：

尹文强 付朝伟 田庆丰 刘晓云 吕 军 陈家应 张拓红 周成超

郭 岩

秘 书：刘晓云

征求意见时间：

2026年2月6日至2026年5月6日

前言

社会医学是医学与社会科学的一门交叉学科。它研究社会因素与健康及疾病之间的相互作用及其规律，制定相应的社会卫生策略，提高生命质量，充分发挥健康的社会功能，提高人群健康水平。1978年改革开放后，中国的社会医学作为一门正式学科得到确认，并逐步与国际接轨，进入了一个蓬勃发展的新时期。十八大以来，在“健康中国”与“健康优先”战略框架引领下，中国社会医学的研究内容和研究方法日趋完善，其功能已超越单纯描述社会健康问题的范畴，更肩负起服务卫生政策制定、参与健康干预设计、评估健康公平进展的重要使命。

受全国科学技术名词审定委员会、全国公共卫生与预防医学名词审定办公室委托，社会医学名词编写工作于2021年7月正式启动。编写分委员会由北京大学郭岩教授任主编，成员共13人；审定分委员会由浙江大学李鲁教授任主任委员，成员共13人。社会医学名词审定工作按规范流程推进，先后于2023年11月、2025年7月召开释义一审会、二审会，并于2025年12月完成终审。

社会医学名词包含一级条目13条，包括社会医学概述、医学模式、健康社会决定因素、社会医学研究方法、生命质量、健康治理、健康管理、卫生服务研究、社会卫生状况评价、卫生政策与卫生策略、社区卫生、特定人群卫生保健、社会病，收录词条总计711条。

社会医学名词编写期间，得到了全国科学技术名词审定委员会、全国公共卫生与预防医学名词审定办公室各位领导与专家的鼎力支持。我们向在公开征集意见阶段，为本书提出宝贵建议的社会各界人士，致以诚挚的谢意。恳请各位同行专家及社会各界，对已公布的社会医学名词继续建言献策，携手推动我国社会医学名词体系的持续完善与发展。

社会医学名词编写分委员会

社会医学名词审定分委员会

2026年1月

编排说明

一、本书征求意见稿是社会医学名词，共 711 条。

二、全书分 13 部分：社会医学概述、医学模式、健康社会决定因素、社会医学研究方法、生命质量、健康治理、健康管理、卫生服务研究、社会卫生状况评价、卫生政策与卫生策略、社区卫生、特定人群卫生保健、社会病。

三、正文按汉文名所属学科的相关概念体系排列。汉文名后给出了与该词概念相对应的英文名。

四、一个汉文名对应几个英文同义词时，英文词之间用“,” 分开。

五、凡英文词的首字母大、小写均可时，一律小写；英文除必须用复数者，一般用单数形式。

六、“[]” 中的字为可省略的部分。

七、异名包括：“全称”“简称”是与正名等效使用的名词；“又称”为非推荐名，只在一定范围内使用；“俗称”为非学术用语；“曾称”为被淘汰的旧名。

目 录

前言

编排说明

正文

1 社会医学概述.....7

1.1 社会医学.....7

2 医学模式.....9

2.1 神灵主义医学模式.....9

2.2 自然哲学医学模式.....9

2.3 机械论医学模式.....10

2.4 生物医学模式.....10

2.5 生物-心理-社会医学模式.....10

3 健康社会决定因素.....11

3.1 社会因素.....11

3.2 健康公平.....12

3.3 社会环境.....12

3.4 社会结构.....13

3.5 社会支持.....13

3.6 社会治理.....13

3.7 全球化.....14

3.8 人口老龄化.....14

3.9 儿童早期发展.....14

3.10 城市化.....15

3.11 社会保障体系.....15

3.12 性别平等.....15

3.13 就业.....16

3.14 流动人口.....16

3.15 卫生体系.....16

3.16 社区参与.....16

3.17 社区增权.....17

4 社会医学研究方法.....17

4.1 抽样.....17

4.2 定性研究.....17

4.3 定量研究.....18

4.4 混合方法研究.....19

4.5 跨文化比较研究.....20

4.6 德尔菲法.....20

4.7 文献研究.....20

4.8 问卷.....20

征求意见时间：
2026年2月6日至2026年5月6日

4.9	量表	21
5	生命质量	21
5.1	健康相关生命质量	22
5.2	患者报告结果	22
5.3	生命质量评价	22
5.4	生命质量测量工具	23
5.5	质量调整生命年	24
6	健康治理	25
6.1	治理	25
6.2	健康治理体系	25
6.3	社区健康治理	26
6.4	卫生体系治理	26
6.5	国家健康治理体系	26
6.6	整合健康治理	26
6.7	全球健康治理	27
7	健康管理	27
7.1	健康危险因素	27
7.2	健康危险因素评价	27
7.3	个体健康评价	28
7.4	群体健康评价	28
7.5	个体健康管理	29
7.6	群体健康管理	29
7.7	社区健康管理	29
7.8	生活方式管理	29
7.9	健康需求管理	29
7.10	疾病管理	29
7.11	慢性病管理	30
7.12	电子健康	30
7.13	健康随访	30
7.14	健康处方	30
7.15	健康体检	30
7.16	健康咨询	30
7.17	自我健康管理	31
7.18	健康管理师	31
8	卫生服务研究	31
8.1	卫生服务相关方	31
8.2	卫生服务需要	32
8.3	卫生服务需求	33
8.4	卫生服务要求	33
8.5	卫生服务提供	33
8.6	卫生服务利用	33
8.7	卫生服务可及性	35
8.8	卫生服务可得性	35
8.9	卫生服务可负担性	35
8.10	卫生服务公平性	35
8.11	卫生资源	36

8.12	卫生服务评价	38
9	社会卫生状况评价	39
9.1	国内生产总值	39
9.2	人均国内生产总值	39
9.3	国民总收入	39
9.4	人均国民总收入	39
9.5	就业率	39
9.6	劳动生产率	40
9.7	成人识字率	40
9.8	经济和环境脆弱性指数	40
9.9	居民消费价格指数	40
9.10	恩格尔系数	40
9.11	基尼系数	40
9.12	健康差异指数	40
9.13	健康集中指数	41
9.14	人群健康归因危险度	41
9.15	国民幸福指数	41
9.16	生活质量指数	41
9.17	发病率	41
9.18	患病率	41
9.19	感染率	41
9.20	残疾率	42
9.21	生存率	42
9.22	死亡率	42
9.23	期望寿命	43
9.24	寿命损失年	43
9.25	潜在减寿年数	43
9.26	无残疾期望寿命	43
9.27	活动期望寿命	43
9.28	伤残调整生命年	43
9.29	健康期望寿命	43
10	政策与策略	44
10.1	政策	44
10.2	策略	46
11	社区卫生	49
11.1	社区	49
11.2	社区卫生服务	49
11.3	社区卫生服务内容	50
11.4	基层卫生服务机构	52
11.5	社区卫生服务人员	53
11.6	全科医学	54
12	特定人群卫生保健	54
12.1	妇女卫生保健	54
12.2	儿童卫生保健	55
12.3	老年人卫生保健	57
12.4	贫困人口卫生保健	58

12.5 残疾人卫生保健.....	58
13 社会病.....	59
13.1 社会问题.....	59
13.2 意外伤害.....	59
13.3 自我伤害.....	60
13.4 人际暴力.....	61
13.5 成瘾性社会病.....	61
13.6 性传播疾病.....	62
13.7 精神障碍.....	62
13.8 社会心理应激.....	62
13.9 社会病防治.....	63



1 社会医学概述

1.1 社会医学

1.1 社会医学 social medicine

从社会的角度研究医学与健康问题的一门交叉学科。分析社会因素与个体及群体健康、疾病之间的相互作用及其规律，制定相应的社会策略与干预措施，以保护和促进个体及人群的身心健康与社会适应能力，提高生命质量。

机体在一定条件下，受病因作用后，其结构与功能发生异常状况，并产生症状或不良后果的过程。

1.1.5 亚临床状态 subclinical condition

机体无明显临床症状或体征，但存在生理性代偿或病理性改变的临床检测证据的一种状态。

1.1.1 社会学 sociology

一门研究人类社会行为、社会关系、社会结构及其变迁规律的学科，是社会科学的主要学科之一。

1.1.6 亚健康 suboptimal health

人在身体、心理和社会功能等方面表现出不适应，介乎健康与疾病之间的一种状态。

1.1.2 医学 medicine

一门以人类生命健康为核心的综合性科学，立足于生命科学，融合社会科学与人文学科，系统研究生命过程及其与环境的关系，探索疾病的发生发展规律与防治方法，并提出促进健康、延长寿命和提升生命质量的有效措施。

1.1.7 医学模式 medical model

人类在与疾病抗争和自身生命历程中认识得出的对健康观、疾病观等系列医学观念的本质概括。

1.1.3 健康 health

身体、心理和社会适应的完好状态，而不仅仅是没有疾病或虚弱。

1.1.8 健康观 health view

人类对健康与疾病的本质认识，建立在特定医学模式基础上，并随着医学模式的演变而改变。

1.1.3.1 个体健康 individual health

单个生物体在特定生理、心理或临床状态下的健康状况。

1.1.8.1 大健康观 comprehensive view on health

以大健康为基础，强调从“以治病为中心”转向“以健康为中心”，涵盖了生理、心理、社会适应和道德健康等多维度的健康观。

1.1.3.2 群体健康 population health

具有共同特征的特定人群的健康状况及其在该群体中的分布。

1.1.8.2 积极健康观 positive health view

现代医学模式下从生物学、心理学和社会学多个维度改善和控制健康影响因素的健康观。

1.1.4 疾病 disease

1.1.8.3 消极健康观 negative health view

生物医学模式下基于疾病的发生、发展和转归关系为依据的健康疾病观，以疾病为中心，“健康即无病”。

1.1.8.4 主动健康 active health

个体或群体基于健康意识，通过积极行为和主动管理来维护和促进自身健康的过程。

1.1.8.5 被动健康 passive health

个体或群体缺乏主动预防和健康管理的意识，在健康问题发生后，依赖医疗系统进行干预或治疗的过程。

1.1.8.6 健康权 health right

一项基本人权，人人享有能达到的最高体质和心理健康的权利。

1.1.8.7 全民健康 universal health

在国家整体层面，通过完善的卫生体系和健康政策，使全体人群都能够公平地享有可达到的最高健康水平的状态。

1.1.8.8 全生命周期健康 full lifecycle health

以人的整个生命过程为视角，从生命孕育到生命终点的各阶段，通过系统性的预防、治疗、康复和健康促进措施，持续关注和保障健康，实现生命全程的健康维护与质量提升。

1.1.8.9 健康优先 health priority

把健康摆在优先发展的战略地位，将促进健康的理念融入公共政策制定的全领域和实施的全过程。

1.1.8.10 人类健康共同体 global community of health for all

站在人类历史发展进程的高度，面向人类健康美好未来而提出的重大创新理论，倡导全人类健康命运紧密相连，是人类命运共同体理念的重要组成和实践延伸。

1.1.8.11 卫生服务研究 health service research

从卫生服务的供方、需方和第三方及其相互之间的关系出发，以研究卫生系统为目的，通过最优方式向居民提供预防、医疗、保健、康复与健康促进等卫生服务的过程。

1.1.9 社会卫生诊断 social health diagnosis

用社会调查和社会病因学分析、研究社会卫生状况，主要分析社会卫生问题及其严重程度，找出影响人群健康的主要危险因素，确定防治工作的重点以及对策，对社会卫生问题做出的社会医学诊断。

1.1.9.1 社会病因学分析 social etiological analysis

主要运用描述、比较、分析的方法，以及社会科学的理论和技术，研究社会制度、经济状况、社会文化、人口发展、生活和劳动条件、心理行为与生活方式等社会因素对人群健康的影响。

1.1.9.2 高危人群 high-risk population

容易受疾病侵扰的人群，包括处于高危险环境的人群、对环境有高危反应的人群、有高危行为的人群。

1.1.9.3 高危因素 high-risk factor

对健康构成威胁的因素，如吸烟、酗酒、吸毒等不良行为。

1.1.9.4 高危环境 high-risk environment

存在健康危险因素的自然、社会和心理环境的统称。

1.1.9.5 社会健康状况 social health status

又称“社会卫生状况”。社会人群的健康状况，以及影响人群健康的社会因素状况。

1.1.9.6 生命质量 quality of life

又称“生活质量”“生存质量”。个体在不同文化和价值体系中，对其生活目标、期望、标准及所关心事情有关的生活状态的主观体验。

1.1.9.7 健康社会决定因素 social determinants of health, SDH

在直接导致疾病的因素之外，由人们的社会地位和拥有资源所决定的生活和工作环境及其他间接对健康产生影响的因素。

1.1.9.8 社会病 social disease

主要由社会原因造成的，与社会发展和进步方向相违背、与人群健康有着密切联系的社会性健康问题。

1.1.10 社会卫生处方 social health prescription

在对社会卫生问题作出社会诊断的基础上，找出产生社会卫生问题的原因，提出改善社会卫生状况，提高人群健康水平的社会卫生策略和措施。

1.1.10.1 三级预防策略 three-grade prevention

根据无疾病期、临床前期、临床期的疾病发生发展过程，在疾病不同发展阶段而采取的一级、二级和三级针对性预防措施。

1.1.10.2 健康治理 health governance

政府、市场、社会组织及公民等多元主体，为解决健康问题和挑战，通过互动合作建立一系列制度、规则、协作网络，推动协调一致的系统行动以实现全民健康福祉的持续过程。

1.1.10.3 社会动员 social mobilization

通过采取一系列综合、高效的动员策略和方法，促使社会各阶层、各部门广泛地主动参与，把健康促进目标转化为满足广大社区居民健康需求的过程。

1.1.10.4 社会参与 social participation

多元主体以各种方式直接或间接参与到社会健康活动的过程。

1.1.10.5 跨部门合作 intersectoral collaboration

两个或者两个以上的部门为了实现一致的合作目标，整合相互独立的各种组织资源，共同开展社会公共事务的过程。

1.1.10.6 共建共享 joint construction and sharing

政府、社会、机构和个人等多方协同参与，通过共同建设健康政策、环境和服务体系，实现人人公平可及、普遍受益的健康资源与成果共享的过程。

2 医学模式

2.1 神灵主义医学模式

2.1 神灵主义医学模式 spiritualism medical model

为生命和健康由神灵赋予，疾病和灾祸是神灵惩罚或天谴的结果。

以超自然力量解释健康与疾病的医学观和方法论，认

2.2 自然哲学医学模式

2.2 自然哲学医学模式 natural philosophical medical model

将健康、疾病与人类生活的自然环境和社会环境相联系的朴素、辩证和整体的医学观和方法论。其核心思想认为人体与自然界存在内在统一性，均由特定成分构成，这些成分之间保持平衡就是健康状态，平衡被打破则导致疾病。

2.2.1 四体液说 humorism

将水、火、土、气与人体的黏液、血液、黑胆汁和黄胆汁相对应的学说，认为健康、疾病及性格由四种体液的混合比例决定。

2.2.2 五行学说 five-phase theory

将古代哲学中木、火、土、金、水五类物质的特性及

其生克变化规律运用到中医学而建立的中医基本理论，用以解释人体脏腑的属性、运动变化、相互关系，

以及人体与外界环境的关系。

2.3 机械论医学模式

2.3 机械论医学模式 mechanistic medical model

以机械唯物主义为基础，用机械运动原理解释生命现象的医学观和方法论。

2.4 生物医学模式

2.4 生物医学模式 biomedical model

从生物学角度理解健康与疾病，揭示病因、宿主与自然环境之间内在联系的医学观和方法论。

将事物划分为两种具有独立性且相互对立的根本属性的理论或方法。通常用于解释物质与精神、身体与意识等不同层面之间的关系。

2.4.3 还原论 reductionism

2.4.1 生态学模式 ecological model

将健康视为宿主、环境和病原体之间相互作用的动态平衡，平衡被破坏即导致疾病的医学观和方法论。

通过将复杂现象拆解为更基本的组成部分来理解和解释的理论或方法。强调整体可由部分的性质和关系决定。

2.4.2 二元论 dualism

2.5 生物-心理-社会医学模式

2.5 生物-心理-社会医学模式 bio-psycho-social medical model

自然环境和社会环境中对人体健康产生有益或有害影响的各种因素，例如空气质量、社会经济状况等。

又称“现代医学模式”。从生物、心理及社会三个维度分析和处理健康与疾病问题的医学观与方法论。

2.5.2.2 生活方式及行为因素 life style and behavioral factor

2.5.1 环境健康医学模式 environment health medical model

主张健康受社会环境、自然环境、遗传、行为生活方式及医疗服务等多因素综合影响的理论，由美国学者布鲁姆（Blum）于 1974 年提出。

个体在文化、经济、风俗、行为规范及家庭环境等影响下形成的对健康有影响的生活行为习惯，例如吸烟、体育锻炼等。

2.5.2.3 生物遗传因素 biogenetic factor

个体通过基因传递从亲代获得的、影响其疾病易感性和健康状况的遗传物质及相关调控机制的总和。

2.5.2 综合健康医学模式 comprehensive health medical model

认为健康受环境、遗传、行为生活方式及医疗服务四类因素影响的理论。由加拿大学者拉隆达（Lalonde）和美国学者德威尔（Dever）于 20 世纪 70 年代提出。

2.5.2.4 医疗卫生服务因素 health care factor

个体或群体为了维护、促进和恢复健康所获取的预防、诊断、治疗等各类医疗卫生相关服务的总和。

2.5.2.1 环境因素 environmental factor

2.5.3 疾病谱 spectrum of disease

在特定人群、特定地区或特定时期内，各种疾病的发生频率和分布特征所形成的图谱。其构成随社会经济、生活方式、医疗水平、环境等因素变化而动态演变，进而影响健康服务需求与服务模式。

2.5.4 死因谱 death chart

在特定人群、特定地区或特定时期内，各类死亡原因按照其发生频率排列所形成的图谱。其构成受社会经济水平、医疗保健条件、年龄结构、生活方式、环境因素等多种因素影响。

2.5.5 心理健康 mental health

个体在认知、情感、意志等心理活动层面所具有的一种良好状态。表现为能够认识和接纳自我，合理调节情绪、对社会有良好的适应力，并在面对压力和挑战时保持心理功能的稳定与协调。

2.5.6 社会适应 social adaptation

人们在社会生产和社会生活中为与其社会环境取得和谐的关系、适合客观条件需要而产生的心理和行为的应激变化。个体与种种社会环境因素持续而不断改变的相互作用和相互协调的过程。

2.5.7 健康投资 health investment

个人、家庭、社会或国家为维护、促进和恢复健康，提升生活质量而投入的各类资源的总和。既包括物质层面的投入，也包括非物质层面的投入。

2.5.8 职业压力 occupational stress

个体因职业或工作因素引发的心理困扰或威胁。

2.5.9 人际关系 interpersonal relationships

个体在社会交往过程中与他人形成的各种联系、互动模式及情感联结的总和。包括亲属关系、朋友关系、同事关系、邻里关系、伴侣关系等多种类型，是影响个体生理健康与心理健康的重要社会因素。

2.5.10 人格 personality

个体稳定表现的心理特质，由遗传与环境因素共同决定。

2.5.11 心理压力 psychological stress

生活中的刺激事件和内在要求对心理造成的困惑或威胁。

3 健康社会决定因素

3.1 社会因素

3.1 社会因素 social factors

影响人类生活和社会运行的构成要素，包括自然环境和社会环境，涵盖人们生活的各个环节。

反映权力、财富和资源的分配模式。

3.1.1 社会结构性因素 social structural factors

决定日常生活环境的社会政治经济条件，主要包括政治治理、社会政策与文化，以及社会规范与价值观，

3.1.2 里约政治宣言 Rio political declaration

世界卫生组织于2011年10月在巴西里约热内卢召开的社会决定因素大会上发布的政治文件，呼吁通过健康社会决定因素的方法减少健康不公平，并批准了五大重点行动领域。

3.2 健康公平

3.2 健康公平 health equity

承认个人的能力差异，保证人的潜能充分发展的平等机会和公正的回报。

社会中的每个人都应有平等的机会获得卫生资源、服务和健康状态，不因社会地位不同而造成健康差异。

3.2.3 起点公平 fair starting point

3.2.1 公正 justice

社会成员在参与经济活动时依法享有平等的权利，包括平等的参与机会、发展机会和共享机会，即实现权利公平与机会公平。

社会公平与正义，以实现人的解放和自由平等权利为前提，是国家和社会应遵循的基本价值理念。

3.2.4 过程公平 fair process

3.2.2 社会正义 social justice

所有社会成员在参与经济社会活动时，必须遵循公平的规则和程序，即确保规则公平与程序公正。

社会中的资源根据人的需要公平分配以及机会均等。其目的不是要最终结果的完全平均和填平差别，而是

3.3 社会环境

3.3 社会环境 social environment

3.3.1.2 经济发展 economic development

又称“social milieu”。由人与人之间各种社会关系和社会意识所形成的、人活动的外部条件及其影响的综合。包括整个经济、政治、文化和社会体系。特指人类生活的直接客观的社会条件，如家庭、邻里、学校、劳动组织和其他社团等。与自然环境相对。

一个国家或地区通过经济转型提升居民福利与经济能力的过程，体现为生产效率提高、收入增长及生活质量改善。

3.3.1 社会经济发展 socioeconomic development

3.3.1.3 人类发展指数 human development index

社会和经济领域的综合进步，包括经济增长、社会结构优化、文化提升和资源合理分配，旨在改善生活质量和促进社会整体福祉。

联合国开发计划署在《1990 年人文发展报告》中提出的衡量各国经济社会发展水平的综合指标，通过预期寿命、教育水平和生活质量三项基础变量计算得出。

3.3.1.1 社会发展 social development

3.3.2 社会形态 social formation

社会有规律的升华和变迁。即整体社会或某种社会事物由小到大、由简单到复杂、由浅入深、由低级到高级或由传统到现代的变化。

一定历史发展阶段上以一定的生产关系为基础的经济基础和上层建筑的统一体。一定社会经济结构、政治结构和文化结构的具体的历史的统一。

3.3.1.1.1 纵向社会发展 vertical social development

3.3.3 社会文化 social culture

社会由低级向高级的演进过程。

与人们生产和生活实际紧密相关，具有地域、民族或群体特征，并对社会群体产生广泛影响的文化现象与活动的总称。广义上，包括人类创造的物质和精神财富；狭义上，指意识形态及相关文化制度和组织。

3.3.1.1.2 横向社会发展 horizontal social development

3.3.3.1 文化 culture

特定社会发展阶段内各领域的整体进步与协调发展。

描述社会整体生活方式的一般概念，主要包括人所创造的科学技术、艺术、哲学、宗教、法律等精神财富与制度资源。

具有某一特定社会文化的群体基于共同的历史所形成的稳定的行为倾向和社会态度，并逐步演化为得到社会成员广泛遵守的行为模式或者规范。

3.3.3.2 教育 education

培养人的一种社会活动，旨在传递知识、技能与价值观，是人类实现社会再生产的重要手段。

3.3.3.4 宗教 religion

围绕着世界的起源、本质、超自然的存在及生命的意义等基本问题所形成的信仰与实践，有仪式、情感、叙事与神话、教义与哲学、伦理与律法、社会与制度、物质性表达等维度或层次。

3.3.3.3 风俗 custom

3.4 社会结构

3.4 社会结构 social structure

社会构成要素之间的相互关系按照一定的秩序形成相对稳定的网络格局。具有复杂性、整体性、层次性、相对稳定性等重要特点。如阶级或阶层结构、社会的组织结构、权力结构等。

由具有相似社会经济地位的个人、家庭或团体构成的社会层级，常以职业、教育和收入为依据进行社会分层。

3.4.3 社会分层 social stratification

描述社会不平等的系统结构的一个社会学术语，反映一个社会中各类物质性和象征性资源在不同人群中的分布情况。根据社会资源拥有量和机会分布，将社会成员区分为不同的社会群体并按等级排列，如地质构造的分层。

3.4.1 社会经济地位 social economic position

个人在社会体系中所处的位置，由性别、年龄、种族、教育、职业、收入等社会特征共同决定。

3.4.2 社会阶层 social class

3.5 社会支持

3.5 社会支持 social support

通过帮助或安慰他人，协助其应对生理、心理及社会压力的行为。支持来源于个人社会网络，包括家庭成员、朋友或支持团体等。支持形式包括实际帮助、物质援助及情感支持。

络，其内容可以涵盖信息分享、情感陪伴、劳务服务、财物交流等多方面，对个体抵御疾病、缓解压力有积极效果。

3.5.2 社会歧视 social discrimination

基于与肤色、国籍、宗教、政治、文化、阶级、性别、年龄等相关联的刻板印象以及种族主义、男性中心主义等观念，在个体和群体间借用权力不公正地对待他者的社会区隔现象。

3.5.1 社会支持网 social support network

个体拥有的可以满足工具性或情感性需要的关系网

3.6 社会治理

3.6 社会治理 social governance

政府、社会组织、企事业单位、社区及个人等多方主

体，通过合作、对话、协商和沟通等方式，依法引导和规范社会事务、组织及生活，以实现公共利益最大化的过程。

3.6.1 社会规范 social norm

通过习俗、道德、宗教和法律等手段对社会成员的行为进行指引、评价和控制的准则，从而实现对社会成员之间的关系进行调节。

由许多节点连接起来构成的一种社会结构。节点通常是指个人或组织，社会网络代表各种社会关系，经由这些社会关系，把各种人或组织连接起来。

3.6.3 社会政策 social policy

国家或政府为解决社会问题、改善社会环境、促进社会公正与社会进步而采取的各种原则或方针。

3.6.2 社会网络 social network

3.7 全球化

3.7 全球化 globalization

以科技进步与经济发展为动力，人类社会自资本主义产生以来全球联系增强、全球意识崛起、全球整体化的过程。

施以应对全球范围内的公共卫生威胁，保障人类健康和福祉。

3.7.2 国际卫生 international health

公共卫生实践的一个分支，关注跨国界的健康问题，特别是影响地区或全球的健康问题，主要致力于解决中低收入国家的医疗保健挑战。

3.7.1 全球健康 global health

把增进健康、实现全世界人人都享有公平的健康置于首位的学习、研究和实践的领域。全球健康强调跨国卫生问题、强调决定因素和解决方案。

3.7.3 热带病 tropical disease

主要与热带气候相关的一类疾病。其病原体包括病毒、细菌、原生动物、真菌和蠕虫，主要通过蚊子等昆虫媒介传播。

3.7.1.1 全球疾病负担 global burden of disease

通过伤残调整生命年（DALYs）评估疾病对人口的总体影响。由世界银行于 1993 年在《世界发展报告》中首次提出，用于描述特定人群健康生命年损失的术语。

3.7.4 卫生发展援助 health development aid

全球卫生合作的重要形式之一，通常指发达国家向发展中国家提供卫生资金、技术、物资和知识等方面的支持，以帮助提升受援国的医疗卫生水平，促进全球卫生事业的发展，共同应对全球卫生挑战。

3.7.1.2 全球健康安全 global health security

通过规则化、法制化的卫生治理体系，监测、预防控

3.8 人口老龄化

3.8 人口老龄化 aging of population

一个国家或地区老年人在人口中的比例持续上升的社会现象。通常伴随劳动年龄人口减少、抚养比上升等人口结构性变化。

3.8.1 老龄化社会 aging society

60 岁及以上人口所占比例达到或超过总人口数的 10%，或者 65 岁及以上人口达到或超过总人口数的 7%的国家或地区。

3.9 儿童早期发展

3.9 儿童早期发展 early childhood development

从孕期到出生后 8 年，通过对儿童的营养、健康、早

期学习、回应性照护和安全保障方面开展科学综合干预，以发挥儿童潜能，使儿童的体格、心理、认知、情感和社会适应性达到健康完美状态的理念，0-3 岁这一时期尤为重要。

疫功能及长期健康。

3.9.2 儿童权利公约 convention on the rights of the child

首个具法律约束力的国际公约，涵盖公民、经济、政治、文化和社会领域的所有人权，保障儿童权益。

3.9.1 儿童早期营养 early childhood nutrition

三岁以内儿童的营养状况，直接影响其生长发育、免

3.10 城市化

3.10 城市化 urbanization

有助于维护和促进人体健康的自然和社会环境。

又称“城镇化”“都市化”。人类生产和生活方式由农村型向城市型转化的历史过程。表现为农村人口向城市转移以及城市不断发展的过程。通常以城市人口占总人口的百分比来衡量。

3.10.2 健康城市 health city

世界卫生组织欧洲地区办事处发起的一项倡议，起源于 1978 年阿拉木图宣言，旨在提高生活质量，创建支持健康生活的社区，提供娱乐设施、运动环境和适宜居住的住宅设计。

3.10.1 健康环境 healthy environment

3.11 社会保障体系

3.11 社会保障体系 social security system

一定条件下，被保险人可获得固定收入或损失补偿。

作为为社会成员提供基本生活保障的制度，由一系列相互联系、相辅相成的子系统构成的有机整体。主要包括：由失业、养老、医疗、工伤、生育等社会保险和住房公积金、社会救助以及其他收入补充保障等不同形式的子系统。

3.11.2 社会福利 social welfare

国家、社会以及企事业单位为各类特殊的社会弱势群体（妇女、儿童、老人、残疾人、精神病人等）和本单位职工提供的福利性收入与服务保障。

3.11.1 社会保险 social insurance

一般由政府依法主办，国家、社会、雇主和个人共同承担责任的一种社会和经济保障制度。强制将被保险人的部分收入按比例作为社会保险税（费）。在满足

3.11.3 社会救助 social assistance

国家和社会对因各类风险而陷入生活严重困难的社会成员予以资金、物质帮助并提供相关服务的各种措施的总和。主要包括贫困救助与灾害救助。

3.12 性别平等

3.12 性别平等 gender equality

不因性别因素歧视他人或被他人歧视，不同性别间享有平等权利。通常包括不同性别在机会、过程和结果等不同方面的平等。

妇女通过获取权力和资源，掌控自身生活并获得做出战略选择能力的过程。

3.12.2 社会性别主流化 gender mainstreaming

在各领域和层面上评估所有立法、政策、方案等对不同性别的影响，将不同性别的经验、知识应用于发展

3.12.1 女性增权 women empowerment

议程，认识到不同性别的不同利益，使不同性别均能

受益。是联合国确立的一项促进性别平等的全球战略。

3.13 就业

3.13 就业 employment

个人从事有偿工作的状态，包括根据雇佣合同为他人工作或以自雇身份从事劳动并获得报酬。

3.13.3 稳定就业 stable employment

建立长期劳动关系并达到一定年限，签订劳动合同且按时缴纳社会保险的就业状态。

3.13.1 体面工作 decent employment

个人在自由、公正、安全及有尊严的条件下获得的体面且富有成效的工作。

3.13.4 失业 unemployment

在劳动年龄内，兼具劳动能力与意愿的劳动者失去或不能得到有偿工作岗位的境况。

3.13.2 临时就业 temporary employment

具有预先确定的终止日期的工作，由客观规则决定结束时间，如特定日期、任务完成或被替代员工返岗。

3.13.5 工作场所 workplace

从事工作的具体地点，如办公室、工厂等。

3.14 流动人口

3.14 流动人口 migrant population

暂时离开常住地的短期迁移人口。可按空间尺度分类，

如流动距离（省际、县际、乡际）或流向（农村与城市间流动）；按时间尺度划分为定期流动（每日、季节性、周期性）与非定期流动。

3.15 卫生体系

3.15 卫生体系 health system

所有以促进、恢复和保持健康为目的组织、机制和资源的综合体。

3.15.2 社会医疗保险 social health insurance

政府立法推动，通过雇主和雇员按比例缴费筹集资金，由保险机构向公立和私立医疗机构购买医疗服务，为参保人员提供医疗保障的制度，具有社会统筹和互助共济的特点。

3.15.1 卫生服务体系 health service system

通过筹资、组织和提供医疗与公共卫生服务，以满足人群健康需求的系统，包括卫生筹资、卫生人力、服务提供、药品与医疗技术、卫生信息系统以及卫生治理等六个组成部分。

3.15.3 商业医疗保险 commercial health insurance

由商业保险公司筹集资金，通过合同向医疗机构购买医疗服务，为符合赔付条件的病人提供医疗费用补偿的保障形式。

3.16 社区参与

3.16 社区参与 community involvement

社区居民自愿参与社区事务或活动的过程，旨在促进社区发展与改善社区居民生活质量。

3.17 社区增权

3.17 社区增权 community empowerment

增强社区对其事务和生活状况控制能力的过程，旨在提升社区自主性和发展潜力。

4 社会医学研究方法

4.1 抽样

4.1 抽样 sampling

易接近的人作为研究对象的抽样方法。

从特定的观察单位或总体中抽取一部分样本的过程。目的是用样本信息来推断总体特征。

4.1.2.2 立意抽样 purposive sampling

又称“目的抽样”“判断抽样”。研究者依据研究目的，通过主观判断选择研究对象的抽样方法。

4.1.1 概率抽样 probability sampling

遵循随机原则，按照某种特定的概率抽取样本的方法。获得的样本信息可以通过统计学方法推论总体。

4.1.2.3 雪球抽样 snowball sampling

选择并调查几个具有所需要特征的人，并请这些人介绍其他符合条件的人，或根据已有线索找到更多的类似调查对象，如此重复下去直到达到所需样本含量的抽样方法。

4.1.2 非概率抽样 non-probability sampling

不遵循随机原则抽取样本的方法。样本的选择往往受到研究者的主观判断、方便性或其他非随机因素的影响。获得的样本信息一般不能通过统计学方法推论总体。

4.1.2.4 定额抽样 quota sampling

先将要研究的人群按某种特征划分成几组，然后，按照各组人群所占的比例分配样本量，从每组人群中按分配的样本量抽取研究对象的方法。

4.1.2.1 方便抽样 convenience sampling

又称“偶遇抽样”。研究者根据实际情况选择那些最容

4.2 定性研究

4.2 定性研究 qualitative research

理论模型或研究框架。例如：以扎根理论为理论模型开展研究。

又称“质性研究”。一种在自然的情景下，从整体的角度深入探讨和阐述被研究事物的特点及其发生和发展规律，以揭示事物的内在本质的一类研究方法。

4.2.1.1 扎根理论 grounded theory

从最基础的经验资料出发，通过开放编码、主轴编码和选择编码提取概念并整合范畴的方法论。

4.2.1 定性研究范式 qualitative research paradigm

定性研究中所具有的共同态度、信念，及其所公认的

4.2.1.2 个案研究 case study

对特定个体或组织进行观察和调查，在充分认识问题或事件的特殊性的基础上来考虑普遍性的研究方法。

4.2.1.3 民族志 ethnography

运用观察、访谈以及其他田野研究技术，深入细致地描述某一特定人群及其文化，探究特定文化中人们的生活方式、价值观念和行为模式的研究方法。

4.2.2 定性调查方法 qualitative survey methods

通过系统化的询问与被研究对象深入交流，或通过小组讨论、观察等方式收集定性研究资料的方法。

4.2.2.1 深入访谈 in-depth interview

根据访问提纲，通过与研究对象面对面的深入交谈了解其对某些问题的想法、感觉与行为的定性调查方法。

4.2.2.2 专题小组讨论 focus group discussion

又称“焦点组讨论”“焦点组访谈”。通过召集一小组同类人员，对某一研究议题进行讨论，得出结论的定性调查方法。

4.2.2.3 选题小组讨论 nominal group discussion

通过程序化的小组讨论过程，发现问题、确定优先领域、筛选评价指标等的研究方法。通常由具有各种不同既得利益、不同思想意识和不同专业水平的人组成一个小组发掘问题，并把所发现的问题按其重要程度排列出来。

4.2.2.4 观察 observation

观察者根据研究课题，利用眼睛、耳朵等感觉器官和其他科学手段，有目的地对研究对象进行考察，以取得研究所需资料的一种资料收集方法。

4.2.2.4.1 参与观察 participant observation

研究者要深入到被研究群体所在社区的日常生活中，将自己视为社区的成员之一，在与研究对象互动的同时，按事先准备的提纲，观察并记录他们的经历、体验和行为等，获取第一手资料的方法。

4.2.2.4.2 非参与观察 non-participant observation

观察者不参与观察对象的群组活动，仅仅作为一个旁观者仔细的观察获取与研究相关信息的方法。

4.2.3 定性研究分析方法 qualitative analysis method

对定性调查所获取的信息进行编码、整合、提取、分析，从而获得相关研究结果的方法。

4.2.3.1 主题分析 thematic analysis

对定性调查所获取的所有信息资料进行分析，从中提取主题概念的一种定性研究分析方法。

4.2.3.2 内容分析 content analysis

对定性调查所获取信息资料的内容作结构化分析的方法。

4.3 定量研究

4.3 定量研究 quantitative research

通过收集和分析数值数据来研究现象的方法。其侧重于对研究对象进行量化测量和统计分析，以揭示事物之间的关系和规律。例如：收集人群发生某种事件的数量指标，通过统计分析探讨各种因素与疾病和健康的数量依存关系。

4.3.1 定量研究设计 study design of quantitative research

定量研究中所共同认同的研究方式、类型，或研究框架。

4.3.1.1 横断面研究 cross-sectional study

又称“现况研究（prevalence study）”“现患率研究”。通过对特定时点（或期间）和特定范围内人群中的疾病或健康状况和有关因素的分布状况的资料收集、描述，从而为进一步的研究提供病因线索的研究方法。

4.3.1.2 病例对照研究 case-control study

选择一组患有某特定疾病的病人作为病例组，一组未患该病的对象作为对照组，搜集研究对象既往对各种可能的危险因素的暴露史，比较两组对象各因素暴露比例的差异，探索和检验病因假说的一种观察性研究方法。

4.3.1.3 队列研究 cohort study

将人群按是否暴露于某可疑因素及其暴露程度分为不同组，追踪其各组的结局，比较不同组之间结局频率的差异，从而判定暴露因素与结局之间因果关联及关联大小的一种观察性研究方法。

4.3.1.4 社区干预试验 community intervention trial

借鉴实验医学的基本原理在社区人群中开展的带有实验性质的人群研究，以确定某些危险因素与健康的因果关系及社会卫生措施的有效性。

4.3.2 定量调查方法 quantitative survey method

使用事先设计的调查问卷及相关的测量工具对调查对象进行询问、测量等方式收集定量研究资料的过程。

4.3.2.1 访谈法 interview

又称“问卷访谈(structured interview)”“结构式访谈”。调查者根据事先设计的调查表或问卷对调查对象逐一进行询问来收集资料的方法。

4.3.2.1.1 面对面访谈 face to face interview

调查者到调查现场找到被调查者，按照问卷条目逐项询问被调查对象，根据其回答填写调查问卷收集信息的方法。

4.3.2.1.2 电话访谈 telephone interview

调查者通过电话找到被调查者，按照问卷条目逐项询问被调查对象，根据其回答填写调查问卷收集信息的方法。

4.3.2.2 自填法 self-administered survey

调查人员将设计好的问卷通过某种途径交给被调查者，由被调查者独立填答问卷的方法。

4.3.2.2.1 邮件调查 postal survey

调查者将问卷邮寄给调查对象，调查对象按照要求填写问卷，再寄回给调查者，从而收集资料的方法。

4.3.2.2.2 现场自填 on-site self-administered survey

将被调查对象集中到调查现场，研究者把问卷发给被调查对象由其自己填写，完成后当场收回问卷的调查方法。

4.3.2.2.3 网络调查 internet survey

运用互联网实施问卷调查的一种调查方式。通过人机对话，被调查对象在互联网上自行填答问卷。是随着电脑及互联网的普及而发展起来的一种自填式调查方法。

4.4 混合方法研究

4.4 混合方法研究 mixed methods research

社会科学、行为科学和健康科学领域的一种研究取向，研究者同时收集定量数据和定性数据，并对两种数据进行整合和诠释，以更好的理解问题的研究方法。

4.4.1 聚敛式设计 convergent design

同时收集和分析定量数据及定性数据，并比较两种结果，对两种数据进行聚合分析（或用两种数据结果相互验证）的定性、定量混合研究方法。

4.4.2 解释性序列设计 explanatory sequential design

先收集定量数据，然后收集并使用定性数据来更深入解释定量研究的结果的定性、定量混合研究方法。

4.4.3 探索性序列设计 exploratory sequential design

先用定性研究探索研究问题，在此基础上进行第二阶段的定量研究，对定量研究的结果进行分析，最终形成有效的定量研究工具或干预设计，用于正式定量研究的定性、定量混合研究方法。

4.5 跨文化比较研究

4.5 跨文化比较研究 cross-cultural comparative research

又称“交叉文化研究”“跨越文化研究”。通过对不同文

化族群调查获得材料进行比较研究，分析人类行为的共同性及文化的差异性，以期发现某种规律或通则的研究方法。

4.6 德尔菲法

4.6 德尔菲法 Delphi method

又称“特尔菲法”“专家评议法”。采用多轮专家函询，

形成对某种事物或问题相对一致结果的一种评价技术。其核心内容是专家进行独立评价，通过多轮协调逐渐形成一致结论。

4.7 文献研究

4.7 文献研究 literature research

通过收集现存的以文字、数字、符号、图片等信息形式出现的文献资料，采用整理、综合、分析等手段，最终达到研究目的的一种研究方法。

针对某一具体问题，系统、全面收集已经发表的相关文献及未发表的相关研究，遵循严格的文献评价原则和方法筛选文献，并通过定性、定量方法分析，得出综合性结论的研究方法。

4.7.1 历史文献研究 historical literature review

通过对历史文献的查阅、分析和整理，进而找出事物本质属性，同时揭示当前关注的一些问题或对未来进行预测，以考察客观的历史为目的的研究方法。

4.7.4 Meta 分析 meta analysis

又称“荟萃分析”。针对某一具体问题，系统、全面收集已经发表的相关文献或未发表的相关研究数据，进行定量整合，得出综合性结论的研究方法。是一种对许多独立研究结果进行整合的统计分析方法。

4.7.2 叙述性综述 narrative review

搜集某一领域、专业或研究专题的大量相关文献资料，在广泛阅读和理解的基础上，采用综合分析、归纳整理等定性分析方法，提炼出相关最新进展、学术见解或建议，并做出综合性介绍和阐述的一种研究方法。

4.7.5 文献计量法 bibliometric study

针对某一具体研究问题所发表的所有文献，采用统计学量化分析方法描述文献在年代、作者、主题等方面的分布结构及变化规律，从而评价和预测该研究的现状及发展趋势的方法。

4.7.3 系统评价 systematic review

4.8 问卷

4.8 问卷 questionnaire

又称“调查表”。由一组问题和相应答案，或仅有问题和回答问题的空间所构成的表格，在调查中，由访谈员或回答人（或两者同时）使用的完整的数据采集工具。

4.8.1 封面信 cover letter

一封致被调查者的短信，通常放在问卷的最前面。内容包括调查者的身份、调查目的、意义和主要内容。目的是希望取得被调查者的信任和合作。

4.8.2 指导语 instruction

对填写问卷的说明，即对如何回答问题或选择答案做

出明确的说明，对问题中的一些概念和名词给予通俗易懂的解释，有时甚至可以举例说明填答方法。

4.9 量表

4.9 量表 scale

由一组问题和相应答案所构成的表格，答案及整个问卷都需要量化。多用于生命质量、心理行为调查。是一种特殊问卷。

4.9.1 信度 reliability

研究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，通常用信度系数来评价。

4.9.1.1 复测信度 test-retest reliability

用同一问卷在不同时间对同一研究对象进行重复测量，分析两次测量结果之间的一致性程度判断调查结果的信度。

4.9.1.2 评价者间信度 inter-rater reliability

又称“评定者间信度 (scorer reliability)”“评分者间信度”。由多位不同的评定者分别采用同一问卷对相同研究对象进行评定，判断评定结果的一致程度。

4.9.1.3 折半信度 split-half reliability

将一个问卷按照奇数条目和偶数条目分拆为两半，根据奇数条目与偶数条目项回答的一致性程度判断的信度。

4.9.1.4 内部一致性信度 internal consistency

量表中测量同一个概念的多个计量指标的一致性程度，目前普遍使用克朗巴赫 a 系数(Cronbach's a coefficient)来检验量表的一致性程度。

4.9.2 效度 validity

测量结果与试图要达到的目标之间的接近程度。用以判断调查量表及测量结果的有效性或准确性。

4.9.2.1 表面效度 face validity

从表面上直观判断量表的条目是否都是与研究者想要测量的问题有关。是一个由专家主观评价的测量结果与试图要达到的目标之间接近程度的指标。

4.9.2.2 内容效度 content validity

评价量表所涉及的内容，能在多大程度上覆盖研究目的要求达到的各个方面和领域。是一个由专家主观评价的测量结果与试图要达到的目标之间接近程度的指标。

4.9.2.3 结构效度 construct validity

又称“建构效度”。根据量表实际测量结果与所要测量的理论结构的一致性，即测量结果是否符合假设的理论来评价量表有效性。是采用统计方法对收集数据客观评价测量结果与试图要达到的目标之间接近程度的指标。

4.9.2.4 准则效度 criterion validity

用所设计量表与作为标准（即准则）的量表对同一人群进行调查，通过评价量表测量结果与标准量表测量之间的接近程度，来判断量表测量结果与试图要达到的目标之间接近程度的指标。

5 生命质量

5 生命质量 quality of life

5.1 健康相关生命质量

5.1 健康相关生命质量 health-related quality of life, HRQOL

在疾病、损伤和治疗的影响下，与个人生活事件相联系的主观健康状态和个体满意度。

5.2 患者报告结果

5.2 患者报告结果 patient-reported outcomes, PROs

直接来自于患者的与健康状况和治疗有关的感受。

5.3 生命质量评价

5.3 生命质量评价 quality of life assessment

5.3.1.2 心理状态 mental status

测量具有一定生命数量的人在一定时点上的生命质量表现。常见测量方法有访谈法、主观报告法、症状定式检查法、标准化量表测定。标准化量表测定是主流。

反映个体情绪和认知的状态。

5.3.1 概念模型 conception model

健康研究中的一种理论框架。用于直观地描述健康相关问题的关键要素及其相互关系。

5.3.1.2.1 情绪 emotion

个体感知外界事物后所产生的一种体验。包括正向体验如愉快、兴奋、满足和自豪等，负向体验如恐惧、抑郁、焦虑和紧张等。

5.3.1.1 生理状态 physical status

反映个体体能和活动能力的状态。通常包括活动受限、角色受限和体力适度三方面的内容。

5.3.1.2.2 认知功能 cognitive functioning

大脑接收、处理、存储和利用信息的一系列高级心理过程。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。是个体完成各种活动所需要的基本能力。

5.3.1.1.1 活动受限 activity limitation

日常生活活动能力因为健康问题而受到的限制。包括躯体活动如屈体、弯腰等受限、迁移受限和自我照顾能力下降三个层次。

5.3.1.3 社会功能状态 social wellbeing

反映个体参与基本和复杂人际互动的状态。包含社会交往和社会资源。

5.3.1.1.2 角色受限 role limitation

角色功能因为健康问题而受到的限制。包括主要角色活动的数量受限、角色紧张和角色冲突等。

5.3.1.3.1 社会交往 social interaction

个体参与社会活动并与他人互动的过程。

5.3.1.1.3 体力适度 physical fitness

个体在日常活动中表现出的疲劳感、无力和虚弱感。

5.3.1.3.2 社会资源 social resources

存在于社会关系网络和社会结构中，能够被个体或群体调动以实现特定目标的各类有形和无形要素的总和。在生命质量评价中反映人际关系充足度。

5.3.1.4 总体健康 general health

个体对自身健康状况的综合判断。反映患者在疾病和治疗的影响下对自身健康总的感受，以及对未来生活的期望与选择。

5.3.2 测量性能 measurement property

测量工具质量的属性。包括信度、效度、反应度和可解释性等。

5.3.2.1 反应度 responsiveness

测量工具检测变化的能力和程度的测量性能。

5.3.2.2 可解释性 interpretability

测量工具解释分数或分数变化内涵的程度的测量性能。

5.3.2.2.1 最小重要变化 minimal important change, MIC

患者角度认为有治疗或护理效果的最小分数变化。

5.3.2.2.2 最小可测变化 smallest detectable change, SDC

测量工具能够可靠检测到的最小变化量。需大于测量随机误差。

5.3.3 测量理论 measurement theory

关于测量的性质和方法的理论。主要包括经典测量理论、概化理论和项目反应理论三种理论模型。

5.3.3.1 经典测量理论 classical test theory, CTT

假设个体在多条目测量中的原始分数是真分数和随机误差的函数，并且个体的随机误差都相同的测量理论。

5.3.3.2 概化理论 generalizability theory, GT

把干扰测量分数的无关变量或因素引入测量模型，估计这些因素或因素间的交互作用对测量分数的影响，从而较好控制测量误差的一种现代测量理论。

5.3.3.3 项目反应理论 item response theory, IRT

研究个体在测量条目上的反应行为与个体潜在特质之间关系的一种现代测量理论。

5.3.3.3.1 计算机自适应测试 computer-adaptive test, CAT

交互计算机基于个体对条目的反应继续或结束测量的自适应测试形式。

5.3.3.3.2 条目功能差异 differential item functioning, DIF

测量条目在不同群组的功能表现不一致的现象。其结果是具有相同潜在特质的个体因为属于不同群组（如种族、性别等）对测量条目产生不同反应。

5.3.4 反应转移 response shift

个体在经历生活事件后由于目标概念内涵的改变而引起的主观生命质量评价结果的变化。其可以帮助理解生命质量的变化，更准确地反映疾病影响和治疗效果。

5.4 生命质量测量工具

5.4 生命质量测量工具 quality of life instrument

又称“量表（scale）”。用来评价个体自报告生命质量的条目集合。

制定新的量表的过程。包括概念及操作化定义的确立、条目的形成及筛选、测量性能评价等阶段。

5.4.1 量表研制 scale development

5.4.1.1 条目池 item bank

所有备选的有关条目的集合。

5.4.1.2 回忆期 recall period

个体报告既往事件的时间长度。

5.4.2 通用型量表 generic scale

又称“普适性量表（generic scale）”。适用于一般人群生命质量测定的量表。

5.4.2.1 良好适应状态指数 quality of well being index, QWB

一个生命质量通用型量表。量表包括两个部分，第一部分是有关患者移动、生理活动和社会活动的内容；第二部分是症状及健康问题综合描述。由卡普尔（Kaplan）等研制。

5.4.2.2 36 条目简明健康量表 the Medical Outcomes Study 36-item short form health survey, SF-36

美国波士顿健康研究所研制的简明生命质量通用型量表。量表包括 36 个条目，评价健康相关生命质量的 8 个维度，分别属于生理健康和心理健康两大类。

5.4.2.3 世界卫生组织生存质量测定量表 the WHO quality of life assessment instrument, WHOQOL

世界卫生组织组织 20 余个处于不同文化背景、不同经济发展水平的国家和地区的研究中心共同研制的生命质量量表。全表包含 100 个条目，覆盖了 6 个领域的 24 个方面。简表包含 26 个条目。

5.4.2.4 欧洲生存质量测定量表 the EuroQoL five-dimension questionnaire, EQ-5D

欧洲生命质量组织研制的一个简易生命质量量表。量表包括两个部分，第一部分应答者回答在移动性、自我照顾、日常活动、疼痛或不适、焦虑或压抑五个方

面存在问题的程度；第二部分应答者在视觉模拟尺度上标记总的健康感觉。

5.4.3 疾病特异型量表 disease-specific measure

适用于特定疾病患者生命质量测定的量表。体现特定疾病患者特征及其所关注的问题。较通用型量表敏感。

5.4.3.1 癌症病人生活功能指数量表 functional living index cancer scale, FLIC

一种癌症患者生命质量量表。包括 22 个条目，评价躯体良好和能力、心理良好、因癌造成的艰难、社会良好和恶心 5 个领域。由施佩尔（Schipper）等研制。

5.4.3.2 慢性病治疗功能评价系统 the functional assessment of chronic illness therapy, FACIT

一种慢性病患者生命质量量表系统。其是由一个测量癌症患者生命质量共性部分的量表（共性模块）和针对一些特定癌症、某些慢性病、治疗和症状的特异模块构成的量表群。由美国结局研究与教育中心的塞拉（Cella）等研制。

5.4.3.3 癌症病人生命质量测定量表系列 the European organization for research and treatment of cancer quality of life questionnaire, EORTC QLQ

一种癌症患者生命质量量表系列。其是由针对所有癌症患者的核心量表（共性模块）和针对不同癌症患者的特异性条目（特异模块）构成的量表群。由欧洲癌症研究与治疗组织研制。

5.4.4 特定人群量表 measure for specific people

适用于特定人群如青少年，老年人群生命质量测定的量表。体现特定人群的特征及其所关注的问题。

5.5 质量调整生命年

5.5 质量调整生命年 quality-adjusted life years, QALYs

用生命质量对生存时间进行加权累加得到的健康生

存时间。生命质量的权重以 0~1 之间的值来评价，完全健康的价值定为 1，死亡的价值定为 0。其综合反映了个体或群体生命质量和生存时间。

6 健康治理

6.1 治理

6.1 治理 governance

各种公立或私立机构、组织或个人管理其共同事务的方式总和。是确保人们相互冲突的利益得以有效调整，并通过各种正式和非正式制度安排协调一致采取联合行动的过程。

6.1.1 健康共建共治共享 co-building, governance and sharing of health

政府主导、跨部门协同、专业与社会协作、民众共同参与建设与治理、共享健康相关决策、管理、资源和健康权益的理念和行动。

6.1.2 健康治理主体 health governance actor

以健康治理价值和理念为基础，运用多种手段和资源，对治理客体施加影响以实现健康治理目标的各类组织、群体和个人。

6.1.3 健康治理客体 object of health governance

健康治理主体实施治理行为所指向的对象和事务，包括健康风险、问题、影响因素、目标人群，服务及组织机构等。

6.1.4 多元健康治理 pluralistic health governance

政府、市场、社会组织、公众等多元主体，基于平等协商原则，通过构建制度化协作机制和平台、运用多样化手段和工具，推动健康问题协同解决并共享健康利益的动态治理过程。

6.1.5 健康治理网络 health governance network

在健康治理过程中，多主体通过协商谈判、资源交换、多节点联动等方式，形成相互依赖、互动协作的网络化健康治理组织和治理结构，以实现健康共治目标的过程。

6.2 健康治理体系

6.2 健康治理体系 health governance system

致力于健康维护和促进的多元主体，通过政策、制度、机制及协作网络构建，并运用治理策略、工具与资源，共同形成维护和促进全民健康的行动共同体。

6.2.1 健康治理策略 health governance strategy

多元健康治理主体为实现全民健康目标，共同制定和实施的一整套方向性、系统性、协同性规划方案和行动路径。

6.2.2 健康治理手段 health governance tool

健康治理主体为实现健康治理目标，落实治理策略所共同协商和采用的一系列规则、流程、技术、工具和

方法的总称。

6.2.3 健康治理机制 health governance mechanism

健康治理体系内多元治理主体，通过一系列制度化的规则、流程与责权划分所确立的彼此角色关系定位、互动流程、协作模式及运作方式总和。

6.2.4 健康治理能力 health governance capability

多元健康治理主体，运用多种治理工具和手段，推动健康治理从理念到行动全过程协同所具备的知识、经验、技能等要素总称。

6.2.5 健康治理现代化 modernization of health governance

通过优化健康治理目标、完善健康治理体系、改进治理结构、创新治理模式及赋能智慧治理等方式，持续推进健康治理理念、方式、手段、治理组织和能力提升以及创新发展的动态进化过程。

6.3 社区健康治理

6.3 社区健康治理 community health governance governance

基层政府、社区组织及居民等多元主体，通过跨部门协作与社区合作网络，协调干预社区不良环境、健康危险因素、重点健康问题及提供相关服务的过程。

6.3.1 社区网格化治理 community gridded

按照治理资源和责任将城市社区划分为网格单元，在网格单元内，政府、非政府部门、公共与私营组织、社区自治组织及居民等多元主体基于共同目标，通过协商合作、资源共享与信息交流，推动社区可持续发展。

6.4 卫生体系治理

6.4 卫生体系治理 health system governance

一个社会为有效整合卫生体系要素和功能，实现对公众健康改善和保护等目标所采取的一系列协同行动和手段，以确保卫生体系关键功能和目标实现的可持续发展过程。

6.5 国家健康治理体系

6.5 国家健康治理体系 national health governance system

由政府牵头，协同跨部门、跨区域、跨主体行动，综合运用多样化政策、策略与措施，制定统一协调的国家健康政策及发展目标，推进所有领域、环境、场所及行动中健康治理创新，维护和促进国民健康的组织与行动系统。

6.6 整合健康治理

6.6 整合健康治理 integrated health governance

以公众健康需求为导向，有机协同多元健康治理主体、治理领域与治理层级行动，推进不同系统、组织、服务、资源的全方位衔接与整合，以实现政策、管理、服务与行动的无缝衔接及一体化提供的过程。

6.6.1 同一健康 one health

又称“全健康”。基于人类与生态环境一体化健康视角，通过跨部门、跨领域、跨学科综合、统一的理念和方法，旨在实现人类、动物与生态系统健康的可持续平衡与优化。

6.6.2 健康协同治理 health collaborative governance

多元主体以健康共识为导向，通过共同参与决策、责

权和资源分配，整合策略、工具及行动方案，协同推进公共健康利益持续提升的动态过程。

6.6.3 健康伙伴关系 health partnership

为提升公众健康水平和实现健康公平，各类公共或私营组织基于共同协商原则和多种合作方式，自愿建立的多样化协作关系。

6.6.4 医防融合 integration of prevention and medical care

以推进医疗服务系统与疾病预防系统要素整合、服务整合、体系整合、治理整合为核心内容，推动疾病预防、治疗、管理、康复、健康促进全链条服务衔接和制度、体制、机制整合，共同提升医疗卫生体系的整体效能。

6.6.5 医联体 hospitals consortium

通过纵向或横向整合城市内不同层级、性质和类别的医疗卫生机构，构建区域内分级诊疗、上下联动和资源共享的医疗协作组织与系统。

6.6.6 医共体 county healthcare alliance

以县级医疗机构为龙头、乡镇卫生院为枢纽、村卫生室为基础，整合县域内医疗卫生资源，推动管理、责任、服务、利益等要素一体化运行，促进优化资源配置、推动分级诊疗、提升基层服务能力与群众健康获得感。

置、推动分级诊疗、提升基层服务能力与群众健康获得感。

6.6.7 整合型卫生服务体系 integrated health care system

通过卫生系统内各类资源的组织协调与整合管理，构建的系统完备、布局合理、分工明确、功能互补、运行高效、富有韧性的卫生服务体系。可实现全方位、全人群、全生命周期的健康管理目标。

6.7 全球健康治理

6.7 全球健康治理 global health governance

全球多元主体通过多种合作机制，推动国家、政府间组织和非国家行为体在全球健康领域开展协作，共同应对全球健康问题、促进全球卫生安全和健康公平的综合治理过程。

6.7.1 全球健康治理体系 global health governance system

由各国政府、国际组织、非政府组织及相关利益主体组成，通过多边合作和协调机制，共同应对全球健康问题，构建促进全球健康的组织和行动系统。

7 健康管理

7 健康管理 health management

利用医学、管理学和信息技术等多学科的理论、技术、方法和手段，对个体或群体的健康状况及健康危险因素进行全面管理的过程。包括健康危险因素的监测、分析、评估、预测、预防与干预。

方法和手段，对个体或群体的健康状况及健康危险因素进行全面管理的过程。包括健康危险因素的监测、分析、评估、预测、预防与干预。

7.1 健康危险因素

7.1 健康危险因素 health risk factor

能使疾病或死亡发生的可能性增加的因素，或者是使

健康不良后果发生概率增加的因素。包括自然与社会环境、行为生活方式、生物遗传、医疗卫生服务等因素。

7.2 健康危险因素评价

7.2 健康危险因素评价 health risk appraisal, HRA

研究危险因素与慢性病发病及死亡之间数量依存关系及其规律性的一种技术方法。

过程。它涉及评估各种影响个体健康和患慢性疾病或其他健康状况风险的因素。

7.2.2 疾病风险评估 disease risk appraisal

7.2.1 健康风险评估 general health risk appraisal

评估个体的总体健康风险并确定其潜在健康问题的

对个体特定疾病的患病风险进行的风险评估或预测，通过收集和分析个体的生物学特征、生活方式、家族病史和其他相关因素来确定个体患特定疾病的可能

性。

7.2.3 危险分数 risk score

通常表示为具有某一危险因素水平的人群死亡概率与人群平均死亡概率的比值。是一种健康风险评估的量化结果，用于衡量特定对象的健康风险水平。

7.2.4 组合危险分数 composite risk score

当死亡原因存在多种危险因素时计算的危险分数的组合结果，可以反映危险因素之间对健康影响的综合效应。

7.2.5 存在死亡危险 present risk of death

在某一种组合危险分数下，因某种疾病死亡的可能危险性。其计算公式为疾病别平均死亡率乘以该疾病危险分数。

7.2.6 评价年龄 appraisal age

依据年龄和死亡率之间的函数关系，按个体所存在的危险因素计算的预期死亡概率水平计算出的年龄，反映了被评价者在当前危险因素下对应的某年龄死亡水平。

7.2.7 增长年龄 achievable age

通过努力降低危险因素后可能达到的预期年龄，是根据已经存在的危险因素，提出可能降低危险因素的措施后预计的死亡水平计算出的评价年龄。

7.3 个体健康评价

7.3 个体健康评价 individual health appraisal

通过比较实际年龄、评价年龄和增长年龄三者之间的差别，了解危险因素对个体寿命可能影响的程度及降低危险因素之后寿命可能延长程度的评价过程。

行为改变降低或去除，可较大程度地延长寿命。

7.3.1 健康型 healthy type

当个体的评价年龄小于实际年龄时的评价类型，说明个体危险因素低于人群平均水平，预期健康状况良好。

7.3.3 难以改变危险因素型 hardly modifiable risk type

个体的评价年龄大于实际年龄，但是评价年龄与增长年龄之差较小的类型，表明个体的危险因素主要来自既往疾病史或生物遗传因素，个人不易改变或改变效果不明显。

7.3.2 自创性危险因素型 self-created risk type

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较大的类型。表明个体危险因素高于平均水平，且这些危险因素多是自创性的，可以通过自身

7.3.4 一般性危险型 average risk type

个体的评价年龄接近实际年龄的类型，表明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。

7.4 群体健康评价

7.4 群体健康评价 population health appraisal

比较实际年龄、评价年龄和增长年龄三者之间差别类型的个体在人群中的分布，根据人群中不同类型人群所占比重大小，确定评价不同人群的危险程度。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。

7.4.1 危险强度 risk intensity

计算某一项危险因素去除后，人群增长年龄与评价年龄之差的平均数，反映了某一危险因素对人群健康影响的严重程度。

7.4.2 危险频度 risk frequency

某项危险因素在评价人群中所占的比例，反映了危险因素在人群中分布的普遍程度。

某项危险因素的危险强度乘以该项危险因素的危险频度，用来表示该项危险因素对人群健康可能造成的影响。

7.4.3 危险程度 risk degree

7.5 个体健康管理

7.5 个体健康管理 individual health management

以个体为服务对象，通过收集与健康及疾病相关的健

康指标，对慢性病发生进行危险性评价,并提出以控制危险因素为目标的干预措施,最终达到减少个体疾病发生及控制疾病进展的目的。

7.6 群体健康管理

7.6 群体健康管理 population health management

以人群或团体为服务对象开展的健康管理服务。通过综合利用卫生资源，采取多部门合作和非医学措施，

对影响健康的因素进行综合干预，通过预防疾病、改善健康行为和提供适当的医疗保健来提高群体的健康水平。

7.7 社区健康管理

7.7 社区健康管理 community health management

以社区为基本单位，依托社区卫生服务机构,针对社区居民开展的健康管理服务。通过对社区居民的健康进

行全面监测、分析、诊断评估和干预,对健康危险因素进行系统干预和管理,以改善社区居民健康水平的管理模式。

7.8 生活方式管理

7.8 生活方式管理 life-style management

对人们不良的行为和生活方式进行干预管理的过程。

通过运用科学的方法来指导和培养人们的健康习惯，改变其不良健康习惯，建立健康的行为和生活方式，最大限度的降低其健康风险暴露水平。

7.9 健康需求管理

7.9 健康需求管理 health demand management

帮助个体选择合适的医疗方式来解决日常生活中健康问题的服务过程。通过提供决策支持和自我管理支

持来鼓励人们进行健康维护以及寻求适当的医疗保健，控制健康消费的支出并改善人们对医疗保健服务的利用。

7.10 疾病管理

7.10 疾病管理 disease management

采用明确的、基于人群的系统方法来识别特定疾病风险人群，针对疾病发生发展各阶段采取综合干预计划

的服务过程。强调运用循证医学和增强个人能力策略来预防疾病恶化并对人群健康状况改善进行动态评价和管理。

7.11 慢性病管理

7.11 慢性病管理 chronic disease management

慢性病进程及其并发症的发生，提高慢性病人生命质量，延长寿命。

对慢性病人提供的个性化的疾病管理服务，以减缓

7.12 电子健康

7.12 电子健康 E-health

提醒、服药行为记录及数据管理等功能，提升患者用药依从性。

利用信息和通信技术改善医疗卫生服务提供和管理的新模式。涵盖了广泛的电子方法和工具，如远程医疗、移动健康应用、可穿戴设备和在线健康平台等，核心是通过技术手段提升医疗服务的效率、质量、可及性和患者参与。

7.12.2 可穿戴设备 wearable devices

能够直接穿戴在人体上或整合进衣物、配件中，用于记录人体数据的移动智能设备。可实时收集和分析用户的生理数据、行为数据等，这类设备通常具有轻便、便携、智能化等特点，可以为用户提供个性化的信息反馈和服务。

7.12.1 电子药盒 electronic pillbox

一种融合储药容器与电子技术的医疗设备，通过声光

7.13 健康随访

7.13 健康随访 health follow-up

踪观察访问，旨在评估健康状况、干预效果及疾病转归，并进行保健指导的一种服务方式。

专业人员对个体或群体的健康状况开展的持续性追

7.14 健康处方

7.14 健康处方 health prescription

指导，主要是针对其健康问题进行有关疾病防治知识、用药知识及生活方式等方面的宣传指导，是健康教育的一种方式。

以医嘱的形式对服务对象的行为和生活方式给予的

7.15 健康体检

7.15 健康体检 physical examination

统化身体检查。旨在了解受检者健康状况、早期发现疾病线索及健康隐患的预防性诊疗行为。

通过医学手段和方法对无症状个体或群体进行的系

7.16 健康咨询

7.16 健康咨询 health consultation

供个性化的解决健康问题的信息、指导或干预计划建议的一种服务方式。

专业人员运用医学相关学科的专业知识为求助者提

7.17 自我健康管理

7.17 自我健康管理 health self-management

个体对自身的健康信息和健康危险因素进行监测、分

析、预测和预防，并对健康风险因素进行主动管理的过程，核心是个体在健康管理中的主动参与和自我责任。

7.18 健康管理师

7.18 健康管理师 practitioner of health management

经过系统医学教育或培训并取得能够开展健康管理

服务资质的，从事个体或群体健康的监测、分析、评估以及健康咨询、指导和健康危险因素干预等工作的专业人员。

8 卫生服务研究

8.1 卫生服务相关方

8.1 卫生服务相关方 health service stakeholder

卫生服务全过程中涉及的利益相关方，包括卫生服务提供方、需求方以及医疗保险等第三方机构。

医疗机构。结合中医药的教学、科研和人才培养，承担中医药的传承与发展任务。

8.1.1.4 基层卫生机构 primary health care institute

8.1.1 卫生服务提供方 health service provider

具备提供卫生服务的意愿和能力，并拥有相关服务人员及必要设施和条件的机构或组织。

为社区提供基本医疗、预防、保健、康复和健康促进等综合服务的卫生机构，包括社区卫生服务中心/站、乡镇卫生院、村卫生室、门诊部、诊所等。

8.1.1.5 专业公共卫生机构 professional public health institute

8.1.1.1 综合医院 general hospital

主要提供医疗服务，并开展预防、保健、康复等服务，同时承担一定的临床教学和科研任务的地区性或区域性医疗机构。

提供疾病监测、预防、保健、健康促进等公共卫生服务，并开展相关培训与研究的卫生机构，包括疾病预防控制中心和卫生监督中心、妇幼保健机构、健康教育机构等。

8.1.1.2 专科医院 specialized hospital

专门针对某一类疾病或特定人群提供诊疗服务的医疗机构，如口腔医院、眼耳鼻喉科医院、肿瘤医院、精神病医院等。

8.1.1.6 公立医疗卫生机构 public health care institute

经济性质为国有或集体所有的医疗卫生机构。

8.1.1.3 中医院 traditional Chinese medicine hospital

以中医传统专科为特色，运用中医药手段防治疾病的

8.1.1.7 民营医疗卫生机构 private health care institute

主要由社会出资，以营利性为主导，少数为非营利的医疗卫生机构。

8.1.1.8 互联网医疗 internet healthcare

在实体医院基础上，运用互联网技术提供的在线医疗服务，如常见病和慢性病复诊等。

8.1.2 卫生服务需求方 health service consumer

广义的卫生服务需求方指所有居民；狭义的卫生服务需求方，指已察觉或由专业人士判定具有实际或潜在卫生服务需要的个人或人群。

8.1.2.1 城镇居民 urban resident

在城镇居住半年及半年以上的城镇人口。

8.1.2.2 农村居民 rural resident

具有农村户口，并居住在农村的居民。

8.1.2.3 弱势群体 vulnerable group

又称“社会脆弱群体”。处于社会边缘状态或不利境遇的社会人群。比如，失业者、单亲家庭等。目前中国社会比较典型的该群体有：低收入群体、失业人员、贫困的孤寡老人等。

8.1.2.4 重点服务人群 priority target population

在卫生服务中需要优先关注的群体，通常包括 0~6 岁儿童、孕产妇、老年人、慢性病患者、严重精神障碍患者和肺结核患者等。

8.1.3 卫生服务管理部门 department of health care administration

依据法律法规及相关规定，负责对各级卫生服务机构、卫生专业技术人员及其提供的卫生服务进行监督和管理的部门，主要为政府卫生行政部门。

8.1.4 医疗保险部门 department of health insurance

根据相关法律法规，负责管理医疗保险基金的筹集与支付，并对医疗机构的服务费用和质量进行监督的部门。

8.1.5 民间社会组织 civil society organization, CSO

又称“非政府组织”。非政府性、非营利性，旨在服务特定公共利益的组织。我国的该组织指在民政部门注册的社会团体、民办非企业单位和基金会。

8.2 卫生服务需要

8.2 卫生服务需要 health service need

根据居民的健康状况及其与理想健康状态之间的差距，提出的对医疗、预防、保健、康复等卫生服务的客观需要，包括个人察觉到的需要，以及由医疗卫生专业人员判定的需要。

8.2.1 感知卫生服务需要 perceived health service need

居民根据自身健康状况，未考虑实际支付能力和医学专业人士判断时，认为自己应获得的卫生服务。

8.2.1.1 两周患病率 two-week prevalence of illness

在调查日前的两周内患病的居民人数或人次数占被

调查居民的比例，是反映卫生服务需要的常见指标。

8.2.1.2 两周患病天数 days of illness during last two-week

被调查居民中，平均在过去两周内经历的患病天数。

8.2.1.3 慢性病患者率 prevalence of chronic disease

每百名被调查居民中，在调查日前半年内患有慢性病的人数或例数。

8.2.2 潜在卫生服务需要 potential health service need

尚未被个体或医学专业人员识别或发现的卫生服务需要。

8.3 卫生服务需求

8.3 卫生服务需求 health service demand

从经济和价值观角度出发，在一定时期内、特定价格水平下，人们愿意且有能力消费的卫生服务量。

8.3.1 诱导需求 induced demand

在供需双方存在明显信息不对称的情况下，由供方引导或促使需方产生的实际不一定需要的需求。

8.4 卫生服务要求

8.4 卫生服务要求 health service want

居民基于主观愿望提出的对预防保健、增进健康、摆脱疾病、减少致残等卫生服务的需求。

8.5 卫生服务提供

8.5 卫生服务提供 health service provision

性。

医疗卫生专业人员在一定时间内和特定价格水平下，愿意且能够提供的卫生服务。

8.5.2.2 卫生服务配置效率 allocative efficiency of health service

8.5.1 卫生服务质量 quality of health service

卫生服务提供者所提供的服务在满足卫生服务利用者需要、期望和标准方面的程度，包括服务的安全性、有效性和满意度等方面。

资源一定条件下的最大产出。通常用来衡量医疗卫生服务资源在不同服务项目或地区之间的配置状况，以最大限度地满足居民卫生服务需求。

8.5.3 基本公共卫生服务 essential public health service

8.5.2 卫生服务效率 efficiency of health service

卫生系统运行中所投入的资源与所获得的健康产出之间的对比关系。即在有限的卫生资源下，以最好的成本生产出最符合社会需要的卫生服务产品，从而实现卫生服务的产出最大化。它包括技术效率和配置效率。

针对城乡居民的主要健康问题，重点面向儿童、孕产妇、老年人和慢性病患者等重点人群，免费提供的最基本的公共卫生服务。如免疫规划、孕产期保健、高血压管理。资金主要由政府承担。

8.5.4 基本公共卫生服务均等化 equalization of essential public health service

8.5.2.1 卫生服务技术效率 technical efficiency of health service

在给定的卫生资源投入水平上获得最大的卫生服务产出的能力。它关注资源利用和生产过程本身的有效

无论性别、年龄、种族、居住地、职业、收入水平等因素，每位居民都能平等地获得基本公共卫生服务的政策。

8.6 卫生服务利用

8.6 卫生服务利用 health service utilization

人们实际使用卫生服务的数量和类型。它是卫生服务

需要和供给相互作用的结果。直接描述卫生系统为人群提供卫生服务的数量，间接反映卫生系统通过卫生服务对居民健康状况的影响。

8.6.1 医疗服务利用 medical service utilization

人群或个体为了预防、诊断、治疗疾病或维护健康，实际使用各类医疗服务的过程和数量，包括门诊服务、住院服务等。

8.6.1.1 两周就诊率 rate of outpatient visits during last two-week

每百名被调查者中，在过去两周内因病、伤、保健等健康原因就诊于医疗卫生机构的人数或人次数。

8.6.1.2 年人均就诊次数 estimated annual visits per capita

平均每人一年中去医疗机构就诊的次数，通过将两周就诊率乘以 26 来估算。

8.6.1.3 两周患者就诊率 rate of ill persons using outpatients service during last two-week

每百名被调查患者中，在过去两周内因病、伤、保健等健康原因就诊于医疗卫生机构的人数或人次数。

8.6.1.4 应就诊未就诊率 rate of non-seeking health care when needed

两周内患病但未就诊的人次数占两周患病人数的比例。

8.6.1.5 年住院率 annual rate of hospitalization

自调查之日前一年内，每百名被调查者中住院的人数或人次数。

8.6.1.6 平均住院天数 average length of stay in hospital

自调查之日前一年内，平均每位出院患者的住院天数。

8.6.1.7 需住院未住院率 rate of non-hospitalization when needed

经医生判断需要住院的患者中，因某种原因实际未能住院者所占的百分比。

8.6.2 预防保健服务利用 preventive health care utilization

居民对各类预防保健服务实际使用的过程和数量，包括健康检查、疫苗接种、健康教育等服务。

8.6.2.1 预防接种覆盖率 vaccination coverage

按免疫规划程序全程接种各类疫苗的人数占需要接种者的比例。

8.6.2.2 0-6 岁儿童体格检查率 rate of physical examination of children aged 0-6 years

按照要求进行体格检查的 0-6 岁儿童人数占 0-6 岁儿童总数的百分比。

8.6.2.3 产前检查率 rate of prenatal care

在一定时期内，某地区接受过一次及以上产前检查的产妇人数与该地区同期活产数之比。

8.6.2.4 住院分娩率 rate of hospital delivery

一定时期某地区在取得助产技术资质的医疗机构分娩的活产数与当地所有活产数之比。

8.6.2.5 产后访视率 rate of postpartum home visit

一定时期内某地区接受产后访视的产妇人数与活产数之比。

8.6.2.6 老人健康体检率 health check-up rate for the elderly

按照国家基本公共卫生服务要求进行健康体检的 65 岁及以上老年人人数占 65 岁及以上老年人总数的百分比。

8.6.2.7 高血压规范管理率 standardized management rate of hypertension

一年内按照国家基本公共卫生服务规范管理要求进行高血压管理的患者人数占在管理的高血压患者总人数的百分比。

8.6.2.8 糖尿病规范管理率 standardized management rate of diabetes

一年内按照国家基本公共卫生服务规范管理要求进行糖尿病管理的患者人数占在管理的糖尿病患者总人数的百分比。

8.6.2.9 健康档案建档率 coverage of health record

社区卫生服务机构建立健康档案的人数占辖区内常住居民人数的比例。

8.6.3 自我医疗 self-medication

个人或家庭在没有医生指导下，使用药物或其他措施进行保健、预防、治疗和康复，以改善或管理健康状况的过程。

8.7 卫生服务可及性

8.7 卫生服务可及性 health service accessibility

人们能够及时、方便、经济、有效地获得所需卫生服务的能力和机会。

8.7.2 经济可及性 economical accessibility

从居民对医疗卫生服务的支付角度，衡量居民是否能够获得所需的医疗卫生服务的能力。

8.7.1 地理可及性 geographical accessibility

从医疗卫生机构地理位置的角度，以距离、交通方式和路程时间来衡量居民能否方便利用医疗卫生服务的能力。

8.7.3 文化心理可及性 cultural and psychological accessibility

从居民的认知和接受程度角度，衡量居民是否能够获得所需的医疗卫生服务的能力。

8.8 卫生服务可得性

8.8 卫生服务可得性 health service availability

能够满足人们需求的卫生服务提供能力或过程，包括

医疗卫生机构的设立地点、规模、所提供的服务类型、数量和质量。

8.9 卫生服务可负担性

8.9 卫生服务可负担性 health service affordability

个人或家庭能够在不经历过度经济困难或财务风险的情况下，获得所需的医疗卫生服务的能力。

在一定时期内，家庭的自付医疗费用超过家庭的经济承受能力（通常大于家庭支付能力的 40%）的支出。它会导致严重的经济风险、生活水平下降，甚至可能陷入破产或贫困。

8.9.1 灾难性医疗支出 catastrophic health expenditure

8.10 卫生服务公平性

8.10 卫生服务公平性 equity in health care

公正、平等地分配各种可利用的卫生资源，使得所有人群，无论其社会、经济、地理等背景如何，都能够有相同的机会获得卫生服务的原则和属性。

8.10.1 卫生服务横向公平 horizontal equity in health care

对于那些具有相同卫生保健需求的人群，应当提供相同类型和水平的卫生服务，不因其他社会经济因素而有所不同的分配原则。

征求意见时间：
2026年2月6日至2026年5月6日

8.10.2 卫生服务纵向公平 vertical equity in health care

对于所处健康状态或卫生服务需要不同的个体，应根据其具体情况提供不同水平服务的分配原则。那些健康状况较差、需要更多卫生服务的人应得到更多的资源和服务支持。

8.10.3 卫生筹资公平 equity in health financing

在卫生服务筹资过程中，确保不同收入和社会经济背景的群体承担的经济负担相对公平的原则。每个人都能够平等地获得所需的健康服务，而不因经济状况的不同而受到不公正的影响。

8.11 卫生资源

8.11 卫生资源 health resources

社会在提供卫生服务的过程中占用或消耗的各种生产要素的总称，包括卫生人力资源、卫生费用、卫生设施设备、药品和卫生信息资源等。

期会被利用的卫生服务所对应的卫生人力数量。

8.11.1 卫生人力资源 human resources for health

所有经过卫生职业培训，在卫生领域从事健康促进、疾病预防、治疗及康复等医疗卫生服务，从而促进、保护、改善人口健康的人员统称。包括医生、护士、公共卫生专业人员等。

8.11.1.5 卫生人力供给量 supply of health workforce

可提供医疗卫生服务的专业人员数量，包括已接受培训并在医疗卫生领域工作的卫生人员，以及在未来一定时间内、特定条件下可能进入医疗卫生领域工作的卫生人员。

8.11.1.1 卫生人力开发 development of health manpower

通过系统的教育、培训、管理和制度建设等方式，提升卫生人力资源的数量、能力和素质，以实现卫生组织的目标需求并促进卫生事业发展的过程。

8.11.1.6 卫生人力能力建设 capacity development of health workforce

通过培训、教育提升卫生人员的技能和知识水平，并改善卫生服务机构的管理和运作，以增强卫生人力资源的整体能力和素质的过程。

8.11.1.2 卫生人力规划 health manpower planning

对未来卫生人力的需求量、供给量及其供需关系进行预测，并规划卫生人力的数量、结构和分布的过程，以满足卫生系统的发展需求。

8.11.1.6.1 医学学历教育 medical academic education

受教育者通过国家教育考试或其他规定的入学方式，进入经国家有关部门批准的医学院校或医学相关教育机构学习，并获得国家认可的医学相关学历证书的教育形式。

8.11.1.3 卫生人力需要量 needs for health workforce

为获取和维持一定水平的医疗卫生服务，由专业人员根据实际健康需要评估确定的理论上所需的卫生人力数量。

8.11.1.6.2 非医学学历教育 non-medical academic education

在医学相关学历教育以外，学习者接受了根据社会实际需求开展的、不以取得医学相关学历证书为目的的教育活动。

8.11.1.4 卫生人力需求量 demand for health workforce

考虑了社会经济发展水平等因素后，实际被利用或预

8.11.1.6.3 岗前培训 pre-job training

卫生人力在正式进入工作岗位之前接受的医疗卫生相关专业培训，帮助其适应工作环境。培训内容包括机构概况、规章制度和基本技能等，也包括卫生人力在正式进入医疗卫生岗位前于学校接受的教育与培

训。	货币化经费资源。
8.11.1.6.4 岗位培训 on-the-job training	8.11.2.1 卫生总费用 total health expenditure
针对医疗卫生从业人员，为提升其工作能力和岗位相关技能而开展的医学相关教育和培训活动。	以货币形式综合计量一个国家或地区在一定时期内（通常为一年）全社会用于医疗卫生服务的资金总额。
8.11.1.6.5 院校医学教育 institutional medical education	8.11.2.2 政府卫生支出 government health expenditure
在正式的医学教育机构（如医学院校）中，按照系统化课程和教学大纲，为培养具有医学理论基础和实践能力的医学生所进行的基础医学教育和相关职业培训。	一定时期内（通常一年）政府为履行卫生领域职责，通过财政预算投入医疗卫生机构和居民医疗保障的资金，用于改善卫生服务条件、提升医疗保障水平及提高居民健康水平。
8.11.1.6.6 毕业后医学教育 postgraduate medical education	8.11.2.3 社会卫生支出 social health expenditure
医学生在完成基础医学教育后，为获得特定医学专业能力或执业资格而接受的系统性培训和教育，包括住院医师规范化培训和专科医师培训等阶段。	一定时期内（通常一年）除政府支出外，社会各界对卫生事业的资金投入，包括社会医疗保险支出、商业医疗保险支出、社会办医支出、社会捐赠援助及行政事业性收费收入等。
8.11.1.6.7 继续医学教育 continuing medical education	8.11.2.4 个人卫生支出 individual health expenditure
医疗卫生专业人员在完成基础医学教育和毕业后医学教育后，为了更新知识、提高专业技能、适应医学科学发展及满足职业需求而进行的系统性、终身学习过程。	城乡居民在接受医疗卫生服务时的个人支付费用，包括享受各类医疗保险制度的居民就医时的自付费用部分，反映城乡居民医疗卫生费用的负担程度。
8.11.1.6.8 终身学习 lifelong learning	8.11.2.5 人均卫生费用 per capita health expenditure
个人在其一生中，为适应社会发展与自身全面发展的需要，持续进行的自我主导或有组织的学习活动。	一定时期内（通常一年）国家、社会和个人支付的卫生总费用除以总人口数的平均费用，反映平均每人的卫生资源投入程度。
8.11.1.7 卫生人力管理 health human resource management	8.11.3 卫生物力资源 material resources for health
运用科学理论与方法对卫生人力资源进行规划、培养、配置与使用，并通过绩效考核、薪酬激励等措施激发卫生人员潜能，调动工作积极性与创造性，实现组织与员工共同发展目标的过程。	提供卫生服务过程中必需的物质资源，包括药品、试剂、专用仪器设备、通用设备、办公用品、低值易耗品和燃料等。
8.11.2 卫生财力资源 financial resources for health	8.11.4 卫生信息资源 health information resources
卫生系统在一定时期内能够收集并用于卫生服务的	卫生系统中用于支持疾病监测、预防、诊断、治疗、康复及健康促进等活动的相关数据、信息和技术手段的集合，旨在提高卫生服务水平和管理决策能力。
	8.11.4.1 电子健康档案 electronic health record

以电子形式记录的个人在医疗和健康活动中的相关信息，涵盖健康状况、诊疗记录和健康管理等内容，具有保存、查询和共享价值。

用于收集、存储、管理和分析与健康相关信息的系统，包括支持疾病监测、预防、诊断、治疗、康复和健康促进等功能，旨在优化卫生服务和决策。

8.11.4.2 卫生信息系统 health information system

8.12 卫生服务评价

8.12 卫生服务评价 health service evaluation

卫生服务通过改善健康状况或提升生活质量所带来的有价值的结果，并以货币形式对其价值进行衡量。

综合运用定量与定性研究方法，对卫生服务项目的适宜性、可行性、进展、效率、效果及影响等方面进行系统性评估。

8.12.7 卫生服务效用 health service utility

卫生服务满足人们健康需求或提升生活质量的能力，或个体因接受该服务而获得的主观满意程度的统称。

8.12.1 卫生服务调查 health service survey

卫生行政部门收集城乡居民健康状况、卫生服务需求与利用情况、医疗保健费用及负担等信息进行的抽样调查活动。

8.12.8 成本效果分析 cost-effectiveness analysis

对投入一定卫生资源后所产生的健康产出进行分析评估的一种经济学分析方法，其产出通常以非货币单位的健康结果指标表示，用于比较不同卫生服务或干预措施的效率。

8.12.2 卫生项目评价 health project evaluation

根据特定标准对卫生项目或政策的运作过程及其结果进行系统评估，判断其价值、质量、效果、效率、相关性、可持续性及其影响因素，为项目改进、推广或终止提供科学依据。

8.12.9 成本效益分析 cost-benefit analysis

通过将卫生服务项目或政策的成本和效益以货币单位进行量化和比较，用于评估卫生服务效率的一种经济学分析方法。

8.12.3 卫生服务综合评价 comprehensive evaluation of health service

围绕特定评价目标、评价对象和评价阶段，对卫生服务的计划、进展、成效及其价值进行全面分析和评判的过程。

8.12.10 成本效用分析 cost-utility analysis

通过比较卫生服务项目投入的成本与经生命质量调整的健康产出（如质量调整生命年），评估卫生项目或治疗措施效率的一种经济学分析方法。

8.12.4 卫生服务成本 health service cost

在提供卫生服务过程中所发生的各项费用总和，包括人力、物力、财力等资源的消耗，用以衡量提供特定卫生服务的经济投入。

8.12.11 卫生系统反应性 health system responsiveness

卫生系统在非健康层面上对公众合理期望的响应能力，包括对服务公平性、尊重个体需求和提升服务体验等方面的满足程度。

8.12.5 卫生服务效果 health service effectiveness

卫生服务计划在实施过程中或结束阶段，解决特定卫生问题所取得的实际成效或预期目标的达成程度。

8.12.12 卫生服务满意度 health service satisfaction

居民在卫生服务需求被满足后产生的愉悦感，是对卫生服务期望与实际体验之间关系的反映，即是在接受预防、医疗、康复、健康促进等卫生服务后，对其所

8.12.6 卫生服务效益 health service benefit

获得服务的体验、过程和结果的主观感受的满意程度。

9 社会卫生状况评价

9 社会卫生状况评价 social health status evaluation

对人群健康状况评价以及人群健康有关的社会诸影

响因素的评价。对社会卫生问题作出社会医学的“诊断”和“病因学分析”，为制定社会卫生策略和措施提供依据。

9.1 国内生产总值

9.1 国内生产总值 gross domestic product, GDP

一个国家或地区的经济在一定时期内（通常是一年）所生产的全部最终产品和劳务以货币形式表现的价

值总量。有三种表现形式，即价值创造、收入形成和最终使用。重要的宏观经济指标，常用于衡量一个国家或地区经济运行规模。

9.2 人均国内生产总值

9.2 人均国内生产总值 per capita gross domestic product

又称“人均 GDP”。将一个国家或地区核算期内（通常

是一年）实现的国内生产总值与这个国家或地区的常住人口（或户籍人口）相比计算而得。重要的宏观经济指标，常用于衡量一个国家或地区经济发展状况和人民生活水平。

9.3 国民总收入

9.3 国民总收入 gross national income, GNI

一个国家或地区所有常住单位在一定时期内所获得

的初次分配收入总额，等于国内生产总值加上来自国外的初次分配收入净额。重要的宏观经济指标，常用于衡量一个国家或地区收入总量。

9.4 人均国民总收入

9.4 人均国民总收入 per capita gross national income

又称“人均 GNI”。将一个国家或地区核算期内（通常是一年）实现的国民总收入除以这个国家或地区的年均

人口计算而得。既包括企业所得和政府所得，也包括居民个人所得。重要的宏观经济指标，常用于分析研究一个国家或地区经济社会发展状况。

9.5 就业率

9.5 就业率 employment rate

就业人口占全部潜在劳动力或劳动适龄人口的比例。反映全社会劳动力资源得以有效利用的程度或水平。

9.6 劳动生产率

9.6 劳动生产率 labor productivity

劳动消耗量的比值。反映单位劳动的产出水平。按其计算范围可分为个别劳动生产率和社会劳动生产率。

劳动者在一定时期内创造的劳动成果与其相适应的

9.7 成人识字率

9.7 成人识字率 adult literacy rate

15 岁以上的人口识字者的百分比。反映人口文化素质和教育普及率的正向指标。

9.8 经济和环境脆弱性指数

9.8 经济和环境脆弱性指数 economic and environmental vulnerability index

境脆弱性是指自然环境因气候变化、自然灾害或人为破坏而恶化的风险，以及这种恶化对经济和社会的影响。常被国际组织用于识别特别脆弱的国家，衡量经济和环境冲击的结构脆弱性，以指导国际援助和政策支持。

分为经济脆弱性和环境脆弱性两个维度，由各分指标的加权平均计算而得。其中，经济脆弱性是指经济体因结构性问题或外部冲击而遭受负面影响的风险；环

9.9 居民消费价格指数

9.9 居民消费价格指数 consumer price index

一时间段内变动情况的经济指标。其按年度计算的变动率通常被用来反映通货膨胀和生活成本。

反映居民一般消费商品及服务项目的价格水平在某

9.10 恩格尔系数

9.10 恩格尔系数 Engel coefficient

食品消费份额即食品消费支出占总消费支出的比重。反映居民生活水平状况。

9.11 基尼系数

9.11 基尼系数 Gini coefficient

(C.Gini) 从洛伦茨曲线（收入获得者百分比与收入百分比的回归线）中推导而出。取值在 0~1 之间，值越大代表收入分配越不平等。

测量收入不平等的指标，由意大利统计学家基尼

9.12 健康差异指数

9.12 健康差异指数 health difference index

衡量不同社会经济特征人群的健康状况分布差异。测量健康公平性的指标，取值在 0~1 之间，值越小表示公平性越好。

应用差异指数计算原理，综合某个社会经济特征（如收入、教育、职业等）的人口比重和患病比重指标，

9.13 健康集中指数

9.13 健康集中指数 health concentration index

健康和卫生服务集中程度的指数。测量健康公平性的指标，取值在 0~1 之间，值越小表示公平性越好。

应用集中指数计算原理，不同社会经济状况地区间的

9.14 人群健康归因危险度

9.14 人群健康归因危险度 population health attributable risk

部分，当全人群的患病率或死亡率等于最高社会经济状况人群的患病率或死亡率时，全人群所减少的患病率或死亡率。测量健康公平性的指标，取值在 0~1 之间，值越小表示公平性越好。

应用人群归因危险度计算原理，将全人群健康问题中归因于某一个社会经济特征（如收入、教育、职业等）

9.15 国民幸福指数

9.15 国民幸福指数 national happiness index

都由若干个指标构成，指数的计算采用加权平均法。衡量国民生活质量和幸福程度的综合性指标，对于转变发展观念具有重要意义。

由社会健康指数、社会福利指数、社会文明指数、生态环境指数等四级指标体系构成，每一级指标体系中

9.16 生活质量指数

9.16 生活质量指数 physical quality of life index

构成，以瑞典水平为基准的综合指数。衡量国民经济福利和生活水平的综合性指标，强调了卫生与教育在社会经济发展中的作用。

由识字率指数、预期寿命指数、婴儿死亡率指数三项

9.17 发病率

9.17 发病率 incidence rate

反映疾病对人群健康影响和描述疾病分布状态的指标。

一定期间内，一定人群中某病新发生病例出现的频率。

9.18 患病率

9.18 患病率 prevalence rate

之和所占的比例。反映疾病对人群健康影响和描述疾病分布状态的指标。按观察时间的不同可分为期间患病率和时点患病率。

又称“现患率”。某特定时间内总人口中某病新旧病例

9.19 感染率

9.19 感染率 prevalence of infection

某特定时间内能检查的整个人群样本中，某病现有感

染者人数所占的比例。反映人群健康状况以及某病感

染水平的指标。

9.20 残疾率

9.20 残疾率 disability rate

又称“残疾流行率”。某一人群中，在特定期间内每百（或千、万、十万）人中实际存在的残疾人数，即通

过询问调查或健康检查确诊的残疾人数与调查人数之比。反映残疾在人群中发生的频率，以及某个具体残疾对人群健康的影响程度。

9.21 生存率

9.21 生存率 survival rate

接受某种治疗的患者或某病患者中，经若干年随访

（通常为 1、3、5 年）后，尚存活的患者人数所占的比例。反映疾病对生命的危害程度，也可用于评价某种治疗的远期疗效。

9.22 死亡率

9.22 死亡率 mortality rate

又称“粗死亡率”。某年某地平均每千人口中的死亡数。反映居民总的死亡水平，以及居民的健康状况和医疗卫生服务水平。

产妇。反映居民健康水平和社会经济发展水平。

9.22.5 病死率 case fatality rate

一定期间内某病死亡病例数占该病全部病例数的比例。反映疾病的严重程度，以及医疗卫生机构的医疗服务水平和质量。

9.22.1 新生儿死亡率 neonatal mortality rate

某年某地每 1000 活产儿中出生未满 28 天新生儿的死亡数量。常用死亡统计指标，反映居民健康水平和社会经济发展水平。

9.22.6 过早死亡率 premature death rate

又称“减寿率”。30 岁到 70 岁（不含 70 岁）人群的死亡概率。反映居民健康水平。

9.22.2 婴儿死亡率 infant mortality rate

某年某地每 1000 活产儿中未满 1 周岁婴儿的死亡数量。常用死亡统计指标，反映居民健康水平和社会经济发展水平。

9.22.6.1 重大慢性病过早死亡率 premature mortality from major chronic diseases

30 岁到 70 岁（不含 70 岁）人群因心脑血管疾病、恶性肿瘤、糖尿病或慢性呼吸系统疾病导致死亡的概率。反映居民健康水平，以重大及慢性病预防和控制水平。

9.22.3 5 岁以下儿童死亡率 under five mortality rate

某年某地每 1000 活产儿中 5 岁以下儿童的死亡数量。反映居民健康水平和社会经济发展水平。

9.22.7 超额死亡 excess deaths

实际发生的死亡人数与基于大流行未发生年份估算得到的正常死亡人数之间的差额，包括疫情直接导致的死亡和因大流行对卫生系统和社会影响等导致的间接相关死亡，交通事故和工伤等导致的死亡相对减少也被计算在内。反映突发公共卫生事件对人群健康影响的严重程度。

9.22.4 孕产妇死亡率 maternal mortality rate

某年某地每万例次活产或每 10 万例次活产中，孕产妇从妊娠至产后 42 天内，由于妊娠或妊娠处理有关的原因导致的死亡数量，但不包括意外原因死亡的孕

9.22.8 死因构成 proportion of dying of a specific cause

又称“相对死亡比”。死于某类死因的人数占全部死亡人数的百分比。反映各类死因的相对重要性。

9.23 期望寿命

9.23 期望寿命 life expectancy

到某一岁数时，尚能生存的平均年数。反映居民健康水平和社会经济发展水平及医疗卫生服务水平。

在一定的年龄别死亡率水平下，同时出生的一代人活

9.24 寿命损失年

9.24 寿命损失年 years of life lost

由于过早死亡而损失的潜在寿命年数。反映过早死亡对人群健康影响的严重程度。

9.25 潜在减寿年数

9.25 潜在减寿年数 potential years of life lost

年龄之差的总和，即特定人群中因疾病早亡导致的寿命损失总和。反映人群健康水平和疾病负担。

某年龄组人群因某病死亡者的期望寿命与实际死亡

9.26 无残疾期望寿命

9.26 无残疾期望寿命 life expectancy free of disability

扣除处于残疾状态下所消耗的期望寿命，从而得到无残疾状态下的预期平均生存年数。反映人群健康水平

以残疾作为观察终点代替普通寿命表中的死亡，通过

和生活质量。

9.27 活动期望寿命

9.27 活动期望寿命 activity life expectancy

失状态下所消耗的期望寿命，从而得到日常生活自理状态下的预期平均生存年数。反映人们能维持良好的日常生活活动功能的年限。

以日常生活自理能力的丧失作为观察终点代替普通寿命表中的死亡，通过扣除处于日常生活自理能力丧

9.28 伤残调整生命年

9.28 伤残调整生命年 disability adjusted life year, DALY

的寿命损失年和疾病所致伤残引起的寿命损失年两部分，是生命数量和生命质量以时间为单位的综合度量。综合反映疾病负担。

从发病到死亡所损失的全部健康年，包括因早亡所致

9.29 健康期望寿命

9.29 健康期望寿命 healthy life expectancy

扣除死亡和伤残影响之后的完全健康状况下的期望

征求意见时间：

2026年2月6日至2026年5月6日

寿命。综合反映生命的数量和质量。

10 政策与策略

10.1 政策

10.1 政策 policy

为达到一定目的，各种组织（包括国际组织、国家、政党、部门、社会团体等）在特定时期用以规范或指导人们行动的一系列法律、法规、规章、决定、意见等的总称。

10.1.1 公共政策 public policy

政府或公共权力机构为回应社会公共问题、实现公共利益而制定并实施的具有权威性、规范性和目标导向的一系列法律、措施、制度和行动方案。

10.1.2 卫生政策 health policy

政府、卫生部门或其他相关主体为实现特定健康目标而制定的决定、计划与行动。

10.1.2.1 政策过程 policy process

政策从问题识别、议程设置、政策制定、政策采纳、政策执行到政策评估的连续阶段和活动序列，涵盖政策生命周期的主要环节。

10.1.2.1.1 问题识别 problem identification

通过对社会现象的分析、公众意见的收集或专家判断，将某一具体情况明确为需要政策干预的公共问题的过程，是整个政策过程的起点。

10.1.2.1.2 议程设置 agenda setting

政府或政策行动者在诸多社会问题中遴选出部分问题，进入其正式讨论与决策议程的过程，是政策进入制度化讨论的入口。

10.1.2.1.3 政策制定 policy formulation

政府或权力机关在明确政策议题后，组织多方主体对问题解决方案进行系统设计、可行性研究和优选，最终形成政策草案或备选路径的过程。

10.1.2.1.4 政策采纳 policy adoption

具备合法权威的政府机关或公共组织，在多个政策备选方案中做出选择，并通过法定或行政程序赋予其执行效力，使之成为正式政策的过程。

10.1.2.1.5 政策执行 policy implementation

行政机关或实施机构依据正式采纳的政策方案，通过组织协调、程序设计、资源配置与制度安排等方式将政策转化为现实措施并落实于社会的过程。

10.1.2.1.6 政策评估 policy evaluation

对政策的设计合理性、执行效果与实际影响进行系统性分析，判断其在效果、效率、公平性等方面的表现，为政策调整、优化与责任追究提供依据。

10.1.2.1.7 政策调整 policy adjustment

根据实际运行效果、环境变动或政策反馈，对原有政策内容、工具或目标进行修订、补充或优化，以提升政策适应性和有效性。

10.1.2.2 政策工具 policy instruments

政府为实现特定公共政策目标而运用的手段和机制，主要包括法规、财政、服务、信息与行为引导等类型。它们通过法律约束、资源配置、服务供给和舆论影响等途径，引导社会主体行为，促进政策目标实现。

10.1.2.2.1 法规工具 regulatory instruments

政府为实现卫生政策目标，依托法律手段建立的一系列约束机制。

10.1.2.2.2 财政与经济工具 fiscal & economic instruments

政府通过财政拨款、税收优惠、补贴、绩效激励等经济手段，引导卫生资源配置、影响个体和组织行为，实现政策目标的干预方式，是卫生体系实现治理目标的重要组成部分。

10.1.2.2.3 服务提供工具 service provision tools

政府通过直接提供、委托或引导等方式，组织和保障卫生服务可及性、公平性与质量的政策工具。

10.1.2.2.4 信息与教育工具 information & education tools

通过信息传递、公众教育、行为引导等方式，提升个体与群体的健康意识与行为改变意愿的一类卫生政策工具，强调非强制性与非财政性干预。

10.1.2.3 治理主体 governance actors

在卫生政策或公共政策制定、执行、监督和评估过程中，具有决策权、影响力或责任的各类行为体，包括政府部门、社会组织、市场主体与公众等。

10.1.2.3.1 国家政府 central government

在全国范围内行使行政、立法、财政和监管职能的最高级别政府机构，主要包括国家级各部委、国务院、最高人民法院、最高人民检察院及其他直属机关。

10.1.2.3.2 地方政府 local authorities

在省、市、县、区等地方行政区域内依法设立，负责区域公共事务管理和公共服务提供的行政机构，是连接国家政策与地方执行的关键中介力量。

10.1.2.3.3 医疗机构 healthcare providers

依法设立并具备专业资质，向公众提供疾病预防、诊

断、治疗、康复等服务的组织或单位，包括医院、基层卫生机构、专科门诊、社区健康中心等。

10.1.2.3.4 公共卫生机构 public health agencies

政府设立并依法承担疾病预防控制、健康促进、环境卫生、疫情响应等职能的专门机构，通常包括疾病预防控制中心、卫生健康委员会、地方公共卫生部门等。

10.1.2.3.5 国际组织 international organizations

依据国际条约建立，具备独立法律地位，跨国履行协调、支持和治理职能的机构，在全球卫生政策与合作中提供支持协调，以实现系统目标与健康效益。

10.1.2.3.6 社会力量与人民群众 Social forces and the people

政府体系外的社会组织、企业及广大公民群体的总体力量，在健康促进、公共治理与社会发展中共同发挥基础与推动作用。

10.1.2.4 重点政策领域 key policy areas

卫生政策中影响健康公平与体系效率的核心领域，如医疗服务、公共卫生、筹资、人力、药品及信息政策，是卫生治理的战略重点。

10.1.2.4.1 医疗服务体系 health service delivery

以人为中心，将医疗资源、服务组织、管理机制和临床干预结合起来，以连续性和可及性为导向，为人群提供安全、有效、可负担的预防、治疗、康复和健康促进服务的系统安排。

10.1.2.4.2 卫生筹资 health financing

为提供卫生服务而筹集、分配和使用资金的机制，旨在实现公平、效率与全民健康覆盖。

10.1.2.4.3 药品政策 pharmaceutical policy

为确保药品安全、有效、可及与合理使用而制定的综合性政策体系，涵盖研发、流通、监管与使用环节。

10.1.2.4.4 卫生信息政策 health information policy

规范卫生数据收集、管理与应用的政策体系，旨在提升信息化水平和健康决策科学性，保障数据安全与共享。

享。

10.2 策略

10.2 策略 strategy

为实现卫生目标制定的总体行动方针与实施路径，强调系统性和可操作性，是政策落实的实践框架。

10.2.1.2.2 预防为主 prevention-oriented

以防病为核心，强调通过健康促进、早期干预和风险控制减少疾病发生，实现从治病向防病的转变。

10.2.1 卫生策略 health strategy

为实现卫生目标而制定的中长期行动框架，涵盖体系建设、疾病防控与健康促进，强调协调与可持续。

10.2.1.2.3 中西医结合 integrated traditional Chinese and Western medicine

融合中医与西医优势，在预防、治疗与康复中实现互补协同，形成以患者为中心的综合健康服务体系。

10.2.1.1 战略导向与价值 strategic orientation & values

在政策或策略规划中，为实现核心目标所确立的总体方向、优先领域与基本价值理念，通常体现为指导性的原则或政策基础。

10.2.1.2.4 爱国卫生运动 patriotic health campaign

由政府领导、全民参与的公共卫生运动，通过环境整治与健康教育提升全民健康水平，是中国特色卫生治理的重要形式。

10.2.1.1.1 以健康为中心 health-centered approach

以促进人群健康为核心目标，强调从治病转向预防和健康促进，是卫生体系转型的重要导向。

10.2.1.2.5 健康融入所有政策 health in all policies

一种将健康因素系统性地纳入各项政策制定和执行过程中的策略，强调各部门协同合作，以实现更好的公共健康成果并减少健康不平等。

10.2.1.1.2 可持续发展 sustainability

在满足当代人需求的同时保障后代发展，强调经济、社会与环境协调，是卫生体系长期健康运行的基础原则。

10.2.1.3 卫生规划 health planning

根据国家或地区卫生健康发展的总体目标与资源状况，对卫生服务体系的结构、资源配置、服务供给、政策实施等进行系统性预测、分析与制定行动方案的过程。

10.2.1.2 战略实施路径 strategic implementation pathways

将战略目标转化为行动的过程，涵盖资源配置、执行、评估与反馈，旨在保障卫生战略有效落实与持续改进。

10.2.1.3.1 国家卫生规划 national health planning

国家制定的卫生发展战略与行动框架，统筹资源配置，指导公共卫生与医疗体系建设，实现全民健康目标。

10.2.1.2.1 卫生工作方针 health strategic guidelines

国家在特定阶段确立的卫生健康领域指导思想与政策总方向，用以统筹医疗、预防、资源与改革。现阶段方针为：以基层为重点，以改革创新为动力，预防为主，中西医并重，健康融入所有政策，人民共建共享。

10.2.1.3.2 区域卫生规划 regional health planning

地方依据区域特征制定的卫生发展规划，旨在优化资源配置、完善服务体系、促进区域健康公平与可持续发展。

10.2.1.3.3 卫生资源配置 health resource allocation

依据健康需求和公平效率原则，对卫生人力、资金、设施等进行科学分配，提升资源利用效率与服务公平性。

10.2.1.3.4 “健康中国 2030”规划纲要 healthy China 2030 plan outline

中国健康发展战略纲领，提出到 2030 年实现全民健康，强调健康生活、服务体系、环境建设与公平保障。

10.2.1.4 全球卫生策略 global health strategy

国际社会为促进全球健康公平与合作而制定的战略框架，涵盖疾病防控、体系建设与可持续发展。

10.2.1.4.1 阿拉木图宣言 Declaration of Alma-Ata

1978 年世界卫生组织与联合国儿童基金会在哈萨克斯坦阿拉木图召开的国际初级卫生保健会议上通过的重要公共卫生文件，首次提出全民健康覆盖理念，确立初级卫生保健为实现人人享有卫生保健的核心战略。

10.2.1.4.2 人人享有卫生保健 health for all

世界卫生组织提出的目标，通过初级卫生保健确保人人都能在可负担范围内获得基本医疗与健康服务，体现卫生公平与全民覆盖理念。

10.2.1.4.3 阿斯塔纳宣言 Declaration of Astana

2018 年在阿斯塔纳通过的重要卫生文件，重申初级卫生保健在实现全民健康覆盖和可持续发展目标中的核心作用，继承并发展了阿拉木图宣言精神。

10.2.1.4.4 千年发展目标 millennium development goals

联合国 2000 年千年宣言提出的全球发展目标体系，旨在到 2015 年实现减贫、普及教育、促进性别平等、改善母婴健康、抗击疾病、保护环境并建立全球伙伴关系，为全球卫生公平与发展确立量化评估框架。

10.2.1.4.5 可持续发展目标 sustainable development goals, SDGs

联合国于 2015 年通过的全球发展框架，旨在到 2030 年实现消除贫困、保护地球、确保全人类和平与繁荣的 17 个目标及 169 项具体指标。

10.2.1.4.6 全民健康覆盖 universal health coverage, UHC

所有人群在任何时间和地点，均能公平、持续、系统地获得所需的基本与综合性健康服务，涵盖疾病预防、诊断、治疗、康复和缓和护理，并不因使用这些服务而遭受经济困难或财务风险。

10.2.1.4.7 初级卫生保健 primary health care, PHC

以社区为基础、以预防为主、人人可及、成本可负担的基本卫生服务体系。其核心是全民参与、多部门合作与公平获取，涵盖健康促进、疾病预防、治疗、康复和健康管理，是实现全民健康覆盖与健康公平的基础策略。

10.2.1.4.7.1 社会公平原则 social equity principle

在卫生政策与服务中，强调健康资源、服务机会与健康结果在各社会群体之间的公平分配，保障任何人不因社会经济地位、地域、性别、族群等因素而在获得健康服务上受到不公待遇。

10.2.1.4.7.2 参与原则 participation principle

在卫生政策与服务的制定、执行与评估过程中，应确保公众、社区和各类相关利益方的积极参与，提升政策的可接受性、适用性与持续性。

10.2.1.4.7.3 部门协同原则 sector collaboration principle

制定和实施卫生政策过程中，不同政府部门（如教育、财政、环保、民政等）应密切协作，整合资源，共同应对健康影响因素，实现协同增效。

10.2.1.4.7.4 成本效果和效率原则 cost effectiveness and efficiency principle

卫生政策与卫生资源配置中，应优先选择能够以较低成本实现更好健康效果的干预措施，从而提高资源使用效率，确保资金投入获得最大公共健康收益。

10.2.1.5 健康促进 health promotion

一个使个人和群体增强健康意识、提高健康能力、改善健康决定因素、主动控制和提升健康状态的过程。

一种行为改变理论，强调个体在改变健康相关行为时会经历一系列阶段，每个阶段具有不同的心理准备状态。有效的健康干预应依据个体所处阶段制定针对性策略。

10.2.1.5.1 健康信念 health belief

个体对健康、疾病、风险和预防措施的主观认知与态度。

10.2.1.5.4.4 社会认知理论 social cognitive theory, SCT

一种综合性行为理论，认为人的行为是由个人认知（如信念、价值观、自我效能）、行为本身以及外部环境三者之间的相互影响决定的。

10.2.1.5.2 健康素养 health literacy

个体获取、理解、评价和应用基本健康信息与服务的能力，从而做出有助于维护和促进自身健康的决策与行为。

10.2.1.5.5 健康教育 health education

通过系统化、有计划的学习和传播过程，提升个体与群体的健康知识、态度和行为能力，从而促进行为改变和健康改善。

10.2.1.5.3 健康行为促进 health behavior promotion

通过科学的干预策略、健康教育和支持性环境，引导个体与群体形成、维持有益于健康的行为模式，从而提升整体健康水平、预防疾病和改善生活质量。

10.2.1.5.6 健康传播 health communication

通过系统性传播手段，围绕健康相关主题，对公众或特定人群进行信息传达、观念引导与行为影响，从而支持健康决策、改善健康行为并推动健康促进目标的达成。

10.2.1.5.4 健康行为理论 health behavior theory

用于解释、预测和干预健康相关行为的一系列理论模型。这些理论通常整合心理、社会和环境因素，揭示个体为何采取特定健康行为，并为公共卫生干预提供策略指导。

10.2.1.5.7 健康村镇 healthy villages and towns

通过政府主导、社区参与、部门协作，在农村和小城镇地区持续改善生活环境、提升公共卫生服务、促进健康生活方式，推动城乡居民身心健康的基层健康建设模式。

10.2.1.5.4.1 健康信念模式 health belief model, HBM

一种经典健康行为理论，认为个体的健康行为是其主观信念的函数，主要受到感知到的疾病风险、潜在损害、预期收益、行为障碍、提示因素及自我效能的影响。

10.2.1.5.8 健康社区 healthy community

实现健康中国战略的城市基层单元，强调以人为本、社区参与、环境支持和服务整合，通过多部门协同与数字赋能，推动居民全人群、全生命周期健康。

10.2.1.5.4.2 计划行为理论 theory of planned behavior, TPB

一种社会心理学理论，解释个体行为的形成机制，强调个体行为意图是最直接的行为预测因子，而意图受到三个心理因素的影响：行为态度、主观规范、感知行为控制。

10.2.1.5.9 健康家庭 healthy family

家庭成员在身体、心理、社会适应和环境支持等方面保持良好状态，具备健康生活方式、良好家庭关系、有效疾病预防能力和健康支持环境的基本家庭单元。

10.2.1.5.4.3 行为阶段变化模型 transtheoretical model, TTM

10.2.1.5.10 健康场所 healthy places

通过改善物理环境、社会支持、制度管理和健康促进活动，使人在该场所中能够获得身心健康、减少健康

风险、促进健康行为的空间与机构。

11 社区卫生

11.1 社区

11.1 社区 community

若干社会群体(家庭、氏族)或社会组织(机关、团体)聚集在某一地域里所形成的一个生活上相互关联的大集体。一个特定地域内彼此互动交往，具有某些共同价值观和较强情感纽带而形成的人群。多数情况下有一定地理范围，小到村庄、邻里、教区，大到城镇、城市。有时也指不受地理空间限制、具有共同兴趣爱好、分布广泛而又紧密联系的社会网络或团体。

以农业生产为主导，以行政村或自然村为地理单元，居民以血缘、地缘关系为核心纽带，通过共同的生产生活方式、文化习俗和社会互动形成的相对稳定的生活共同体。

11.1.3 生活社区 living community

以居民日常居住为核心功能，融合生活、社交、休闲、服务等功能的综合性地域空间。其本质是通过物理空间与人文环境的有机结合，满足居民从“生存需求”到“生活品质”的多层次需求。

11.1.1 城市社区 urban community

在一定城市地域范围内，由居住功能主导，以家庭、社会组织（如单位、企业、学校）为基本单元，通过密集的人口、完善的基础设施、多元的社会互动形成的相对独立的生活共同体。

11.1.4 功能社区 functional community

以特定社会功能（如生产、教育、医疗、行政等）为核心形成的非地理主导型社区。其核心特征是功能属性优先于地理边界，成员因共同的社会角色、职业身份或活动需求聚集，形成具有明确目标和运行规则的社会单元。

11.1.2 农村社区 rural community

11.2 社区卫生服务

11.2 社区卫生服务 community health service

在政府领导、社区参与、上级卫生机构指导下，以基层卫生机构为主体，全科医师为骨干，合理使用社区资源和适宜技术，以人的健康为中心、家庭为单位、社区为范围、需求为导向，以妇女、儿童、老年人、慢性病人、残疾人等为重点，以解决社区主要卫生问题、满足基本卫生服务需求为目的，融基本医疗和基本公共卫生服务为一体的有效、经济、方便、综合、连续的基层服务，是社区建设的重要组成部分。

能接受和负担的技术，使全体人民公平地获得基本卫生服务。

11.2.2 基层卫生服务 primary health service

卫生系统的核心组成部分，以可及性、公平性、综合性为原则，为全体居民提供预防、医疗、保健、康复、健康教育等一体化服务，旨在通过资源下沉和社区参与，实现全民健康覆盖和健康公平。

11.2.1 基层卫生 primary health

又称“基本卫生保健”。普及适宜的、技术可靠、社会

11.2.3 综合性服务 integrated service/holistic medical service

又称“整体医学服务”。通过多学科协作、资源整合及

全生命周期覆盖,为社区居民提供预防、医疗、保健、康复、健康教育、计划生育等一体化服务,强调服务的协调性、连续性和可及性,以满足不同人群的多样化健康需求,是社区卫生服务的核心特征之一。

11.2.4 连续性服务 continuous service

通过全生命周期覆盖、服务流程无缝衔接、健康信息动态追踪,为社区居民提供从出生到死亡、从健康到疾病、从急性干预到慢性管理的全程化、不间断的健康服务。其目标是确保居民在不同健康阶段、不同服务场景中都能获得连贯、协调的医疗保健支持,是社区卫生服务的核心特征之一。

11.2.5 协调性服务 coordinated service

通过多主体协作、资源整合与信息共享,确保居民在不同层级医疗机构、不同健康服务场景中获得的医疗保健服务能够无缝衔接、高效协同,从而提升服务效率与整体健康效果,是社区卫生服务的核心机制之一。

11.2.6 个性化服务 individualized service

基于居民的个体特征、健康需求、生活习惯及环境等因素,为其量身定制的差异化、精准化健康服务方案。其核心目标是提升服务的针对性、有效性和患者依从性,是社区卫生服务的核心理念之一。

11.2.7 团队服务 team service

由多学科专业人员(如全科医生、护士、公共卫生医师、康复师、心理咨询师、药师等)组成的协作团队,通过分工协作、资源共享、无缝衔接,为社区居民提供覆盖全生命周期、全健康维度的整合型健康服务,是社区卫生服务的核心服务模式之一。

11.2.8 基层首诊服务 first-contact medical care

居民因健康问题首次接触医疗保健服务时,优先选择社区卫生服务中心、乡镇卫生院、村卫生室等基层医

疗机构进行初步诊断和治疗,并由全科医生或家庭医生团队根据病情严重程度决定是否需转诊至上级医院的制度安排。其本质是通过优化医疗资源配置,引导患者合理就医,缓解大医院压力,提升基层医疗服务可及性和效率,是社区卫生服务的核心机制之一。

11.2.9 双向转诊 dual referral service

在基层医疗机构与上级医疗机构之间,基于患者病情需要和医疗资源优化配置原则,建立的“基层首诊、上级医疗机构转诊、康复回基层”的有序医疗服务衔接模式。其核心目标是实现“小病在基层、大病到医院、康复回社区”,缓解医疗资源供需矛盾,提升医疗服务效率与公平性。

11.2.10 守门人制度 gatekeeper system

通过基层医疗机构承担居民健康服务的“第一道关口”,负责筛选患者、协调医疗资源、管理健康需求,确保医疗服务的有序性、经济性和可及性。其本质是通过基层首诊、分级诊疗和连续性管理,优化医疗资源配置,降低医疗成本,提升居民健康水平。

11.2.11 基层服务能力 primary service capability

基层医疗卫生机构通过整合人力资源、技术设备、服务流程及管理机制,为居民提供安全、有效、便捷、经济的基本医疗和公共卫生服务的能力。其核心在于通过系统性能力建设,确保基层卫生服务在可及性、质量、效率和公平性上的全面提升,最终实现“以健康为中心”的服务目标。

11.2.12 社区卫生规划 community health planning

根据社区的经济、人口、健康需求及资源分布特点,通过科学分析和系统设计,制定的一系列目标、策略与行动方案,旨在优化卫生资源配置、提升基层服务能力、促进健康公平,并最终实现以居民健康为中心的社区卫生服务目标。

11.3 社区卫生服务内容

11.3 社区卫生服务内容

11.3.1 基本医疗服务 essential medical service

通过基层医疗卫生机构为居民提供的满足基本健康需求、技术成熟、费用合理、可及性强的医疗服务。其核心目标是解决常见病、多发病的诊疗需求,保障

居民基本的健康权益，是医疗卫生体系的“网底”功能。

11.3.7 社区门诊服务 community outpatient service

在基层医疗机构中，以门诊诊疗、健康咨询、慢病管理、康复指导为主要内容，为社区居民提供便捷、经济、连续性的基本医疗服务和公共卫生服务。其本质是通过“基层首诊”和“医防融合”模式，解决居民日常健康需求。

11.3.8 社区急救服务 community emergency service

在社区范围内通过快速响应、初步处置、及时转诊的方式，为突发急症或意外伤害的居民提供第一时间生命支持、伤情稳定及医疗资源衔接的紧急医疗服务。其核心目标是缩短急救反应时间、提高救治成功率，并为后续专业医疗救治奠定基础，是社区卫生服务的重要组成部分。

11.3.9 家庭病床服务 family sickbed service

对符合住院条件但因行动不便、失能失智或需长期照护等原因无法前往医院就诊的患者，由基层医疗卫生机构的医护人员在患者家庭中设立病床，提供医疗护理、康复治疗、健康监测及生活照护等一体化服务。其核心目标是满足特殊人群的医疗需求，减轻家庭照护负担，推动分级诊疗和医养结合，是社区卫生服务的重要组成部分。

11.3.10 家庭保健 family health care

以家庭为基本单位，通过预防、医疗、康复、健康教育与生活方式干预相结合的综合服务模式，为家庭成员提供全生命周期、全维度健康支持，旨在提升家庭整体健康水平、预防疾病发生、促进健康行为养成，并最终实现“以家庭为单位”的健康管理目标，是社区卫生服务的重要组成部分。

11.3.11 社区健康教育 community health education

通过系统性、有计划的教育活动，帮助社区居民掌握健康知识、树立健康观念、培养健康行为，从而预防疾病、促进健康、提高生活质量的一种综合性服务。其本质是通过知识传播、技能培养和行为干预，推动个体和群体从“被动医疗”向“主动健康”转变，是社区卫生服务的核心策略之一。

11.3.12 社区健康干预 community health intervention

11.3.2 基层卫生监督 primary health supervision

由基层卫生监督机构（如县级卫生健康监督执法部门、社区卫生服务中心公共卫生科）依法对社区内医疗卫生服务、公共卫生行为及环境卫生状况开展的日常巡查、合规性检查、风险防控和执法干预，旨在保障居民健康权益，维护公共卫生秩序，预防和控制健康危害因素。

11.3.3 社区心理卫生服务 community mental health service

通过预防、干预、治疗与康复相结合的方式，面向社区居民提供心理健康促进、心理问题预防、精神疾病管理及社会心理支持的综合性服务。其核心目标是提升居民心理韧性，减少心理问题发生率，改善心理健康水平，促进全人群的心理健康与社会功能恢复，是社区卫生服务的重要组成部分。

11.3.4 预防接种 preventive vaccination

又称“免疫接种”。通过有计划、有组织地为特定人群接种疫苗，以激发机体免疫反应，预防和控制传染病的发生与传播，最终实现群体免疫屏障的公共卫生干预措施。其本质是通过科学免疫策略保护个体健康，并通过群体免疫效应阻断疾病传播链，是社区卫生服务的核心公共卫生职能之一。

11.3.5 社区养老服务 community aged care

以社区为依托，通过整合医疗资源、社会资源与家庭支持，为居家或社区内老年人提供生活照料、健康管理、医疗护理、康复服务、精神慰藉等综合性服务，满足老年人的养老，提升老年生活质量，是社区卫生服务的重要组成部分。

11.3.6 签约服务 contracted service

居民与基层医疗卫生机构或家庭医生团队通过自愿签订服务协议，建立长期、稳定的契约关系，获得的个性化、连续性、综合性健康管理服务。其核心目标是通过医患双方的权责约定，推动基层首诊、分级诊疗和医防融合，提升居民健康水平，是社区卫生服务的重要形式之一。

通过科学评估社区健康需求，制定并实施针对性的健康促进、疾病预防和行为改变策略，以改善居民整体健康水平的服务模式。其核心是通过多部门协作、资源整合和居民参与，解决社区主要健康问题。

11.3.13 社区诊断 community diagnosis

通过系统化的数据收集、分析与评估，全面识别社区的主要健康问题、影响因素及可用资源，从而为制定针对性的社区卫生计划、资源配置和干预策略提供科学依据。其本质是对社区健康需求的“全面体检”，类似于医学诊断中的“问题定位与病因分析”。

11.3.14 社区保健 community health care

以社区为基本单位，通过预防为主、防治结合、多部门协作的方式，为全体居民提供覆盖全生命周期、全健康维度的综合性健康服务。其目标是通过系统性干预提升社区整体健康水平，减少疾病发生，改善生活质量，并推动健康公平。

11.3.15 社区康复 community rehabilitation

在社区环境中，通过多学科协作和资源整合，为存在功能障碍的居民提供医疗康复、教育康复、职业康复及社会康复等综合性服务，旨在帮助其恢复或补偿功能、提高生活质量，并最终实现社会参与和融入。强调康复服务与基层卫生服务的深度融合，是社区卫生服务的重要组成部分。

11.3.16 社区营养 community nutrition

在社区范围内，运用营养科学理论、技术及社会性措施，系统性地研究并解决社区人群的膳食结构、营养需求、饮食行为及相关健康问题，通过营养教育、政策干预、环境支持等手段，改善居民营养状况，预防营养性疾病，提升整体健康水平的综合性服务，是社区卫生服务的重要组成部分。

11.3.17 居家照护 home-based care

以家庭为单位，由专业医护人员、社区工作者及志愿者等组成的团队，通过评估、计划、实施与评价的系统性流程，为居家生活的老年人、慢性病患者、残疾人、术后康复者等群体提供医疗护理、生活照料、康复支持及心理关怀等综合性服务，旨在帮助其维持或恢复健康功能，提升生活质量，同时减轻家庭照护负担，是社区卫生服务的重要延伸形式。

11.3.18 临终关怀 hospice

为疾病终末期或老年患者在生命最后阶段提供身体、心理、社会及精神全方位支持的综合性服务，旨在通过控制疼痛和不适症状、尊重患者意愿、优化生命质量，帮助其实现舒适、安详、有尊严的离世，同时为家属提供心理疏导与哀伤支持，是社区卫生服务的重要组成部分。

11.4 基层卫生服务机构

11.4 基层卫生服务机构

区为服务范围，以居民健康为中心，通过预防、医疗、保健、康复、健康教育、计划生育技术指导等“六位一体”综合服务，为社区常住居民及重点人群提供全生命周期健康管理的公益性医疗服务，是社区卫生服务的核心机构。

11.4.1 社区医院 community hospital

以社区为服务范围，以居民健康为中心，由政府主导的非营利性医疗机构，通过预防、医疗、保健、康复、健康教育、计划生育技术指导等“六位一体”综合服务，为社区常住居民提供全生命周期健康管理的基层医疗卫生机构。

11.4.3 社区卫生服务站 community health service station

由政府主导设立的非营利性基层医疗机构，在社区卫生服务中心难以覆盖的社区（如人口密集、服务半径过大区域）设置，以家庭为单位、社区为半径、需求为导向，提供基础公共卫生服务和基本医疗服务，是居民获取便捷、低成本健康服务的重要载体，是社区

11.4.2 社区卫生服务中心 community health service center

由政府主导设立的非营利性基层医疗卫生组织，以社

卫生服务的基础单元。

11.4.5 村卫生室 village clinic

农村三级医疗卫生服务体系的最基层单位，由政府主导设立的非营利性村级医疗机构，以行政村为服务范围，以居民健康为中心，通过预防、医疗、保健、康复、健康教育、计划生育技术指导等“六位一体”综合服务，为农村居民提供基础医疗卫生服务。

11.4.4 乡镇卫生院 township health center

政府在乡镇层级设立的公益性、综合性基层医疗卫生机构，作为农村三级医疗卫生服务体系的枢纽，承担基本医疗、公共卫生服务及卫生行政管理职能，服务范围覆盖辖区全体居民。

11.5 社区卫生服务人员

11.5 社区卫生服务人员 community health service provider

协助、社区关怀等服务形式，协助基层医疗卫生机构提升服务效率，促进居民健康公平与社区和谐发展，是社区卫生服务体系中的公益服务提供者。

11.5.1 全科医生 general practitioner

又称“家庭医生”。社区卫生服务体系中的核心医疗提供者，是经过全科医学专业训练、具备综合诊疗能力的基层医疗卫生人员，有专业资质身份（中国大陆法定执业类别）。他们以社区为服务范围，以居民全生命周期健康管理为目标，通过预防、医疗、保健、康复、健康教育、计划生育技术指导等“六位一体”服务，为个人、家庭及社区提供连续性、综合性、协调性的基层医疗卫生服务，是居民健康的“守门人”和分级诊疗制度的“第一道防线”。

11.5.5 社区卫生工作者 community health worker

以社区常住居民为服务对象，通过健康宣教、疾病预防、医疗协助、健康管理等综合性服务，协助基层医疗卫生机构提升服务效率，促进居民健康公平与社区和谐发展，通常指接受过基础医疗培训的非专业人员。

11.5.2 家庭医生 family doctor

社区卫生服务体系中的核心健康管理者，以基层医疗卫生机构注册的全科医生为主体，联合社区护士、公共卫生医师等组成的签约服务团队，通过契约化、连续性、综合化的服务模式，为签约居民及其家庭提供全生命周期健康管理，是居民健康的“守门人”和分级诊疗的“桥梁”。

11.5.6 社区公共卫生医师 community preventive health worker

持有公共卫生执业资格，在社区卫生服务体系中的公共卫生专业人员，以预防医学为核心，通过疾病监测、健康干预、政策实施等手段，为社区全体居民提供群体性健康管理服务。

11.5.3 全科护士 general practice nurse

以基层医疗卫生机构注册的执业护士为主体，通过综合性、连续性、协调性的护理服务，为个人、家庭及社区提供全生命周期健康管理，是社区卫生服务体系中的核心护理提供者。

11.5.7 社区卫生服务团队 community health service team

以社区健康服务中心为依托、由多学科社区卫生工作组成，以契约化服务、团队协作、连续性管理为核心模式，为辖区居民提供预防、医疗、保健、康复、健康教育、计划生育技术指导等综合性卫生服务，是社区卫生服务体系中的核心服务单元。

11.5.4 社区卫生志愿者 community health volunteer

以非营利性、自愿性为基础，由社区居民、学生、退休人员等群体组成，通过健康宣教、疾病预防、医疗

11.5.8 乡村医生 village doctor

在村卫生室执业的执业医师、执业助理医师等人员，主要负责向农村居民提供公共卫生和基本医疗服务。最初名字叫“赤脚医生”。1985年，停止使用赤脚医生这一称呼，原赤脚医生考核合格的将被认定为乡村医生。

11.5.9 赤脚医生 barefoot doctor

20 世纪 60-70 年代中国农村基层卫生服务的特殊产物，

指未经正规医学教育、半农半医的农村卫生员，以“亦农亦医”的方式扎根乡村，承担疾病预防、基础诊疗和公共卫生服务。

11.6 全科医学

11.6 全科医学 general practice

基于现代医学模式和目标，以健康为中心，在社区卫生服务领域，面向界定的个人、家庭与社区，整合生物医学、行为科学与社会科学最新成果为一体，提供连续性、协调性、可及性服务的综合性临床二级学科。

以社区为基本单位，整合临床医学、预防医学、公共卫生学、社会医学等多学科方法，通过社区调查、健康诊断、资源协调与计划实施，系统性地维护和促进社区居民全人群、全生命周期健康的学科。其核心目标是以预防为导向，解决社区主要健康问题，优化卫生资源配置，构建“预防-治疗-康复”一体化的健康服务体系，是社区卫生服务体系中的综合性医学学科。

11.6.1 社区医学 community medicine

12 特定人群卫生保健

12.1 妇女卫生保健

12.1 妇女卫生保健 health care for women

针对女性在不同生命周期阶段的健康需求提供的一系列预防、治疗和保健服务。

12.1.4 孕前保健 pre-pregnancy care

针对准备妊娠的夫妇进行的有关生育的一系列保健服务。包括孕前的心理准备和身体准备。通过评估和改善计划妊娠夫妇的健康状况，降低或消除导致出生缺陷等不良妊娠结局的危险因素，预防出生缺陷的发生，提高出生人口素质，是孕期保健的前提。

12.1.1 围产期保健 perinatal health care

孕前、孕期、产时、产褥期进行的一系列预防疾病和保护健康的措施。确保母婴安全，降低孕产妇死亡率和围生儿死亡率。它包括孕前保健、孕期保健、产时保健、产褥期保健、新生儿保健、哺乳期保健等。

12.1.5 孕产妇保健 maternity care

为保证和维护孕产妇健康所提供的服务，包括产前、围生期、产后照顾、育儿和基本避孕等服务。

12.1.2 婚前保健 premarital care

以提高出生人口素质为目的，对准备结婚的男女双方所进行的婚前医学检查、婚前卫生指导和婚前卫生咨询服务的统称。

12.1.6 产时保健 intrapartum care

在产妇分娩过程中，为保证产妇和新生儿安全所采取的一切保障措施。这段时间虽短，但极重要。要做到“五防、一加强”。五防是防滞产、防感染、防产伤、防出血、防窒息；一加强是加强对高危妊娠的产时监护和产程处理。

12.1.3 婚前医学检查 premarital medical examination

针对拟结婚男女进行的健康检查，旨在排查遗传性疾病、传染病、精神疾病等可能影响婚姻和生育的疾病。检查项目和过程根据医生的建议和男女双方的自主意愿确定。

12.1.7 产褥期保健 puerperium health care

针对产褥期妇女提供的系统保健服务。产褥期母体变

化很大，容易发生感染、出血及其他病理情况，要及时发现，正确处理。注意饮食营养、乳房护理、会阴护理、预防产后尿潴留及便秘、适当活动及做产后健身操。产褥期内禁止性生活。产后 42 天返回医院随访。

12.1.8 未婚先孕 premarital pregnancy

未履行结婚登记手续的男女发生性行为而导致女方怀孕的现象。

12.1.9 生殖健康 reproductive health

与生殖系统、生殖功能和生殖过程相关的，包括身体、精神和社会等方面的健康状态。内涵不仅包括性健康（即有满意、安全的性生活），还包括具有生育能力，可以自由决定是否生育、何时生育及生育多少子女等。

12.1.10 更年期 climacteric period

性成熟期至老年期之间的过渡阶段。女性一般发生于 45~55 岁，分为绝经前期、绝经期和绝经后期，是卵巢功能由活跃转入衰退状态、排卵变得不规律，直到不再排卵，且月经渐趋不规律，最后完全停止的一段时期。男性一般开始于 40~45 岁，波动于 35~70 岁，是男性由中年期过渡到老年期的一个特定时期，以男性体内激素水平、生化环境、心理状态变化为基础。

12.1.11 产前检查 prenatal health care

在妊娠期间，由医疗机构定期对孕妇进行的系统性医学检查。其目的是通过监测孕妇的健康状况和胎儿发育情况，及早发现和干预妊娠风险、并发症和胎儿异常，以保障孕妇和胎儿健康。

12.1.12 新法接生 clean delivery

产包、接生者的手、产妇的外阴部、脐带四消毒并由医生、助产士和受过培训并取得“家庭接生人员合格证”的初级卫生人员、接生员接生的方法。

12.1.13 产后访视 postpartum visit

基层医疗卫生机构在收到分娩医院转来的产妇分娩信息后，派出医务人员在产妇出院后 1 周内到产妇家中开展的定期随访服务，旨在了解产妇身体恢复情况、新生儿健康状况，进行产褥期健康管理，开展母乳喂养和新生儿护理指导。

12.1.14 计划生育 family planning

为保障社会、家庭和夫妻的权益，育龄夫妻有计划地在适当年龄生育合理数量的子女，并养育健康的下一代，以增进家庭幸福，促进人口、经济、社会、资源、环境协调发展和可持续发展为目的的行为。

12.2 儿童卫生保健

12.2 儿童卫生保健 child healthcare

为保护和促进儿童的身心健康及社会适应能力，围绕儿童的生长发育、营养与喂养、疾病预防与治疗、健康管理及生命体征监测等方面，实施一系列综合性卫生服务和干预措施。

从 1 岁至 3 岁的时期。

12.2.1 新生儿期 neonatal period

出生后 4 周内的时期。

12.2.4 学龄前期 preschool stage

从 3 周岁至 6~7 周岁的时期。

12.2.2 婴儿期 infant period

从出生到 1 岁的时期。

12.2.5 学龄期 school stage

从 6~7 周岁至青春期来临前的时期。

12.2.3 幼儿期 infancy

12.2.6 青春期 adolescence

儿童到成人的转变期，是生殖器、内分泌、体格逐渐发育至成熟的阶段。世界卫生组织（WHO）规定该阶段为 10 岁至 19 岁。

12.2.7 出生缺陷 birth defect

婴儿出生前发生的身体结构、功能或代谢异常。出生缺陷可由染色体畸变、基因突变等遗传因素或环境因素引起,也可由这两种因素交互作用或其他不明原因所致,通常包括先天畸形、染色体异常、遗传代谢性疾病、功能异常(如盲、聋和智力障碍)等。

12.2.8 母乳代用品 breast-milk substitutes

任何指明为喂养三岁及以下婴幼儿而销售的奶(或可用于替代奶的产品),包括高段配方奶和成长奶。

12.2.9 母乳喂养 breast feeding

以母乳为主要食物的喂养方式。母乳中的营养成分最适合婴儿吸收和消化,母乳中含有大量的免疫抗体,能增强婴儿的免疫力。应大力提倡该喂养方式。

12.2.10 儿童肥胖 childhood obesity

儿童体内脂肪组织积聚过多,体重超过同性别、同年龄健康儿童或同身高健康儿童平均体重的2个标准差,或超过同年龄、同性别儿童平均体重20%的现象。

12.2.11 生长发育 growth and development

从受精卵到成人的成熟过程。涵盖体格的生长、器官与系统的形态变化,以及细胞、组织器官的分化与功能成熟。包括智力和体力的发展。生长和发育是密不可分的一个连续的过程。

12.2.12 体质监测 physical fitness surveillance

为系统掌握国民体质状况,以抽样调查的方式,在全国范围内对监测对象进行统一体质测试和对监测数据进行分析研究的工作。

12.2.13 学校卫生服务 school health care

学校根据师生健康状况提供的以预防为主,及突发性疾病与意外事故的应急处理等的卫生服务。

12.2.14 计划免疫 planned immunization

根据传染病疫情监测结果和人群免疫水平分析,按照

国家规定的免疫程序,有计划地利用疫苗进行的免疫接种,以提高人群免疫水平,达到控制乃至最终消灭传染病的目的。随着中国预防接种工作发展到免疫规划时期,计划免疫的概念逐步淡化,取而代之的是免疫规划。

12.2.15 免疫规划 immunization program

根据疫情监测和人群免疫状况分析,按照规定的免疫程序,有计划、有组织地利用疫苗进行预防接种,以提高人群的免疫水平,达到控制乃至最终消灭相应传染病目的的方法。与计划免疫相比,免疫规划更强调国家免疫策略的制定和实施。

12.2.16 儿童健康管理 children health management

为0-6岁儿童提供定期健康检查和健康指导的基本公共卫生服务,包括体格检查、发育评估、疾病筛查、喂养指导等内容;同时,为0-3岁儿童提供中医调养服务。

12.2.17 新生儿家庭访视 neonatal home visit

在新生儿出院后1周内,医务人员上门了解其出生时情况、预防接种、健康状况、疾病筛查及喂养等情况,开展体格检查和健康指导的服务活动。

12.2.18 新生儿满月健康管理 neonatal health management after

在新生儿出生后28-30天,由乡镇卫生院或社区卫生服务中心结合乙肝疫苗第二针接种开展的健康随访服务。主要内容包括了解新生儿的喂养、睡眠、排便和黄疸情况,进行体重、身长、头围测量和体格检查,并对家长提供喂养、发育和疾病预防等方面的健康指导。

12.2.19 近视 myopia

在调节放松状态下,平行光线经眼球屈光系统后,聚焦在视网膜前的现象。

12.2.20 孤独症 autism

起病于婴幼儿期,以不同程度的人际交往障碍、言语发育障碍、兴趣狭窄和行为方式刻板为特征的广泛性

发育障碍。

12.3 老年人卫生保健

12.3 老年人卫生保健 health care for older adults

针对老年人群体的一系列健康服务和措施，旨在维护和促进老年人的身心健康。

12.3.1 老年人 older adults

达到或超过老年年龄界限的人。目前国际通常使用的老年年龄界限包含 60 岁和 65 岁两类。

12.3.2 高龄老年人 the advanced age elderly

年龄在 80 周岁以上的老年人。

12.3.3 空巢老年人 empty-nest elderly

未与子女共同居住的老人，主要包括无子女的老人、与子女分居的老人以及子女远在外地的老人。形成原因包括没有子女，或子女因工作、学习、婚姻等原因离家。

12.3.4 独居老年人 older adults living alone

独自居住、未与任何人共同生活的老年人。形成原因主要包括终身未婚未育、配偶和子女去世，或虽有配偶和子女但因各种原因未与其同住。

12.3.5 失能老年人 disabled older adults

因衰老、疾病、伤残等因素部分或完全丧失生活自理能力，需要持续依赖他人或外部支持以完成日常生活活动的老年人。

12.3.6 失智老年人 older adults with dementia

因阿尔茨海默病、脑血管性病变、脑损伤或其他神经退行性疾病等因素导致认知功能持续减退的老年人，表现为记忆障碍、语言困难、判断力下降、行为异常和情绪波动等，进而影响其日常生活能力和社会适应能力。

12.3.7 老年医学 geriatrics

研究人类衰老的原因和机理、人体老年性变化、老年病的防治以及老年人卫生与保健的学科，是老年学的重要组成部分。

12.3.8 多病共存 multimorbidity

又称“共病”，同一个体同时罹患两种或两种以上慢性疾病或健康问题，且疾病间无明确主次关系，共同影响患者健康结局的状态。

12.3.9 医养结合 integrated health and social care

将医疗卫生服务与养老服务有机整合的服务模式。

12.3.10 安宁疗护 palliative care

又称“舒缓疗护”。为疾病终末期患者在临终前通过控制痛苦和不适症状，提供身体、心理、精神等方面的照料和人文关怀等服务，以提高生命质量，帮助患者舒适、有尊严地离世，同时为患者家庭提供支持服务。

12.3.11 长期照护 long-term care

由正式照护人员（养老护理员、护士等）和非正式照护人员（子女、配偶和邻居等）所提供的一系列基本生活照料和与之密切相关的医疗护理、功能康复、精神慰藉、社交促进等服务，以满足那些长期处于失能或失智状态的社会成员的生活需求。

12.3.12 长期照护保险 long-term care insurance

又称“长期护理保险”。为长期处于失能或失智状态的参保人提供长期照护服务或资金保障的制度，通常有社会保险和商业保险两种实现形式。

12.3.13 护理院 nursing home

为长期卧床患者、晚期姑息治疗患者、慢性病患者、生活不能自理的老年人以及其他需要长期护理服务

的患者提供医疗护理、康复促进、临终关怀等服务的 医疗机构。

12.4 贫困人口卫生保健

12.4 贫困人口卫生保健 health care for people in poverty

针对经济困难人群，为保障其基本健康权利而提供的以基本公共卫生服务和基本医疗服务为核心的健康保障措施，主要包括疾病预防、健康管理、常见病和慢性病治疗、住院医疗救助及重大疾病保障等内容，旨在提高贫困人口的健康水平，防止因病致贫、因病返贫。该制度通常通过政府主导、财政补助、医保报销、医疗救助等多种方式共同实施。

12.4.1 贫困人口 population in poverty

在收入、消费、基本能力等方面处于显著劣势，难以维持基本生存或实现有尊严生活的社会群体。根据衡量标准不同，可分为绝对贫困人口和相对贫困人口。

12.4.2 因病致贫 poverty due to illness

个人或家庭成员因罹患重大疾病、慢性病或其他严重健康问题，导致高额医疗支出、劳动力丧失或收入下降，从而使家庭经济状况明显恶化，最终陷入贫困状态的现象。该问题广泛存在于缺乏完善医疗保障和社会支持机制的地区，是导致贫困的重要因素之一。

12.4.3 因病返贫 returning to poverty due to illness

已实现脱贫的家庭，因个人或家庭成员罹患重大疾病、慢性病或其他严重健康问题导致高额医疗支出或劳动力丧失，家庭经济状况再次恶化，生活水平退回贫困状态的现象。

12.4.4 健康扶贫 poverty alleviation by improving health care

通过加强基本医疗保障、提升医疗服务能力、实施重点疾病防治、完善公共卫生服务等综合措施，解决贫困人口因病致贫、因病返贫问题，保障其基本医疗卫生服务需求，促进其健康水平提升和脱贫能力增强的一项专项扶贫政策。

12.4.5 医疗救助 medical assistance

通过政府拨款和社会捐助等多渠道筹资，为因经济困难无法承担医疗费用的群体提供医疗费用减免或补贴，旨在减轻其因重大疾病或意外伤害产生的高额医疗负担，保障其基本医疗权益的重要社会保障制度。

12.5 残疾人卫生保健

12.5 残疾人卫生保健 health care for people with disabilities

由专业人员和医疗机构面向残疾人提供的健康评估、疾病管理、健康教育及健康促进等相关的综合性措施，旨在维护和促进残疾人的身心健康。

12.5.1 残疾 disability

心理、生理或人体结构方面存在某种组织、功能的丧失或异常，导致个体全部或部分丧失以正常方式从事某种活动的的能力，通常包括视力残疾、听力残疾、言语残疾、肢体残疾、智力残疾、精神残疾、多重残疾和其他类型的残疾。

12.5.2 残障 handicap

由于损伤或残疾而造成的个人在参加社会生活中正常作用发挥上的限制或妨碍。

12.5.3 多重残疾 multiple disabilities

同时存在两种或两种以上残疾的情况。

12.5.4 先天性残疾 congenital disability

出生前由遗传或非遗传因素所致的残疾。

12.5.5 残疾预防 disability prevention

通过采取医学、教育、社会、环境等多种手段，防止或减少致残因素的发生与发展，最大限度降低残疾的发生率、减轻残疾程度、延缓残疾进程、减少残疾影响的综合性、系统性措施。通常包括三级预防：一级预防是预防疾病和致残性伤害的发生；二级预防是防止疾病和伤害导致残疾；三级预防是防止残疾发生后出现更严重的残障。

12.5.6 康复 rehabilitation

综合、协调地应用各种措施，消除或减轻病、伤、残者的功能障碍，提高其生存质量、促其重返社会的过程。

12.5.7 无障碍设施 barrier-free facility

为了保障残疾人、老年人、儿童及其他行动不便者在居住、出行、工作、休闲娱乐和参加其他社会活动时，能够自主、安全、方便地通行和使用所建设的物质环境和配套服务设施。

13 社会病

13.1 社会问题

13.1 社会问题 social problem

社会中存在的人与自然、人与社会以及人与人之间关系的严重失调或冲突现象，影响社会的正常运转，阻碍社会的协调发展。例如，人口问题、环境污染问题、腐败问题、贫困问题、就业问题等。

13.1.1 必发性社会问题 inevitable social problem

在社会发展的特定阶段或特定进程中，由于其内在的规律性、结构性原因或普遍的发展趋势而难以完全避免的问题。例如人口老龄化，大城市病。

13.1.2 偶发性社会问题 incidental social problem

社会系统中突然发生、难以预测、具有突发性和紧迫性，并对社会秩序、个体权益或公共安全造成一定影响的问题。例如重大疫情爆发、特大安全事故。

13.1.3 过失性社会问题 negligent social problem

部分人群偏离社会正常生活和规范而产生的问题，往往不需要制定新的政策来解决，而是可以通过教育和道德引导来改善。例如网络暴力、公共场所的不文明行为。

13.1.4 结构性社会问题 constitutive social problem

由某些制度性、政策性的因素或社会发展中不可逾越的阶段引起的社会问题。例如城乡二元结构、贫富差距。

13.1.5 越轨行为 deviant behavior

违反一定社会的行为准则、价值观念或道德规范的行为。

13.2 意外伤害

13.2 意外伤害 unintentional injury

由外部、意外且非主观意愿的事件所导致的人身生理或心理损害。

给人类生存带来危害或损害人类生活环境的自然现象。包括干旱、洪涝等气象灾害，火山、地震灾害等地质灾害，风暴潮、海啸等海洋灾害，森林草原火灾和重大生物灾害等。

13.2.1 自然灾害 natural disaster

13.2.2 道路交通伤害 road traffic injury

发生在公共道路（或涉及公共道路）上，由至少一辆移动车辆的碰撞事件导致的致死或非致死性损伤

由高温引起，或由辐射、放射、电、摩擦或接触化学产品而导致的皮肤或其他器官组织的损伤。

13.2.3 溺水 drowning

人体部分或全部浸于液体介质中，并由此造成的损害。其并非时间上某一点的概念，而是一个动态过程。其损害主要为液体介质进入呼吸道造成呼吸功能障碍，从而引起缺氧，另外长时间遭受淹溺也可以导致意外低体温等。

13.2.7 窒息 suffocation

人体的呼吸过程由于某种原因受阻或异常，以致全身各器官和组织缺氧或二氧化碳潴留而引起的病理状态。

13.2.4 中毒 poisoning

化学物质进入人体后，与人体组织发生反应，引起人体发生暂时或持久性损害的过程

13.2.8 医源性损伤 iatrogenic injury

患者在就医过程中由于医疗机构的医疗行为所造成的损伤，可以是正常医疗行为难以避免的后果，也可能为医疗机构的过错行为所致。

13.2.5 跌倒 falls

导致一个人不慎落在地面或地板或其他低于其原先位置的事故。

13.2.9 职业伤害 occupational injury

在生产劳动过程中由于外部因素直接作用而引起机体组织的突发性意外损伤，如因职业性事故导致的伤亡及急性化学物中毒。

13.2.6 烧伤 burns

13.3 自我伤害

13.3 自我伤害 self-harm

个体出于非自杀意图，故意、直接对自身身体组织造成即时损伤的行为，且该行为不符合社会或文化规范。

或自杀行为。

13.3.1 自虐 self-abuse

个体在特定情境下，通过遭受身体或心理上的痛苦、羞辱或折磨来获得满足感、快感或情绪释放的行为或倾向。

13.3.2.2 自杀计划 suicide plan

个体在自杀意念基础上为结束自己的生命而考虑或制定的具体行动方案，可能包括自杀方法、时间、地点、方法、后事安排等具体细节。

13.3.2 自杀 suicide

一种与心理过程、社会环境和文化影响等因素密切相关，以自我结束生命为目的的自我毁灭性冲动行为。

13.3.2.3 自杀未遂 attempted suicide

有自杀意念和行动，但未导致死亡的现象。

13.3.2.1 自杀意念 suicide ideation

个体在思想或认知层面产生的结束自己生命的想法、愿望或动机，但尚未付诸实际行动。这包括对死亡的渴望、自杀的考虑或计划，但不涉及任何外显的自伤

13.3.2.4 自杀死亡 complete suicide

有自杀意念和行为并导致死亡的现象。

13.3.2.5 自杀预防 suicide prevention

实施预防自杀的各种措施。例如及早识别潜在的自杀者，对其危险程度进行评估，处理有自杀念头的求助者，尽快终止他们的自杀观念和自杀行为，进行有关

自杀人群的思维和行为特征知识的宣传教育。

13.4 人际暴力

13.4 人际暴力 interpersonal violence

发生在人与人之间，由个体直接做出，对他人身体和（或）心理造成伤害的行为。

13.4.1 家庭暴力 domestic violence

简称“家暴”。家庭成员之间的身体、精神、性等方面的侵害行为。发生于有血缘、婚姻、收养关系而生活在一起的家庭成员之间，如丈夫对妻子、父母对子女、成年子女对父母等。

13.4.2 老年虐待 abuse of older people

由家庭成员或第三方对老年人造成伤害的行为。

13.4.3 儿童虐待 child abuse

采用忽视、故意剥削或伤害的方式对待儿童的行为。

13.4.4 儿童忽视 child neglect

父母或照看者未能给儿童提供足够的照料和监督的行为。例如忽略必需物品供给，忽略对儿童的医疗、安全、情绪、教育或躯体等方面的照顾。

13.4.5 校园霸凌 school bullying

在校园内外，学生之间或学生与教师、校外人员之间，一方（个体或群体）单次或多次蓄意或恶意通过肢体、语言及网络等手段实施欺负、侮辱，从而对另一方（个体或群体）造成身体伤害、财产损失或精神损害的行为。

13.4.6 网络暴力 cyberbullying

利用数字技术进行的欺凌行为，即通过社交媒体、即时通讯平台、游戏平台和手机等，以恐吓、激怒或羞辱他人为目的的重复行为。

13.4.7 性暴力 sexual violence

以武力强迫、威胁等实施的违背他人意愿的性接触，包括强奸、性攻击、性骚扰、猥亵、调戏等。

13.4.8 强奸 rape

违背个人意志，采用暴力、胁迫、利诱、欺骗、药物或其他手段对其进行的非法性交行为。

13.5 成瘾性社会病

13.5 成瘾性社会病 additive sociopathy

在特定社会环境下，由经济不平等、文化异化或技术异化等因素驱动，导致个体或群体对物质或行为形成强迫性依赖的社会现象。

13.5.1 行为成瘾 behavioral addiction

不依靠物质的一种行为活动的成瘾。表现为反复出现、具有强迫性质的某种行为，产生躯体、心理、社会严重不良后果，尽管成瘾者明白行为所产生的不良后果，仍然执意坚持。

13.5.1.1 赌博 gambling

以金钱或具有金钱价值的财物为赌注，以特定事件的偶然性来决定其输赢归属，并期望借此获取更大收益的行为。根据其对个人与社会的影响程度，可分为娱乐性、问题性和病理性三种类型。

13.5.1.2 赌博成瘾 gambling addiction

个体的赌博行为反复出现，不可自制地渴求，且具有破坏性的现象。如妨碍个人、家庭和职业追求等。

13.5.1.3 网络成瘾 internet addiction

又称“网络依赖（internet dependence）”。对互联网过度依赖而导致的一组心理异常状态和生理性不适症状。表现为无节制地花费大量时间和精力在互联网上，影响生活质量，降低工作效率，损害身体健康。

13.5.2.1 吸毒 drug abuse

以非医疗目的滥用管制物质导致身心依赖的违法行为，涵盖吸入、口服、注射等多种方式。

13.5.1.4 性成瘾 sexual addiction

个体无法控制地沉溺于性幻想、冲动或行为，并将其作为调节情绪、逃避现实的主要手段，即使该行为已对其个人生活、社交关系或身心健康造成显著的负面后果。

13.5.2.2 药物成瘾 drug addiction

因长期或反复应用某种药物（物质）而产生精神或躯体上的依赖性，持续地或周期性渴望重复应用该种药物的现象。

13.5.1.5 运动成瘾 exercise addiction

个体对运动产生不健康的依赖和强迫性行为，表现为对运动的过度追求和控制，即使面临身体或心理上的负面影响也难以停止。

13.5.2.3 尼古丁依赖 nicotine dependence

无法克制的烟碱（尼古丁）觅求冲动，强迫地、连续地使用烟碱，以体验其带来的欣快感和愉悦感，并避免可能产生戒断症状的行为。

13.5.2 物质滥用 substance abuse

对物质持续性或间歇性过度使用的状况。

13.5.2.4 酒精依赖 alcohol dependence

对酒精产生生理和心理上的依赖，无法停止饮酒或控制饮酒量的现象。

13.6 性传播疾病

13.6 性传播疾病 sexually transmitted diseases

通过性接触传播的传染病。我国将其列入重点监测与

法定报告范畴，具体包括梅毒、淋病、艾滋病、尖锐湿疣、生殖器疱疹、非淋菌性尿道炎、软下疳和性病性淋巴肉芽肿共 8 种。

13.7 精神障碍

13.7 精神障碍 mental disorder

由大脑功能显著异常引起的，导致个体痛苦或社会功能受损的临床状况，且排除物质、躯体疾病等直接生理效应。

为与现实相脱离为突出表现，病程长短不一，部分患者会出现持久的功能损害。

13.7.1 精神病性障碍 psychotic disorder

可造成严重现实检验能力下降和社会功能障碍的一类重性精神障碍。其临床多以幻觉、妄想、思维和行

13.7.2 非精神病性障碍 non-psychotic disorder

没有精神病性症状，也没有精神病性障碍亚型的一类心理障碍。其常见类型包括神经症性障碍、人格障碍、习惯与冲动控制障碍、性心理障碍，以及心理因素相关的生理障碍等。

13.8 社会心理应激

13.8 社会心理应激 psychosocial stress

个体在面对来自社会或人际关系的挑战性、威胁性或有害性事件（应激源）时，经由认知评估后产生的

生理、心理及行为上的适应性和不适应性的生理和行为反应。

产生可提高人的警觉水平，从而应付各种环境变化的挑战。若过度，有害于人体的身心健康。

13.8.1 应激 stress

机体在各种内外环境因素刺激下所表现的非特异性的适应性和不适应性的生理和行为反应。

13.8.3 心理弹性 psychological resilience

个体在面对逆境、压力、创伤或重大变化时，能够积极适应、有效恢复并保持良好发展的能力。

13.8.2 心理应激 psychological stress

机体在某种环境刺激作用下，由于客观要求和应付能力不平衡所产生的一种适应环境的紧张反应状态。其

13.8.4 生活事件 life event

能够改变、影响正常生活，对人的生理、心理状态造成干扰的社会生活变动。

13.9 社会病防治

13.9 社会病防治 prevention and treatment of sociopathy

有利于促进和保持健康的积极行为方式，包括均衡饮食、规律运动、充足睡眠、戒烟限酒等。

减少社会病发生、发展的一系列措施，可采取社会处方实现。

13.9.2.2 危险行为 risk behaviors

对个人、他人或社会造成潜在危害的行为，通常涉及对健康、安全或公共秩序的威胁，包括吸烟、酗酒、药物滥用、危险驾驶等。

13.9.1 心理干预 psychological intervention

在心理学理论指导下，有计划、按步骤地对一定对象的心理活动、个性特征或行为问题施加影响，使之发生朝向预期目标变化的过程。

13.9.3 伤害预防 injury prevention

通过采取措施，来减少或消除人们在日常生活中可能遭受的因超过机体承受能力产生的伤害。

13.9.1.1 心理危机干预 psychological crisis intervention

在个体或群体面临心理危机时，通过专业的干预措施和技术，帮助其减轻痛苦、恢复心理平衡、并促进心理健康的过程。

13.9.3.1 工程干预 engineering intervention

通过影响媒介及物理环境，减少和消除伤害发生危险的干预措施。

13.9.1.2 心理卫生服务 mental health service

为促进个体、家庭和社区的心理健康而提供的一系列专业支持 and 治疗服务。

13.9.3.2 经济干预 economic intervention

用经济鼓励或惩罚的手段影响人们行为的干预措施。

13.9.2 行为干预 behaviour intervention

通过系统化的方法来改变个体的行为模式，以促进其心理健康和社会适应能力。

13.9.3.3 强制干预 enforcement intervention

通过法律及法规影响伤害的危险行为的干预措施。

13.9.2.1 健康行为 health behaviors

13.9.3.4 教育干预 education intervention

通过健康教育和普及安全知识，增强公众对伤害危害的认识，改变公众不良行为的干预措施。

13.9.4 社会工作 social work

遵循助人自助的专业价值观，综合运用专业知识、技能和方法，帮助有需要的个人、群体和社区，整合社会资源，协调社会关系，预防和解决社会问题，促进社会稳定和谐的专业和职业。

13.9.4.1 个案工作 case work

社会工作者帮助个人和家庭改善其社会生活功能的社会工作方法及其过程。例如为失业个体提供就业咨询。

13.9.4.2 小组工作 group work

社会工作者通过组织小组活动促进成员互动和经验分享，帮助改善社会功能并解决相关问题的社会工作

方法及其过程，其服务对象为具有共同需求或问题的群体，常见类型包括教育小组、成长小组等。

13.9.4.3 社区工作 community work

社会工作者以社区和社区居民为对象的社会工作方法及其过程。社会工作者与居民协同行动，制定福利方案、解决社区问题，是社区组织与社区发展的综合。

13.9.4.4 医务社会工作 medical social work

在医院、诊所等医疗机构内，由专业社会工作者开展的以患者及其家庭为服务对象的社会工作活动。目标是帮助患者及其亲属解决与健康相关的社会、心理、经济和法律等方面的问题，促进患者的康复、提升生活质量。