

精神病院五位一体院内康复模式的探讨

刘联琦, 周平

【关键词】 精神病院; 五位一体; 康复模式

【中图分类号】 R49; R494 【DOI】 10.3870/zgkf.2013.02.027

慢性精神病患者由于长期住院治疗,与外界环境相隔绝,社会功能逐渐下降,精神残疾的发生率不断增高^[1];精神康复则是通过生物、社会、心理的各种方法,使由于精神残疾所导致的社会功能缺损得以恢复,是康复医学中的一个重要组成部分^[2]。

我院为广州市民政局下属的精神病专科医院,住院患者大多是长期、反复住院的慢性期患者,长期生活在封闭的病房环境中,各种社会活动被剥夺,自主的生活权利被服从病房管理的义务所替代,表现为明显的社会适应不良、情感淡漠、兴趣丧失、意志活动缺乏、行为退化,药物治疗虽然对控制精神症状有较好效果,但对提高患者独立生活技能仍欠缺,精神残疾的发生率较高;另外有很多慢性精神病患者的阳性精神病性症状无法完全消失,很多患者必须要学会带着症状去工作与生活。针对医院慢性患者为主的特点,近几年来我院在精神康复方面加大投入,目前基本形成了一套较系统的包括精神科医师、护士、心理治疗师、康复治疗师和社工的五位一体的综合性院内康复模式,在慢性住院精神病患者中实施取得了一定的效果,现将我院院内精神康复的组织与管理介绍如下。

1 康复组织架构

医院康复科负责全院精神康复工作的指导与管理,下辖 16 个治疗病区、1 个康复病区、1 个康复治疗部及 1 个日间康复中心。各治疗病区在病区内对患者开展初级的、常规的康复训练,恢复到一定程度后转介参加院级的各项康复训练项目;康复病区负责对准备出院患者进行综合性康复训练,由其它治疗病区转介

而来,为半开放式管理;康复治疗部开展了 8 个集中康复训练项目,主要是职业治疗、文娱治疗、物理治疗及体育疗法等;日间康复中心主要是参照国际会所模式,以社会工作理念开展社会交往和生活技能训练的场

所。精神患者康复实行个案管理^[3],由精神科医师、护士、心理治疗师、康复治疗师和社工等 5 个专业人员组成的康复团队,为患者进行总体评估、做出康复评定、拟定康复计划、实施综合康复措施、提供效果反馈、定期个案总结,直到最后结案。个案的康复团队中各专业人员各司其职,共同协作,积极解决康复实施过程中出现的阻抗、停滞、症状复发、心理适应困难等问题。

2 五位一体康复团队运作模式

五位一体康复团队通过为每个患者建立康复档案,采用全程追踪方法,以“全人、全程”理念为指导,各专业人员针对康复过程中涉及本专业的问题给予及时干预,进行康复前、中、后期的评估、反馈和总结,达到全面协作提高康复效果的目标。精神科医师是团队的核心,负责对患者进行总体评估,确定康复目标,监督康复过程,评定康复效果,同时管理患者的精神症状;护士负责患者的日常生活功能观察和康复训练;心理治疗师负责对患者在康复过程中出现的心理问题进行干预;康复治疗师负责专项康复的训练;社工是团队的纽带,负责管理患者的康复档案,协调患者与专业人员之间及各专业人员之间的关系,召集康复团队病例讨论会,同时对患者的社会功能进行训练。

3 康复实施程序

3.1 评估工具 ①阳性和阴性综合症状量表(positive and negative syndrome scale, PANSS)^[4]。共有 33 项,其中 30 项为基本项目,组成 3 个分量表:P1~

收稿日期:2012-09-06

作者单位:广州市民政局精神病院,广州,510430

作者简介:刘联琦(1971-),男,副主任医师,主要从事精神疾病康复方面的研究。

通讯作者:周平。

P7 组成阳性量表,测评附加于正常精神状态的症状;N1~N7 组成阴性量表,测评从正常精神状态中缺失的特征;G1~G16 组成一般精神病理量表,估计精神分裂障碍的总体严重度;另有3项为评估攻击危险性的补充项目;所有条目1~7级评分,分值越高,症状越严重。②日常生活能力量表(activity of daily living scale, ADL)^[5]。美国的 Lawton 和 Brody 于1969年制定,共有14项,包括两部分内容:一是躯体生活自理量表,由上厕所、进食、穿衣、梳洗、行走和洗澡等6项组成;二是工具性日常生活能力量表,由打电话、购物、备餐、做家务、洗衣、使用交通工具、服药和自理经济等8项组成。评定结果可按总分、分量表分和单项分进行分析,总分<16分完全正常,>16分有不同程度的功能下降,≥22分为功能明显下降。③症状自评量表(self-reporting inventory, SCL-90)^[6]。又名90项症状清单,由德若伽提斯(L. R. Derogatis)于1975年编制。该量表共有90个项目,包含有较广泛的精神病症状学内容,从感觉、情感、思维、意识、行为直至生活习惯、人际关系、饮食睡眠等均有涉及,并采用10个因子分别反映10个方面的心理症状情况。从“没有”到“严重”由患者自己判断分为1~5级评分。④精神护理观察量表(nurses' observation scale for inpatient evaluation, NOSIE)^[7]。共30个项目,按照具体现象或症状出现的频度进行0~4级评分:0分,无;1分,有时有;2分,较常发生;3分,经常发生;4分,一直是。从NOSIE的结果可以得出因子分、总积极因素分、总消极因素分和病情总估计(总分)。总分逐步提高,表示患者的人际交往能力、日常生活及自我料理、病房内活动等能力越高。⑤修改版外显攻击行为量表(the modified outward aggression scale, MOAS)^[8]。包括有言语攻击、对财产的攻击、自身攻击和体力攻击四个分量表,评价研究对象的攻击行为。每个分量表分为0~4共5级评分,而每个分量表的加权分分别为:言语攻击(量表分×1)、对财产的攻击(量表分×2)、自身攻击(量表分×3)、体力攻击(量表分×4)。⑥精神残疾评定量表(world health organization disability assessment schedule, WHO-DAS)^[9]。由WHO开发,经全球多中心测试的标准化评定工具,用于全面评价精神障碍患者社会功能,为半定式他评量表,总共36个条目,每个条目1~5级评分,包括理解与交流、身体移动、自我照料、与他人相处、生活活动及社会参与共6个分量表,根据量表总分及患者适应行为表现把精神残疾划分为4级。

3.2 康复评定 由临床医师对患者的功能缺损作出康复评定,应特别注意,康复评定不在于诊断患者患了

哪种精神病,而是评定患者已有的功能缺损。如某患者为家庭主妇,但得病后不会做饭,她的康复评定就是“不会做饭”,某慢性精神分裂症患者“不会整理自己的床铺”,某患者出院后“不会自己去医院看病”、“不会使用电话与家人联系”等等。

3.3 康复目标 根据病情及患者实际社会功能缺损的情况,康复评定,以及家庭、社会对患者的角色要求,为患者确定切合实际的康复目标。如某女性精神分裂症患者病前为家庭主妇,能较好的料理家务、照看孩子及按时上班的丈夫做饭,病后这些家庭角色职能发生障碍(妻子、母亲的角色职能不能完成)。其丈夫要求:“只要能在家里照看孩子,或者把孩子送托儿所,只要为家人做好饭即可。”根据康复评定及家庭要求,该患者的康复目标就是:照看孩子和为家人做饭。

3.4 康复训练 根据康复评定和康复目标,制订周密的康复计划,采取适应患者的康复训练方法。目前我院已经或准备开展的康复训练有:①农疗康复训练。我院于2010年在原来农疗基础上扩大创建一个“农趣园”,是与广东省农科院蔬菜研究所合作成立的农疗康复训练基地,农趣园占地面积17000平方米,包括室外田间种植、室内温室培养、畜业养殖三大部分,配备6名康复治疗师,参照国际农疗康复训练理念和方法,并由具备成功农疗康复经验的香港资深精神康复机构-香港新生精神康复会具体指导,为患者提供专业的农疗康复训练。②日间康复中心。我院日间康复中心是民政部第二批社工试点单位,配有专职社工,参照国际会所模式,坚持平等参与理念,设立有小卖部、文书组、环境支持组、农艺组、厨艺组、行政接待组,在社会工作者的引导下,康复者自主参与、自我决定、自由分享。③手工操作。康复者通过分工合作,完成零配件加工和工艺品制作。并根据加工产品的数量与质量适当给予康复者训练津贴,提高其工作积极性。该项目引入义工参与,共同完成训练任务。④书画训练。我院康复治疗部开设了书画室,根据每位康复者的爱好特长,因势利导,通过书画练习,一方面放松情绪、培养兴趣,从中获得满足感与成就感,增强自信心;另一方面通过作品表达自我,透过康复者的艺术行为和作品对其进行有效的心理分析及干预。本书画室的一名康复者,在康复治疗师的指导下,经过数年努力,作品独具风格,先后在德国法兰克福和香港等重大展览中屡获殊荣,并在广州博物馆成功举办个人画展,被誉为“广州毕加索”,在艺术界引起轰动。⑤文娱训练。我院成立了由精神患者组成的弯月亮艺术团,按兴趣和特长分为:合唱组、舞蹈组、小品表演组、诗歌朗诵组。该团已经成功举办过多次大小型文艺演出,并多次代表我院

参加大型活动,得到康复者、家属、领导及各界社会人士的肯定。⑥时尚缝纫室:缝纫室现有专业缝纫设备30台,康复者在康复治疗师指导下加工制作我院现用部分患者衣裤、床上用品、窗帘等成品,并根据加工产品的数量与质量适当给予康复者训练津贴,提高其工作积极性。⑦爱车坊。爱车坊是一项特殊的模拟职业训练场所,也是香港职业治疗理念和操作手法在我院实施应用的新尝试。康复者在这里学习并实践自行车、三轮车等维修技术,尝试回归社会,提高自主就业能力。

以上7项康复训练并非每位康复者全部参加,精神病患者住院经药物治疗症状基本控制后,由主管医生提出康复训练申请,与护士、心理治疗师、康复治疗师、社工一起根据患者的病情、社会功能状况、兴趣爱好及患者个人意见等为其选择1~2项康复项目,训练过程中根据患者的评估情况进行调整,尽可能使康复者更好地恢复社会功能及掌握一定的职业技能。

3.5 利伯曼康复技能训练程式的应用^[10] 采用美国加利福尼亚大学洛杉矶分校医学院精神科 Liberman 教授及其同事创立的《社会独立生活技能训练模式》的精神康复技术,在此基础上发展为许多技能训练模式,主要包括3项训练。①药物自我处置技能训练(medication self-management skills training)^[10-11]。此模式分为4个技能领域:获取有关抗精神病药物的知识,学习药物如何作用的知识,了解维持服药治疗的益处;学会正确的药物自我管理方法,学会正确服药和评价药物疗效的方法及评价药物的作用;识别和处理药物的副作用,学会识别服药之后出现的副作用(如口干、坐立不安等)及如何处理这些副作用;学会如何和医务人员商讨用药问题,学会服药之后出现不适症状时如何与医生联系,如何用适当语言报告自己的不适,和医生商讨调整治疗方案的问题。以上4个领域由康复治疗师通过内容介绍、看录像和提问/回答、角色扮演、资源管理、解决新出现的问题、实际练习和家庭作业等7个步骤来完成。经过这4个技能的反复训练,康复者可以学会如何自己管理药物,并学会利用相应的资源去处理现实生活中遇到的问题。②症状自我监控技能训练(symptom self-management skills training)^[10-12]。此模式分为4个技能领域,如何识别先兆症状:学习怎样识别和监测自己疾病复发的先兆症状,学习怎样向医疗保健小组和家人或照料者寻求帮助;如何干预或处理先兆症状;学习如何向医务人员寻求帮助,让其告知持续症状与先兆症状、药物不良反应、情绪改变的区别。也可以学习处理自己个人预警症状的特定技术,形成应急方案以防止复发;如何应对持续

症状:学习怎样识别持续症状以及向医务人员求助使其告诉这些症状与预警症状、药物不良反应、情绪改变的区别,学习应对持续症状的一些特定技术;如何避免饮酒及使用毒品,了解饮酒和吸毒的坏处及戒除它们的益处,学会拒绝饮酒及吸毒的社交技能。这个模式由精神科医师、康复治疗师、心理治疗师、康复者本人及家属(若可能的话)形成一个通力合作的关系,以形成和实施一套应急方案,阻止症状的复发。③回归社会技能训练(community re-entry program training)^[10,13]:是由社会工作者开展的一个短期教育性的训练模式,共有16次培训课程,目的主要包括:了解致残性精神障碍(如精神分裂症、双相障碍和抑郁症)的症状,为了患者能够在社区顺利生活,帮助控制症状和预防复发;为患者的出院做准备,那些症状和功能的改善能使患者更好地独立生活;计划患者在社区生活,教会患者在何处居住,怎样获得养活自己的资金,以及从何处获得持续的精神科服务;与社区保持联系,教会患者去何地、何时、见何人,并帮助其安排在社区卫生服务项目中持续治疗;应对在社区中的应激,教会患者能采用技能处理应激和预防复发;制订和保持约会,教会患者交流技巧和资源来安排精神卫生、社会及娱乐服务的约会。

以上3项利伯曼康复技能训练程式目前尚未正式应用于我院的康复实践中,准备于近期开展此项工作,将所有准备进入康复训练的患者先实施此3项训练,使其能学会管理自己的症状、疾病及药物,再分别进入最初的7项康复训练。

3.6 康复疗效的评定 每个患者在康复治疗前及治疗后每3个月采用上述评定工具进行测评,观察康复治疗实施的实际效果。已达到了康复目标要求者,可再找出患者另一个社会功能缺损表现(康复评定),并制定下一个康复目标和康复计划,这样周而复始,直至患者的社会功能全部恢复。

4 康复质量工作考评

为了更好地推进我院全面开展康复工作,提高患者的康复效果,我院专门制订了《康复工作质量考评方案》,将康复工作质量考评纳入我院医护质量考评总体计划,每季度考评1次,考评内容包括病区内康复项目开展情况、全院性康复项目参与情况及康复工作记录及效果评估,根据各病区全年康复质量考评总分,评选出不同的奖励等级予以奖励。

我院开展精神疾病院内康复工作以来,经过反复探索与研究,目前已基本形成了一整套系统康复体系,取得了较为丰硕的成果,医院陆续有多篇关于康复治

疗效果的研究文章在各级杂志上发表^[14-20],得到了患者、家属及社会的肯定。我们将在积累较多的住院精神患者的康复训练经验后,逐渐开展院外患者的康复训练工作,促使精神疾病患者尽可能恢复社会功能。

【参考文献】

- [1] Liberman RP. Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients [M]. Washington DC: American Psychiatric Press, 1988, 147-164.
- [2] 翁永振, 向应强, 陈学诗, 等. 精神分裂症院内康复措施及其疗效的一年随访[J]. 中华精神科杂志, 2002, 35(1): 32-35.
- [3] Intragliata J. Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: The role of case management[J]. Schizophrenia Bulletin, 1989, 8(4): 655-674.
- [4] 何燕玲, 张明园. 阳性和阴性综合征量表(PANSS)及其应用[J]. 临床精神医学杂志, 1997, 7(6): 353-353.
- [5] 张明园. 精神科评定量表手册[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1993, 165-167.
- [6] 汪向东, 王希林, 马弘. 心理卫生评定量表手册[J]. 中国心理卫生杂志, 1999, 增刊: 31-35.
- [7] 蔡红霞, 王晓慧. 现代精神疾病护理学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2004, 150-152.
- [8] 张依伦. 行为医学量表手册[J]. 中国行为医学科学, 2001, 1(特刊): 195-196.
- [9] 田维才. 实用临床精神医学[M]. 北京: 光明日报出版, 2011, 173-175.
- [10] Liberman RP. Handbook of psychiatric rehabilitation[M]. New York: Macmillan, 1992, 1-356.
- [11] 徐志达, 翁永振, 侯也之, 等. 药物自我处置模式训练对精神分裂症疗效的随访研究[J]. 中华精神科杂志, 1995, 32(2): 96-99.
- [12] 向应强, 翁永振, 侯也之, 等. 药物自我处置和症状自我监控技能训练对预防精神分裂症复发的作用初探[J]. 中华精神科杂志, 2001, 34(3): 153-153.
- [13] 崔勇, 杨文英, 翁永振, 等. 社会技能训练对慢性精神分裂症疗效的对照研究[J]. 中国心理卫生杂志, 2004, 18(11): 799-801.
- [14] 张献强, 高云, 朱艳玲. 手工作业对长期住院精神分裂症患者生活满意度的影响[J]. 中国康复, 2011, 26(4): 310-311.
- [15] 邓娟, 梁凤珍, 卢勇花. 综合康复治疗对老年精神分裂症患者社会功能的影响[J]. 中国康复, 2012, 27(4): 313-314.
- [16] 屈艳妮, 黄芸芳, 周志享, 等. 长期住院慢性精神分裂症患者老年期的康复护理[J]. 中国医药指南, 2012, 10(9): 552-554.
- [17] 梁忠新, 秦铁灵. 综合性康复治疗对慢性精神分裂症患者生活质量的影响[J]. 中国康复, 2010, 25(4): 304-305.
- [18] 高云, 张献强. 车缝技能训练对住院精神分裂症患者康复疗效分析[J]. 中国民康医学, 2010, 22(11): 1454-1454.
- [19] 曾妙容, 蔡燕玉, 彭燕萍, 等. 健康教育对住院精神分裂症患者治疗依从性的影响[J]. 中国康复, 2009, 24(5): 360-360.
- [20] 尹竹芳, 汪云芳, 刘佳, 等. 健康教育对康复期精神分裂症患者的影响[J]. 中国民康医学, 2009, 21(17): 2117-2117.

作者·读者·编者

论文书写要求

引言(也称前言、序言或概述)经常作为科技论文的开端,提出文中要研究的问题,引导读者阅读和理解全文。引言的写作要求:开门见山,避免大篇幅地讲述历史渊源和立题研究过程;言简意赅,突出重点,不应过多叙述同行熟知教科书中的常识性内容,确有必要提及他人的研究成果和基本原理时,只需以参考引文的形式标出即可;尊重科学,实事求是,在论述本文的研究意义时,应注意分寸,切忌使用“有很高的学术价值”、“填补了国内外空白”、“首次发现”等不当之词;引言一般应与结论相呼应,在引言中提出的问题,在结论中应有解答,但也应避免引言与结论雷同;简短的引言,最好不要分段论述。