

专项康复

· 笔谈 ·

精神分裂症“一体化”康复模式的建立与应用

张倬秋,申文武,陈颖,邓佳辉,李水英,段芬,张树森,邓红

【关键词】 精神分裂症;“一体化”模式;康复模式

【中图分类号】 R49;R749 【DOI】 10.3870/zgkf.2013.06.026

精神分裂症是一种严重致残性精神障碍,自然病程呈慢性化和进行性发展的趋势,终生患病率约为1.0%,占疾病总负担的1.0%,药物治疗能取得较好的效果,但患者常存在一定的功能障碍^[1]。大量临床研究提示,康复治疗对巩固精神分裂症的疗效、预防疾病复发、提高对治疗的依从性、改善社会功能,降低致残率、提高生活质量有明确的效果^[2-4]。从20世纪50年代以后,西方国家在精神病患者的治疗方式上明显转向社区治疗^[5],对医院为基地的治疗不再偏重,以社区为基地的生活安排、职业培训项目和门诊及出院保健项目构成了新的精神疾病治疗模式。全国精神卫生工作体系发展指导纲要(2008年~2015年)中也强调了社区治疗和社区康复是我国精神卫生发展的方向。近年来,很多学者对医院内康复和社区康复进行了积极的探索^[6-7]。但如何将住院康复与社区和家庭康复有机衔接,如何积极发挥医院在其所在地对社区的支持与引领作用,如何保持康复的连续性,如何建立一体化的康复模式等还是有待探索的问题,为此,我们进行了一些初步的探索与实践。

1 组织架构与职责

在医院及医院所在地行政区域卫生主管部门的支持下,组织精神卫生及公共卫生领域专家进行深入探讨,达成共识,建立由四川大学华西医院心理卫生中心和成都市玉林社区卫生服务中心共同主导的合作框架,开展规范化的精神康复服务,建立“医院-社区-家庭”一体化的康复模式,并命名为“阳光康复家园”。根

据卫生部《重性精神疾病管理治疗工作规范》的相关要求,并结合医院、社区的人力资源、空间、硬件设施、康复技术等实际情况,双方确定由四川大学华西医院心理卫生中心承担包括康复评估、内容与流程设计、评价和转诊服务、技术指导、人员培训与督导,并参与康复实施等职责。玉林社区卫生服务中心承担提供空间设施、参与康复实施、参与转诊服务等职责。

2 “一体化”康复模式实践

2.1 空间设施规划 结合康复服务的具体要求及社区的实际情况,由社区提供6个房间,设置为社区精神卫生服务门诊、心理治疗室、健康教育室、职业治疗室、技能训练室、兴趣活动室等,并根据康复服务的需求完成房间的布置及相应健康宣传栏目的设置。

2.2 康复内容设计 精神分裂症为慢性病程,在疾病的不同阶段,患者可能出现有不同程度的社会功能缺损,因此,康复目标的制定和康复内容的设计遵循个性化的动态调整原则、家庭主导的全程参与原则和由易到难的循序渐进原则。①院内康复:住院患者往往处于疾病的急性期,精神症状丰富且自知力缺失,家属往往处于疾病相关知识缺乏、疾病羞耻感强烈、接受疾病诊断的心理冲突阶段(尤其是首次入院的患者)^[8-9]。康复内容的设计从患者与家属两方面着手,患者层面主要包括建立患者对精神康复的初步感知,得到轻松、愉快的康复体验,并提高患者家属与本人对疾病认识能力,减少病耻感、点燃康复希望,从而促进患者治疗依从性的提高;具体康复实施以疾病知识教育、放松训练、行为训练、娱乐活动和体育训练为主。家属层面主要包括提高家属对疾病的认识,以促进家庭对患者接受治疗、随访、康复的依从性的保持。具体康复实施包括疾病知识健康教育、疾病认同的小组活动、亲情体验活动等。②社区康复:出院后回归社区的患者,精神症

基金项目:“十一五”国家科技支撑项目(2007BAI17B04);成都市科技局科技支撑计划项目(11PPYB055SF-027)

收稿日期:2013-08-21

作者单位:四川大学华西医院心理卫生中心,成都 610041

作者简介:张倬秋(1968-),女,主管护师,主要从事精神科护理管理与精神康复方面的研究。

通讯作者:邓红。

状往往得到基本控制,对疾病有一定的自知力,家属往往对疾病有一定的认识。针对患者的康复内容包括以患者为中心的预防复发、生活技能、社交技能、职业技能、心理调适等教育与训练;针对家属的健康教育则主要集中在药物治疗的重要性、病情观察、处理冲动与自杀等应急事件,并帮助家属正确处理疾病耻感。具体康复实施包括:疾病预防健康教育、药物管理、社交技能训练、压力管理、生活技能训练、职业技能训练、残留症状的应对技巧、个别心理咨询、门诊随访、兴趣小组等。③家庭康复:精神分裂症具有病程长、疗程长、反复发作的特点,需要亲属细心的照料。家庭成员对疾病和患者的看法对康复的影响最大,家庭成员对患者的情感表达方式会影响病情的复发,很多康复训练还需要在家庭环境中进一步实施,需要家属的检查和督促,因此,对患者家庭的干预十分重要^[10],因此,在“医院-社区-家庭”一体化康复模式实践中,设计了家庭主导的全程参与程序,除了在住院康复与社区康复中设计的家庭康复内容以外,针对家庭康复最重要的是个案管理,定期到患者家中进行家访,帮助家庭了解社区环境、家庭结构、家庭功能、家庭成员的情感表达等,并与家属讨论在居家环境中的康复训练。

2.3 流程设计 住院患者由主管医生和主管护士进行综合评估,根据评估结果,制定出康复目标,设计个性化的康复方案,由病房康复护士和心理治疗师共同实施,并在实施过程中根据患者的实际情况进行动态修订。患者出院后,由医院精神专科医生、护士、心理治疗师构成的多专业功能团队与社区医生、护士完成转介、综合康复评估等工作,根据评估情况,与患者和家属讨论,制定近期和远期目标,设计康复方案,组织患者及家属参与各种康复训练、小组活动和个案管理。6个月后再次进行系统评估,决定下一步的康复方案。康复期间出现病情波动、复发,则由“医院-社区”康复团队协作完成转诊服务。

2.4 康复实施 ①建立多专业协作的服务团队:我国社区护理从20世纪80年代才开始,社区护士整体素质偏低,且社区护理人员配置不合理,主要的护理活动以治疗为主^[11]。而医院护士存在缺编情况,临床工作量大,缺乏社区护理的相关知识^[12]。卫生部《重性精神疾病管理治疗工作规范》对各级精神卫生医疗机构的主要职责进行了设定,但主要体现在治疗、管理等领域,还未设置专门的社区康复职责,因此,我国目前的精神卫生机构均未设置独立的社区康复及个案管理团队。同时,卫生部关于开展延伸护理的指导意见、专科护理的发展趋势及护理人员职业生涯拓展的需求,使高年资精神专科护理人员投入到“医院-社区-家庭”一

体化康复工作中具备了可操作性条件。为此,我们结合精神分裂症疾病康复的特点、以患者及家属的需求为中心、充分吸收依靠各方面一些可以利用的人力技术资源,组建了由临床精神专业医生3人(其中高级职称1人、中级职称2人)、精神专科护士10人(其中高级职称1人、中级职称6人、初级职称3人)、心理治疗师2人(其中国家二级咨询师1人、三级咨询师1人)、社工2人、社区医生2人(其中中级职称1人、初级职称1人)、社区护士3人(均为初级职称)等组成的多专业协作的综合性专业康复服务团队。②人员培训与督导:在项目开展前,在美国、加拿大、香港著名康复专家和华西心理卫生中心专家的支持下,就精神康复的系统评估、目标制定、内容设计、组织形式、康复技能、个案管理等进行了以集体讲座、专题讨论、康复技术示范、专家督导相结合的综合性培训,并结合团队成员的知识背景、特长等建立分工协作机制,并对实施中可能存在的问题制定出处理的预案。在康复实施过程中,由康复专家就康复实施中存在的困难、取得的经验实施以集体、个别、网上相结合的系统化督导,对问题进行分析、提出进一步的改进措施。③康复训练组织形式:主要包括小组训练、个案管理。小组训练以治疗性和娱乐性两种形式相结合进行,治疗性训练包括压力管理、社交技能训练、症状管理和药物管理。每个项目有6个主题,每周1次。娱乐性康复项目包括户外活动、室内运动、音乐、生活技能训练、手工等,每周2次。同时,每位患者均配置1名个案管理员,每位个案管理员负责3~5个个案。前2个月,每周访视患者及家属1次,第3~4月,每2周访视1次;第4~6月,每月访视患者及家属1次。6个月以后,根据评估情况决定是否继续个案管理。个案管理方式包括家庭访视、电话随访和社区康复站观察等。服务内容包括系统评估、督导家庭康复实施、康复效果评价、提出修正康复目标建议、转介以及与社区相关部门的协调等。精神康复能改善精神分裂症患者社会功能和提高其生活质量,但出院后的患者社会功能受损的程度不一,集体康复训练中患者的理解力、执行力存在差异。完善评估体系,设计差异化康复方案的重要性尤显突出。个案管理有利于实现康复的个体化,团体训练又为患者提供锻炼的机会和互相学习的平台,两者有机结合使康复训练更具有针对性和可行性。

3 初步成效

目前国内综合医院精神科管理普遍存在住院天数的趋势。比如华西医院心理卫生中心患者的平均住院日只有20余天。在这样的形势下,系统的康复计划在

院内难以完成。加之目前社区还缺乏针对早期精神分裂症患者系统康复服务技术条件与设施。从而使得众多原本可以有机会获得全面康复回归社会的早期精神分裂症患者,由于得不到及时系统康复而陷入疾病失控、反复发作以及慢性化的进程。鉴于当前状况,我们根据现有的条件与资源,逐步建立起“一体化”的精神康复模式。即:以医院为背景,建立住院治疗与出院后康复相连续的服务模式。其中涉及:医院与社区的连续;医生与护理、心理治疗师、社工等不同专业治疗的工作结合;药物治疗与康复心理干预、家庭干预等不同治疗干预方法之间的结合。该项目从医院走向社区,建立“医院-社区-家庭”一体化模式的实施,保证了系统化精神康复的连续性。同时,项目始终贯穿有家属全程参与,提高了家属对疾病的认知和护理患者的技能,提高了患者积极治疗康复的依从性,也促进了医患关系,患者和家属对服务的满意度达100%。项目的实施,提高了社区医护人员对康复重要性的认识,培养了一批精神康复人员和个案管理员。为建立医院参与的社区康复模式进行了积极探索,取得良好的社会效应,也为精神专科开展延伸护理服务奠定了坚实的基础。

(该项目得到了香港青年发展基金的积极支持,一并致谢。)

【参考文献】

[1] 张明园主译.精神病学(第五版)[M].北京:人民卫生出版社,2010,257-283.

- [2] 丁烨.康复训练对住院精神分裂症阴性症状疗效的影响[J].中国康复理论与实践,2011,17(11):1096-1098.
- [3] 赵云,胡卫红,袁前,等.家庭干预对精神分裂症患者社区康复的影响[J].精神医学杂志,2010,23(6):436-438.
- [4] 陈贻华,林振东,欧阳晓青,等.精神分裂症患者长期住院与社区康复治疗对照研究.中国康复医学杂志[J],2009,24(3):263-264.
- [5] Huber DL. The diversity of case management models. Lippincott's Case management,2001,5(6):248-255.
- [6] 项玉涛,李文咏,翁永振,等.社区精神分裂症患者应用重返社会程式训练一年随访研究[J].中华精神科杂志,2004,(1):40-43.
- [7] Granholm E,Mcquaid JR,Link PC,et al. Neuropsychological Predictors of functional outcome in Cognitive Behavioral Social Skills Training for older people with schizophrenia[J]. Schizophr res,2008,100(1-3):133-134.
- [8] 张倬秋,赖华,周茜,等.康复期精神分裂症患者病耻感与自我效能和应对方式的相关分析[J].精神医学,2012,25(2):87-88.
- [9] 刘玉莲,王悦婷.首发精神疾病患者家属病耻感的质性研究[J].护理管理杂志,2012,12(4):234-236.
- [10] 陈祖金,王勇,林跃泉.精神分裂症家属情感表达与患者服药依从性的相关性研究[J].中国民康医学,2007,19(11):459-460.
- [11] 李晓惠.国内外社区护理发展现状的比较[J].中国护理管理,2006,6(11):32-34.
- [12] 刘华平,巩玉秀,么莉,等.护理人力资源现状分析和质量标准研究[J].中国护理管理,2005,5(4):22-25.

作者·读者·编者

参考文献著录格式

参考文献:文稿中有关引用资料以近期出版的期刊及著作为主,应用的资料必需是正式发行的出版物,按在文稿中首次出现的顺序编码,并用方括号标注如“曾敏等^[1]报道”。参考文献著录格式应将作者的前1~3名列出,3名后加等。①著作:作者.书名[M].出版地:出版社,年,起止页码。②期刊:作者.文稿题[J].期刊名,年,卷(期):起止页码。