

社区康复

• 临床研究 •

患者-家属-专家服务模式对社区精神分裂症患者干预效果研究

黄靖童¹, 杨波², 邓煜², 罗英茂², 郑琼³, 彭静³, 廖慧黠², 曹缤月³, 李金山³

【摘要】 目的:研究患者-家属-专家服务模式对社区精神分裂症患者症状、社会功能及自知力的干预效果。探讨该模式中的服务绩效评价与干预效果改善量的关系。**方法:**选取重庆市纳入国家严重精神障碍信息系统的精神分裂症患者 98 例,分为干预组 48 例和对照组 50 例。2 组均接受常规药物治疗和定期访视,干预组在此基础上接受为期 6 个月的患者-家属-专家服务模式干预。干预前后采用阳性与阴性症状量表(PANSS)、社会功能缺陷筛选量表(SDSS)、自知力与治疗态度问卷(ITAQ)对 2 组进行测评,评估干预效果。同时统计干预组服务绩效评价得分与干预效果改善量的关系。**结果:**干预后 3 及 6 个月,PANSS 评分中阴性症状评分、一般精神病理症状评分、PANSS 总分及 SDSS 评分干预组均呈逐渐下降趋势(均 $P < 0.05$),且各时间点均低于对照组(均 $P < 0.05$);不同时间点 2 组间 PANSS 评分阳性症状评分差异无统计学意义;干预后 3 及 6 个月干预组 ITAQ 评分均呈逐渐升高趋势(均 $P < 0.05$),且各时间点均高于对照组(均 $P < 0.05$);对照组治疗前后各时间点 PANSS 各项评分、SDSS 评分及 ITAQ 评分比较均差异无统计学意义。干预后 6 个月,SDSS 改善量、阴性量表改善量、一般精神改善量以及 PANSS 改善量,高绩效评价组均高于低绩效评价组(均 $P < 0.05$);ITAQ 改善量及阳性量表改善量,2 组间未见显著性差异。**结论:**患者-家属-专家服务模式可以改善社区精神分裂症患者的阴性症状、社会功能及自知力,同时绩效评价能促进干预效果改善。

【关键词】 精神分裂症;患者-家属-专家服务模式;社区精神卫生服务

【中图分类号】 R49;R74 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2022.10.014

Effects of User-Family-Expert service model on patients with schizophrenia in the community Huang Jingtong, Yang Bo, Deng Yu, et al. Rehabilitation Department, Gele Mountain Hospital of Chongqing Mental Health Center, Chongqing 400036, China

【Abstract】 Objective: To examine the intervention effects of the user-family-expert service model on symptoms, social functioning, and self-awareness in community-based schizophrenia patients. To explore the relationship between service performance evaluation and the amount of improvement in intervention effects in this model. **Methods:** Totally, 98 patients with schizophrenia who were included in the National Information System for Severe Mental Disorders in Chongqing were selected as research subjects, and divided into intervention group (48 cases) and control group (50 cases). Patients in both groups received conventional medication and regular visits, and the intervention group received a 6-month user-family-expert service model intervention additionally. Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS), Social Disability Screening Schedule (SDSS), Insight and Treatment Attitude Questionnaire (ITAQ) were adopted before and after the intervention and the intervention effects were assessed. The relationship between the service performance evaluation scores in the intervention group and the amount of improvement in the intervention effect was also statistically analyzed. **Results:** The negative symptom scores, general psychopathological symptom scores of PANSS, total PANSS scores and SDSS scores at 3rd and 6th month after the intervention

showed a gradual decrease in the intervention group (all $P < 0.05$), and lower than those in the control group at all time points (all $P < 0.05$). The difference in positive symptom scores of the PANSS between the two groups at different time points was not statistically significant. The ITAQ scores in the intervention group at the 3-month and 6-month time points after the interven-

基金项目:重庆市科卫联合医学科研项目(2021MSXM076)

收稿日期:2022-04-27

作者单位:1. 重庆市精神卫生中心歌乐山院区康复科,重庆 400036;2. 重庆市精神卫生中心,重庆 401147;3. 温州医科大学第二附属医院康复医学中心,浙江温州 325000

作者简介:黄靖童(1987-),女,主管护师,主要从事精神病护理、康复护理方面的研究

通讯作者:杨波,1376255391@qq.com

tion showed a gradual increase (all $P<0.05$), and higher than those in the control group at all time points (all $P<0.05$). There was no statistically significant difference in the PANSS scores, SDSS scores and ITAQ scores in the control group at each time point before and after treatment. No significant differences were found between the two groups in the improvement of SDSS, negative scale, general mental improvement, and PANSS at the time point of 6th month after the intervention. **Conclusion:** The user-family-expert service model can improve negative symptoms, social functioning, and self-awareness for patients with schizophrenia in the community, while performance evaluation can promote the improvement of intervention outcomes.

【Key words】 Schizophrenia; User Family Expert service model; Community mental health services

精神分裂症是一类常见的重性精神障碍,发病原因复杂,病情易反复加重或恶化^[1]。患者普遍社会功能受损、自知力缺乏、服药依从性差,社会负担极重^[2-3]。全国在册严重精神障碍患者有 5994054 例,诊断为精神分裂症的占比达到 73.81%^[4],其中 90% 的患者生活在社区,以居家看护为主,社区精神卫生服务需求庞大^[5]。

患者-家属-专家(User Family Expert,UFE)服务模式是将稳定期患者或患者家属视作专家,用其自身经历和经验参与治疗或服务;与同伴支持、自助小组理念同源,但又不仅限于只是具有相似疾病或经历的人作为志愿者的互助形式,该服务模式更侧重于关注患者的岗位参与能力、提供服务能力^[6]。据研究,参与者在过程中可以提升其自我效能感从而达到病情康复^[7]。它来源于意大利精神卫生服务领域,北京大学第六医院精神康复中心最早将该模式引入国内^[6]。本研究通过对重庆地区社区精神分裂症患者及家属实施患者-家属-专家服务模式,探讨其对社区精神分裂症患者精神症状、自知力、社会功能的作用及可能的作用机制,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象 采用方便抽样法,于 2021 年 1 月~2022 年 2 月,将重庆市 2 个社区中纳入国家严重精神障碍信息系统的精神分裂症患者 98 例作为研究对象,纳入标准:符合国际疾病分类第 10 版(ICD-10)精神分裂症诊断标准的患者;年龄 18~59 岁;初中及以上文化程度,能理解并完成量表测评;至少有 1 名监护人对患者进行监护,且监护人身体健康,无重大生理疾病,具备较好的沟通能力,并对整个家庭情况、患者疾病情况较为了解,可提供全面可靠的信息,自愿为患者服务;自愿加入并签署知情同意书;病情基本稳定,阳性与阴性症状量表(Positive and Negative Syndrome Scale,PANSS) <60 分,半年内风险评估为 0~2 级。排除标准:伴有严重躯体疾病或合并脑器质性疾病者;酒精及药物等滥用者;合并其他精神障碍者;1 年内计划妊娠的女性、孕妇及哺乳期妇女。剔除标准:中途退

出及最终资料不完善者。剔除病例不纳入统计分析。98 例分为干预组 48 例和对照组 50 例,2 组一般资料比较,差异无统计学意义。见表 1。

表 1 2 组一般资料比较

项目	干预组 (n=48)	对照组 (n=50)	t/χ^2	P
年龄(岁, $\bar{x}\pm s$)	43.10 $\pm$ 8.82	41.94 $\pm$ 9.81	0.617	0.539
性别(男/女,例)	21/27	26/24	0.668	0.414
婚姻状况(例,%)			1.823	0.402
未婚	22(45.8)	28(56.0)		
已婚	17(35.4)	17(34.0)		
离异	9(18.8)	5(10.0)		
教育程度(例,%)				0.676
本科及以上	5(10.4)	3(6.0)		
初中/中专/高中/大专	32(66.7)	37(74.0)		
小学以下	11(22.9)	10(20.0)		
病前性格特征(例,%)			0.210	0.900
开朗外向	13(27.1)	15(30.0)		
内向	30(62.5)	29(58.0)		
平和适中	5(10.4)	6(12.0)		
家族史(例,%)			0.084	0.772
无	33(68.8)	33(66.0)		
有	15(31.3)	17(34.0)		
照顾者年龄(岁, $\bar{x}\pm s$)	58.86 $\pm$ 13.09	57.86 $\pm$ 12.35	0.378	0.706
照顾者(例,%)				0.528
父母	27(56.3)	32(64.0)		
配偶	12(25.0)	12(24.0)		
兄弟姐妹	1(2.1)	1(2.0)		
子女	3(6.3)	4(8.0)		
无	5(10.4)	1(2.0)		
家庭月收入(元,例/%)			0.528	0.768
3000 以下	32(66.7)	34(68.0)		
3000—5000	10(20.8)	8(16.0)		
5000 以上	6(12.5)	8(16.0)		
医保类别(例,%)			1.673	0.796
无	1(2.1)	3(6.0)		
医保普病	13(27.1)	15(30.0)		
医保特病	11(22.9)	13(26.0)		
合作医疗普病	14(29.2)	12(24.0)		
合作医疗特病	9(18.8)	7(14.0)		
住院次数(次, $\bar{x}\pm s$)	2.65 $\pm$ 2.95	2.48 $\pm$ 2.52	0.300	0.765
病程(年, $\bar{x}\pm s$)	19.15 $\pm$ 8.33	18.20 $\pm$ 9.70	0.517	0.606
年内发生重大生活事件(例,%)				0.712
否	44(91.7)	47(94.0)		
是	4(8.3)	3(6.0)		
服用的药物(例,%)			1.098	0.895
阿立哌唑	9(18.8)	10(20.0)		
奥氮平	14(29.2)	12(24.0)		
喹硫平	7(14.6)	11(22.0)		
利培酮	12(25.0)	11(22.0)		
氯氮平	6(12.5)	6(12.0)		

1.2 方法

1.2.1 对照组 所有受试者均接受有效剂量的非典型抗精神病药维持治疗,实验期间如受试者出现严重失眠,可小剂量服用苯二氮卓类药物,若经精神科医生判断为疾病复发,则退出实验。对照组在社区家庭生活,由照料者监督服药,督促参加社会劳动及日常生活料理,工作人员每月定期随访,给予健康教育和心理辅导。

1.2.2 干预组 干预组在对照组方法的基础之上,在社区康复机构或社区进行患者-家属-专家服务活动。

①协会管理:建立阳光心晴志愿者协会对患者-家属-专家服务活动进行管理、指导,为开展服务提供必要的保障和支持。制定详细的规章制度及明确的权利、义务。负责患者-家属-专家服务活动的培训督导、日常管理、服务评价等工作。②培训考核:干预组入组后,在正式上岗之前,需进行相关知识、岗位情况、服务理念等培训。培训与考核的内容包括:志愿者服务章程、各项规章制度、精神疾病常见问题及解答、精神疾病常用知识、症状管理、服药指导、社交技能训练、风险的识别、紧急情况如何自我保护等。③岗位安排:干预组采取自愿报名、轮岗的方式,就职以下岗位:辅助就医;咨询接待;团体助教;小组互助会辅导员;团体活动策划执行人;住院陪伴;探视接待;采购等。④见习和实习:培训结束进入到各个岗位,跟随医院工作人员或有经验的患者-家属-专家,见习期为观摩学习,实习期为协同工作。实习期结束后,经考核合格可独立参与患者-家属-专家服务。⑤服务时间:服务时间 4h/d,上午 09:30~11:30;下午 14:30~16:30;见习实习期间满足工作 0.5~3d/周。正式就职后,根据干预组受试者情况,工作时间可逐渐增长直至 5d/周,最少不得低于 0.5d/周。⑥日常管理:协会工作人员对干预组受试者进行组织和管理;对服务效果进行评估和完善;建立保障、维护、评价与激励机制;协调并解决出现的问题;总结服务经验,及时反馈,定期督导。⑦绩效评估:根据干预组受试者的服务时间、岗位评价和综合评分,实施绩效评估。服务时间的绩效评估:服务每满 1h,计 1 分。每 2 小时计 10 元劳动报酬,采用日结的方式。岗位评价的绩效评估:由反馈得分、综合评分和加分项组成。反馈得分:根据岗位工作人员的反馈对干预组各受试者的出勤情况、服务态度、服务技能进行评分,各 10 分,总分 30 分,如干预组受试者参与多个服务岗位,则取平均分。综合评分:根据干预组各受试者在服务过程中的仪容仪表、制度执行和收获等方面进行评分,满分 10 分。加分项:重大节假日服务加 10 分;获得口头或书面表扬加 5 分。干预组受试者每月服务绩效评价得分=服务的小时数+反馈得分+综合评分+

加分项。根据评估结果对干预组受试者进行绩效奖励发放,每月评分<60 分奖励 50 元/人;60≤每月评分<80 分奖励 60 元/人;每月 80≤评分<90 分奖励 80 元/人;90 分≤每月评分奖励 100 元/人,采用月结的方式。

1.3 评定标准

1.3.1 阳性与阴性症状量表(Positive and Negative Syndrome Scale,PANSS)用于精神分裂症患者症状的量化评估^[8] 由阳性量表(7 个条目)、阴性量表(7 个条目)和一般精神病量表(16 个条目)组成。每个条目采用 0~7 级评分,评分越高,症状越严重。

1.3.2 社会功能缺陷筛选量表(Social Disability Screening Schedule,SDSS)用于评定精神病人的社会功能缺陷程度^[9] 共包括 10 个项目,每项评分为 0~2 分,评分越高,社会功能缺陷越严重。

1.3.3 自知力与治疗态度问卷(Insight and Treatment Attitude Questionnaire,ITAQ)用于评定患者对疾病的认识和对治疗的态度^[10] 共 11 个条目,每个条目按照 0~2 分的 3 级评分,总分 0~22 分,评分越高,对疾病和治疗的认知越好。

1.3.4 服务绩效评价与 PANSS、SDSS、ITAQ 改善量 用于评定干预组患者服务绩效评价与精神分裂症患者的精神症状、社会功能及自知力改善量之间的关系。取干预后 1~6 个月干预组每位患者每月服务绩效评价得分的平均分。分为<80 分组(低绩效评价组)和≥80 分组(高绩效评价组);计算出干预前、干预后 6 个月末干预组 PANSS、SDSS、ITAQ 改善量。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 19.0 统计软件进行数据分析。正态分布的计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示;计数资料以百分数表示;组间计量资料的比较采用两样本 t 检验,组内计量资料比较采用配对 t 检验;非正态分布采用秩和检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组干预前后 PANSS 评分比较 干预前 2 组间 PANSS 各项评分比较差异无统计学意义。干预后 3 及 6 个月 PANSS 评分中阴性症状评分、一般精神病性症状评分及 PANSS 总分,干预组评分均呈逐渐下降趋势(均 $P<0.05$),且各时间点均低于对照组(均 $P<0.05$);不同时间点 2 组间阳性症状评分差异无统计学意义,见表 2。

2.2 2 组干预前后 SDSS 评分比较 干预前 2 组间 SDSS 评分比较差异无统计学意义。干预后 3 及 6 个月干预组 SDSS 评分均呈逐渐下降趋势(均 $P<0.05$),且各时间点均低于对照组(均 $P<0.05$);对照

表 2 2 组干预前后 PANSS 评分比较

分, $\bar{x} \pm s$

项目	组别	<i>n</i>	干预前	干预后 3 个月	干预后 6 个月	<i>F</i>	<i>P</i>
阳性量表评分	干预组	48	11.40±3.05	11.08±2.90	10.96±3.02	3.133	0.068
	对照组	50	11.74±2.98	11.66±2.81	11.68±2.65	0.298	0.714
	<i>t</i>		-0.565	-0.999	-1.259		
	<i>P</i>		0.573	0.320	0.211		
阴性量表评分	干预组	48	13.63±3.31	11.94±2.55	10.96±2.08	67.672	0.000
	对照组	50	14.02±3.36	13.92±3.26	13.78±3.12	2.683	0.085
	<i>t</i>		-0.586	-3.344	-5.286		
	<i>P</i>		0.559	0.001	0.000		
一般精神病量表评分	干预组	48	24.00±3.63	21.77±2.85	20.92±2.11	67.247	0.000
	对照组	50	23.62±3.31	23.54±3.35	23.38±3.39	1.837	0.180
	<i>t</i>		0.542	-2.815	-4.334		
	<i>P</i>		0.589	0.006	0.000		
PANSS 总分	干预组	48	52.42±7.17	48.17±5.64	46.13±4.56	102.933	0.000
	对照组	50	52.82±6.78	52.56±6.76	52.28±6.70	2.330	0.114
	<i>t</i>		-0.286	-3.487	-5.293		
	<i>P</i>		0.775	0.001	0.000		

组治疗前后各时间点评分比较均差异无统计学意义。见表 3。

表 3 2 组干预前后 SDSS 评分比较

分, $\bar{x} \pm s$

组别	<i>n</i>	干预前	干预后 3 个月	干预后 6 个月	<i>F</i>	<i>P</i>
干预组	48	11.25±5.35	8.52±3.64	7.38±3.23	74.222	0.000
对照组	50	11.00±4.72	10.62±4.01	10.48±4.02	3.128	0.066
<i>t</i>		0.246	-2.711	-4.227		
<i>P</i>		0.806	0.008	0.000		

2.3 2 组干预前后 ITAQ 评分比较 干预前 2 组间 ITAQ 评分比较差异无统计学意义。干预后 3 及 6 个月干预组 ITAQ 评分均呈逐渐升高趋势(均 $P<0.05$),且各时间点均高于对照组(均 $P<0.05$);对照组治疗前后各时间点评分比较均差异无统计学意义。见表 4。

表 4 2 组干预前后 ITAQ 评分比较

分, $\bar{x} \pm s$

组别	<i>n</i>	干预前	干预后 3 个月	干预后 6 个月	<i>F</i>	<i>P</i>
干预组	48	10.88±6.37	13.33±5.35	14.48±4.67	81.476	0.000
对照组	50	10.36±5.99	10.82±4.91	11.00±4.33	2.958	0.079
<i>t</i>		0.412	2.426	3.826		
<i>P</i>		0.681	0.017	0.000		

2.4 干预组高、低绩效评价组的 PANSS、SDSS、ITAQ 评分改善量比较 干预后 6 个月,SDSS 改善量、阴性量表改善量、一般精神改善量以及 PANSS 改善量,高绩效评价组均高于低绩效评价组(均 $P<0.05$);ITAQ 改善量及阳性量表改善量,2 组间未见显著性差异。见表 5。

3 讨论

精神分裂症病程迁延,具有治疗难度大,复发率、自杀率高等特点^[1]。传统的治疗模式是药物治疗为主,弊端在于较少关注患者的社会功能和生活质量,使患者难以回归社会^[1]。而在传统的治疗模式下开展社区康复服务是促进患者康复和社会融合非常关键的因素^[11]。本研究探讨的“患者-家属-专家服务模式”是一种互助式社区康复模式,侧重于关注患者的岗位参与能力和提供服务能力,有利于患者早日回归社会。

本研究结果显示:实施患者-家属-专家服务模式后,患者的阴性症状、社会功能及自知力均显著优于对照组。患者-家属-专家服务模式需要对患者进行疾病认知、工作技能及社交技能等培训,可有效提高患者对疾病的认知能力,且在日常工作服务中需结合自身的治疗经历将此类培训所学到的知识运用于服务对象的相处与指导中,从而达到持续康复的效果。对改善阴性症状和提高自知力有积极意义。这与姜珺等^[12]、严芳等^[13]报道的研究结果类似。而 2 组间阳性症状评分差异无统计学意义。可能与目前大部分社区精神分裂症患者处于稳定期有关。患者进入稳定期后,阳性症状不再突出,主要存在阴性症状及认知功能障碍^[14]。同时,实施患者-家属-专家服务模式可以鼓励患者进入社区参加庇护性社会实践,例如辅助就医;咨询接待等;使患者在岗位服务中不断与人沟通交流。不仅如此,参加患者-家属-专家服务活动需要服从志

表 5 干预组服务绩效评价与 PANSS、SDSS、ITAQ 改善量之间的关系

分, $\bar{x} \pm s$

组别	<i>n</i>	SDSS 改善量	ITAQ 改善量	阳性量表改善量	阴性量表改善量	一般精神改善量	PANSS 改善量
低绩效评价组	32	2.91±2.56	3.22±2.55	0.34±1.41	2.09±1.84	2.28±1.76	4.72±2.92
高绩效评价组	16	5.81±2.64	4.38±2.47	0.63±1.93	3.81±2.14	4.69±3.00	9.44±4.27
<i>t</i>		-3.673	-1.496	-0.576	-2.893	-3.500	-4.505
<i>P</i>		0.001	0.142	0.567	0.006	0.001	0.000

愿者协会管理,熟悉岗位管理、制度规范的过程,有利于改善其社会功能。与杨彩霞等^[15]报道的研究结果类似。

本研究发现,服务绩效评价得分越高对患者阴性症状、社会功能的改善具有正向促进作用。每月对于干预组受试者进行薪酬奖励发放,能激励患者最大限度地接受及配合治疗,对阴性症状和社会功能的改善影响明显。这可能因为运用职业化的绩效评价进行干预能促进精神分裂症患者社会功能的恢复,这点与赵婧婧等^[16]报道的研究结果类似。而2组间ITAQ改善量及阳性量表改善量未见显著性差异。此结果与本研究干预组和对照组的统计学结果不一致,可能是因为服务绩效评价仅仅是本模式众多项干预措施中的一项。有文献报道改善自知力需要综合的治疗手段^[17],故对患者自知力的改善不显著。

本研究还存在一些局限性,该服务模式干预时间为6个月,虽然证明中短期的干预能有一定效果,但对其长效机制观察较少,未来可以进一步研究长期效果或停止干预后各效果的持续情况。不足之处将在今后的研究中予以完善。

本研究将患者-家属-专家服务模式应用于社区精神分裂症患者中,有助于改善患者的精神病性阴性症状、促进社会功能的恢复、提高对自身精神状态的认识能力。同时在干预类项目中增加服务绩效评估的激励机制,对阴性症状和社会功能的改善影响明显。患者-家属-专家服务模式的应用填补了重庆地区尚无此类研究的空白,在社区精神康复实践中有推广应用价值。

【参考文献】

- [1] 周晓月,郑亚丽,周仙琴.医院-社区-家庭一体化延续护理对精神分裂症患者防治和康复的影响[J].中国康复.2022,37(1):61-64.
- [2] Jka B, Mo A, Sna C, et al. Insight and medication adherence in schizophrenia: An analysis of the CATIE trial-ScienceDirect[J]. Neuropharmacology, 2020, 168: 107634.
- [3] Winter LD, Couwenbergh C, Weeghel JV, et al. Changes in social functioning over the course of psychotic disorders-A meta-analysis[J]. Schizophrenia Research, 2022, 239: 55-82.
- [4] 王勋,马宁,吴霞民,等.2018年全国严重精神障碍患者管理治疗现状分析[J].中华精神科杂志,2020,53(5):438-445.
- [5] 葛聪聪,张伟波,杨莉,等.上海市社区精神分裂症患者康复需求及影响因素研究[J].中国全科医学,2019,22(19):2365-2369.
- [6] 程嘉.悟非手册[M].北京:人民军医出版社,2015:3-7.
- [7] 王婧.UFE模式下精神障碍者社区康复中的社工介入研究-以南京市X机构为例[D].南京:东南大学,2020.
- [8] 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):353-355.
- [9] 张明园.精神科评定量表手册[M].第2版.长沙:湖南科技出版社,1998:163-166.
- [10] 张敬悬,李星宝,翁正,等.自知力与治疗态度问卷的临床试用[J].山东精神医学,1994,7(4):10-13.
- [11] 陈文丽,王承敏,张星,等.个案管理在严重精神障碍患者社区康复服务中的应用[J].中国康复.2021,36(7):441-444.
- [12] 姜珺,李志武,康瑞莹,等.改良式“重返社区技能训练”对社区精神分裂症患者症状、认知及社会功能的干预效果研究[J].中国全科医学,2018,21(4):475-479.
- [13] 严芳,姚丰菊,李拴荣,等.同伴支持在社区精神分裂症患者中的应用[J].中华护理杂志,2019,54(10):1545-1550.
- [14] 陆如平,高慧,蒋琳娜,等.精神运动康复对稳定期精神分裂症患者阴性症状及认知功能的影响[J].上海交通大学学报(医学版),2022,42(1):77-81.
- [15] 杨彩霞.慢性精神分裂症患者庇护性就业训练的疗效观察[J].医学信息,2019,32(6):120-122.
- [16] 赵婧婧,郁小玲,王荣,等.“智慧农场”职业化运营模式训练对慢性精神分裂症患者社会功能及生活质量[J].护士进修杂志.2022,37(7):639-642.
- [17] 钱程,陈楠,邹义壮.精神分裂症患者的自知力(综述)[J].中国心理卫生杂志,2019,33(2):87-92.

作者·读者·编者

《中国康复》杂志2019年转为月刊

2018年12月,《中国康复》编辑部收到正式批文,从2019年起,《中国康复》杂志变更刊期为月刊,中国标准刊号ISSN 1001-2001,CN 42-1251/R。大16开,64内页,每月25日出版,每册定价10.00元,全年120.00元整。

订阅方式:直接向《中国康复》编辑部订购,电话:(027)69378389;E-mail:zgkf1986@163.com