

· 康复护理 ·

我国康复护理的现状与发展思路

郑彩娥¹ 林 伟¹ 叶洪青¹

康复医学是一门有关促进残疾人、伤病人康复的临床医学学科。它与预防医学、临床医学、保健医学构成现代医学体系。康复护理学是一门旨在研究伤病者与伤残者身体、精神及康复护理理论、知识、技能的科学^[1]。康复护理学是康复医学的重要组成部分。康复护理的主要对象是伤残病患者及老年慢性病患者。康复护理的目的是为患者功能恢复和重建, 提高生存质量, 回归社会创造条件。康复护理的内容是对患者功能恢复与重建过程的护理及训练指导。康复护理的方式是将“替代护理”变为“自我护理”^[2]。目前康复护理在我国正经历着专业知识的初步积累、传播、实践和发展阶段。本文就康复护理的现状与发展浅谈认识。

1 康复护理的发展现状

20 世纪 80 年代, 我国引进现代康复医学的理论和方法, 并和我国传统康复医学结合, 促进了我国康复医学事业的蓬勃发展^[3]。20 世纪 90 年代各地相继建立起一批康复中心、康复医院、康复医学门诊、康复医学科, 向残疾者、慢性病者和老年病者提供康复医疗服务。之后卫生部制定的《综合性医院康复医学科管理规范》, 促进了康复医学健康有序的发展。康复护理是随着康复医学的发展而发展起来的一门新的学科, 康复医学与康复护理有密不可分的关系。1997 年中国康复护理学会的成立标志着我国对康复护理事业的重视^[4]。随着中国康复医学会及各省康复护理专业委员会的成立, 在学会的积极努力下, 在康复医学界领导、专家对康复护理学的重视、关怀、支持下, 康复护理在理论、知识、技能以及康复护理科研方面取得了显著成绩^[5]。

1.1 康复护理理论体系的建立

康复护理学是一门新兴的学科, 近年来国内之所以有了迅速的发展, 首先得益于理论体系的建立。1992 年卓宏教授主编的《中国康复大全》^[6]中相关康复护理的篇章就阐述了康复护理的定义、目的、对象、程序、技术、心理康复护理等内容, 为康复护理在康复医学中的作用定位。1999 年燕铁斌教授在主编《实用瘫痪康复》^[7]一书中提出了康复护理内容。2000 年谢德利主编的《现代康复护理》^[8]进一步阐述了康复与康复医学概论、康复护理理论与实践。蔡文智主编的《脑卒中康复护理技术》^[9]对脑卒中的康复治疗、康复护理做了详尽的介绍, 是临床专科康复护理参考书。2001 年李树贞、赵曦光主编的《康复护理学》^[10]是由中国康复医学会委托中国康复护理专业委员会承办撰写的, 全书共分五篇 33 章, 系统论述了康复护理理论和康复护理的基本概念、发展史、发展前景及疾病康复知识和技能。是目前康复护理理论体系较全面的康复护理专业工具书。2002 年姜贵云^[11]主编的《康复护理》是部分大专院校康复护理课程教课书。

1.2 康复护理临床研究的发展

经过十余年的康复临床实践, 我国的康复护理工作在许多方面也积累了不少经验, 不断提高了康复护理质量, 也开展了康复护理的临床研究。中国康复护理学会及各省康复护理专业委员会每年召开康复护理学术交流会、专家专题讲座等总结、交流、探索康复护理理论、知识、技能, 促进病伤残者全面康复, 重返社会。近年来我国的康复护理临床研究取得了较大发展, 最近笔者通过网络搜索查询, 据不完全统计 2000—2004 年 5 年来在中华、中国、临床、实用、解放军、康复医学等系列医学杂志上发表康复护理文章计 1246 篇。内容有: 康复护理理论探讨占 5.6%, 康复护理管理占 8.4%, 康复护理健康教育 5%, 老年慢性病的康复护理占 21%, 脊髓损伤的康复护理占 6%, 骨和骨关节疾患的康复护理占 8.5%, 脑血管意外的康复护理 41%, 其他疾病的康复护理占 3.5%。从临床研究论文内容来分析, 脑血管意外的康复护理论文最多, 占 41%, 这与脑血管意外疾患康复介入早、疗效好有关。

1.2.1 脑血管意外的康复护理研究: 脑卒中后患者出现不同程度的运动、感觉、语言、认知及心理多方面的障碍, 严重影响患者的日常生活活动能力(ADL)。脑卒中的康复是以脑的“可塑性”理论^[9-10]和大脑功能重组为理论依据。许多研究证明早期、强化康复护理干预、康复训练可以加速脑侧支循环的建立, 促进病灶周围组织或侧脑细胞的重组或代偿, 极大地发挥了脑的可塑性, 促进神经功能的恢复, 利于脑卒中患者生存质量的改善^[11]。脑卒中患者生存质量的好坏在很大程度上取决于瘫痪肢体功能恢复的程度^[12]。司惠芳等^[13]从良肢位摆放、健肢功能维持、避免二次损伤、辅助用具应用等方面介绍了如何运用现代康复治疗技术, 改善肢体运动功能。表明强化康复护理干预、康复训练可有效地减少肢体功能障碍对患者正常生活的影响, 提高患者生存质量。郭先菊等^[14]对早期康复护理对脑卒中患者 ADL 的影响研究表明早期康复护理一方面使肩手综合征发生率下降, 另一方面早期康复护理使患者综合自理能力增强, 肢体功能障碍及对他人依赖程度降低, 促进了 ADL 提高。耿秀英等^[15]设计康复护理程序指导脑卒中患者功能训练, 对脑卒中患者进行康复护理、功能训练, 从良肢位的设计到步行训练, 按康复护理程序指导脑卒中患者达到生活自理。

1.2.2 脊髓损伤(SCI)间歇性导尿(IC)的康复护理研究: 吴志文、王元娇^[16-17]报道了 SCI 患者的 IC; SCI 后膀胱或括约肌失去神经支配可产生排尿功能障碍, 出现尿潴留、尿失禁, 从而引起尿路感染, 甚至导致死亡。为了恢复患者的膀胱功能, 降低尿路感染发生率, 康复护理采取 IC 并进行膀胱功能训练, 并取得较好疗效。IC 克服了长期留置导尿的缺点, 可使患者

1 浙江省望江山疗养院, 浙江省康复中心, 310024

作者介绍: 郑彩娥, 女, 副主任护师

收稿日期: 2005-05-10

处于不带导管状态,使膀胱规律性定期充盈和排空,而接近生理性状态,预防膀胱过度充盈,减少泌尿系统的感染。IC可使膀胱周期性扩张,刺激膀胱功能恢复,减少残余尿量,达到平衡性膀胱指标,使患者恢复膀胱功能。

1.2.3 人工关节置换术的康复护理研究:骨和骨关节病的康复治疗最终目的是使患者尽早地最大限度地恢复功能,康复护理是骨科护理工作的重要内容^[18]。骨科临床的人工关节置换术的研究发展较快,术后的临床康复护理取得较好疗效。贾勤^[19]报道对人工全膝关节置换术患者术前进行健康教育和康复治疗,术后按康复训练规程,指导康复训练,强调早期使用主动康复训练方法。康复护理的原则应遵循指导早期活动、早期离床、早期功能训练,针对不同时期的康复训练做有针对性的指导。术前做好康复训练指导,指导下肢训练方法、正确体位、做引体向上运动、关节活动、使用拐杖、床上排便、日常生活中注意事项等。正确的康复护理是关节置换术成功的重要环节,能有效地改善和增进血液循环、增强肌肉力量、预防各种并发症、尽早恢复满意的肢体及全身功能。

1.2.4 心脏术后康复护理研究:心脏手术需在全麻、低温、体外循环下进行,术后可引起一系列复杂的生理病理变化,同时术后留置多条管道,不敢翻身、体力不足及伤口疼痛使患者不愿意接受康复训练。郑彩娥、梁继娟等^[20-21]对心脏双瓣膜置换术后患者进行康复护理训练:术后生命体征稳定,24—72h开始,在心电监护仪监测下完成康复训练:①深呼吸、腹式呼吸、有效咳嗽促进肺复张;②上肢被动、主动运动,做屈、伸、内翻、外翻动作;③下肢主动运动。术后4—14d除上述运动外下床活动,并逐渐增加活动量。结果患者20d心功能及生存质量评分明显提高,表明进行早期康复护理训练,可改善术后心功能贮量、增加肌力、改善冠状动脉血流量,恢复心功能,有利于心脏早日康复。前瞻性康复护理临床研究得出结论很有科学价值和临床实用意义。

一个学科没有科研,学科就会死亡。由于康复护理起步较晚、基础差,申请科研基金资助项目有一定难度。但康复护理工作者在提高自身素质,加强学科合作中积极开展康复护理理论、知识、技能的研究。如:《康复护理ADL评定量表的研究》是省卫生科研基金资助项目,其研究设计的康复护理(rehabilitative nursing activities of daily living, RNADL)评定量表^[22],具有较高的信度和效度^[23]。该量表的研究填补了康复护理评定无评定量表的空白。目前该评定量表已在康复临床推广应用。《康复健康教育》课题也在研究中^[24]。

2 康复护理的发展思路

康复护理是康复医学的重要组成部分。许多发达国家护理专业在护理职能上,护士从治疗走向预防,从医院走向社会和家庭。人类的进步,科技的发展,人们对医学的要求已不再是过去单纯的药物治疗,而在努力地追求整体水平的提高,在注重延长生命的过程中追求生存质量的提高。随着预防—医疗—康复三位一体大卫生观的实施,预防医学、康复医学得到迅速发展,而康复护理发展相对迟缓、不协调的矛盾更显突出,将引起康复护理界乃至卫生职能部门的重视。

2.1 必须把康复护理人才的培养教育放在首位

随着康复医学的发展,同时也培养了一批康复护士走向新的岗位,以应急需。康复护士在康复治疗小组中承担着多种角色:护理者、调度者、协调者、督促者、教育者、咨询者^[25]。康复护理专业是科学性、技术性、社会性、服务性很强的一门专业,需文化素质、专业技术素质、心理素质较强的护理人员担任康复护士。然而目前国内在护理教育中设置康复护理教育专科的院校不普遍,只在全日制护理教育中设置了康复护理课程^[25],多数护士对康复护理的认识肤浅,康复护理技术缺乏。徐燕^[26]对在校研究生问卷调查对康复护理学的认识、知识掌握情况,结果发现学生对康复护理学的概念并不十分清楚,经过康复知识系统学习人数较少,康复基本知识相对贫乏^[27]。现有的在岗的康复护士大多数从临床护士中来,她们具备临床护理的知识与技术,缺少康复护理的理论知识 and 技能,不但影响康复疗效和质量,而且不利于康复护理学科的自身发展。康复护理人才培养要从教育源头抓起:①理顺康复护士教育体系,建立康复护士教育体系资格认证制度(在护理大专三年基础上再加学一年康复护理专科知识、技术)。②按办学资质规范教材,组织有经验的人员协编。③规范学制,可有大专、本科多种学制,有条件的可以开展远程教育、网络教育,培养硕士、博士等高水平人才。④制定康复护士资格认定及职称晋升与康复医生同步制度。⑤在职在岗的护士通过培训,继续教育提高专业水平和学历。

在我国,康复护理教育是一门新的专业教育,有待加强规范化建设,实现稳步发展。建议把康复护理教育纳入国家全日制正规教育。康复护士是康复团队成员之一,康复护士康复知识水平高低直接影响康复小组作用的发挥。康复护士24h都在病房中为患者提供康复护理服务,参与康复的全过程,是与患者互动最多的团队专业人员,康复护士一个动态的、系统性的康复护理干预对患者整体康复具有正向的影响^[1]。康复护理的发展,培养学科专业人才是当务之急。

2.2 实施临床重症早期康复护理介入

近年来研究表明,早期的康复护理介入可改善患者的肢体运动功能,提高生活自理能力,并能减少病后抑郁状态的发生,对提高患者生存质量,全面康复有重要的现实意义。康复介入的时间越早,其功能恢复的疗效就越好^[28]。近年来国内外研究认为重症患者的早期康复干预对预防并发症和继发性残疾、改善预后及缩短病程都具有重要意义^[29],康复护理的早期介入是现代康复的特征。在临床实施重症早期康复介入是康复护理所面临的新的机遇和挑战。康复护理在临床重症早期介入不仅能促进自身学科的发展,有益于患者的全面康复,而且还可培育出具有康复护理知识和技能的护士。临床护理是早期实施康复计划的重要环节,也是决定患者康复成功与否的关键所在。

重症患者往往伴有多脏器的功能衰竭或昏迷,生活不能自理,处于完全卧床制动状态,经抢救挽救了生命,却留有功能障碍等后遗症。临床护士抢救治疗、重症护理水平较高,但对早期重症康复护理知识技能缺乏。要重视重症早期康复护理,早期介入干预,指导临床护士、家属做到良肢位摆放、正确翻身、体位转移、肌肉、关节被动活动等康复护理技术、方法。一方面可通过各种康复护理学习、培训提高临床护士康

复知识、技能;另一方面也可实行会诊制度,请康复科康复护士到重症临床会诊指导,制定个体化切实可行的重症早期的康复护理计划,发挥临床治疗最大效用,减少并发症,降低死亡率,提高生存质量。

2.3 制定康复护理质量标准及质量评价标准

康复护理标准是指对康复护理工作中的重复性、多样性、相关性事物和概念做统一的规定,它是衡量康复护理质量的准则和标尺,也是康复护理质量管理的基础^[1]。康复护理对象、目标、内容、技术既有同于临床护理又区别于临床护理,因此康复护理质量标准也有别于临床护理。康复护理质量标准及质量评价除具有临床护理质量标准外,还具有其康复护理自身的特点,如良肢位的摆放、功能训练指导等动作是否标准、是否到位等,这些都直接关系到疗效。《基础护理质量标准》、《护理技术操作质量标准》、《消毒隔离质量标准》等相同于临床护理质量标准,而《康复护理技术质量标准》、《康复护理病房管理标准》、《康复护理文书书写质量标准》等不完全相同于临床护理质量标准。如康复护理病历书写除包括一般护理病历内容外,还应着重对患者入院时的各种功能和日常生活能力进行评价、训练过程中和出院前的 ADL 进行评价记录。要建立围绕功能障碍问题而制订具有系统性、连续性评价标准规范的病历。记录帮助、指导功能训练,从“替代护理”逐步转为“自我护理”的过程。为此康复护理要根据学科的特殊性制订康复护理的质量标准及质量评价标准。如:《康复护理病历书写质量标准、评价标准》、《康复护理评定质量标准、评价标准》、《康复护理技术质量标准、评价标准》、《康复病室护理管理质量标准、评价标准》等。康复护理工作涉及面宽,每天都有大量日常的、复杂性、多样性、重复性和相关性事物,制订康复护理质量标准及质量评价标准是为了提高效果,实行简化、优化、统一和协调的先进、科学的管理,可运用因果分析法和戴明循环法(PDCA)循环法使康复护理质量控制形成规律性运转^[2]。同时建立考核实施体系,保证质量标准及质量评价各个环节的执行,并在康复护理实践中进一步完善各项标准,使康复护理质量指标控制达到现代化、标准化要求。21 世纪是“质量的世纪”,康复护理质量管理的目标将致力于提高患者的生存质量。

2.4 在康复护理中开展健康教育

健康教育是康复护理的一个极为重要的环节,也是康复护理的重要内容之一。康复是一个再学习的过程,康复护理健康教育的重点是要使康复患者不仅认识康复有关理论知识,重塑自强、自信,还要学会、掌握按康复程序进行康复训练的相关技能,达到最大限度恢复身心、社会功能,提高生存质量的康复目标。许多患者对去医院看病治疗有许多经历,而对进行康复治疗,功能训练还是第一次,康复医学在人们心中还较陌生,所以对康复的概念、理论、知识、技术是知之甚少。康复护理健康教育,既可提高患者康复医学知识水平,也提高了康复医学的社会认知度。过去人们把现代康复治疗与传统康复相混淆^[3],把康复简单地等同于针灸、推拿、理疗,而许多患者因康复知识缺乏丧失了最佳康复治疗时机。通过康复知识的教育、传播,可以使人们认识到康复医学及康复治疗的作用意义,尤其认识到在许多药物、手术治疗无能为

力的情况下,康复训练可以显著改善患者的生存质量。康复护理学是一门较新的学科,不可能自发先知,教育者首先应当受教育。康复健康教育需康复人员有丰富的社会科学、自然科学、心理知识、康复知识和技术。目前在康复护理健康教育中要不断提高康复护士开展健康教育的能力水平;同时要深入研究、建立适合我国国情的康复护理教育理论体系,为开展康复护理健康教育提高理论支持。在理论与实践基础上建立适合康复护理健康教育评价体系,使康复护理健康教育更好地服务于康复患者。

2.5 开展社区康复护理

20 世纪 70 年代 WHO 指出以社区为单位的康复医疗服务。我国是人口大国,慢性病、老年疾病、残疾人等康复人数占一定比例,而康复医疗机构数量有限,不能满足康复患者的需要。另则患者康复出院回到社区不应是康复的终结,而是康复的延续。社区康复护理是由康复护士立足社区,面向家庭,以老、弱、病残、功能障碍、生活自理能力低下人群为对象,向他们提供基础护理、康复护理、ADL 自理训练、预防二次损伤。随着科学技术的进步,文化经济水平的提高,人们对生存质量的要求也逐渐提高。因而健康观念、医学模式也发生了变化,医学不仅要治病,而且要考虑存活后的生理、心理、社会、生活、工作等各方面的完好状态^[4]。康复护理是康复医学重要组成部分,社区康复护理也是康复护理工作内容之一,而加强社区康复护理人材的培养教育是推动社区康复的保证。护理人员在社区康复中具有发挥巨大作用的空间和义不容辞的责任,而高素质社区康复人员的培养成为急需。一个合格的康复护理人员应掌握全面熟练的康复护理的理论、知识、技术;同时掌握内、外、妇、儿专业护理知识、技术;具备较强的社会、人文、医学、心理知识,并且能与护理对象和家庭成员有较好的沟通;还必须具有较强的敬业精神。社区康复是个系统工程,它是以三级卫生网络为依托,以家庭为单位,以个人为主要服务对象的全程服务,仅受过普通的护理教育是不能完全胜任社区康复护理工作的。需通过多形式、多渠道对康复护士进行康复医学知识继续教育,以加强知识结构的更新,适应社区康复需要。

参考文献

- [1] 李树贞,赵曦光主编.康复护理学[M].第 1 版.北京:人民军医出版社,2001.8—46,541.
- [2] 缪鸿石主编.康复医学理论与实践[M].第 1 版.上海:科技出版社,2000.987—992.
- [3] 卓大宏主编.中国康复医学[M].第 2 版.北京:华夏出版社,2003.496,985.
- [4] 卓大宏主编.中国康复大全[M].第 1 版.北京:华夏出版社,1992.409—424.
- [5] 燕铁斌,窦祖林主编.实用瘫痪康复[M].第 1 版.北京:人民出版社,1999.105—110.
- [6] 谢德利主编.现代康复护理[M].第 1 版.北京:科学技术文献出版社,2000.1—320.
- [7] 蔡文智主编.脑卒中康复护理技术[M].第 1 版.北京:科学技术文献出版社,2000.1—289.
- [8] 姜贵云主编.康复护理[M].第 1 版.北京:人民出版社,2002.6.

- [9] Johansson BB. Brain plasticity and stroke rehabilitation[J]. Stroke, 2000, 31: 223.
- [10] Liepert J, Bauder H, Wolfgang HR, et al. Treatment-induced cortical reorganization after stroke in humans[J]. Stroke, 2000, 31: 1210—1216.
- [11] Traversa R, Cicinell P, Bassi A, et al. Mapping of motor cortical reorganization after stroke[J]. Stroke, 1997, 28: 110—117.
- [12] Mayo NE, Wood-Dauphinee S, Cote R, et al. Activity, participation, and quality of life months poststroke [J]. Arch phys and Rehabil, 2003, 83: 1035—1042.
- [13] 司惠芳, 梁岚萍, 刘向真, 等. 脑卒中肢体功能康复现状综述[J]. 中华护理杂志, 2004, 39(7): 535—537.
- [14] 郭先菊, 郎玉兰, 邱小红, 等. 早期康复护理对脑卒中患者日常生活能力的影响[J]. 中国康复医学杂志, 1998, 13(6): 269—270.
- [15] 耿秀英, 赵军, 马润洲, 等. 设计康复护理程序指导脑卒中病人功能训练[J]. 现代康复, 2001, 5(4): 213—214.
- [16] 吴志文, 刘雪梅, 刘根林, 等. 脊髓损伤患者的清洁间歇导尿[J]. 中国康复理论与实践, 2003, 9(2): 91—93.
- [17] 王元娇. 脊髓损伤患者膀胱功能障碍的康复护理[J]. 中国康复医学杂志, 2004, 19(2): 126—127.
- [18] 葛智纯, 王慧玲, 刘若群, 等. 全髋关节置换的康复护理[J]. 护士进修杂志, 2000, 15(7): 513—514.
- [19] 贾勤. 48例人工全膝关节置换术患者的康复训练[J]. 中华护理杂志, 2005, 40(3): 161—162.
- [20] 郑彩娥, 张荀芳. 心脏双瓣膜术后患者的康复护理探讨[J]. 中国康复理论与实践, 2003, 9(1): 91—93.
- [21] 梁继娟, 方文, 诸蕊玉, 等. 康复护理心脏双瓣膜置换术后患者早期康复的影响[J]. 中华护理杂志, 2004, 39(10): 724—726.
- [22] 郑彩娥, 张荀芳, 林伟, 等. 康复护理 ADL 评定量表的设计[J]. 中国康复医学杂志, 2004, 19(1): 61—62.
- [23] 郑彩娥, 泮克勤, 丁燕萍, 等. 康复护理 ADL 评定量表的信度效度的研究[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2004, 26(3): 165—167.
- [24] 李静虹, 郑彩娥, 张荀芳. 在康复护理中开展健康教育的探讨[J]. 护理研究杂志, 2004, 18(12): 25—26.
- [25] 罗文波. 专科康复医院内培养康复护士实践体会[J]. 现代康复, 2000, 4(7): 1097.
- [26] 徐燕, 仇瑶琴. 研究生课程增设康复护理学的探讨[J]. 护理研究杂志, 2004, 18(5): 830—831.
- [27] 王元娇. 护理专业实习生康复知识需求的调查分析[J]. 中国康复医学杂志, 2005, 20(2): 144.
- [28] Sherrill, Susan R. Early intervention care in the acute stroke patients[J]. Arch Phys Med Rehabil, 1986, 67: 319—321.
- [29] 黄东锋. 重症患者早期康复医疗的现状与进展[J]. 中国康复医学杂志, 2002, 17(2): 122.
- [30] 丁建成, 侯宇琛, 张桢先. 护理质量控制对策及意义[J]. 中华护理杂志, 1995, 30(5): 283—285.
- [31] 敖丽娟, 杨薇, 樊红, 等. 医患现代康复意识调查分析[J]. 中国康复医学杂志, 2000, 15(2): 111.
- [32] 张企良, 杨柯若, 王晓栋. 深化社区卫生服务探索社区康复新路[J]. 中国康复医学杂志, 2003, 18(1): 46—46.

· 康复护理 ·

老年性痴呆患者的记忆功能评价及意义

薛继芳¹ 袁家璐¹ 刘爱信¹

随着我国人民生活水平的提高,平均寿命的延长,人口老龄化问题日益突出,大脑退行性变而致的老年性痴呆,已成为危害老年人健康及生命的主要疾病之一^[1]。除表现为躯体功能障碍外,还主要损害认知功能和人格,其记忆和学习能力受损较明显,应用修订韦氏记忆量表可获得记忆差异的客观指标。本文通过对老年性痴呆患者的记忆功能评价,了解其记忆功能状况,为其制订家庭认知功能训练计划及健康教育指导提供依据。

1 资料及方法

1.1 一般资料

研究组为39例老年性痴呆住院患者,磁共振成像检查均提示脑萎缩,符合CCMD-2-R的诊断标准^[2],其中男性20例,女性19例,年龄 67.85 ± 5.5 岁,受教育年限 8.79 ± 4.95 年,病程2—6年。对照组是与其年龄、受教育年限相匹配的正常

老年人40例。

1.2 方法

采用龚耀先修订的韦氏记忆量表(Wechsler Memory Scale, WMS)甲式^[3],对研究组和对照组分别进行测定。该测验包括长时记忆:经历、定向、计数1→100(顺背)、100→1(倒背)、累加;短时记忆:记图、再认、再生、联想、触摸、理解;瞬间记忆:背数。将所得粗分换算成量表分、记忆商数(memory quotient, MQ),然后将记忆水平按MQ进行等级划分。记忆水平MQ的划分^[4]:临界70—79、低于正常80—89、正常水平90以上、轻度损害50—69、中度损害35—49、重度损害34以下。

1.3 统计学分析

1 山东省精神卫生中心心理科, 济南市文化东路49号, 250014

作者简介:薛继芳,女,主管护师

收稿日期:2005-06-15