·综述·

国内外残障老年人居家康复的研究进展*

李茂清[1] 朱建雄[2] 邱汉芳[2] 黄敬尧[2] 杨秀静[3]

随着医疗技术不断创新和发展，越来越多的疾病被攻克，人群的预期寿命较以前明显延长。受疾病无法治愈或后遗症遗留、慢性疾病发病率升高、中国社会老龄化、残疾评定标准改变等多因素影响，残障老年人士在今后将逐年增多，这将对目前公共卫生保健资源和社会和谐稳定构成新的挑战。如何让残障老年人士得到有效便利的康复治疗、生活的更有质量和尊严具有重要的社会现实意义。残障老年人居家康复是一项解决上述问题的重要举措，可有效恢复残障老年人本已丧失的功能，或延缓正在丧失功能的速度，还可节约社会公共卫生医疗成本等。近年来，残障人士居家康复服务在国内迅速开展，但对残障老年人居家康复的理论研究目前仍处于起步阶段。本文就国内外残障老年人居家康复现状进行综述，以期为我国的残障老年人居家康复研究与开展提供思路借鉴。

1 国内外残障老年人居家康复的概念

国内残障老年人口快速递增推动了残疾居家康复服务的兴起，特别是近几年来由政府引导的残障老年人居家康复服务的快速发展，为我国人口老龄化相关问题的解决提供了一定的帮助。但到目前为止，国内对居家康复的定义一直未完全明确。而残障老年人居家康复的概念目前也没有清晰表述，这对康复政策制定、方案实施和效果评估等多方面有较大的负面影响，因此，残障老年人居家康复的概念急需进一步完善明确。

根据康复服务涉及对象和服务种类的不同，可将居家康复定义分为广义定义和狭义定义两种。美国国家医学图书馆[1]广义定义居家康复为：具有特殊需要的老年人、慢性病患者、外科手术恢复期患者或者残疾人士，在家里可得到①个人洗澡、剪发、穿衣的帮助照顾；②清洁、园艺、洗衣等家政服务；③烹饪或送餐服务；④由家庭康复保健助手上门提供的康复保健等其他方面服务。而第八版的Mosby医学辞典[2]中也将其解释为：在患者的居住地提供的各种卫生保健服务，目的是促进、维持或恢复健康和减少疾病和伤残的影响。服务种类包含医疗、牙科护理、言语和物理疗法、家政服务、转运病患等。国内学者刘腊梅[3]认为居家康复定义应包含下述3方面内容。其一，地点是在家中（包括在护理者家中或在被护理者家中）；其二，护理对象可以是处于不同健康状况的人（护理对象可以是需要长期照顾的慢性患者或有残障的人，也可是间断地或是偶然地需照顾的急性患者，还可以是需要健康教育和预防保健的健康个体或其整个家庭的成员）；其三，提供的服务可以是专业人员提供的服务，也可是由非专业人员提供的日常生活服务。而居家康复狭义定义多从自身职业角色出发，从本专业范畴进行定义。例如万霞[4]从护理教育角度提出居家康复是在康复医师指导下，社区护士依靠政府和社会力量，以家庭为单位，社区为范围，为居家的病伤残者提供的一切康复护理活动，以减少其身体的、心理的和社会的功能障碍，或最大限度地恢复其功能，使之提高生存质量以重返社会。

根据居家康复的内涵，笔者认为残障老年人居家康复的概念最少应包含以下几方面：①服务的对象为各种原因所导致的躯体功能或精神心理的障碍，不能或难以适应正常社会生活和工作的老年人；②服务的地点一般以家庭居住地为主，可外展延伸至社区康复集中点、从医院到家庭的转运过程；③提供服务的人员以医疗、家政专业人员为主体，同时包含多学科专业人员和各类非专业人员；④提供服务的范畴包含专业医疗服务、专业残疾康复服务、家政服务、转运病患服务、基于新技术的例如互联网康复技术等各类型有助于残障康复的所有服务；⑤提供服务类型重点为基于服务对象的个体化康复服务；⑥服务目标是减少功能障碍或最大限度地恢复残障老年人功能，使之提高生存质量以重返社会。

2 国内外残障老年人居家康复政策的利弊

残障老年人居家康复政策到底是利大于弊还是弊大于利，从目前全球学者流行的学术论点来看，政策的实施整体上是利大于弊的。Berenson[5]对美国联邦基金2010年的健康保险调查结果分析后认为：当低收入人群在获得医疗保险及居家康复服务后，对护理质量满意度明显提高，与费用相关的不良事件的报告出现显著下降。同时措施的实施可减少

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2014.11.021

*基金项目：广东省2013年度残疾人事业理论与实践研究立项资助项目

1 梅州市残联康复医院，514000；2 茂名市残疾人联合会；3 广西民族医药研究院

作者简介：李茂清，男，博士，住院医师； 收稿日期：2013-12-12

低收入与高收入群体之间卫生保健的差距,预计随着医疗保险覆盖范围的扩大,将有更多的弱势群体获益。2010年美国公共卫生协会的报告[6]中也指出居家康复是满足大众卫生基本目标的一个重要手段。而Jun[7]对韩国脊柱手术患者的研究结果表明:居家康复对于老年患者是一种有效的家庭护理程序,可在保障康复疗效的前提下减少相关医疗费用和便利患者。Dean[8]则认为在家庭进行康复的患者可以享用适合自己口味的食物,对于疾病康复起到一定的帮助作用。Merino[9]抽样研究表明生活在社区里的精神分裂症患者,接受个性化的家庭康复服务能减少家庭的负担和改善患者的独立能力。中国学者缪静波[10]对在上海瑞金医院呼吸科住院的晚期肺癌患者进行问卷调查和电话访问,结果显示通过有效的居家健康指导和针对性的护理干预可提高患者的生存质量。而Pace[11]的研究结果也证实居家康复可作为住院治疗的替代方法,提高脑瘤患者晚期的生存质量。

残障老年人居家康复政策的实施也有其不利的一面,特别是对于一些身患绝症的老年人来说,过度依赖居家康复可能会导致他们在病情危急情况下仍不愿到医院诊治,错过治疗或抢救的最佳时间,导致病死率的上升[12]。Berglund[13]也在研究报告中指出在居家康复的实施过程中,不规范的康复措施和频繁的外来人员可能会导致老年人的微生物感染率增加。Figueiredo[14]的研究结果显示居家康复服务可导致从业人员生物暴露的风险,危及康复服务提供者的自身健康。意大利[15—16]盲目扩张居家康复服务对象范围,出现专业技术人员和运行资金的严重短缺,其所带来的负面影响是居家康复服务几乎完全依赖于非正式的家庭护理人员、移民和农民工提供,严重影响了康复质量,最终导致居家康复政策陷入艰难困境。而LIMB[17]的报告认为滥用毒品的居家康复患者对居住环境周围可能是一个潜在的危险因素。

3 国内外残障老年人居家康复的专业技术要求

居家康复的服务提供者应该具备什么的专业技术条件,不同国家和地区要求有所不同,不同类型残障患者所需的居家康复服务也不尽相同。良好的专业知识背景可为服务对象提供更专业、更高质量的康复服务,减少了无效康复费用的支出,避免了康复质量纠纷,可为居家康复项目的顺利实施奠定良好的基础。Mollaoglu[18]对土耳其提供居家康复的服务人员专业背景信息进行研究后认为:提供康复的人员具备良好的医学专业知识可更好地提供康复服务,可及早发现异常状况,减轻居家康复患者的经济负担。Vermandere[19]的研究认为:具有精神康复知识背景的专业人员可提供14类重要的精神护理,对提高精神残疾的康复效果有重要作用。Dreesen[20]对需要肠外营养(parenteral nutrition,HPN)的居家康复患者研究结果表明:导管相关性感染和生存质量成为该类患者康复的重要影响因素,为这类人群提供居家康复的服务人员需要具有相关的HPN护理知识。国内学者周咏梅[21]对脑卒中偏瘫患者居家康复的研究认为:具有医学心理学背景的医务人员对患者进行人文关怀护理,可提高患者生活自理能力和生存质量。

4 残障老年人居家康复服务的类型及相关问题

居家康复的常见服务类型包含专业技术服务、辅助服务、其他服务。专业技术服务一般根据居家康复服务的具体对象而确定。神经系统疾病例如脑血管意外、格林巴利综合征、重症肌无力的患者主要需要神经方面的康复服务;外科手术患者例如肿瘤胃肠道部分切除术、意外截肢术后患者早期则一般需要外科方面的康复服务。而辅助服务主要提供日常生活程序中患者自身无法完成或完成困难的服务,例如个人洗澡、剪发、穿衣的照顾,又如清洁、烹饪、洗衣等家政服务。其他服务包括从医院到家庭的转运服务、不同类型的居家康复转介服务等。此外,居家康复服务的类型在互联网通信新技术的应用下得到了较大的延伸,例如Bradford[22—23]应用互联网技术对居家服药、居家个体自身康复进行监督及指导,在研究中护士通过便携式或台式电脑与互联网连接,对康复服务对象进行个体康复训练视频在线指导以及服药监督,其结果显示互联网视频服务可有效提供康复指导服务、提高居家康复安全性、降低整体医疗费用等。而Forducey[24]对卫生保健电信技术服务的研究表明:电信技术服务的延伸可促进居家康复服务管理和加强卫生保健自理。

5 我国残障老年人居家康复问题总结及解决对策探讨

5.1 居家康复政策法规层面缺失的解决对策

在中国实施残障老年人居家康复离不开完善的法律体系保障。对我国政策法规制定者来说,如何制定居家康复政策法规是个全新的挑战,缺乏可借鉴的国内成熟经验,只能在国外成功经验和失败教训中进行摸索。目前国家层面上针对残疾人康复的政策法规不多,只是在一些法规条例中有所涉及。特别是残障老年人康复方面的相关政策法规基本上处于空白,仅仅在个别法规条例中提及。例如在《中国老龄事业发展"十二五"规划》中提及"基层医疗卫生机构积极开展老年人医疗、护理、卫生保健、健康监测等服务,为老年人提供居家康复护理服务"等要求,但这只是一些原则性的规定,对于康复服务具体实施各方面缺乏明确细致的规定。而日本针对残疾人以及老年残疾人专门出台了《护理保险法》、《老年人保健法》,美国[25]的《士兵康复法》、《职业技术康复方案》、《康复法》等法案经过多次的修订,更是系统全面的涵盖了残疾康复各个方面。与这些具有完整康复法规体系的国家相比,我国在康复立法工作方面还较为落后。因此,

国家层面上残疾人康复政策法规的制定和完善需进一步加强，形成以残障人士康复需求为导向，重视残疾人参与决策，具体内容具有可实施性的系列政策法规。在此基础上，推动康复行业的发展，制定康复量化标准，实施规范化、标准化和行业化的服务流程。

另外现行残疾人康复政策法规中法律责任的规定不明确，多数条款仅规定了行为模式，但对未规定行为明确法律后果，结果导致了康复保障的落实完全决定于主管领导及具体实施者的个人自觉，形成了违反法律而产生的法律责任模糊不清，执法的监督检查和对违法主体进行处罚时缺乏法律依据的尴尬局面。所以，在制定国家政策法规的条例中应设定相应条例，形成有残疾人参与的完善监督机制，制定奖惩分明的措施来保障残疾人康复政策的执行。

5.2 居家康复供给量不足的解决对策

第二次全国残疾人抽样调查结果显示，截至2006年4月1日，全国各类残疾人为8296万人，占全国人口的6.34%（其中残疾等级为一、二级的重度残疾人为2457万人，占残疾人总数的29.62%）。面对如此庞大居家康复需求的残疾人，如何提供与之相匹配的居家康复供给量，是一道棘手的难题。国内外实践经验表明资金充足与否很大程度上决定了居家康复服务实施的成败。我国现阶段居家康复的发展模式绝大部分依赖政府资金投入，其资金来源狭窄，主要构成为养老福利彩票资金、财政收入和部分医保基金，并在短期内不会发生大的变化，所以拓宽资金筹措渠道和保持可持续发展，成为居家康复项目持续健康发展的重要措施。在拓宽资金筹措渠道方面，首先要考虑建立与我国社会经济发展相匹配的长期稳定的资金筹措机制，可逐步提高公共财政预算中残疾人康复费用的比例，加大对残疾康复基本公共服务领域的资金保障力度，促进基本康复公共服务均等化水平。同时建立慈善康复基金或康复融资平台，并促进其保值增值，提高使用效率。另外完善社会强制基本康复保险参保机制，通过保险来偿付大部分康复服务费用，实现风险共担，增强个体对残疾风险的抵御能力，从而使得残疾人能够以较低的自付价格享受居家康复服务。其次，有序的逐步扩大居家康复供给服务对象的范围和类型，避免服务对象范围盲目扩张所导致的资金链紧张。重点保障贫困重度残障老年人居家康复的实施，逐步开放到中度类型残障贫困老年人；重点保障居家康复效果良好的康复项目，逐步过渡到康复困难的项目；重点保障残疾人口基数多，经济落后地区的居家康复的实施，逐步过渡到经济发达的地区。再次，鼓励社会力量特别是非营利组织如慈善团体和志愿者组织、家政护工服务公司、养老康复机构等参与居家康复服务，引入不同类型的服务提供者提高居家康复供给量，增强市场服务的多元性和良性竞争，从而更好地满足服务需求。也可开展老年人之间的互助服务，实现老年劳务储蓄，通过健康的老年人为其他残障老年人提供适宜的居家康复服务，储蓄自己的劳务，当自己需要居家康复时，便可以免费享受与自己老年劳务储蓄相对应的服务。

5.3 居家康复服务水平低下的解决对策

国外的居家康复人员受教育水平相对高，职业设置和准入比较规范，多为专业学校毕业或经过正规培训，拥有较强的居家康复服务能力和经历背景。而目前我国开展的居家康复服务中存在康复服务人员专业水平低下的情况，特别是医学康复专业人员专业化培训程度不高和专业人员缺乏，导致了康复服务内容单一和康复质量不高。应借鉴国外有效的经验解决此类问题，制定服务人员评定标准，提高相应物质待遇和社会地位，吸引专业人才进入行业，缓解人才素质偏低和人力资源紧缺的困境；通过行业管理部门成立统一的行业协会，加强管理队伍的培训，引进竞争机制，提升康复机构管理队伍的素质，培养造就一批专业康复机构管理队伍；其次，规范康复服务专业队伍建设，加强康复人才的培育和水平能力提升，制定有效的残疾人康复服务人员在职培养计划与相应的业务能力系统培训。

5.4 居家康复服务体系合作欠缺与区域分割的解决对策

居家康复的实施是多组织、多机构协同的过程。有效的沟通技巧是其顺利有效运作的基础，因此老年残障居家康复项目的实施应在国家层面上对卫生部、民政部、残联、妇联等各政府行政部门协同调配，在地方区域上实行医院、康复机构、社区、养老院等组织机构协同合作，重视非政府组织的作用，对不同的资源进行整合优化，建立多层次的立体康复服务网络。另外行政区域的划分对居家康复的实施造成了一定的影响。不同的行政区域因经济因素、政府关注程度、医疗水平、社会认可度等因素影响，对当地居家康复投入不均衡。经济条件好，康复专业人员相对集中，重度残疾人口少的区域可提供较高水平的康复服务和接受较多的残疾人进行康复，导致出现康复资源相对过剩的局面；而经济条件差，康复专业人员缺乏，重度残疾人口多的区域无法满足本区域的残疾人居家康复的需求。政府应充分发挥资源互补协调机制，允许部分地区在满足本区域残障老年人居家康复的前提下，为附近区域居民提供康复服务，保障康复资源的合理及最大化使用。

5.5 其他

在居家康复实施的过程中，由于不同的文化、经济、社会、宗教信仰背景，导致不同人群的居家康复理念和模式也不尽相同。为避免不恰当沟通所导致的无效康复，康复服务提供者与服务对象之间需相互沟通、协调、配合。这意味着提供居家康复服务的从业者除了具备有效的、对口的专业康复知识培训外，还需有良好的沟通技巧和方式，掌握不同人

群的需求。其次提供居家康复服务的过程中可导致医疗废物的生成,Alves[26]的研究显示注射器、针头、纱布胶布、刺血针成为居家康复医疗废物的主要来源,我国在实施居家康复项目的过程中,应注意医疗废物的处理,避免对环境造成污染。而随着残障老年人居家康复的实施,如何保护免疫力普遍低下的老年人群,避免家庭内微生物感染更是一个需注意解决的问题[27]。再次,如何保障康复服务提供人员的身心健康是最容易忽视的环节。以色列在对来自菲律宾的居家康复护理工作人员研究中显示:工作人员因工作环境及压力的关系,存在自杀倾向或压抑的情绪[28]。而服务对象如患有艾滋病、肝炎、梅毒等传染病时,将对服务提供者健康构成巨大的威胁,这些都是在居家康复服务提供过程中是需要充分考虑的问题。还有须注意的是患者从医院住院治疗转到居家康复服务的过程中,提供转运/转介服务是居家康复实施体系中不可缺少的环节[29],目前这一环节的实施基本空白,如何在国内开展过渡工作,做到住院治疗与居家康复两者间无缝隙连接是不容忽视的工作。

在我国实施残障老年人居家康复符合社会发展需要,可为社会稳定和谐提供支持。而具有中国特色的多元化残障老年人居家康复的发展和完善还有很长的一段距离要走,实际研究中还有很多的工作要做。本研究因受研究时间和篇幅所限,对许多问题并未进行深入探讨,但希望本文能给我国残障老年人居家康复的研究和实施提供一定的借鉴。

参考文献

[1] http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/patientinstructions/000434.htm.

[2] http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/home+care.

[3] 刘腊梅,周兰姝,吕伟波.我国老年家庭护理服务的利用情况及现状分析[J].护理研究,2007,21(8):1982—1984.

[4] 万霞,黄煊,赵晶晶,等.我国老年居家康复护理现状与研究进展[J].上海护理,2013,13(1):57—60.

[5] Berenson J, Doty MM, Abrams MK,et al. Achieving better quality of care for low-income populations: the roles of health insurance and the medical home in reducing health inequities[J].Issue Brief (Commonw Fund), 2012, 11: 1—18.

[6] Grant R, Greene D.The health care home model: primary health care meeting public health goals[J].Am J Public Health,2012,102(6): 1096—1103.

[7] Jun M, Jung JY. Effectiveness of home health care service for elders after spinal surgery[J].J Korean Acad Nurs,2012,42(7): 1009—1018.

[8] Dean E.Home-cooked care[J]. Nurs Stand,2012,26(46): 22—23.

[9] Roldan-Merino J, Garcia IC, Ramos-Pichardo JD, et al. Impact of personalized in-home nursing care plans on dependence in ADLs/IADLs and on family burden among adults diagnosed with schizophrenia: a randomized controlled study [J]. Perspect Psychiatr Care, 2013, 49(3): 171—178.

[10] 缪静波,钱珠萍.晚期肺癌患者居家健康需求及护理干预研究[J].临床肺科杂志,2011,16(6):980—981.

[11] Pace A, Di Lorenzo C, Capon A, et al. Quality of care and rehospitalization rate in the last stage of disease in brain tumor patients assisted at home: a cost effectiveness study[J].J Palliat Med,2012,15(2): 225—227.

[12] Luckett T, Davidson PM,Lam L, et al. Do community specialist palliative care services that provide home nursing increase rates of home death for people with life-limiting illnesses? A systematic review and meta-analysis of comparative studies[J].J Pain Symptom Manage,2013,45(2):279—297.

[13] Berglund H, Duner A,Blomber S, et al.Care planning at home: a way to increase the influence of older people[J]? Int J Integr Care,2012,12:e134.

[14] de Figueiredo RM,Maroldi MA.Home care:health professionals at risk for biological exposure[J]. Rev Esc Enferm USP, 2012,46(1):145—150.

[15] Gori C. Home care in Italy: a system on the move, in the opposite direction to what we expect[J].Health Soc Care Community,2012,20(3):255—264.

[16] Bucaj A, Kalokerinou A, Sourtzi P,et al. Considerations on home care in Greece, Italy and Albania: similarities and differences[J].Prof Inferm,2012,65(2): 81—88.

[17] Limb M. Abused patients from closed care home may be at risk in new placements, investigation shows[J].BMJ,2012, 345:e7336.

[18] Mollaoglu M, Kayatas M, Yurugen B,et al. Effects on caregiver burden of education related to home care in patients undergoing hemodialysis[J].Hemodial Int, 2013,17(3): 413—420.

[19] Vermandere M, Lepeleire JD, Van Mechelen W, et al.Spirituality in palliative home care: a framework for the clinician[J].Support Care Cancer,2013,21(4): 1061—1069.

[20] Dreesen M, Foulon V, Vanhaecht K,et al. Development of quality of care interventions for adult patients on home parenteral nutrition (HPN) with a benign underlying disease using a two-round Delphi approach[J].Clin Nutr,2013,32(1): 59—64.

[21] 周咏梅.人文关怀护理在脑卒中偏瘫患者居家康复中的应用[J].齐鲁护理杂志,2013,19(7):44—45.

[22] Bradford N, Armfield NR, Young J, et al.Safety for home care: the use of internet video calls to double-check interventions[J].J Telemed Telecare,2012,18(8): 434—437.

[23] Bradford N, Young J, Armfield NR, et al.A pilot study of the effectiveness of home teleconsultations in paediatric palliative care[J]. J Telemed Telecare,2012, 18(8): 438—442.

[24] Forducey PG, Glueckauf RL, Bergquist TF, et al. Telehealth for persons with severe functional disabilities and their caregivers: facilitating self-care management in the home setting[J]. Psychol Serv,2012,9(2): 144—162.

[25] 肖菊英,郑俭.美国康复法及其对我国的启示[J].中国康复理论与实践,2011,17(5):478—480.

[26] Alves SB, Souza AC, Tipple AF, et al. Management of waste generated in home care by the Family Health Strategy[J].Rev Bras Enferm,2012,65(1): 128—134.

[27] Alvarez AM, Goncalves LH. Nursing and care for the elderly at home[J].Rev Bras Enferm,2012,65(5):715—716.

[28] Ayalon L. Suicidal and depressive symptoms in Filipino home care workers in Israel[J].J Cross Cult Gerontol,2012, 27(1): 51—63.

[29] Abrashkin KA, Cho HJ, Torgalkar S, et al. Improving transitions of care from hospital to home: what works?[J]. Mt Sinai J Med,2012,79(5): 535—544.