

中国精神残疾人社会参与及卫生服务研究的研究进展*

郭超¹ 王振杰¹ 郑晓璇^{1,2}

2010年末我国精神残疾人数达629万人,占残疾人总数的7.39%^[1]。相比其他类型的残疾人,精神残疾人将会面临更多的社会参与障碍,如失业、就业困难^[2-3]、就业歧视^[2]等。加之由于精神残疾人疾病的特殊性 & 传统的社会认知状态,往往使得残疾人遭受更大的精神压力,在社会适应中更为敏感,面临更多的困难^[4]。同时,精神残疾人往往更容易伴发多种心理上和躯体上的疾病,因此可能需要更多的治疗和康复服务^[5]。本文对中国精神残疾人社会参与及卫生服务研究进行综述,以总结我国精神残疾人群致残后研究的特点和不足,为今后更加全面深入的精神残疾康复和治疗提供科学依据。

1 精神残疾人的社会参与能力及实现

1.1 社会参与的能力水平

社会参与的能力是社会活动的基础,现有研究表明,我国有相当一部分精神残疾人在生活自理、劳动和社会交往方面存在能力障碍。1987年上海市精神残疾抽样调查显示,10.65%的精神残疾人生活不能自理,37.87%完全丧失劳动能力^[6]。2006年北京市精神残疾人中则有96.79%存在生活障碍,67.06%报告其有生活自理障碍,42.27%表示其有身体移动障碍^[7]。1987年安徽省有高达85.87%的精神残疾人部分丧失和完全丧失劳动能力^[8]。2006年黑龙江则有59.90%的精神残疾人丧失劳动能力;68.10%的精神残疾人依靠家庭其他成员供养^[9]。另一方面,在业的精神残疾人,其劳动能力也非常有限。段黎明^[10]对内蒙古自治区精神残疾人的劳动能力研究表明,2006年,15岁及以上的在业精神残疾人中,84.13%的精神残疾人只能从事农、林、牧、渔、水利行业的一些简单、粗放的劳动。

精神残疾患者的康复有赖于其与常人的正常交往和人际之间的相互作用的性质、质量^[11]。然而残疾人往往在社会交往和参与的能力方面存在多方障碍。如研究表明,2006年北京市的精神残疾人群存在多方面的社会参与障碍,92.13%的精神残疾人有理解交流障碍,93.00%的精神残疾人有与人

相处障碍,99.13%的精神残疾人直接报告其有社会参与障碍^[7]。而在内蒙古精神残疾人中,绝大多数在理解和交流能力方面存在不同程度的障碍,而且残疾程度越重,其理解、交流障碍能力越差^[10]。

1.2 社会参与的实现水平

就业是社会参与的最主要形式之一。然而由于能力水平的限制,精神残疾人的就业水平往往也较低。2006年黑龙江省的精神残疾患者,只有17.53%就业,未工作的主要原因是因为丧失劳动能力^[9]。同年,内蒙古未工作精神残疾人员占残疾人的66.13%,由于残疾导致的劳动能力丧失也是未工作主要的原因^[10]。

曹平等^[12]对影响女性精神残疾人就业价值观的预测因素进行了研究,结果表明就业期望、朋友支持、保护者期待、自我尊重感、一般能力水平,以及就业经验是影响女性精神残疾人就业价值观的重要因素,社区相关部门应就此开展有针对性的服务,以提高女性精神残疾人就业,促进其社会康复。

2 精神残疾人的卫生服务需求及利用

康复治疗对改善精神残疾人的精神残疾症状、防止精神残疾恶化、促进精神残疾人康复具有重要的作用^[13];针对性的对精神分裂症患者的劳动能力及生活自理能力进行的家庭康复训练,也是减轻精神残疾的重要措施^[14]。然而,由于精神残疾多方面的日常行为能力缺陷,以及各种疾病引起的功能恶化可能阻碍精神残疾人对包括康复服务在内的卫生服务的寻求和利用^[15-17]。

2.1 精神残疾人的服务需求

2.1.1 医院治疗及康复服务:现有研究表明,无论是客观上专业医师的评定,还是主观上精神残疾人的自我需求,医院治疗及康复都是残疾人最需要的卫生服务。如1987年安徽省精神残疾者中有57.52%被评定需要医院治疗,据此结果推算,全省需要医院治疗的精神残疾人约为5.67万^[8]。上海的研究结果与之相似,即1987年,58.74%的上海精神残疾患者需要住院医疗^[6]。2006年,各地的调查表明我国残疾人的

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2017.04.020

*基金项目:国家社科基金重大项目(09&ZD072);卫生行业科研专项项目(201302008)

1 北京大学人口研究所/世界卫生组织生殖健康与人口科学合作中心,北京,100871; 2 通讯作者

作者简介:郭超,女,在读博士研究生; 收稿日期:2015-06-29

机构康复需求进一步增加。如42.51%的北京市精神残疾人被专业医师评定为需要机构康复^[7],重庆则有84.02%的精神残疾人需要机构康复,其中医疗服务和康复训练是最主要的康复内容^[18]。在精神残疾人自我报告的本人主要需求中,2006年,北京市93.28%的精神残疾人表示具有医疗服务与救助需求,是精神残疾人最主要的需求,其次为康复训练与服务(43.80%)^[7]。重庆则有95.85%的精神残疾人表示了医疗服务与救助的需求,35.06%具有康复训练与服务需求^[18]。内蒙古精神残疾人中,两项需求的比例分别为94.08%和29.83%^[10]。

2.1.2 家庭康复及相关服务:家庭康复是继医疗服务后我国精神残疾人最主要的需求。1987年,安徽省约有3.4万精神残疾人需要家庭康复,占有精神残疾人的34.52%^[8],而上海市的精神残疾人中,则有33.03%需要家庭康复指导^[6]。2006年,北京市有52.20%的精神残疾人被评定为需要社区和家庭康复,5.3%需要如上门服务等延伸服务,此外,在残疾人自我报告的需求中,有22.87%的精神残疾人表示具有生活服务需求^[7]。重庆的同类研究表明,2006年,该地区15.98%的精神残疾人被评定为需要社区和家庭服务,另有14.73%自我报告了生活服务需求^[18]。

2.2 精神残疾人的服务利用

2.2.1 服务利用情况:现有研究表明,我国精神残疾人卫生服务利用不足,需求满足度低。1987年安徽省残疾人抽样调查的结果显示,在安徽省精神残疾人中,既往从未治疗和治疗不足者占52.17%^[8]。2006年北京市精神残疾人中,绝大部分曾经接受过医疗服务与救助(91.21%),但仅4.26%曾接受过康复训练与服务,仅5.05%的辅助器具需求得到了满足^[7]。而2006年重庆地区仅有54.36%的精神残疾人曾接受过医疗服务与救助,7.47%接受过康复训练与服务,高达33.82%的精神残疾人未曾接受任何服务或扶助^[18]。葛红颖和杨丽^[19]以广东省从化市农村精神残疾人为调查对象,得出2010年,仅有29.41%的精神残疾人接受过康复服务,其中大部分只接受过单一类型的康复服务,仅有不到1/5接受过两种及以上的康复服务。

张蕾等^[20]基于2006年全国残疾人抽样调查数据,对成年精神残疾人的多种需求的实现程度进行了研究,得出我国成年精神残疾人在包括医疗服务与救助、辅助器具、康复训练与服务在内的健康服务方面的需求满足度为46.1%,在包括贫困残疾人救助与扶持在内的基本生存服务方面的需求满足度为17.5%,在包括法律援助与服务、无障碍设施、信息无障碍、文化服务、生活服务以及其他服务在内的环境支持性服务方面的需求满足度仅为5.9%。Li N等^[21]也基于该数据得出,我国有52%的精神残疾人从未使用过任何一种精神卫生服务。

2.2.2 影响服务利用及效果的因素:我国精神残疾人的服务利用受到多种因素的影响。多位研究者利用2006年全国残疾人抽样调查数据分析得出:劳动力年龄(15—59岁),居住在城市地区,有配偶,受过大学及以上教育,当前无工作,参加了养老、医疗、失业保险,领取低保,领取救济,家庭人均收入水平较高等11项因素是成年精神残疾人健康服务需求获得满足的有利因素;其中,领取救济、领取低保和人均家庭年收入升高是成年精神残疾人需求满足得分上升的最重要的三项关联因素^[20];城镇居民、较高受教育水平、已婚、有医疗保险、较高的人均家庭年收入是精神残疾人卫生服务的有利因素^[21]。

2.2.3 影响康复效果的因素:对于接受康复的精神残疾人,亦有一些因素影响康复治疗的效果。葛红颖等^[19]的研究显示,2010年,在广东省从化市农村精神残疾人中,60岁以下组康复治疗率明显高于60岁及以上组;小学文化程度及以下组康复治疗率明显低于初中组和高中及以上组;随着残疾严重程度的增加,康复治疗率显著下降。李红英^[22]以在四川省某医院长期集中供养和分散在家供养的优抚精神残疾退伍军人为研究对象,得出集中供养优抚组患者的生理、心理、社会关系、环境、个体自身生存质量总主观感觉自评等各维度的评分较分散供养优抚组显著增加,医院集中供养的方式更有助于其精神残疾的康复。

3 我国精神残疾康复的形式和发展

很久以来,我国精神患者以及精神残疾人的康复都是在医院完成的。早在唐代已经建有收容包括精神患者在内的孤、老、贫、病者的安养设施——“悲田坊”^[23]。在国外,上世纪80年代的研究已经表明其精神残疾康复工作已从单纯依靠精神病院和其他卫生服务机构向更为社会化的照料模式发展^[24]。随着社会经济的发展,为了实现精神残疾人康复的最终目的——回归社会,我国也加入到了近代精神科提倡的“非住院化运动”中,使精神残疾的康复逐渐趋向于非住院化康复模式^[25]。90年代末,随着康复医学的发展,精神残疾康复的理论和研究方法研究更加全面具体^[26]。有学者指出,须通过社会和家庭共同干预的办法,建立并推广一整套社会化的组织管理和技术服务体系,使精神残疾人能在划片区域内就近得到综合性的康复医疗服务^[27]。亦有学者通过借鉴外国社区康复的经验及发展,讨论我国精神残疾人在社区康复的必要性、可行性、存在问题及解决途径,并强调了这其中社会伦理的完整性^[26,28]。同时,对于缺少家庭和社区康复条件的精神残疾人,以及残疾程度较重的精神残疾患者,医院系统康复和治疗也是不可或缺的方式。目前,我国精神残疾人康复的主要形式包括院内康复、社区康复和家庭康复。

3.1 院内康复

虽然我国社会经济快速发展,但是由于客观条件的限制和社会习惯,大多数精神残疾人仍然在精神病医院或精神病疗养院内进行治疗和康复。然而,院内残疾人康复也是为了残疾人最终能够重返社会服务。因此院内康复的三原则是:功能训练、全面康复、重返社会^[29]。精神残疾人不同于其他残疾人,大多数不需卧床。因此开放或半开放的管理模式和工娱治疗成为精神残疾康复的重要形式。有研究表明对精神残疾者进行工娱治疗3个月后,其各项康复指标明显改善,表明工娱治疗康复训练能有效改善精神残疾,减少精神疾病的社会功能缺陷^[30]。同时,在精神科常规治疗和常规护理的基础上,开展工娱治疗活动和康复训练,可有效提高精神残疾患者的治疗依从性,稳定疗效,预防复发,减少其社会功能缺陷,有利于精神残疾患者的康复^[31]。此外,由于院内康复可以集中精神残疾患者进行团体性训练。团体社交技能训练有助于改善精神分裂症患者的精神症状和家庭关系,降低患者的精神残疾,促进患者康复^[32],也是院内康复对于精神残疾康复的一个有利方面。

3.2 社区康复

精神残疾人的社区康复是社区精神卫生服务的主要内容,包括社区精神康复机构的短期住院服务、门诊服务、危机干预等^[25]。自20世纪90年代起,不同地区的社会精神残疾康复进展有所报告。如广州等地在社区建立精神残疾康复工疗站,并发现工疗站模式以精神残疾与肢残两种人员混合组成对精神残疾的康复较为理想,是社区精神残疾人员的劳动技能训练与社会生活能力训练的理想群体结构^[33]。近年来,内蒙古有些地区的社区康复机构,还开展了对社区精神残疾患者实施的家庭跟踪康复和短期托养康复相结合的全程康复服务,通过实践表明精神残疾患者社区全程持续康复具有可行性和实效性,可作为社区精神卫生服务体系的一种补充形式^[34]。然而,目前针对精神残疾人社区服务的相关研究,主要集中在医学领域或者治疗理念上,具体的微观层面上的精神残疾人社区服务相关的研究还较为缺乏^[35]。

3.3 家庭康复

家庭康复是以家庭为基地进行的康复,尤其是指帮助患者具备适应家庭生活环境的能力,参加家庭生活和家务劳动,以家庭一员的身份与家庭其他成员相处等^[36]。家庭是精神残疾人的最直接的物质和精神支持来源,研究表明,家庭康复训练对精神残疾人的康复具有显著的疗效,对促进精神残疾人恢复社会生活具有非常重要的作用^[37]。此外,家庭关系、家庭支持、家庭功能、家庭照料情况,以及家庭成员情况等都与精神残疾人的康复密切相关^[38-43]。同时,家庭康复与社区康复也是密不可分、相辅相成的。许多家庭康复和治疗方式,需要借助社区为依托来进行。如以社会心理干预的家庭治疗是以社区为基础的精神疾病康复的好方法,是开展社

区康复的有效途径。研究表明,由专业人员对病员及家庭成员的社会心理干预的家庭治疗方法,可有效帮助精神残疾人创造了良好的家庭环境,帮助其恢复社会功能^[44]。此外,也有研究进一步探讨了对精神残疾患者进行家庭康复与管理的方法。王超等^[45]的研究指出,对精神残疾患者实行家庭康复与管理,可采取“鉴定建档—免费发药—定期随访”三步相结合的方法,可对改善部分精神残疾人的社会适应能力起到较为明显的作用。

4 展望

通过文献回顾,目前精神残疾人的康复研究在我国较受重视,对精神残疾人医疗、康复和其他相关需求的形式、程度,以及利用情况的研究较为丰富。但在不同类型的康复发展上偏重于社区康复而对家庭康复的进展研究较少。在精神残疾人的社会参与方面,研究多限于描述精神残疾人的社会参与能力缺乏,在工作和职业需求及实现方面有所涉猎,但在教育、婚姻等其他社会参与形式方面的研究仍然存在空白。基于目前的研究现状,未来我国精神残疾人社会参与和卫生服务研究的方向应在利用具有全国代表性数据的基础上,增加对更为全面和广泛的社会参与的需求和利用以及家庭康复的发展的研究。补充现有研究的不足,为进一步促进精神残疾人康复和回归社会生活提供科学依据。

参考文献

- [1] 中国残疾人联合会. 2010年末全国残疾人总数及各类、不同残疾等级人数[EB/OL]. (2012-06-26)http://www.cdpf.org.cn/sytj/content/2012-06/26/content_30399867.htm.
- [2] Druss BG, Marcus SC, Rosenheck RA, et al. Understanding disability in mental and general medical conditions[J]. Am J Psychiatry, 2000,157(9):1485—1491.
- [3] 张海苗. 探讨精神残疾人康复就业的现状及影响因素[J]. 医学信息(下旬刊), 2013,26(15):579.
- [4] 曹平, 张永爱, 任向明, 等. 精神残疾人就业价值观的影响因素[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2011,20(8):752—753.
- [5] Prince M, Patel V, Saxena S, et al. No health without mental health[J]. The Lancet, 2007,370(9590):859—877.
- [6] 瞿光亚, 任福民, 姚存德. 上海市精神残疾抽样调查[J]. 上海精神医学, 1991,3(4):222—224.
- [7] 崔勇, 彭虹, 魏志云, 等. 北京市精神残疾人的康复需求分析[C]. 中国心理卫生协会残疾人心理卫生分会第七届学术交流会, 成都, 2008.
- [8] 王克永. 安徽省精神残疾与康复医疗的设想[J]. 安徽医学, 1992,13(6):42—43.
- [9] 高力军, 吴群红, 宁宁, 等. 黑龙江省居民精神残疾流行现状及致残因素分析[J]. 医学与社会, 2008,21(9):4—6.
- [10] 段黎明. 内蒙古自治区精神残疾人患病水平调查研究[J]. 内

- 蒙古医学杂志, 2014,46(3):320—323.
- [11] 沈抒, 孙启良, 谢欲晓. 精神残疾患者家庭社会处境分析[J]. 中国康复医学杂志, 1999,14(4):166.
- [12] 曹平, 张永爱, 任向明, 等. 影响女性精神残疾人就业价值观预测因素研究[J]. 中国妇幼保健研究, 2011,22(6):756—760.
- [13] 李咏国, 焦琨, 朱学平, 等. 康复治疗改善慢性精神分裂症患者精神残疾41例报告[J]. 中国临床康复, 2003,7(3):486—487.
- [14] 黄靖康, 张向阳, 胡湘郇. 精神分裂症患者的精神残疾与社会功能之间影响因素分析[J]. 现代康复, 2001,5(15):82.
- [15] Sokal J, Messias E, Dickerson FB, et al. Comorbidity of medical illnesses among adults with serious mental illness who are receiving community psychiatric services[J]. J Nerv Ment Dis, 2004,192(6):421—427.
- [16] Nordstrom M, Skarsater I, Bjorkman T, et al. The life circumstances of persons with a psychiatric disability: a survey in a region in southern Sweden[J]. J Psychiatr Ment Health Nurs, 2009,16(8):738—748.
- [17] Andrews G, Henderson S, Hall W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation. Overview of the Australian National Mental Health Survey[J]. Br J Psychiatry, 2001,178(1):145—153.
- [18] 缪定国, 舒彬, 杨志金, 等. 重庆市精神残疾人康复情况分析[J]. 中国康复医学杂志, 2010,25(9):889—891.
- [19] 葛红颖, 杨丽. 从化市农村精神残疾人康复治疗状况调查[J]. 广东医学, 2012,33(11):1656—1657.
- [20] 张蕾, 姜桂平, 陈功. 成年精神残疾人分层服务需求满足的关联因素[J]. 中国心理卫生杂志, 2014,28(10):741—747.
- [21] Li N, Du W, Chen G, et al. Mental health service use among Chinese adults with mental disabilities: a national survey[J]. Psychiatr Serv, 2013,64(7):638—644.
- [22] 李红英. 集中供养和分散供养优抚精神残疾军人生存质量研究[J]. 山西医药杂志, 2014,43(14):1640—1642.
- [23] 段惠青. 宋朝贫困救济问题研究[D]. 郑州大学, 2005.
- [24] Goldman HH. Mental illness and family burden: a public health perspective[J]. Psychiatric Services, 1982,33(7):557—560.
- [25] 沈渔邨. 精神病学[M]. 第5版. 北京: 人民卫生出版社, 2009.
- [26] 张丽华, 王金荣, 裴振法. 精神残疾社区康复在精神病防治中的作用[C]. 中国残疾人康复协会心理卫生专业委员会首届学术交流会, 中国山东烟台, 1998.
- [27] 薛梦觉. 精神残疾心理社会问题和社区康复工作模式[J]. 健康心理学, 1996,4(1):38—39.
- [28] 黄淑文. 试论精神残疾者社区康复的社会伦理完整性[J]. 中国医学伦理学, 1997,51(1):18—19.
- [29] 蒋琼华, 白如德. 减少精神残疾加强院内康复[J]. 中国保健营养(下旬刊), 2012,22(9):3134.
- [30] 吴晓莉. 工娱治疗对精神残疾患者的康复影响[J]. 中国当代医药, 2012,19(22):35—36.
- [31] 杨秀双, 张春霞, 张敏, 等. 精神残疾患者工娱疗康复训练疗效观察[J]. 临床心身疾病杂志, 2011,17(5):449—450.
- [32] 李水英, 周茜, 赖华, 等. 团体社交技能训练对精神分裂症患者精神症状、精神残疾及家庭关系的影响[J]. 中国实用护理杂志, 2014,30(18):7—11.
- [33] 黄靖康, 梁炬. 广州市社区精神残疾康复工疗站的现状与模式探讨[C]. 中国民政精神医学第二届学术会议, 中国湖南漳州, 1992.
- [34] 额尔敦. 精神残疾患者社区全程持续康复的分析[J]. 医学信息, 2013,26(5):165—166.
- [35] 陈青青. 我国精神残疾人社区服务建设研究——以苏州市金阊区为例[D]. 苏州大学社会工作, 2012.
- [36] 武广华, 臧益秀, 刘运祥. 中国卫生管理辞典[M]. 北京: 中国科学技术出版社, 2001.
- [37] 李拉珂, 张建芳, 黄晓华. 家庭康复训练对慢性精神分裂症患者康复疗效研究[J]. 中国实用医药, 2013,8(19):255—256.
- [38] 赵宝龙, 沈静静, 施永斌. 社区精神分裂症社会功能残疾相关因素研究[J]. 中国民政医学杂志, 2002,14(6):347-349.
- [39] 康兰英, 陈长浩, 毛红岩. 探讨社会支持对精神分裂症患者社会功能恢复的影响[J]. 中华全科医学, 2013,11(9):1413.
- [40] 胡明月, 沈调英. 精神分裂症患者精神残疾的影响因素[J]. 中国行为医学科学, 2005,14(10):899—900.
- [41] 徐文炜, 张凤娟, 吴世珍, 等. 精神分裂症患者精神残疾相关因素分析[J]. 中国临床康复, 2006,10(18):35—37.
- [42] 张敬悬, 翁正. 精神分裂症的精神残疾及其相关因素的调查分析[J]. 四川精神卫生, 2001,14(2):69—71.
- [43] 孙玉静, 王丽娜, 周郁秋, 等. 服药依从性及家庭功能对精神分裂症恢复期患者精神残疾状况影响的简单效应分析[J]. 中国实用护理杂志, 2014,30(31):10—14.
- [44] 亢明, 李坚, 谢健. 社会心理干预的家庭治疗与精神分裂症的康复[J]. 中国神经精神疾病杂志, 1992,18(5):258—260.
- [45] 王超, 耿彩虹. 对精神残疾患者进行家庭康复与管理的方法探讨[J]. 中国保健营养(下旬刊), 2013,23(12):7223—7224.