

职业技能训练在肢体残障职工中的运用效果研究

蔡宇¹ 朱朋飞² 周华军¹ 肖婷¹ 王宁¹

摘要

目的:探讨职业技能训练方法对肢体残障职工日常生活活动(ADL)能力的影响及再就业分析。

方法:对100例肢体伤残患者采用随机数字表法分为试验组和对照组,对照组给予常规康复治疗,试验组在常规康复治疗的基础上,进行有针对性的职业技能训练,两组患者共治疗12周。分别于治疗前和治疗后4周、8周、12周对两组患者进行ADL能力评估,于治疗前和治疗后12周进行林氏就业准备评估,于出院后24周通过现场探访和电话回访的形式进行再就业追踪和分析。

结果:康复治疗后的4周、8周、12周两组患者ADL评分均较治疗前有所改善($P < 0.05$);两组患者组间对比,试验组患者ADL评分显著高于对照组($P < 0.05$);治疗后的12周两组患者林氏就业准备评估对比,试验组优于对照组($P < 0.05$);出院后24周再就业调查分析对照组就业率为38.0%,试验组为90.0%。

结论:在职业康复过程中对肢体残障职工进行职业技能培训不仅有利于患者肢体功能的康复,还可以提高患者的劳动能力,促进肢体残障职工再就业。

关键词 技能培训;工伤;残障;职业康复;再就业

中图分类号:R496 **文献标识码:**B **文章编号:**1001-1242(2017)-05-0567-03

随着我国工业技术推动城镇化建设的发展,现代工业发生了日新月异的变化,从而各类型的工业灾害逐渐演变为劳动者在生产过程中难以避免的职业杀手。这种现象不仅严重影响着劳动者及其家庭的生活质量,还在某种程度上冲击到社会经济的可持续性发展。由于我国超强的负外部效应(社会问题和风险),成为当今我国职业病和工伤事故的发生率不断增加的重要原因,因工致残、致贫的人群每年也呈阶梯式增加^[1]。根据国家人力资源和社会保障部工伤保险司统计,我国工伤致残人群已越百万人。如何让伤残职工能够再次重返工作岗位或自谋生路已成为亟待要解决的任务。大量临床研究均证明,大部分工伤职工通过工伤职业技能康复是可以重返工作岗位的^[2]。因此,我们通过职业技能培训的方式对肢体残障患者进行再就业的学习,其效果好,患者满意度高。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2013年12月—2015年1月在我院住院的100名工伤残障患者作为研究对象,采用随机数字表法分为试验组和对照组,每组各50人,其中男性58人,女性42人,年龄20—55岁,平均年龄(32.24±3.29)岁,病程(135.75±44.05)天,所有患者于治疗前一对一谈话,同意参与本研究并自愿签署康复知情同意书。病种分类:根据国家人力资源和社会保障司颁布的《工伤康复服务规范(试行)(2013年修订)》^[3]中9个常见工伤病种进行分类,其中骨折35人,手外伤42人,关节软组织损伤23人。损伤部位:上肢(包含手)82人,下肢18人。伤残等级:经劳动鉴定部门肢体功能评定,1—4级19人,5—6级32人,7—10级49人。两组患者一般资料比较差异无显著性意义($P > 0.05$),见表1。

表1 两组患者一般资料对比

组别	例数	性别(例)		年龄($\bar{x} \pm s$, (岁))	病种(例)			伤残等级(例)			病程($\bar{x} \pm s$, d)
		男	女		骨折	手外伤	关节软	1—4级	5—6级	7—10级	
对照组	50	29	21	32.60±2.60	17	20	13	10	16	24	139.58±39.58
试验组	50	29	21	32.56±2.56	18	22	10	9	16	25	134.14±34.14

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2017.05.015

1 华中科技大学同济医学院附属普爱医院康复医学科,430030; 2 华中科技大学同济医学院附属普爱医院心血管内科

作者简介:蔡宇,男,康复治疗师; 收稿日期:2016-01-12

1.2 纳入标准:①年龄:男性20—60岁,女性20—55岁;②均为骨折、手外伤和关节软组织损伤,符合《工伤康复服务规范(试行)(2013年修订)》中的诊断标准;③同意参与本研究并签署知情同意书。

1.3 排除标准

①合并严重的心血管疾病;②合并多发损伤;③有退休准备;④患有精神疾病、交流障碍。

1.4 治疗方法

对照组给予常规康复治疗,试验组在常规康复治疗的基础上,根据患者的年龄、性别、个人兴趣、职业计划等特点进行职业技能训练。具体方法如下:

1.4.1 常规康复治疗:患者入院后根据康复医师和治疗师的共同评估,为患者制定个体化的康复训练方案,包括:运动治疗、作业治疗、言语治疗、推拿手法、物理因子等综合训练。上肢(包含手)受伤的患者接受(运动治疗、作业治疗、推拿手法和物理因子治疗);下肢受伤的患者接受(运动治疗、推拿手法和物理因子治疗)。每项治疗每天1次,每次20—30min,每周6次,共治疗12周。

1.4.2 职业技能训练方案。职业面谈与指导:通过“一对一”职业面谈的方式了解患者的一般情况及伤残前的工作类别,特长,个人兴趣爱好等,根据对患者个人就业意愿的评估,判断其有无强烈要求复工的意愿及对自我能力是否有正确的认识,建立患者档案,为患者制定出职业计划,给予帮助和指导。

培训项目:①手工技能训练:在治疗师的指导下进行小组丝网花、水晶串珠、衍纸、软陶工艺、刻纸等15项手工技能训练,要求患者掌握其技能方法,以提高手-眼协调,手精细动作,情绪管理等能力,通过集体分工合作,相互学习和帮助,树立患者之间的无障碍沟通和友好的人际关系。②信息化应用训练:运用团体教学模式,将患者集中在无障碍设施的电脑技能培训室内进行计算机网络媒体,淘宝网编辑等基础知识学习和五笔输入法, WPS, Word, PPT, Excel, Photo-shop 等各类办公软件的运用,使患者提高信息化办公速度。③服装缝纫技能培训:由于胸腰段脊髓损伤患者上肢功能完好,故选择手动或自动热转印或缝纫设备,避免用脚控制设备,对成品或半成品的衣服进行文化衫印制,缝纫等技能训练。④家用小电器技能培训班:如安装门锁、门铃、接线板的连接、手电筒维修等,提高患者主动参与和动手能力的兴趣,引导患者完成训练。⑤园艺治疗:以小组分工合作的方式,让患者每天进行1h园艺活动,通过相互协作及交流,消除患者不安心理与急躁情绪,增加患者活动能力与注意力,培养创作激情。以上训练1次/天,6次/周,每次学习内容确定,训练时间为45—60min,共治疗12周。

1.5 评定方法

分别于治疗前和治疗后4周、8周、12周对两组患者进行

ADL能力评估^[4],于治疗前和治疗后12周进行林氏就业准备评估^[5],于出院后24周通过现场探访和电话回访的形式进行追踪,对两组患者进行再就业分析。

1.6 统计学分析

采用SPSS 21.0统计软件进行统计学分析,对计数资料采用 χ^2 检验,对计量资料采用 t 检验,等级资料采用秩和检验,所得数据用均数±标准差表示。

2 结果

两组患者ADL评分情况对比:治疗前两组患者的ADL评分相比,差异无显著性意义($P > 0.05$)。康复治疗后4周、8周、12周,试验组ADL评分显著高于对照组($P < 0.05$),见表2。两组患者林氏就业准备评估对比:两组患者治疗前的林氏就业准备评估相比,差异无显著性意义($P > 0.05$)。康复治疗后12周,试验组林氏就业准备评估中,行动阶段的患者显著高于对照组($P < 0.05$),见表3。两组患者出院后实际就业情况分析:通过现场探访和电话回访的形式追踪出院后24周的两组患者,并进行再就业分析,两组患者就业率:试验组为90%,对照组为38%,两组比较 $P < 0.05$ 。见表4。

表2 两组患者ADL能力评分对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后4周	治疗后8周	治疗后12周
对照组	50	38.62±8.62	53.04±3.04 ^①	74.34±4.34 ^①	82.32±2.32 ^①
试验组	50	38.96±8.96	67.24±7.24 ^{①②}	84.82±4.82 ^{①②}	94.28±4.2 ^{①②}

注:①与同组治疗前比较 $P < 0.05$;②同一时间点组间比较 $P < 0.05$

表3 两组患者林氏就业准备评估对比 (例)

组别	例数	治疗前				治疗后			
		考虑前阶段	考虑阶段	准备阶段	行动阶段	考虑前阶段	考虑阶段	准备阶段	行动阶段
对照组	50	35	13	2	0	14	10	8	18
试验组	50	30	15	5	0	1	2	5	42

表4 两组患者出院后24周实际就业情况 (例)

组别	例数	就业情况				再就业(%)
		恢复原工作	改变工种再就业	病退	未就业	
对照组	50	9	10	6	25	38.0
试验组	50	26	19	2	3	90.0

3 讨论

由于肢体伤残患者角色的转变,社会认可度和自身心理因素等原因,使这类曾经对社会有过贡献的劳动者成为特殊的社会弱势群体,想要使肢体残障职工再就业则是一种复杂的过程^[6]。随着科学技术的不断发展,工人因公导致肢体伤残在很大程度上影响到其今后的生活自理,社会参与等,也严重影响到患者的工作能力和经济收入。

对于肢体残障患者来说,仅以医疗康复为主的功能障碍

康复,只能保障患者在住院期间肢体功能情况能达到一个比较满意的水平,缺乏对患者出院后功能康复及职业规划。因此,医疗康复期的终结并不意味着肢体功能的完全康复,并发症、后遗症往往会终生困扰着残障患者。康复训练不及时,会使肢体残障患者功能退化。职业技能训练,不但有利于伤口的愈合,病情的稳定,而且能提高机体的免疫力和抵抗力,促使伤情向良性发展,减少并发症、后遗症的发生机率。Sears等^[7]研究认为,在工伤职工住院期间推行职业技能培训,使工伤职工在住院期间保持劳动者的身份,可显著提高工伤职工的就业率。同时,让患者参与职业技能训练标志着人类对自身价值的认识发展到了新阶段,这不仅代表了人类的文明和社会的进步,也体现了和谐社会中人人平等的观念。

职业康复技能训练理念最初起源于欧美,是一项趣味性强且能够帮助患者重返工作岗位的康复治疗手段,也是肢体残障患者回归社会必须经过的阶段和回归社会的桥梁,在患者能否成功就业及重返工人角色起到了非常重要的作用^[8]。其目的是使肢体残障患者通过训练早日回归社会,重新融入到社会群体之中,这既是肢体残障患者作为社会公民应享有的权利,也是减轻肢体残障患者心灵伤痛的有效方法^[9]。职业技能训练,不仅可以开发患者职业潜能,提高患者生活质量,帮助患者树立积极的人生态度,而且可以进一步促进肢体残障患者再就业。小组式职业技能训练可以帮助患者增加再就业的信心、积极性及生产工作愿望,对那些不能重返原工作岗位的患者,也是一种再学习的过程,可初步掌握新的职业能力;其次,通过职业技能训练还可以提高患者对工作的适应性和环境的适应能力,患者可以重新设计自己的职业发展规划,使自己成为社会财富的创造者,最终提高自身的生活质量及价值观^[10]。

我们结合发达国家职业技能培训的工作模式,根据患者受伤前的工作特点,就业意愿,个人兴趣爱好,职业规划等,为患者制定出个性化的技能培训方案。训练前我们利用林氏就业意愿评定量表分析出患者是否拥有再就业前的个人意愿和就业前的准备,随后进行职业技能培训。通过对100例患者的实验研究及调查分析,研究发现,经过12周的康复治疗,两组工伤残障患者在就业愿望、实际就业情况等方面均比治疗前改善。另外,根据出院后24周实际就业情况调

查分析,试验组中有90%的工伤肢体残障患者通过职业技能训练能够重返工作岗位,再次获取劳动能力,其中26人恢复原工作,19人通过职业技能训练改变工种再次就业。职业技能训练不仅可以恢复患者的职业能力,使其获得重新就业的机会,取得相应的劳动报酬,而且可以体现其生存价值,使其与健全人一样享有同等质量的生活,减轻家庭和社会的经济负担。职业技能训练是肢体残障患者真正回归社会,并以独立的人格和经济地位参与社会生活的重要手段。

参考文献

- [1] 符传东,唐丹,廖哲安,等.广州市工伤参保职工职业病发生规律及其直接经济负担[J].职业与健康,2015,31(13):1862—1864.
- [2] 卢迅文,徐艳文,伍尚锐,等.我国工伤职业康复的发展现状分析[J].中国康复医学杂志,2014,29(8):760—762.
- [3] 劳动和社会保障部办公厅.工伤康复服务规范(试行)(2013年修订)[S].劳社厅发(2013)30号.
- [4] 高春华,黄晓琳,黄杰,等.自我管理对提高社区脑卒中患者日常生活活动能力及生活质量的效果[J].中国康复理论与实践,2014,20(8):789—793.
- [5] 徐艳文,罗筱媛,卢迅文,等.林氏就业准备量表在工伤职业康复中信度和效度的研究[J].中国康复理论与实践,2014,20(6):592—596.
- [6] Cheng SK, Loisel P, Feuerstein M. Return-to-work activities in a Chinese cultural context [J]. J Occup Rehabil,2011, 21 (Suppl 1): s44—s54.
- [7] Sears JM, Wickizer TM, Schulman BA. Injured workers' assessment of vocational rehabilitation services before and after retraining [J].Journal of Occupational Rehabilitation,2014, 24(3):458—468.
- [8] Sears JM, Wickizer TM, Schulman BA. Expanding vocational retraining options for injured workers: An experiment in worker choice [J]. Work,2015, 52(3):663—676.
- [9] 熊国星,徐文磊,郑德金,等.在岗残疾人的职业康复干预[J].中国康复理论与实践,2013,19(1):91—93.
- [10] Maceachen E, Kosny A, Ferrier S, et al. The ideal of consumer choice in social services: challenges with implementation in an Ontario injured worker vocational retraining programme [J]. Disabil Rehabil,2013, 35(25):2171—2179.