

上海市社区精神分裂症患者就业情况与职业康复需求调查*

郭其辉¹ 朱有为¹ 张晨¹ 李蹕然¹ 陈春梅¹ 朱益¹ 张伟波¹ 卞茜¹ 蔡军¹ 邵阳¹
范青¹ 谢斌^{1,2}

摘要

目的:通过调查上海市社区精神分裂症患者的就业情况与职业康复需求现状,为未来更好地开展职业康复工作,改善精神分裂症患者的职业状况提供建议。

方法:采用整群随机抽样的方法,抽取了上海市2个核心城区,4个中心城区以及2个郊区,8个区的共1291例18—60岁社区康复期精神分裂症患者,采用自编《康复需求调查问卷》,由调查员进行入户调查。

结果:患者发病前后无业率由22.0%增加至63.5%,差异显著($\chi^2=454.61, P<0.05$)。982例没有工作的患者中仅有18.1%的患者想再就业。能通过个体劳动自食其力的患者仅占23.5%,大部分患者需要依赖家人的经济援助。有工作的患者在健康指数($z=-5.281, P<0.001$)和生存质量($P<0.001$)上显著好于没有工作的患者。仅有10.5%的患者表示曾参与过职业康复,20.2%的精神分裂症患者表示想参加职业康复。所需的职业康复内容调查中,社交技能训练、职业技能训练和“庇护性”岗位工作推荐排名前三。回归分析结果表明,对没有工作的患者,其职业康复需求主要影响因素为工作意愿程度($\beta=0.578, P<0.01$);对有工作的患者,其职业康复需求主要影响因素是年龄($\beta=0.300, P<0.01$)以及健康指数($\beta=0.162, P<0.01$)。

结论:精神分裂症对社区患者生存状况造成了显著的影响,损害了职业能力,是造成患者失业的主要原因。就业对于精神分裂症患者有很多益处,不仅可以降低经济负担,还可以改善健康水平和生存质量。但精神分裂症患者的就业意愿较弱,仅少数患者曾参与过职业康复。就业意愿强烈的无业患者存在较高的职业康复意愿,已经有工作的患者同样存在职业康复需求。未来开展职业康复工作需要注意职业技能训练与支持性就业服务并重,为患者提供多元化的职业康复服务。

关键词 精神分裂症;社区康复患者;就业情况;职业康复需求

中图分类号:R749.3;R492 **文献标识码:**B **文章编号:**1001-1242(2024)-04-0543-07

精神分裂症是一种复发率高、致残率高的慢性迁移性疾病^[1],2019年的一项流行病学调查结果表明,我国精神分裂症的终生患病率为6%^[2]。虽然目前对精神分裂症的治疗存在一定的疗效,但效果并未达到理想的水平。因此,精神分裂症患者需要坚持终身康复的理念,不断提高和改善适应性的社会功能,积极地融入社会生活,这是目前提升其生存质量的可靠途径。自1982年WHO提出全新的康复定义“康复是指应用各种有用的措施以减轻残疾的影响和使残疾人重返社会”^[3],以往只针对症状的片面康复观念开始发生转变,逐渐过渡到以全面促进患者重返家庭社会的广泛性康复理念。了解患者的康复需求是制定科学康复方案的重要前提,也是提升康复效果的重要抓手。国外的研究发现精神障碍患者的康复需求涉及诸多方面,包含心理与生理健康、家庭

生活、社会关系、就业与教育^[4]。国内两项通过Camberwell需求评估(Camberwell assessment of need,CAN)量表进行的调查也都发现患者的康复需求涵盖多个方面^[5-6]。由此也出现了社区康复、职业康复、艺术康复等新式的康复方法。

Marwaha等^[7]的综述指出精神分裂症患者的就业率仅为10%—20%,目前我国关于精神分裂症患者的就业率并没有明确的调查数据,根据葛聪聪等^[8]对上海市社区精神分裂症患者康复需求进行的调查显示,在业人数约占总调查人数的17.4%。这些数据表明精神分裂症患者的就业率明显偏低,职业能力受到损害。刘英洁等^[9]发现康复期的精神分裂症患者仍有较高的就业期望,大部分患者都希望通过工作提升自己生存质量。

职业康复训练受到精神障碍患者的重视和欢迎,在精神

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2024.04.014

*基金项目:上海市“科技创新行动计划”临床医学领域项目(19411950800)

1 上海交通大学医学院附属精神卫生中心,上海市,200030; 2 通讯作者

第一作者简介:郭其辉,男,硕士研究生; 收稿日期:2022-01-24

障碍患者的康复中发挥着重要的作用^[10-12]。2020年的一项调查发现,精神分裂症患者康复需求排名前三的是技能训练、心理社会适应、帮助家庭成员^[13]。这说明技能训练在康复需求中占据着重要的地位。以往的研究也发现,以往两项针对精神分裂症患者的研究表明,职业康复能够促进就业,改善病情,提升生存质量和社会功能^[14-15]。就业对精神分裂症患者来说,一方面可以使其获得经济来源,另一方面也给患者提供了社交情景,这些对患者是十分有裨益的。

国内精神障碍的职业康复目前处于起步阶段,已经有一些很好的方法,例如许多精神专科医院会在院内设置售货、配送、分餐、缝纫等岗位进行职业训练,近年来还开创了结合我国特色的农耕训练。但目前对精神分裂症患者的职业康复需求,特别是处于社区康复阶段的患者的职业康复需求,所能参考的资料并不多。本研究旨在调查上海市社区精神分裂症患者的就业情况与职业康复需求以及相关影响因素,为将来针对社区精神分裂症患者开展职业康复提供参考依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象

采用整群随机抽样方式,随机抽取上海市核心城区(1, 2)、中心城区(3, 4, 5, 6)以及郊区(7, 8)8个区的社区康复期精神分裂症患者。社区康复期精神分裂症患者是指目前病情稳定,处于社区康复环节的精神分裂症患者。入组标准为:年龄18—60周岁;符合ICD-10诊断标准中的精神分裂症诊断标准;小学及以上文化程度;当前处于康复期;患者和监护人均签署了知情同意书。排除标准为脑器质性疾病或智能障碍者,或患者因急性期住院。

根据既往文献研究结果,我们预估存在工作意愿的精神分裂症患者占有所有社区康复期精神分裂症患者的30%。根据样本量计算公式: $n = [Z_{\alpha}^2 Pq] / \delta^2$,容许误差一般设 $\delta = 0.1P$,代入计算得 $n = 933$ 。考虑到整群抽样存在无效问卷的可能,故增加30%的样本量,总共需要调查1213例患者。按照核心城区、中心城区和郊区,选取上海市8个区进行调查。根据各区参与社区康复患者数占有所有调查区社区康复患者数的比例确定各区需要调查的患者数。根据各区所需调查患者数与各区居(村)委会平均患者数量的比值,确定各区所需抽取的居(村)委会的数量。通过计算机随机编码,随机抽取各区所需要的居(村)委会数量,并调查居(村)委会内所有符合入组标准的患者。通过多阶段整群抽样的方式,首先确定各区所需的样本量。再根据“各区需抽取居(村)委会数=各区需调查患者数/居(村)委会平均患者数”,确定各区需抽取的居(村)委会数量,同时考虑到存在不愿参与调查的患者,因此增加20%的居(村)委会数量,作为备选居(村)委会。具体回收情况如表1所示。

表1 各区数据样本回收情况

区域	计划抽取居(村)委会数	实际抽取居(村)委会数	实际回收量
1 黄浦区	7	9	123
2 徐汇区	10	12	174
3 长宁区	6	8	110
4 杨浦区	11	13	191
5 宝山区	14	16	257
6 嘉定区	11	13	189
7 青浦区	6	8	115
8 崇明区	8	10	134
总计	73	89	1293

1.2 研究方法

采用自编问卷《康复需求调查问卷》进行调查。问卷分为三部分,第一部分为个人基本情况调查;第二部分为职业康复需求调查,包含康复背景调查(自评),就业期望评估;第三部分为卫生经济学指标,包含欧洲多维健康量表(Euro Qol five-dimensional questionnaire, EQ-5D)中文版和精神疾病经济负担信息采集表。

EQ-5D中文版是一种生存质量测量量表,包含问卷和效用换算表两部分,可以用来描述人群的健康状况和生存质量^[16]。2005年,中文版EQ-5D开始在我国使用并通过了信效度检验,可以用于中国人的生存质量评估^[17-18]。精神疾病经济负担信息采集表包含直接成本(治疗疾病的直接费用)和间接成本(因疾病造成的误工,交通等间接费用)两部分^[19-20]。

数据采集由经过专业培训的调查员,在指定的村委会干部协调下进行入户调查。调查前充分尊重被试的知情权,经被试同意并签署《知情同意书》后才能开始调查,且在调查阶段,被试者保留随时退出的权利。调查阶段患者需要病情稳定,精神状态良好,能理解问卷的问题。

1.3 统计学分析

由受过训练的评估人员对回收的量表进行质量筛选,对漏填、错填的数据联系相应的调查员进行核实和补填。再由经过专门培训的数据录入人员将数据录入到Epidata软件中,并进行锁定。对数据核查无误后导入到SPSS 24.0软件对数据进行统计分析。采用均数,百分比和方差作描述性统计分析。根据总体的分布是否符合正态分布,采用秩和检验或独立样本t检验比较两变量间的差异。对等距数据,采用积差相关计算变量的相关程度;对等级数据,采用斯皮尔曼等级相关计算变量的相关程度。采用线性回归分析,探索职业康复需求的影响因素。

2 结果

2.1 基本信息

2.1.1 一般人口学特征:本调查实际回收到1293份问卷。将空缺内容超过20%的问卷定义为无效问卷,共剔除掉两份

无效问卷,有效问卷为1291份,回收有效率99.85%。根据调查结果,男性有712例(55.3%),女性有576例(44.7%),还有3例(0.2%)性别不明。平均年龄为(45.69±9.06)岁,大部分患者为汉族(98.9%)。婚姻状况方面,未婚患者(715,55.4%)多于已婚患者(406,31.4%),另有142(11.0%)例患者离异。文化程度以初中(436,33.8%)和高中/职业高中(475,36.8%)为主。患者的一般人口学资料如表2所示。

2.1.2 精神障碍患病情况:本研究所有的调查对象均为精神分裂症患者。平均病程为21.64年(SD=9.54),起病形式以缓慢最多(612,47.4%),其次分别为急性(370,28.7%)和亚急性(306,23.7%)。13.6%的患者表示有家族精神病史。患者共病的慢性疾病中,以高血压(181,14.0%)和糖尿病(135,10.5%)占比较高。目前的病情状况以无变化为主(953,73.8%),部分患者有好转(273,21.1%)和痊愈(48,3.7%)。大部分患者有遵医嘱按规律服药(1145,88.7%)和遵医嘱按时到门诊随访(1117,86.5%)。见表3。

2.1.3 工作与经济状况:见表4,大部分患者需要依靠家庭(245,19.0%)、低保(328,25.4%)或者社会救助(267,20.7%)等形式来获取经济支持,通过个体劳动自食其力的患者占比不高(303,23.5%)。患者发病后的无业人数与无业率(820,63.5%)显著高于发病前的无业人数与无业率(284,22.0%), $\chi^2=454.61(P<0.05)$ 。这里的无业患者指的是除全职家务和退休情况之外的没有工作的患者。大部分人(859,66.5%)有工作经历,但绝大多数人(1126,87.2%)都没有接受过职业培训。

2.2 就业意愿与失业原因

表2 一般人口学资料 (n=1291)

项目分类	人数	百分比(%)
性别		
男	712	55.2
女	576	44.6
未知	3	0.2
民族		
汉	1277	98.9
其他	9	0.7
未知	5	0.4
婚姻状况		
已婚	406	31.4
离异	142	11.0
未婚	715	55.4
其他	27	2.1
未知	1	0.1
文化程度		
小学	111	8.6
初中	436	33.8
高中/职业高中	475	36.8
大学专科	171	13.2
大学本科	75	5.8
其他	21	1.6
未知	2	0.2

2.2.1 工作意愿与就业期望评估:308例(23.9%)患者表示目前有工作,而982例(76.1%)患者目前没有工作。这里没有工作与2.1.3中无业的定义有所不同,包含了全职家务和退休的情况。在没有工作的患者中有178例想参加工作。对178例没有工作但想工作的患者进行进一步的就业期望评估分析(表5),在“为什么想要工作?”的问题中,排名前三位的原因分别是赚钱补贴家用(76.4%)、更有成就感(39.4%)、工作会让我忘记疾病(27.5%)。在希望的工作种类中,排名前三的分别是服务从业人员(47.2%)、工人(37.6%)、公司职员(23.0%)。此外,对于工作形式而言,80.9%的希望就业的患者都青睐白天8小时工作制,对钟点工(6.2%)和倒班制(4.5%)工作制度接受度不高。

2.2.2 失业原因:在“从确诊到现在,我曾经失业过”这个问题中,37.8%(488例)的患者曾经失业过,61.7%(797例)的患者没有失业过。对488例曾经失业过的患者的进一步分析

表3 患者精神障碍患病情况 (n=1291)

项目分类	人数	百分比(%)
起病形式		
急性	370	28.7
亚急性	306	23.7
缓慢	612	47.4
未知	3	0.2
有无家族精神病史		
有	175	13.6
无	1112	86.1
未知	4	0.3
主要共患疾病		
心脑血管病	33	2.6
高血压	181	14.0
糖尿病	135	10.5
其他	103	8.0
无	894	69.2
未知	2	0.2
目前病情情况		
痊愈	48	3.7
好转	273	21.1
无变化	953	73.8
加重	11	0.9
未知	6	0.5
是否遵循医嘱按规律服药		
是	1145	88.7
否	141	10.9
未知	5	0.4
是否遵循医嘱按时门诊随访		
是	1117	86.5
否	160	12.4
未知	14	1.1
日常生活自理情况		
完全自理	1044	80.9
需要他人督促或帮助	225	17.4
完全不能自理,依赖他人	18	1.4
未知	4	0.3

中,从确诊后第一次失业到现在,再次有过工作的患者占比43.6%,没有过的占55.7%。找过工作的患者占46.9%,没有找过的占52.3%。对其失业的原因进行分析,从主动辞职和被动辞退两个维度,按照1—5(非常不符合-非常符合)点进行评分,见表6。

2.3 生存状况与卫生经济学指标

2.3.1 生存状况:本研究使用EQ-5D中文版调查精神分裂症患者的生存状况。EQ-5D量表有EQ-5D指数得分和EQ-VAS两个指标。EQ-5D指数得分代表患者自评的健康指数, EQ-VAS是根据总体分布评价生存质量,指数得分经过效用换算表换算后也能描述生存质量^[6]。本文采用通用的评价方法,以EQ-VAS得分描述生存质量。EQ-5D指数得分的均值为0.89(SD=0.159)。EQ-VAS的平均分为72.91(SD=

14.505)。

由于有工作组和没工作组患者的健康指数和生存质量方差不齐,故采用Mann-Whitney秩和检验。结果表明:有工作患者的健康指数($z = -5.281, P < 0.001$)与生存质量($z = -7.958, P < 0.001$)均高于没有工作的患者。独立样本t检验结果表明:男女之间在健康指数($z = -0.304, P = 0.761$)与生存质量($z = -0.638, P = 0.523$)上无显著性差异。见表7。

2.3.2 近1个月精神疾病经济负担:对于近1个月的精神疾病经济负担,排除3例极端值(三个标准差之外)后发现,总经济负担中位数为57(IQR=435)元,其中直接经济负担(治

表4 工作与经济状况 (n=1291)

项目分类	人数	百分比(%)
发病前从业情况		
工人	359	27.8
农村务农	76	5.9
私营或个体劳动者	35	2.7
公司职员	129	10.0
服务从业人员	111	8.6
科教文卫人员	39	3.0
在校学生	147	11.4
无业	284	22.0
其他	109	8.4
未知	2	0.2
目前从业情况		
工人	69	5.3
农村务农	34	2.6
私营或个体劳动者	16	1.2
公司职员	34	2.6
服务从业人员	42	3.3
科教文卫人员	18	1.4
在校学生	17	1.3
无业	820	63.5
其他	235	16.9
未知	6	0.5
主要经济收入来源		
个体劳动所得	303	23.5
家庭/监护人供养	245	19.0
低保	328	25.4
社会救助/社会供养	267	20.7
其他	144	11.2
未知	4	0.3
职业培训经历		
有	136	10.5
无	1126	87.2
未知	29	2.2
工作经历		
无	396	30.6
1段	619	47.9
2段	163	12.6
3段	77	6.0
未知	36	2.8

表5 想工作的原因与就业期望 (n=178)

项目分类	人数	百分比(%)
想工作的原因		
赚钱贴补家用	136	76.4
目前疾病不影响工作	43	24.2
不工作会被歧视	40	22.5
工作会让我忘记疾病	39	27.5
更有成就感	70	39.3
希望的工作种类		
工人	67	37.6
私营或个体劳动者	27	15.2
企业管理人员	9	5.1
公司职员	41	23.0
国家机关干部或工作人员	11	6.2
服务从业人员	84	47.2
科教文卫人员	11	6.2
娱乐场所从业人员	8	4.5
继续学业	6	3.4
其他	14	7.9

表6 失业原因 (n=488)

主动辞职原因	评分($\bar{x} \pm s$)	被动辞退原因	评分($\bar{x} \pm s$)
精神疾病	2.74±1.001	精神疾病	2.31±0.978
工作强度	2.35±0.908	工作难度	2.13±0.756
工作难度	2.29±0.875	工作强度	2.11±0.747
无法按时上下班	2.19±0.865	同事相处	2.01±0.641
同事相处	2.08±0.686	同事歧视	2.00±0.721
同事歧视	2.02±0.698	无法按时上下班	1.99±0.700
家人不支持	1.99±0.719		
工作待遇	1.95±0.638		
通勤时间太长	1.9±0.582		
工作没有挑战	1.86±0.559		

表7 工作情况、性别与健康指数、生存质量的秩和检验

	健康指数 ($\bar{x} \pm s$)	z值	P值	生存质量 ($\bar{x} \pm s$)	z值	P值
工作情况						
有工作	0.92±0.145	-5.281	0.000	78.30±12.775	-7.958	0.000
无工作	0.88±0.162			71.22±14.614		
性别						
男	0.89±0.165	-0.304	0.761	72.98±15.029	-0.638	0.523
女	0.89±0.152			72.78±13.831		

疗疾病的直接费用)中位数为6(IQR=164)元,间接经济负担(因疾病造成的误工、交通等间接费用)中位数为0(IQR=30)元。见表8。

Shapiro-Wilk 检验结果表明,近1个月经济负担属于非正态分布($W=0.298, P<0.001$)。Mann-Whitney 秩和检验结果表明:近1个月经济负担在有无工作($z=-1.035, P=0.301$)和男女($z=-0.224, P=0.823$)之间均无显著差异。此外,Spearman 相关分析结果表明:近1个月经济负担与健康指数($r=-0.168, P<0.001$)和生存质量($r=-0.110, P<0.001$)存在一定程度的负相关。

2.4 职业康复需求

采用5点里克特评分来衡量患者的职业康复需求,按照非常不符合(1分)到非常符合(5分)的方式计算职业康复需求,总体样本中患者职业康复需求得分为2.72(SD=0.982),有工作的样本得分为2.81(SD=1.003),没有工作的样本得分为2.7(SD=0.974)。

在全体样本($n=1291$)中,有无工作在职业康复需求上没有显著差异($t=1.818, P=0.069$),不同性别在职业康复需求上也没有显著差异($t=-0.239, P=0.811$),但工作意愿(只有没有工作的患者会被询问)与职业康复服务需求差异显著($t=10.960, P<0.01$),见表9。

在没有工作的样本中($n=982$),相关分析表明,职业康复需求与工作意愿程度(对工作意愿进行1—5分评估,非常不想工作到非常想工作)呈中等程度的正相关($r=0.578, P<0.001$);与健康指数($r=0.110, P<0.001$)和生存质量($r=0.138, P<0.001$)存在一定程度的正相关;与近1个月经济负担($r=-0.007, P=0.413$)无显著相关性;职业康复需求与年龄呈现一定程度的负相关($r=-0.232, P<0.001$)。

有工作的样本($n=308$)不需要回答工作意愿程度的问题,因此分析了职业康复需求与健康指数、生存质量、和近1

个月经济负担的相关关系。见表10。

根据上述相关分析的结果,以职业康复需求为因变量,以与职业康复需求显著的变量作为预测变量,采用逐步回归方法,构建回归分析模型,最优线性回归模型结果见表11。回归分析结果发现,对没有工作的患者,其职业康复需求主要和工作意愿有关;对有工作的患者,其职业康复需求主要和年龄以及健康指数有关。

此外,在对希望的职业康复的形式调查中,患者对社交技能训练(55.9%)、职业技能训练(27.1%)、“庇护性”岗位工作推荐(如精神病人康复岗位)(24.6%)较为重视。见表12。

3 讨论

3.1 精神分裂症影响患者生存状况和经济状况

精神分裂症对患者的生活造成了巨大的影响,虽然大部分患者可以生活自理(80.9%),但只有较少的患者(23.5%)可以自食其力。大部分患者需要依靠家庭、低保、社会救助等形式来获得经济支持。第四次国家卫生服务调查结果显示,我国的人均健康指数为0.954,生存质量得分为80.35^[21]。本研究中患者的健康指数和生存质量得分分别为0.89和72.91,低于我国人均水平。“赚钱贴补家用”是患者渴望工作的最重要的原因。由此可见,精神分裂症影响了患者的生存状况,给患者带来了一定程度的经济负担。

此外我们的调查发现,虽然有超过85%的患者遵循医嘱服药,定期到门诊随访,但大部分患者(74.7%)的症状并未有所好转。这也侧面说明了开发新形式康复治疗必要性,精神分裂症的成因是多方面的,因此对其的治疗也该从多个角度进行展开,职业康复就是其中一个重要的角度。

3.2 精神分裂症影响患者就业,患者就业意愿较低

在对患者的就业情况变化分析中,患者发病前的失业率显著低于当前的失业率,37.8%的患者在确诊后曾有过失业

表8 近1个月精神疾病经济负担

	有无工作(中位数+四分位距)		Z值	P值	性别(中位数+四分位距)		Z值	P值
	有工作(n=309)	无工作(n=982)			男(n=712)	女(n=576)		
近1个月总经济负担	58(IQR=289.50)	57(IQR=440.46)	-1.035	0.301	57(IQR=425.25)	59(IQR=440.46)	-0.224	0.823
近1个月直接经济负担	23(IQR=150)	4(IQR=166)	-0.437	0.662	9(IQR=166)	4(IQR=160)	-0.686	0.493
近1个月间接经济负担	0(IQR=10)	0(IQR=56)	-1.084	0.278	0(IQR=30)	0(IQR=30)	-0.375	0.707

表9 工作情况、性别、工作意愿与职业康复服务需求

	职业康复需求 ($\bar{x}\pm s$)	t值	P值
工作情况(n=1291)		1.818	0.069
有工作	2.81±1.003		
无工作	2.7±0.974		
性别(n=1291)		-0.239	0.811
男	2.72±0.970		
女	2.73±0.996		
工作意愿(n=982)		10.960	0.000
想找工作	3.35±0.962		
不想找工作	2.60±0.899		

经历,在失业原因调查中,无论主动辞职还是被动辞职,精神疾病都是首要原因,这说明精神分裂症对就业造成了显著的影响,损害了患者的职业能力。

当前的社会中,精神分裂症的患者在就业中处于明显的弱势,就业竞争力不足^[22]。但工作会给精神分裂症患者带来很多的好处,既可以缓解患者的经济负担,也可以使其得到社会支持,增加患者的自尊心和生存质量^[23]。本研究同样发现,有工作和无工作的患者在健康指数和生存质量均存在显

表 10 职业康复需求潜在影响因素的相关分析

	职业康复需求	年龄	工作意愿	健康指数	生活质量	近1个月经济负担
有工作(n=982)						
职业康复需求	1.000					
年龄	-0.195 ^①	1.000				
工作意愿	0.576 ^①	-0.257 ^①	1.000			
健康指数	0.115 ^①	-0.001	0.112 ^①	1.000		
生活质量	0.143 ^①	-0.047	0.175 ^①	0.426 ^①	1.000	
近1个月经济负担	-0.007	-0.217 ^①	-0.008	-0.140 ^①	-0.124 ^①	1.000
无工作(n=308)						
职业康复需求	1.000					
年龄	-0.302 ^①	1.000				
健康指数	0.166 ^①	-0.013	1.000			
生活质量	0.153 ^①	-0.126 ^②	0.376 ^①	1.000		
近1个月经济负担	0.047	-0.179 ^①	-0.143 ^①	-0.089 ^②	1.000	

①P < 0.01, ②P < 0.05

表 11 回归分析

	Beta	P值	R ² 值	F值	P值
没有工作(n=982)					
工作意愿程度	0.578	0.000	0.333	488.759	0.000
有工作(n=308)					
年龄	-0.300	0.000	0.111	20.262	0.000
健康指数	0.162	0.003			

表 12 职业康复的形式 (n=1291)

职业康复形式	需要的人数	百分比(%)
社交技能训练	722	55.9
职业技能训练	350	27.1
“庇护性”岗位工作推荐	317	24.6
职业相关保险及福利咨询	224	17.4
职业生涯发展咨询	177	13.7
就业后持续性职业支持和指导	102	7.9
“竞争性”岗位工作推荐	71	5.5
职业技能鉴定	43	3.3

著差异,在这两项生存状况指标上有工作的患者均高于没有工作的精神分裂症患者。

在982例目前没有工作的患者中,仅18.1%的患者表示想工作。曾经有过失业经历的患者中,46.9%的患者再次找过工作,43.6%的患者再次有过工作。我们认为精神分裂症患者现在较低的就业意愿可能是由于社会的就业歧视和患者本身的病耻感。Angermeyer等^[24]认为精神障碍患者的病耻感会损害自信和自尊,降低自我效能感,会倾向于采用回避性的防御措施,影响正常的生活和社会功能。2014年的一项调查也表明精神障碍患者普遍存在病耻感,并多采用躲避或逃离的应对策略^[25]。有研究发现病耻感是影响康复期精神分裂症患者就业价值观的第二大因素^[9]。因此对精神分裂症患者开展职业康复的过程也应该注重消除患者病耻感,进行去污名化训练,培养健康的职业观。

3.3 职业康复普及率低

目前,对于精神分裂症患者的职业康复训练普及率低,仅有10.5%的患者表示曾参与过职业康复。此外,患者对于职业康复的重视程度较低,职业康复需求总体平均分仅为2.72(SD=0.982)。职业康复需求在有工作之间无显著差异,这可能是因为有工作的患者在工作过程中遇到了职业技能方面的问题,所以也需要参加职业技能方面的训练。

进一步回归分析的结果表明,在没有工作的患者中,工作意愿是最主要的影响因素;而在有工作的患者中,职业康复需求的主要影响因素是年龄和健康指数。这可能提示我们未来在开展职业康复时,需要优先关注存在较高工作意愿的患者,另外也不应该忽视已经有工作的患者,特别是年轻的或健康指数较低的患者。但本研究中有工作的患者样本(N=308)相比没有工作的患者样本(N=982)相差较大,需要未来进一步扩大样本来探究两类患者的职业康复需求的差异。

3.4 精神分裂症职业康复既需要职业技能训练也需要支持性就业服务

在精神分裂症患者的失业原因中,工作强度和工作难度分别排在第二和第三位,所以对于有工作的患者开展职业康复应以职业技能训练为主,提升患者的职业胜任力,这样可以预防有工作的患者失业。

在患者期望的职业康复内容调查中,社交技能训练、职业技能训练和“庇护性”岗位工作推荐排名前三。精神分裂症患者普遍存在社交技能缺陷^[26],本调查中大部分患者都认为需要社交技能训练,这充分说明了社交技能训练的重要性。工作中是很难回避必要的社交情景的,例如与同事的协调沟通。需要“庇护性”工作推荐可能是病情使患者与社会长期存在隔离,缺乏有关专门针对精神分裂症患者的岗位信息、职业发展规划以及相关的保障。

社交技能训练和工作推荐这些属于支持性就业服务,研究表明支持性就业服务可以有效地提升职业社交技巧,促进

患者的康复,并提升就业率^[27]。因此,在职业康复中,除了关注患者职业技能的提升,还需要提供职场社交技能训练,就业相关的岗位推荐等支持性就业服务。

综上所述,就业对于精神分裂症患者有很多益处,不仅可以降低患者的经济负担,还可以改善患者的健康水平和生存质量。但精神分裂症患者的就业意愿较弱,仅少数患者曾参与过职业康复。就业意愿强烈的患者存在较高的职业康复意愿,已经有工作的患者同样存在职业康复需求。未来开展职业康复工作需要注意职业技能训练与支持性就业服务并重,为患者提供多元化的职业康复服务。

参考文献

- [1] 张玲. 精神分裂症治疗依从性的研究进展[J]. 神经疾病与精神卫生, 2007 (5):404—407.
- [2] Huang Y, Wang Y, Wang H, et al. Prevalence of mental disorders in China: a cross-sectional epidemiological study [J]. *The Lancet Psychiatry*, 2019, 6(3): 211—224.
- [3] 葛聪聪, 张伟波, 张琼, 等. 社区精神分裂症患者康复需求的研究现状[J]. 中国康复, 2017, 32(6): 522—525.
- [4] Brewin CR, Wing JK, Mangen SP, et al. Needs for care among the long-term mentally ill: a report from the camberwell high contact survey[J]. *Psychol Med*, 1988, 18(2): 457—468.
- [5] 李文杰, 孙君, 宋立升, 等. 社区慢性精神分裂症患者的需求调查[J]. 临床精神医学杂志, 2000(4):209—211.
- [6] 吴洪明, 宋立升, 沈文龙, 等. 对社区慢性精神分裂症患者的需求调查[J]. 四川精神卫生, 2002(2):94—95.
- [7] Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment: a review[J]. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2004, 39(5): 337—349.
- [8] 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.
- [9] 刘英洁, 李雪, 吕有良, 等. 康复期精神分裂症患者就业价值观的影响因素分析[J]. 中华现代护理杂志, 2016, 22(19): 2687—2690.
- [10] Bridger K, Kellezi B, Kendrick D, et al. Patient perspectives on key outcomes for vocational rehabilitation interventions following traumatic injury[J]. *Int J Environ Res Public Health*, 2021, 18(4):2035.
- [11] Li D, Tsui MC, Yuan G, et al. Measuring perceived rehabilitation needs of people with schizophrenia in mainland China[J]. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 2014, 41(5): 636—646.
- [12] Tuisku K, Juvonen-Posti P, Härkäpää K, et al. Vocational rehabilitation in mental disorders[J]. *Duodecim*, 2013, 129(24): 2623—2632.
- [13] Moummourty P, Nagarajan P, Rajkumar RP, et al. Rehabilitation needs of patients with schizophrenia attending the general hospital psychiatric unit of a tertiary care hospital in South India [J]. *Ind Psychiatry J*, 2020, 29(2): 329—334.
- [14] 刘国友, 宋君伟, 张文佳, 等. 职业康复训练对住院精神分裂症患者的作用[J]. 心理月刊, 2020, 15(17): 168—169.
- [15] 夏韵妍, 张少霞, 何秀贞, 等. 职业康复训练对康复期精神分裂症患者认知功能及生活质量的影响[J]. 现代诊断与治疗, 2020, 31(14): 2309—2310.
- [16] 李明晖, 罗南. 欧洲五维健康量表(EQ-5D)中文版应用介绍[J]. 中国药物经济学, 2009(1):49—57.
- [17] 邢亚彬, 马爱霞. 欧洲五维健康量表EQ-5D-5L中文版的信效度研究[J]. 上海医药, 2013, 34(9): 40—43.
- [18] Wang H, Kindig DA, Mullahy J. Variation in Chinese population health related quality of life: results from a EuroQol study in Beijing, China[J]. *Quality of Life Research*, 2005, 14(1): 119—132.
- [19] 何敏媚, 何闽江, 崔斌. 疾病经济负担研究进展[J]. 中国老年学杂志, 2010, 30(18): 2700—2702.
- [20] 何杏梅, 张程赫. 精神分裂症患者的家庭和经济负担研究[J]. 中国民康医学, 2007(11):498—499.
- [21] 雷鹏. 中国居民健康相关生命质量研究[D]. 上海:复旦大学, 2011.
- [22] 卫学莉, 张帆, 卫学芝. 精神疾病患者就业现状及对策[J]. 医学与社会, 2016, 29(1): 27—29.
- [23] Bio DS, Gattaz WF. Vocational rehabilitation improves cognition and negative symptoms in schizophrenia[J]. *Schizophrenia Research*, 2010, 126(1):265—269.
- [24] Angermeyer MC, Matschinger H. Public attitudes to people with depression: have there been any changes over the last decade? [J]. *J Affect Disord*, 2004, 83(2—3):177—182.
- [25] 张帆, 李丽静, 卫学芝. 精神障碍患者病耻感与就业歧视影响因素的研究[J]. 劳动保障世界, 2016(26):3.
- [26] 萨仁塔娜, 向应强, 翁永振, 等. 社区精神分裂症患者社交技能缺陷康复的训练[J]. 中国临床康复, 2003(5):734—735+45.
- [27] 陈彦华, 杨琼玮, 李辉. 支持性就业服务对精神分裂症患者职业康复的疗效观察[J]. 中国全科医学, 2020, 23(S1): 270—272.