

北京德胜地区残疾人社区康复宣教效果分析*

张金声¹ 李和兴¹ 徐九霞¹ 田 园¹ 董云霞¹ 韩琤琤¹ 曹丽晶²

摘要 目的: 探索社区康复宣教对残疾人社区康复知识掌握、行为活动改变的影响。**方法:** 完善社区康复宣教网络, 对辖区 1412 名残疾人进行问卷调查, 了解残疾人康复知识认知状况与康复宣教需求。制定康复宣教目标; 开展康复咨询、康复知识讲座、发放宣传材料、康复技术指导等活动。两年后, 对残疾人康复知识掌握、行为改变情况进行调查, 比较康复宣教前后各项数值变化。**结果:** 康复宣教使辖区残疾人对康复知识掌握情况较宣教前明显提高, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$ 和 0.01)。对行为活动改变项目中, 戒烟限酒、参与社会活动项目差异无显著性意义 ($P > 0.05$), 其余各项均有显著性意义 ($P < 0.05$ 和 0.01)。**结论:** 在社区内开展康复宣教, 可明显提高残疾人对康复知识的掌握、改变不良行为活动, 增强残疾人自信心、主动训练和社会参与意识。

关键词 残疾人; 康复宣教; 社区康复

中图分类号: R492 **文献标识码:** B **文章编号:** 1001-1242(2009)-06-0553-04

社区康复宣教是基于残疾人所在社区, 为残疾人提供康复医疗、健康教育等卫生服务的工作。社区康复工作由于我国起步较晚, 因此对残疾人专项健康教育与慢性病、高危人群健康教育比较相对薄弱。根据 2005 年北京西城区德胜地区残疾人需求调查结果显示 1480 名残疾人中社区康复知识(康复治疗的目的、方法及范畴等)知晓率仅 11.6%, 康复宣教需求占到 67.3%。因此, 大力宣传社区康复, 积极开展社区康复宣教, 营造社区康复服务的良好氛围是推进社区康复发展的重要环节^[1]。本课题自 2006 年 8 月—2008 年 10 月对辖区内持证残疾人进行社区康复宣教, 观察其康复知识掌握及行为活动改变情况, 以探讨社区康复宣教对残疾人康复知识、行为活动改变的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

截止 2005 年 10 月德胜地区持证残疾人 1480 人, 实际可进行康复宣教人数为 1412 人。其中, 男性 894 人, 女 518 人; 年龄 11—94 岁, 平均 51.25 ± 14.9 岁; 残疾类别: 肢体残疾 649 人 (40.19%)、精神残疾 304 人 (21.5%)、智力残疾 171 人

(10.59%)、听力残疾 60 人 (4.24%)、语言残疾 5 人 (0.35%)、视力残疾 168 人 (10.40%)、综合残疾 55 人 (3.41%); 文化程度: 文盲 168 人 (11.89%)、小学 237 人 (16.78%)、中学 885 人 (62.68%)、大学及以上 122 人 (8.64%)。

1.2 方法

1.2.1 建立社区残疾人康复宣教网络: 为保证社区康复宣教工作全面落实, 在社区康复三级管理网络基础上建立“康复宣教网络”。由街道办事处主管主任与社区卫生服务中心主任担任残疾人康复宣教领导小组正、副组长, 负责人员组织协调, 督导社区康复宣教工作的落实; 由街道残联理事长与社区卫生服务中心康复医学科主任负责指导, 组织撰写宣传资料工作; 由社区卫生服务中心康复医学科康复医师、治疗师、社区卫生服务站社区康复护士、街道康复室、社区残疾人康复俱乐部康复协调员分别负责门诊、卫生服务站与家庭的康复宣教, 承担各种宣教活动与随访工作。由社区卫生服务中心康复医学科医生, 并邀请康复专家、辖区内大专院校心理专家组成专家讲师团, 开展定期义诊、咨询、讲座活动(见图 1)。

1.2.2 社区康复宣教前评估及分析: 由社区卫生服务中心医

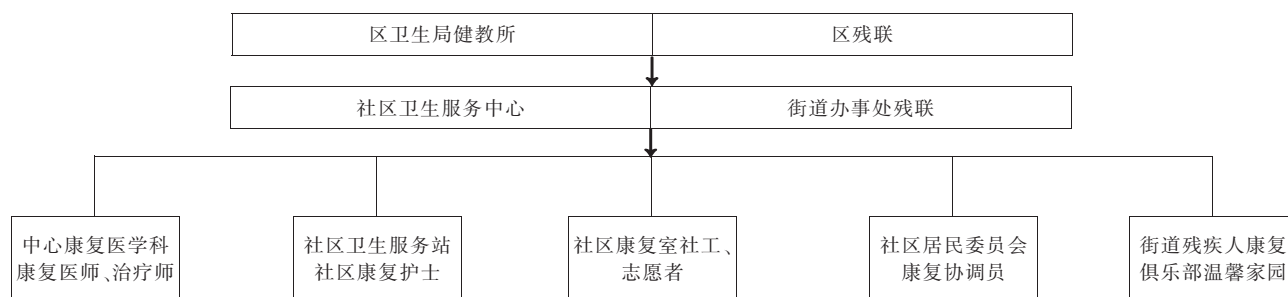


图 1 西城区德胜街道残疾人康复宣教网络

技术人员、卫生服务站社区康复护士、街道康复室康复协调员组成康复宣教需求调查组, 以社区为单位对辖区内残疾人及家属进行逐户问卷调查。内容包括康复知识普及、康复技术指导、营养卫生指导、常见病防治知识与心理服务五项内容, 调查问卷发放 1480 份, 除入户分离及排除标准(儿童、严重认知障碍、精神病活动期、拒绝调查者)外, 实际收回问卷

1412 份。调查结果见表 1。

* 基金项目: 北京市西城区可持续发展项目(08009)

1 北京市西城区德胜社区卫生服务中心, 100011

2 北京市西城区德胜街道办事处残疾人联合会

作者简介: 张金声, 男, 副主任医师

收稿日期: 2009-03-20

表1 德胜社区残疾人康复宣教需求调查

需求项目	人数	%
康复知识普及需求	624	44.19
康复技术指导需求	486	34.40
营养卫生指导需求	279	19.75
常见病防治知识需求	98	6.90
心理服务需求	337	23.86

1.2.3 社区康复宣教者的培训:对街道残疾人康复俱乐部、街道康复室康复协调员、社工人员、志愿者、社区卫生服务中心、站医技人员进行规范化康复宣教岗前培训,举办康复知识、康复技术、心理咨询与健康教育程序等专项培训班,两届50学时,经考核后上岗^[2]。

1.2.4 制订残疾人康复宣教目标:即依据社区内残疾人康复宣教评估结果,设定总体目标为:①通过康复宣教,使残疾人了解康复基础知识,掌握简易、有效的治疗技术。②逐步建立起健康的生活方式。③熟悉常见疾病的防治与保健知识。④通过康复宣教活动,使大部分残疾人心理问题得到改善。

1.2.5 残疾人社区康复宣教的实施。

1.2.5.1 康复知识了解:为了普及社区康复知识,我们将残疾发生原因、早期康复优势、社区康复适应证、治疗方法、就近康复资源及脑卒中、骨关节病患者家庭康复护理常识,怎样进行康复咨询、什么是康复转介、如何办理残疾人证撰写在《社区康复知识手册》中,并通过门诊、各种康复宣教活动、深入家庭与残疾人随访等方式发送到残疾人、家属及护工手中。对于文化水平低的残疾人以通俗、易懂的语言、手势、图文并茂的画册进行宣教。组织残疾人及家属、护工在社区卫生站、街道康复室、康复俱乐部举办“社区康复”讲座、康复咨询等活动,活动中鼓励大家多谈、多问,积极展开交流,专业人员给予满意解答。两年来,共发放宣传册950余份;陪护员康复技能与脑卒中、骨关节病家庭护理培训班4期,100余人参加;组织社区康复讲座20次;深入残疾人家庭宣教、指导650余人次;残疾人康复俱乐部举办大型专家义诊、咨询活动4次;每半年以社区为单位举办一次残疾人、陪护员康复知识、技能竞赛。

1.2.5.2 康复技术指导:以中心康复医学科为技术支撑,开展家庭—街道康复室—残疾人社区康复俱乐部—社区卫生服务站—中心康复医学科的社区康复技术指导。在实施具体治疗与训练的过程中,有意识地向残疾人、陪护员教授浅显、易学、实用、有效且不受场地限制的康复与护理技术。如偏瘫患者体位摆放、翻身、坐起、站立、行走、防跌倒及转移方法;骨关节患者家庭护理、运动方法;盲人行走、扶助上下楼梯训练;如何配置助听器及各种肢具使用方法;卧床患者皮肤护理常识等相关康复知识与技能。使残疾人在温馨、轻松、融洽的家庭气氛中得到持续、有效的康复训练与护理,同时获得有益的康复知识与技能。两年来由街道残联牵头,中心康复医学科协助举办“盲人定向行走”培训班两届(20学时),举办“聋人手语训练班”三期(45学时)。结合迎奥运、迎残奥活动举办“迎奥运手语培训班”一届(30学时)。组织残疾人手工编织比赛、手工刺绣工艺成果与职业培训成果展示活动。对于年龄较小及有较高康复价值的语言与视力残疾人,提供及时的转介服务。

1.2.5.3 营养卫生指导:由于人民生活水平提高,饮食结构发生很大变化。因此,我们每季度及逢年过节组织残疾人及家属就四时饮食养生、膳食与疾病关系、膳食合理搭配等问题特邀请中医及营养专家,进行相关知识宣传。同时在社区内发放盐勺及油壶,使残疾人对营养摄入得到具体量化标准。

1.2.5.4 常见疾病预防知识普及:随着老龄化社会加速,社区居民中高血压病、冠心病、脑血管病、癌症、糖尿病等慢性非传染性疾病发病率日渐升高^[3]。我们以预防知识为宣教的重点,印发健康教育处方。利用“世界无烟日”举办“提倡不吸烟、不饮酒”活动,结合“世界卫生日”、“世界残疾人日”卫生活动,对残疾人合理膳食、适量运动、遵从医嘱、坚持早期治疗等健康行为和生活方式通过健康讲座、健康教育咨询、健康知识竞赛、现身说法的形式,并将复杂的医疗知识简化成生动、具体、易理解、易操作的语言和技能向社区残疾人及家属宣传;对贫困、低保残疾人提供义务健康体检。

1.2.5.5 心理服务:在残疾人中,大多数人存在程度不同的自卑、自闭、焦虑、失望等心理问题,就此我们借助“俱乐部”这一平台,邀请心理专家举办“幸福启航点,打开沟通之门”、“残疾人志愿者心理培训”大型讲座,为残疾人讲解常见心理障碍的自我疏导及调控方法;并组织踏青植树、游园赏花、手工编织、残疾人新春联谊会等活动,以增进残疾人之间的交流、互动,改善不良心理状态。

1.2.6 康复宣教效果评估:实施社区康复宣教满2年,采取问卷调查的方式对社区残疾人展开评估。调查问卷由笔者自行设计,包括两个方面17项内容,即“残疾人社区康复知识掌握情况调查表”、“残疾人行为活动改变情况调查表”,以社区为单位,由经培训过的康复治疗师与康复协调员入户进行调查,对于重度残疾者,由工作人员代填。发放调查问卷1412份,有效回收1401份,有效率99.2%。

1.3 统计学分析

采用SPSS 13.0统计软件包,采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 社区康复宣教前、后残疾人社区康复知识掌握情况比较
社区康复宣教工作实施2年后,残疾人及家属社区康复知识各项掌握较2年前均有提高($P<0.05$),尤其对残疾分类、早期康复优势、残障预防、社区康复服务对象、社区康复治疗方法、辖区内社区康复主要资源方面与宣教前相比较差异有非常显著性意义($P<0.01$),见表2。

2.2 社区康复宣教前、后残疾人行为活动改变情况比较

社区康复宣教工作实施2年后,残疾人行为活动改变情况中,戒烟限酒、参与社会活动项目与宣教前相比差异无显著性意义,其余各项均有明显显著性意义,见表3。

3 讨论

随着经济、科技的迅速发展,生活、工作节奏加快及社会的老龄化,意外事故、慢性非传染性疾病等致病因素发生率日渐升高。致使很多留有轻重不同残疾的患者经短时间康复治疗,回到家庭,生活在社区中^[4],处于自我封闭的生活状

表2 社区康复宣教前、后残疾人社区康复知识掌握情况比较

评估项目	宣教前				宣教后				P 值
	知道		不知道		知道		不知道		
	例	%	例	%	例	%	例	%	
残疾发生原因	1298	91.9	114	8.1	1321	94.3	80	5.7	<0.05
残疾分类	1357	96.1	55	3.9	1392	99.4	9	0.6	<0.01
早期康复优势	78	5.5	1334	94.5	1265	90.3	136	9.7	<0.01
残障的预防	297	21.0	1115	78.9	1369	97.7	32	2.3	<0.01
社区康复服务对象	248	17.6	1164	82.4	1320	94.2	167	5.8	<0.01
社区康复治疗手段	255	18.1	1157	81.9	1261	90.0	140	10.0	<0.01
辖区内社区康复主要资源	113	8.0	1299	91.9	1198	85.5	203	14.5	<0.01

表3 社区康复宣教前、后残疾人行为活动改变情况比较

评估项目	宣教前				宣教后				P 值
	知道		不知道		知道		不知道		
	例	%	例	%	例	%	例	%	
积极主动参与训练	245	17.4	1167	82.6	991	70.7	410	29.3	<0.01
主动参与家务活动	845	59.9	567	40.1	947	67.6	454	32.4	<0.01
低盐、低脂合理膳食	627	44.4	785	55.6	956	68.2	445	31.8	<0.01
戒烟限酒	127	9.0	1285	91.0	109	7.8	1292	92.2	>0.05
定期测量血压	388	27.5	1024	72.5	698	49.8	703	50.2	<0.01
定期体检	183	13.0	1399	87.0	575	41.0	826	59.0	<0.01
良好心理	410	29.1	1002	70.9	946	67.5	455	32.5	<0.01
状态的调整与保持	891	63.1	521	36.9	962	68.7	439	1.3	<0.01
与他人顺利交往	282	20.0	1130	80.0	953	68.0	448	32.0	<0.01
参与社区活动(社区康复俱乐部)	694	49.2	718	50.8	726	52.8	675	47.2	>0.05

态,很少交流、缺少自信,不能勇敢地面对社会,同时受抑郁、焦虑情绪的困扰,难以摆脱自卑、自弃的心理阴霾。大多数残疾人及家属缺少主动参与意识,对康复知识认知差,只是被动地接受。其不良的生活行为、习惯得不到改善,缺乏自我管理意识与能力。对于这些因故致残的患者,在社区中我们不仅要给予其持续的康复治疗、训练,还应有目的、有计划、有组织地开展对患者及家属康复宣教,促进其康复知识及技术的了解与掌握,使残疾人树立自我康复意识,主动参与训练^[9],防治继发残疾与废用综合征、误用综合征,树立健康的生活方式。

社区残疾人康复宣教是社区综合康复的重要内容,是进一步推进社区康复的基础环节,应与全民健康教育相结合,与残疾人管理、医疗康复相结合。根据残疾人现状与康复需求,结合本地区残疾人经济状况、文化背景、残疾类别等特点整合当地医疗资源、社区资源,制定适合本地区特点的社区康复策略与社区康复宣教工作方法。本课题以街道办事处残联与德胜社区卫生服务中心联手成立的“社区残疾人康复俱乐部”,利用卫生服务中心、卫生服务站、街道康复室、志愿者队伍搭建起社区康复宣教的平台,积极开展多元化、创新性的康复宣教,对社区康复发展起到积极作用。社区康复宣教网络的建设为确保康复宣教质量,充分发挥政府主导作用,利用社区资源支持,动员社会力量参与,多部门协作提供了可靠的组织与技术保障,为社区康复宣教的实施奠定坚实基础。社区残疾人康复俱乐部、卫生服务中心、卫生站、街道康复室、社区志愿者是社区康复宣教的主体,康复宣教者的水平高低直接关系到康复宣教的效果与质量。因此,提高康复宣教者专业水平,提高宣教者与残疾人及陪护员的亲和力,掌握健康教育程序,熟练使用社区康复宣教流程,残疾人康复宣教规范化的岗前培训尤为重要。

依据调查结果分析,以残疾人需求为导向,制定出符合

辖区特点的康复宣教目标。对行动不便的残疾人入户治疗、训练、指导。中、高等学历残疾人通过发送宣传材料、健康讲座、知识竞赛等方法进行知识宣传;而对于文化低的残疾人采用浅显、易学、易见效的宣传知识及技术,面对面进行康复指导;在治疗、宣教的过程中重视对残疾人及家庭成员的培训,使残疾人增强自我训练意识,家庭成员承担起延续训练的责任。减轻残疾,预防残障发生。对于有需求,而“俱乐部”不能提供服务者,则转介到相关部门或机构。

研究结果显示:辖区内持证残疾人经过两年的社区康复宣教,残疾人的社区康复知识掌握情况明显提高,差异有显著性意义($P<0.05$ 或 0.01)。对行为活动改变项目中,戒烟限酒、社会活动参与项目差异无显著性意义($P>0.05$),其余各项均有显著性意义($P<0.05$ 或 0.01)。因此,做好社区康复宣教工作,是实现2015年残疾人“人人享有康复服务^[6-7]”的有效措施。

社区康复、健康教育同属社区卫生服务“六位一体”工作中的重要内容^[8-9]。健康教育是社区健康管理模式的基础环节,它是研究和传播保健知识和技术,影响个体和群体行为,消除危险因素、预防疾病、促进健康的一门科学。健康教育在增强全民健康意识,对常见病、多发病、高致残疾病危险因素干预,提高全民生存质量工程中正在发挥着巨大作用^[10]。各地区取得的成功经验已见众多报导,但就残疾人这一庞大的特殊人群开展专项健康教育的报告很少。社区康复已经成为我国康复未来发展主流^[11],社区康复工作模式与社区康复适宜技术及落实残疾人群三级预防工作的研究成为众多学者与广大康复工作者关注和探索的重要课题。社区康复服务的对象更多的是亚急性期、慢性期患者,预防其并发症,减少残疾、预防残障,提高残疾人生活质量,促进残疾人回归家庭、回归社会,是社区康复的重要功能。因此,对残疾人及家属的康复宣教在社区康复中凸显其重要性。

德胜街道开展残疾人专项健康教育 2 年来,结合社区综合康复,对康复宣教工作目标、计划、方法的制定,以及健康教育规范化、多元化做了初步探索。从中得到启示:应积极加大社区康复宣教力度,有效提高残疾人与家属对社区康复知识认知,增强残疾人自我主动训练意识,纠正不良行为活动,提高残疾人自主生活活动能力,减轻家庭负担,减少医疗费用^[2],促进家庭与残疾人间的相互作用,避免由家庭承担的责任推脱给社会。将社区康复宣教的范围不断扩展到社区其他人群,减少对残疾人的歧视,增加社区其他人群对残疾人的了解与关爱。为残疾人融入家庭、社会生活创造更多有利的条件,保证残疾人全面康复目标的实现^[2]。

参考文献

- [1] 程凯.我国残疾人康复工作的回顾与展望[J].中国康复理论与实践,2008,14(3):201—203.
- [2] 汤小泉,高文铸.社区康复[M].北京:华夏出版社,2000.36—37.
- [3] 梁万年,主编.社区医生健康教育指导手册[M].北京:中国协和医科大学出版社,2007.36—41.
- [4] 邵爽,戴红.我国脑卒中康复技术的研究[J].中国康复医学杂志,2008,23(5):479—482.
- [5] 郑彩娥,林伟,叶洪青.在康复工作中开展康复健康教育的必要性[J].中华物理医学与康复杂志,2008,30(2):133—135.
- [6] 肖敏,姜志德,王荣,等.“十五”期间江苏省肢体残疾者社区康复现状与分析[J].中国康复医学杂志,2006,21(12):1130—1131.
- [7] 沈永梅,王彤,刘起展.社区康复建设的设想[J].中国康复医学杂志,2007,22(8):743.
- [8] 李学信,主编.社区卫生服务导论[M].3版.南京:东南大学出版社,2007:9—11.
- [9] 臧振君,北京市朝阳区社区概况分析[J].中国康复医学杂志,2008,23(6):560—562.
- [10] 吕姿之,主编.健康教育与健康促进[M].北京:北京医科大学中国协和医科大学出版社,1998.2—3.
- [11] 李建军,杨明亮,王方永,等.我国康复服务的未来发展方向探讨[J].中国康复理论与实践,2008,14(11):1081—1082.
- [12] 马洪路,主编.社会康复学[M].北京:华夏出版社,2003:63—67.

·短篇论著·

减重平板训练对脑外伤偏瘫患者下肢肌力、平衡和转移能力的影响

孙天宝¹ 刘四文² 刘海兵² 杨勤¹

随着经济水平的提高,交通事故和工伤事故的发生率逐年增加,脑外伤偏瘫患者的就诊率也随之增高。脑卒中或脑外伤偏瘫患者是否具有较好的下肢肌力、平衡和转移能力直接关系到他们独立生活能力和生存质量,改善偏瘫患者平衡和转移能力是康复重要目标之一。改善偏瘫患者下肢肌力、平衡和转移能力有多种治疗形式,例如传统的肌力训练、平衡训练、易化技术和运动再学习等,然而这些方法比较复杂,在改善转移能力方面体现不出其优越性^[1]。在过去的 20 年,减重运动平板训练 (bodyweight support treadmill training, BWSTT)在加强脊髓损伤、中风和其他神经系统损伤患者运动功能和步行能力方面,已经引起了很大的重视^[2]。减重运动平板训练是应用抗重力系统减轻身体负重的比例,在运动的平板上进行踏步,并给予手法辅助保持身体直立,模拟类似下肢正常步态的轨迹^[3-6]。据报道,运动平板和渐进地增加下肢负重给脑卒中患者提供一种任务指向性 (task-oriented)训练,它模拟正常的身体负重、肢体运动学和平地步行平衡能力的需求,并能渐进地提高肌肉的募集率维持和提高功能性步行^[7]。Hesse^[8]和 Schindl 等^[9]的研究也在步态对称性和功能步行方面给予了支持。本研究探讨减重运动平板强化训练对脑外伤偏瘫患者下肢肌力、平衡和转移能力中后期的影响。

1 资料与方法

1.1 研究对象

研究对象为 2003 年 7 月—2008 年 7 月,在本中心(广东

省工伤康复中心)物理治疗科进行治疗的 63 例脑外伤偏瘫患者。入选标准:①为首次发病,术后病程>3 月,一侧肢体偏瘫;②意识清晰,可接受动作性指令,简明精神量表>22 分^[10];③经头颅 CT 或 MRI 检查明确诊断;④年龄≤75 岁;⑤血压和心率控制在正常范围以内;⑥无下肢关节的强直;⑦无癫痫发生;⑧患者在配戴或不配戴矫形器和使用拐杖情况下可独立或在监视下步行 10m 以上。

排除标准:①下肢全关节置换术后、严重关节炎而影响步行者;②存在其他限制活动的并发症者。患者签署知情同意书。将患者按入院时间顺序分为 2 组,治疗组 32 例,对照组 31 例。2 组患者性别、年龄、病程、偏瘫侧别、精神状况和助行器使用情况等比较,差异均无显著性意义($P>0.05$),具有可比性,见表 1。

1.2 方法

本研究采用随机、单盲、前瞻性和对照研究设计。患者通过抽签被随机分到减重平板治疗组和对照组。保证研究测评者不清楚分组安排而患者清楚分组安排。两组每次治疗分别安排在不同时间。对照组进行常规的物理治疗(不包括下肢肌肉力量训练和平衡训练)12 周,每周 5—6 次,每次 1h。治

1 湖南博爱康复医院,长沙,410329

2 广东省工伤康复中心

作者简介:孙天宝,男,医师,硕士

收稿日期:2008-08-08