



卫生部“十二五”规划教材 全国高等中医药院校教材
全国高等医药教材建设研究会规划教材

供中西医临床医学、康复治疗学专业用

社区康复

主编 彭德忠



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

卫生部“十二五”规划教材 全国高等中医药院校教材
全国高等医药教材建设研究会规划教材
供中西医临床医学、康复治疗学专业用

社区康复

主 编 彭德忠

副主编 李浩范 王继红

编 者（以姓氏笔画为序）

王继红（广州中医药大学）	张 莉（北京中医药大学）
古恩鹏（天津中医药大学）	张昊旻（长春中医药大学）
安玉兰（山西中医学院）	常冬梅（中国康复研究中心）
杨慎峭（成都中医药大学）	彭德忠（成都中医药大学）
李浩范（延边大学附属医院）	蔡 晶（福建中医药大学）
扶世杰（泸州医学院）	

秘 书 杨慎峭（兼）

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

社区康复 / 彭德忠主编. —北京: 人民卫生出版社, 2012.6

ISBN 978-7-117-15834-3

I. ①社… II. ①彭… III. ①社区-康复医学
IV. ①R492

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2012) 第 080991 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

本书本印次封底贴有防伪标。请注意识别。

社 区 康 复

主 编: 彭德忠

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里19号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 北京蓝迪彩色印务有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 16

字 数: 360千字

版 次: 2012年6月第1版 2012年6月第1版第1次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-15834-3/R·15835

定价 (含光盘): 29.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

目 录

第一章 总论	1
第一节 康复与康复医学	1
一、康复和康复医学的概念	1
二、康复医学的特点	3
三、康复医学的主要原则	4
四、康复医学的工作内容与康复的方式	4
五、康复医学专业人员的组成	6
第二节 社区康复	7
一、社区和社区康复的概念	7
二、社区康复的产生和发展	9
三、社区康复的对象	12
四、社区康复的特点	14
五、社区康复的基本原则	15
六、社区康复的工作方法、内容	16
七、社区康复的网络与管理	17
第二章 康复医学的基础知识	21
第一节 残疾学	21
一、残疾学的基本概念	21
二、残疾的表达和描述方法	21
三、常见器官、组织、系统的残疾学	23
第二节 运动学基础	25
一、运动学基本概念	25
二、骨骼肌肉系统的运动学	26
三、关节运动学	27
第三节 心理学基础	30
一、康复心理学的定义及作用	30
二、康复中的心理学问题	31
第三章 社区常用康复评定技术	35
第一节 肌肉骨骼和运动功能评定	35
一、关节活动度评定	35
二、肌力评定	37

三、痉挛评定	41
四、步态评定	42
五、手功能评定	44
第二节 感觉功能的评定	45
一、躯体感觉评定	45
二、疼痛评定	46
三、平衡功能评定	47
四、协调功能评定	48
第三节 言语和语言功能的评定	50
一、失语症评定	50
二、构音障碍评定	51
第四节 精神和心理功能的评定	52
一、智力功能的评定	52
二、意识、注意、记忆、认知功能评定	53
三、失认症和失用症评定	55
四、情感功能评定	55
五、人格功能评定	56
第五节 心肺功能评定	57
一、心功能评定	57
二、肺功能评定	58
第六节 其他评定	59
一、日常生活能力的评定	59
二、就业能力评定	61
三、生存质量评定	62
四、环境评定	62
第四章 社区康复的基本治疗技术	65
第一节 针灸技术	65
一、毫针刺法	65
二、灸法	67
三、拔罐法	69
四、电针法	69
五、头针	70
六、耳针	71
七、特殊针法	72
第二节 推拿技术	73
一、摆动类手法	73
二、摩擦类手法	74
三、挤压类手法	76
四、振动类手法	78

五、叩击类手法	79
六、运动关节类手法	79
第三节 传统运动疗法	83
一、太极拳	83
二、五禽戏	83
三、八段锦	83
四、易筋经	84
五、六字诀	84
第四节 中医其他传统疗法	85
一、饮食疗法	85
二、中药熏洗疗法	85
三、刮痧疗法	86
第五节 物理疗法	86
一、运动疗法	87
二、物理因子疗法	98
第六节 作业疗法	106
一、概述	106
二、社区常见作业疗法的种类	108
三、日常生活活动社区训练	108
第七节 言语疗法	109
一、言语障碍的治疗途径	110
二、言语障碍治疗的原则	110
三、言语障碍治疗的内容	110
第八节 心理康复	114
一、残疾人的心理特点	114
二、病伤残者的心理康复过程	114
三、心理康复的主要方法	115
第九节 康复工程	115
一、假肢与矫形器的运用	116
二、社区常用的康复辅助器具的应用	116
第十节 社区特殊教育	118
一、视力残疾儿的社区教育	118
二、聋哑儿的社区教育	119
三、智力残疾儿的社区教育	120
第十一节 家庭护理与康复指导	120
一、康复护理的概念	120
二、家庭护理与康复指导的概念	121
三、家庭护理与康复指导的特点	121
四、家庭护理与康复指导的目标	121

第五章 神经系统疾病的社区康复	123
第一节 脑卒中的社区康复	123
一、概述	123
二、脑卒中的康复评定	124
三、脑卒中的康复	126
四、社区健康教育	137
第二节 脊髓损伤的社区康复	137
一、概述	137
二、脊髓损伤的康复评定	140
三、脊髓损伤的康复	144
四、社区健康教育	151
第三节 脑性瘫痪的社区康复	152
一、概述	152
二、脑性瘫痪的康复评定	154
三、脑性瘫痪的康复	157
四、社区健康教育	163
第六章 骨关节及运动系统疾病的社区康复	165
第一节 颈肩腰腿痛的社区康复	165
一、颈椎病的康复	165
二、肩关节周围炎的康复	169
三、腰椎间盘突出症的康复	172
四、退行性膝关节炎的康复	175
第二节 骨关节术后社区康复	178
一、骨折术后的康复	178
二、关节镜术后的康复	182
三、关节置换术后的康复	185
第七章 心肺和代谢疾患的社区康复	189
第一节 冠心病的社区康复	189
一、概述	189
二、冠心病的康复	191
三、社区健康教育	193
第二节 高血压的社区康复	193
一、概述	193
二、高血压的康复	194
三、社区健康教育	195
第三节 慢性阻塞性肺疾病的社区康复	196
一、概述	196

二、慢性阻塞性肺疾病的康复	197
三、社区健康教育	199
第四节 糖尿病的社区康复	200
一、概述	200
二、糖尿病的康复	201
三、社区健康教育	202
第八章 精神、智力和感官残疾的社区康复	205
第一节 精神残疾的社区康复	205
一、概述	205
二、社区和家庭的康复服务	207
第二节 智力残疾的社区康复	208
一、概述	208
二、社区和家庭的康复服务	210
第三节 听力残疾的社区康复	211
一、概述	211
二、社区和家庭的康复服务	212
第四节 视力残疾的社区康复	215
一、概述	215
二、社区和家庭的康复服务	216
第九章 其他社区康复	221
第一节 常见社区心理障碍康复	221
一、常见的心理问题的自我管理	221
二、常见的儿童心理问题与治疗	222
三、常见的青少年心理问题与治疗	223
四、常见的老年人心理问题与治疗	225
第二节 老年人的社区康复	226
一、概述	226
二、社区老年人常见的健康问题	227
三、老年人社区康复的原则	228
四、社区康复训练与服务	228
附录一 简式Fugl-Meyer上肢坐位运动功能评定法	231
附录二 简式Fugl-Meyer下肢运动功能评定法	233
附录三 简式Fugl-Meyer运动功能评分的临床意义	234
主要参考书目	235

第一章 总 论

学习目的

通过学习康复与康复医学的概念、特点、主要原则及社区康复的概念、对象、特点、基本原则、工作方法等基本理论,为学习《社区康复》后面各章节的内容奠定坚实的基础。

学习要点

康复与康复医学的概念,康复医学的特点、主要原则及工作内容,社区与社区康复的概念,社区康复的对象、特点、基本原则、工作方法与内容,社区康复的网络与管理。

第一节 康复与康复医学

20世纪40年代世界卫生大会通过的《世界卫生组织宪章》确定健康的定义是:健康是身体、精神和社会生活的完美状态,而不仅是疾病或虚弱的消除。这一简明扼要的定义,体现了观念更新,模式转换,完全改变了卫生医疗方向和内涵。定义从原来的医疗二维思维:治病—救命,发展到三维:治病—救命—功能,强调了功能。

一、康复和康复医学的概念

(一) 康复的定义

康复(rehabilitation)是达到下述目标的一个过程,旨在通过综合、协调地应用各种措施,消除或减轻病、伤、残者身心、社会功能障碍,达到和保持生理、感官、智力精神和(或)社会功能上的最佳水平,从而使其借助某种手段,改变其生活,增强自立能力,使病、伤、残者能重返社会,提高生存质量。尽管有的病理变化无法消除,但经过康复,仍然可以达到个体最佳生存状态。具有强烈的功能恢复或重建的决心,是进行康复的基础,而学习、锻炼、坚持则是康复取得成败的关键。

(二) 康复的内涵

康复的各种措施包括医学的、工程的、教育的、社会的、职业的一切手段,分别称为医疗康复、康复工程、教育康复、社会康复、职业康复,从而构成全面康复。

康复针对病、伤、残者的功能障碍,以提高局部与整体功能水平为主线,以整体的人为对象。也许局部或系统功能无法恢复,但仍可带着某些功能障碍而过着有意义的生活。

康复工程应尽早进行,使病、伤、残者所丧失或削弱的身、心、社会功能尽快、尽最大可能地恢复、代偿或重建,以达到最佳状态,使病、伤、残者能承担起他们能承担、应承担的社会职能。康复以提高生存质量最终融入社会为目标。

康复不仅是训练患者提高其功能,以适应环境;还需要环境和社会的参与,以利于他

们重返社会。康复服务计划的制订和实施,要求患者本人、其家庭及所在社区的参与。

康复也是一种理念和指导思想,必须渗透到整个医疗系统,即疾病预防、早期识别、门诊、住院和出院后患者的医疗计划中。医务人员必须具有三维的思维方式,即不仅治病救人,还要特别注重其活动功能。这一观点应植根于所有医疗人员心中,并付诸行动,使患者受益,社会也受益。

(三) 康复服务的方式

世界卫生组织提出康复服务的方式有三种:①康复机构的康复(institution-based rehabilitation, IBR),包括综合医院中的康复医学科(部)、康复门诊、专科康复门诊及康复医院(中心)、专科康复医院(中心)以及特殊的康复机构等。它有较完善的康复设备,有经过正规训练的各类专业人员,工种齐全,有较高专业技术水平,能解决病、伤、残者各种康复问题。康复服务水平高,但病、伤、残者必须来该机构,方能接受康复服务。②上门康复服务(out-reaching rehabilitation service, ORS),具有一定水平的康复人员,走出康复机构,到病、伤、残者家庭或社区进行康复服务。服务数量和内容均有一定限制。③社区康复(community-based rehabilitation, CBR)或基层康复,依靠社区资源(人、财、物、技术)为本社区病、伤、残者就地服务。强调发动社区、家庭和患者参与,以医疗、教育、社会、职业等全面康复为目标,但应建有固定的转(送)诊系统,解决当地无法解决各类康复问题。

三种服务相辅相成,并不相互排斥。没有良好的“康复机构康复”建设,就难有良好的社区康复;没有社区康复,广大的残疾人则不能受益,无法实现人人享有康复的服务目标,康复机构的康复便无法解决许多康复问题。

(四) 康复医学的定义

康复医学(rehabilitation medicine)是具有基础理论、评定方法及治疗技术的独特医学学科,是医学的一个重要分支,是促进病、伤、残者康复的医学。它研究有关功能障碍的预防、评定和处理等问题,与保健、预防、临床共同组成全面医学(comprehensive medicine)。康复医学是卫生保健不可缺少的部分,缺少康复意味着卫生保健模式的缺陷,必须加以补充。

(五) 康复医学的对象、范围

康复医学的主要对象是损伤与急、慢性疾病和老龄带来的功能障碍者,以及先天发育障碍者。功能障碍是指身体、心理不能发挥正常的功能。这些功能障碍,临床医学难以解决。康复医学实际涉及临床各专科。康复介入的时间,不应在功能障碍以后,而应在其出现之前进行预防性康复,这是一个重要的医疗思想。此项工作进行得好,可以有效地减少残疾的数量与程度。康复医学着眼于整体康复,因而具有多学科性、广泛性、社会性,充分体现生物—心理—社会医学模式。

临床医学是以疾病为主导,康复医学是以功能障碍为主导。功能障碍又分为器官水平的病损、个体水平的残疾和社会水平的残障三个层次。针对不同层次的障碍,有不同的康复对策。对于形态功能障碍要促进功能恢复,对并发症、后遗症要进行预防和治疗。对于个体能力障碍,采取适应和代偿的对策。为了发挥瘫痪肢体残存的功能,可利用辅助器、自助具以提高日常生活活动能力,配置代偿功能装备,如矫形器、假肢、轮椅等。对社会活动障碍的对策是改善环境,对家庭、单位、社区进行工作,确保对残障者进行照顾,改造公共设施(如房屋、街道、交通等)和社会环境,使残障者能方便、平等地参与社会活动。鉴于残疾、残障等词语带有一定的贬义,在修订后的《国际功能残疾和健康分类》(International

Classification of Functional, ICF) 中已由“活动受限”、“参与限制”所取代。

康复医学发展的初期,是以骨科和神经系统的伤病为主,近年来心肺疾病的康复,癌症、慢性疼痛的康复,也逐渐展开。精神病、感官(视、听)和智力残疾的康复也已列入工作日程。随着康复概念的更新和全面康复思想的传播,康复医学范围逐渐扩大。

二、康复医学的特点

(一) 康复医学是涉及功能障碍(残疾)的医学

残疾是指因外伤、疾病、发育缺陷或精神因素造成明显的身心功能障碍,不同程度地丧失正常生活、工作和学习能力的一种状态。广义的残疾包括病损、残障,成为人体身心功能障碍的总称。

致残原因有:

1. 疾病

- (1) 传染病:如脊髓灰质炎、乙型脑炎、脊椎结核等。
- (2) 孕期疾病:如风疹、宫内感染、妊娠高血压等。
- (3) 慢性病和老年病:如心脑血管疾病、慢性阻塞性肺疾病、类风湿关节炎、肿瘤等。

2. 营养不良 蛋白质严重缺乏可引起智力发育迟缓,维生素 A 严重缺乏可引起角膜软化而致盲,维生素 D 严重缺乏可引起骨骼畸形等。

3. 遗传 可致畸形、精神发育迟滞、精神病等。

4. 意外事故 如交通事故、工伤事故、运动损伤、产伤等,可致颅脑损伤、脊髓损伤、骨骼肌肉系统损伤等。

5. 物理、化学因素 如噪声、烧伤、链霉素或庆大霉素中毒、酒精中毒等。

6. 社会、心理因素 可致精神病等。

(二) 康复医学是功能恢复的医学

康复医学的目标并不是使疾病“痊愈”,而是通过医学的手段帮助残疾者在身体、个体活动能力及社会参与能力这三个层次上,达到最大限度地恢复。

康复的目标是改善身心、社会、职业功能,使残疾人能在某种意义上像正常人一样过着积极的生活。

1. 回归社会 在可能的情况下,使残疾人能够生活自理,回归社会,劳动就业,经济自主。

2. 回归家庭 在残疾严重、老龄残疾人等不能达到回归社会目标的情况下,增进残疾人的自理程度,保持现有功能或延缓功能衰退,使其能回归家庭,尽可能达到生活自理的程度。

(三) 康复医学强调残疾者的主动参与训练

残疾者功能的恢复在很大程度上是依靠残疾者本人直接参与的功能训练,特别是残疾者的活动能力和社会参与能力,绝不是靠被动性的运动或药物、手术治疗就可以解决的。只有能够进行主动性康复训练的残疾者,预计能从康复训练中明显受益者,才是康复医疗(特别是早期强化的康复医疗)的最佳适应人群。

(四) 康复医学需要团队的协作

康复医学必须以小组的工作方式进行跨学科的合作。不同的康复专业人员从不同的

角度共同为患者的功能障碍进行分析和康复处理。通常,康复医学的临床工作是在康复医师的领导下,组成有康复护士、物理治疗师、作业治疗师、言语治疗师、假肢矫形器师、心理治疗师、社会工作者等参加的康复医疗组,全面地、协调地实施康复医疗工作。

预防、医疗、保健、康复是“四位一体”的现代医学的基本内容。四个部分在本质上是有所不同的,不能用医学的一个方面取代其他方面。但是,它们又是密切联系、不可分割的,并不完全是治疗过程中的不同时间段的治疗阶段,而应该是相互协调、互相叠加在一起的综合治疗过程。

三、康复医学的主要原则

康复医学的主要原则是:功能锻炼、全面康复、重返社会。

美国心理学家马斯洛(Maslow)在20世纪50年代提出了“需要”的理论,这一理论认为人有五种“需要”:

- (1) 生理需要:包括食、水、性、睡眠等。
- (2) 安全需要:包括对自身安全和财产安全的需要,如要求社会安全,生命和财产有保障,有较好的居住环境,老有所养。
- (3) 社交需要:包括对爱情、友谊、集体生活、社交活动的需要。
- (4) 尊重的需要:包括自我尊重与受人尊重两个方面,由自尊产生于对自我的评价、个人才能的发挥等;受人尊重产生于对名誉、地位的追求以及对权利的欲望等。
- (5) 自我实现的需要:这是一个人实现自己理想抱负的需要,是人的高级需要。

按这五种基本需要的重要性排列成不同层次。首先是生理需要,而后依次是安全、社会、尊敬、自我实现需要。残疾人也有同样需要,因此对残疾人需进行全面的康复,而不仅是进行功能训练,且要在生理上、心理上、职业上和社会生活上进行全面的整体的康复,最终使其重返社会。

四、康复医学的工作内容与康复的方式

(一) 康复医学的工作内容

1. 残疾的预防 残疾预防应在国家、地方、社区、家庭不同层次进行,应在胎儿、儿童、青年、中年、老年不同时期进行。

(1) 一级预防:是减少各种病损的发生,即预防身体功能和结构的缺失和异常,是康复预防的基础和关键,最为有效,并且可以减少70%残疾的发生。所采取的措施包括:优生优育、严禁近亲结婚、加强遗传咨询、产前检查、孕期及围生期保健;预防接种,积极防治老年病、慢性病;合理营养;合理用药;防止意外事故;加强卫生宣传教育、注意精神卫生;实施健康生活方式。

(2) 二级预防:是限制或逆转由病损造成的残疾。可以减少10%~20%残疾的发生。这对康复医学工作者而言,尤其重要。这既是预防措施,同时也是治疗措施,所采取的措施包括:早期发现、早期治疗。

(3) 三级预防:是防止残疾转化为残障,预防个体社会参与的局限性。采取的措施包括:康复医疗、教育康复、职业康复和社会康复等。

2. 康复评定 康复评定是康复目标得以实现和康复治疗得以实施的基础,在康复医

学中占有重要的地位。康复评定是康复医学特有的对功能障碍程度及其相关因素评价的方法。没有评定就无法规划治疗、评价治疗。评定不同于诊断,远比诊断细致而详尽。由于康复医学的对象是残疾者及其功能障碍,目的是最大限度地恢复、重建或代偿其功能,因此,康复评定不是寻找疾病的病因和诊断,而是客观地、准确地评定功能障碍的原因、性质、部位、范围、严重程度、发展趋势、预后和转归,为康复治疗计划提供依据。这种评定至少应在治疗前、中、后各进行一次,根据评定结果,制定、修改治疗计划和对康复治疗效果和结局做出客观的评价。康复治疗始于评定,止于评定。

(1) 评定的目的:康复评定不仅可以了解残疾的水平,掌握现存的功能情况,评估功能恢复的潜力,以便制定出有效的康复程序或计划,更为重要的是通过量化的评定,可以指导康复医疗工作,随时检查康复医疗的效果,并修订康复计划。

(2) 康复评定的基本方法

1) 定性评定:定性评定的对象是反映事物“质”的规律性的描述性资料,而不是“量”的资料,主要适用于个案研究和比较研究中的差异描述。康复评定中常用的描述性定性评定资料主要通过观察和调查访谈获得。

2) 半定量评定:半定量评定是将定性分析评定中所描述的内容分为等级或将描述内容按等级赋予分值的方法。康复评定中常用标准化的量表评定法,如:视觉模拟尺评定等。

3) 定量评定:定量分析是“量”的资料,获得的这些资料通过数量化的方式说明其分析结果。康复评定中常用特定的仪器来进行测量,如:等速肌力测定系统、步态分析系统等。

3. 康复治疗 康复评定明确障碍部位和程度后,规划、设计康复治疗方案。完整的康复治疗方案,包括有机地、协调地运用各种治疗手段。康复医疗是通过医学的手段,预防疾病所造成的功能障碍和减轻残疾的影响。康复中“治疗”的不是疾病本身,而是疾病引起的功能障碍。康复治疗是康复医学的主要组成部分,也是康复医学的核心内容。康复治疗的原则是:早期介入、综合措施、循序渐进、主动参与。

(1) 康复医学的主要治疗方法有物理治疗、作业治疗、言语治疗、心理辅导与治疗、文娱治疗、中国传统医学治疗、康复工程以及康复护理和社会服务等。

(2) 康复医学重点涉及的常见疾病

1) 神经疾患:如脑卒中、脑外伤和脑手术后、脊髓损伤、多发性硬化、脑性瘫痪等,也包括痴呆和帕金森病。

2) 骨关节及运动系统疾患:如关节炎、结缔组织病、骨质疏松症、运动损伤、外伤性损伤、关节置换术后、截肢后、脊柱疾患(如腰椎间盘突出症、颈椎病等)及手部外伤的康复等。

3) 慢性疼痛:如慢性疼痛综合征、癌性疼痛等。

4) 心肺及内脏疾病:冠状动脉粥样硬化性心脏病、慢性阻塞性肺疾病等。

5) 其他:如肿瘤、精神障碍、视觉障碍、听觉障碍的康复问题等。

4. 康复医学的管理 一般情况下,康复治疗主要面对的是各种疾病与损伤所导致的功能障碍;康复治疗是一个长期,甚至是终身治疗的过程。不同的功能状况的残疾患者需要接受不同层次的康复治疗。这就需要在管理的层面上合理地设置适当的康复医疗设施

和机构,将康复医疗的设施和机构形成一个严密的康复治疗网络,以满足不同功能状况的残疾患者的康复医疗需要。

康复的管理可以分为机构康复(IBR)、中间设施的康复、社区和家庭康复(CBR)三个层次。而康复医疗的对象也往往表现有持续的、不同水平上的功能障碍。残疾者的功能障碍往往各不相同。因此,需要灵活适当的管理来适应不同残疾者功能障碍的需求,残疾者不可能、不必要、也不应该长期停留在康复医疗机构中,而应当直接或通过过渡性的中间设施,以最快的速度、最短的住院时间转回到社区和家庭中去。

(二) 康复的方式

康复医学需要多种专业服务,采用多专业联合作战的方式,共同组成康复治疗团队,领导为康复医师,成员包括康复护士、物理治疗师、作业治疗师、语言治疗师、心理治疗师、假肢与矫形器师、文体治疗师及社会工作者等。

五、康复医学专业人员的组成

康复医学专业人员的组成由以下几类人员构成。

(一) 康复医师

为康复治疗组组长,在组长领导下,各种专业人员对残疾者进行检查评定,在治疗方案设定中各抒己见,讨论残疾者的功能障碍的性质、部位、严重程度、发展趋势、预后、转归,提出各自对策(治疗方法与目标),然后由康复医师归纳总结出一个完整的、分阶段性的治疗计划,由各专业人员分头实施。

(二) 康复护士

康复护士在医院和社区康复的所有时期,起关键性作用,确保对残疾者及家属提供高质量的护理服务。护士负责检查并发症,这些并发症可能影响残疾者功能的恢复。当治疗组中其他成员空缺时,护士可加入其中并提供护理服务。

(三) 物理治疗师

在功能方面促进运动控制和独立性的恢复,帮助患者选择最佳的感觉刺激,防止二级预防中出现并发症,如软组织挛缩、肺部感染等。

(四) 作业治疗师

改善残疾者的功能,教育指导残疾者每天的生活起居活动,包括工作中、闲暇时和职业活动。他们的任务包括对患者的感知或认知损害进行治疗。

(五) 语言治疗师

在语言障碍方面采用各种手段进行针对性治疗,如:针对脑卒中患者,其治疗涉及所有与脑卒中伴随出现的交流障碍,包括加强语言交流体系。有些残疾者对语言可以理解,但这并不是语言治疗师最合理的目标,他们的任务还包括对吞咽障碍和构音障碍的诊断和治疗。

(六) 其他治疗组成员

可以处理伴随疾病而来的复杂多变的损害,如脑卒中患者针对认知和感知缺陷的康复训练。在小组成员中,通常能够确定身份的有:营养医师、正确发音研究者、神经精神专家和药师。部分地区受当地条件的限制,同一个人可能兼职多项任务。

第二节 社区康复

一、社区和社区康复的概念

(一) 社区的基本概念

1. 社区的定义 社区是社会学的一个基本概念。社区一词来源于拉丁语。《市场经济词典》中把一个村庄、一个城市或城市中的一个街区界定为一个社区。根据这个定义,社区可以是一个自然村,一个乡,乃至一个更广阔的地区,也可以是一个居民区。我国政府把社区定义为:社区是指聚居在一定地域范围内的人们所组成的社会生活共同体。

2. 社区的基本特征 从上述的社区定义可以看出,社区具有三个基本特征;一是地缘性,有共同的地域;二是人缘性,有与地缘关系相联系的归属感、认同感等共同情感;三是社会性,有来自共同需求、共同目标、共同利益的社会关系和互动关系,形成了与地域相联系的社会生活共同体。

3. 城市社区的主要特征 城市社区具备以下几个特征。

(1) 经济特征:与农村社区相比,城市社区的经济特征主要表现为:城市居民以工商服务业(第二、三产业)为主要职业和主要谋生方式。

(2) 人口特征:人口密度高,人口聚居的规模大。

(3) 社会组织特征:主要表现为科层制组织普遍,社会组织复杂。

(4) 生活方式特征:城市居民的生活质量和生活水平相对较高。

4. 社区的构成要素 社区的构成应具备以下几个要素。

(1) 有一定的区域:即社区成员生存的地理位置和自然环境,包括地形地貌、生态环境、居住模式、气候、资源等。

(2) 有一定数量的人口:即人口的数量、密度、结构等。

(3) 有特有的文化:即传统习惯、价值观念、生活方式、生活制度、社会规范以及与此相联系的心理、社区意识等。

(4) 有一定的经济基础:具有维持社区居民物质文化生活的经济基础和服务设施。

(5) 社会活动及其互动关系:各种生产、经济活动及活动中建立起来的相互关系。

(6) 有各种社区组织:通过一定的组织机构和组织形式对社区进行自我管理。

5. 社区功能

(1) 满足生活需求功能:社区有一套生产、分配、销售体系,提供社区内成员日常生活的必需品。

(2) 社会化功能:社区有一套社会化体系,将社区内最重要的价值观及行为模式,由上一代传到下一代。社区内学校与其他社会机构都有社会化功能。

(3) 社会控制功能:社区有一套社会控制体系,用以鼓励人们遵守社会规范,维护社会秩序,同时用以惩罚违反社会规范的人。

(4) 社会参与功能:社区有一套社会参与体系。促进社区内人们相互来往与互动,并提高社区的价值整合。

(5) 社区互助功能:社区有一套互助体系,使社区内人群相互帮助、互相支援。

(二) 社区康复的基本概念

1. 社区康复定义 社区康复(CBR)是我国学者的一种通俗易懂的翻译,其准确完整的翻译应该是以社区为基础的康复。

(1) 世界卫生组织(WHO)对 CBR 的定义:1982 年世界卫生组织康复专家委员会所下定义:在社区的层次上采取的康复措施,这些措施是利用和依靠社区人力资源而进行的,包括依靠有残损、残疾、残障的人员本身以及他们的家庭、社会。

(2) 联合国三大组织对 CBR 的定义:1994 年世界卫生组织、联合国教科文组织、国际劳工组织联合发表的《CBR 联合意见书》对社区康复做了新的定义:“社区康复是社区发展计划中的一项康复策略,其目的是使所有残疾人享有康复服务、实现机会均等、充分参与的目标。社区康复的实施要依靠残疾人、残疾人亲友、残疾人所在的社区以及卫生、教育、劳动就业、社会保障等相关部门的共同努力”。

(3) 我国对 CBR 的定义:根据联合国三大组织对 CBR 的定义,结合中国国情,目前我国政府对 CBR 定义是社区建设的重要组成部分,是指在政府领导下,相关部门密切配合,社会力量广泛支持,残疾人及其亲友积极参与,采用社会化方式,使广大残疾人得到全面康复服务,以实现机会均等,充分参与社会生活的目标。

2. 容易与社区康复混淆的几个概念

(1) 社会康复:是指从社会的角度推进医疗康复、教育康复、职业康复等工作,动员社会各界力量,为残疾人生活、学习、工作和社会活动创造良好的社会环境,使他们能够享有与健全人同样的权利与尊严,平等参与社会生活并充分发挥自己的潜能,自强自立,为社会履行职责、作出贡献。

CBR 是相对机构康复提出的一种康复途径,机构康复和 CBR 都是在现代康复医学理论指导下进行的,每一种途径的工作都包括医疗、教育、职业、社会四大方面,即全面康复原则。社会康复作为全面康复工作的组成部分,是从社会的角度推进全面康复目标的实现。现代康复医学全面康复原则的实现必须依靠多种康复途径,CBR 这一实践途径是当今世界大力推广的新型有效的途径,是康复发展的趋势。

(2) 社区医疗:是医疗机构向附近居民提供以家庭为基地的医疗、保健服务。

20 世纪 50 年代,我国开始兴起社区医疗,最初以家庭病床形式出现。其主要特点是医疗机构向附近居民提供以家庭为基地的医疗、保健等服务。随着现代康复医学的发展,我国将康复服务也纳入家庭病床服务中,由医疗机构建立残疾者健康档案,并深入家庭提供包括康复在内的医疗服务,这是一种医疗康复延伸服务。

(3) 社区服务:是在政府倡导下,为满足社会成员的多种需求,以街道、乡镇和居委会的社区组织为依托,具有社会福利性的居民服务业,它是由社区福利服务、便民利民服务、职工社会保险管理服务等组成。

社区服务的行政主管部门是民政部门。近年来,我国在加强社区建设并大力开展社区服务的基础上,将社区康复纳入社区建设和社区服务中,充分利用社区服务设施,对残疾人、老年人和慢性病患者开展医疗、保健、康复服务,对残疾人进行职业培训和就业安置,开办了老年活动中心、残疾人活动中心、伤残儿童幼儿园、精神病及智力障碍者工疗站等,创造条件使残疾人与所有社区居民一样获得参与社会生活的机会。实践证明,将社区

康复纳入社区服务工作中是可行和有效的。

二、社区康复的产生和发展

(一) 国际社区康复的产生和发展

1. 国际康复发展史

- (1) 史前期:1910年前。
- (2) 形成期:1910—1940年。
- (3) 确立期:1940—1970年。
- (4) 发展期:1970年后。

2. 国际社区康复发展历程 1976年WHO提出一种新的、有效的、经济的康复途径即社区康复,以扩大康复服务覆盖面,使发展中国家的残疾人也能享有康复服务。

1979年WHO初步规划出社区康复模式,由海兰德博士(Dr.E.Helander)等人完成了《在社区中训练残疾人》手册初稿。同年第34届联合国大会正式通过了关于1981年为国际残疾人年的决定。

为了全球领域的残疾人康复协作,1982年12月,第37届联合国大会通过了《关于残疾人的世界行动纲领》,宣布1983年至1992年为“联合国残疾人十年”,制定了残疾人十年(1983—1992年)CBR全球发展规划。同年,世界卫生组织康复专家委员会为社区康复下了定义。

1985年英国伦敦大学开设“社区康复计划与管理”课程,全球培训、地区性培训工作迅速开展。

1992年WHO大会对全球社区康复发展进行了评估,专题报告中指出:“社区康复虽然在全球有所发展,但从整体上看,仍然落后于保健、预防和治疗的发展水平”。同年,第47届联合国大会确定每年12月3日为国际残疾人日。

1994年联合国发表了《残疾人机会均等标准规则》,同年世界卫生组织、联合国教科文组织、国际劳工组织发表了《关于残疾人社区康复的联合意见书》,进一步明确了社区康复目标、概念和实施办法,指出“社区康复的实施有赖于残疾人自己及其家属、所在社区以及卫生、教育、劳动就业与社会保障服务部门的共同努力”,“社区康复可持续发展的关键是务实、灵活、支持、协作”。

1999年《偏见与尊严——社区康复介绍》一书再版,以更新的理念对全球残疾的发生情况、康复需求情况、社区康复定义、管理框架、技术要素、监测评估及未来发展预测等方面进行了全面阐述。

2004年世界卫生组织、联合国教科文组织、国际劳工组织联合发表新的《CBR联合意见书》,强调CBR是为社区所有残疾人的康复、机会均等、减少贫困和社会包容的一种社区整体发展战略。

(二) 我国社区康复发展历程

我国自1986年开始开展社区康复工作,至今有20多年了,先后经历了起步、试点、推广和发展四个阶段。

1. 起步阶段(1986—1990年) 1986年WHO在中国香港地区和菲律宾举办了“现代康复原则、计划与管理”研讨班,为我国培养了10多名社区康复骨干。同年,将《在社区