



康复医学

——理论与实践

Rehabilitation Medicine
Principles and Practice

总主编 [美] Joel A. Delisa 主译 南登崑 郭正成

(第三版)

世界图书出版公司

康复医学

理论与实践

Rehabilitation Medicine: Principles & Practice

(第三版)

主 编 (美)Joel A. DeLisa

主 译 南登崑 郭正成

副主译 谭维溢 王培生

世界图书出版公司

西安 北京 广州 上海

图书在版编目 (CIP) 数据

康复医学—理论与实践/ (美) 迪利萨 (Delisa, J. A.)

著: 南登崑, 郭正成主译.

—西安: 世界图书出版西安公司, 2003

ISBN 7-5062-6132-4

I. 康... II. ①迪... ②南... ③郭... III. 康复医学
IV. R49

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 100904 号

Rehabilitation Medicine Principles and Practice

Joel A. Delisa

Copyright 1998 by Lippincott Williams & Wilkins INC.

版权贸易合同登记号: 25-2000-062

Lippincott Williams & Wilkins INC. 公司授予世界图书出版西安公司在中华人民共和国境内、
的中文专有翻译、出版和发行权。未经许可不得翻印或者引用、改编书中任何文字和图表, 违者
必究。

康复医学—理论与实践

主 编 Joel A. DeLisa
主 译 南登崑 郭正成
责任编辑 王 佳
封面设计 光辉岁月设计室

出版发行 世界图书出版西安公司

地 址 西安市南大街 17 号 邮编 710001

电 话 029-87279676 87233647(发行部) 029-87279677(总编室)

传 真 029-87279675

E-mail wmcxian@public.xa.sn.cn

经 销 各地新华书店

印 刷 西北大学印刷厂

开 本 880×1194 1/16

印 张 101.75

字 数 3621 千字

版 次 2004 年 1 月第 1 版 第 1 次印刷

书 号 ISBN 7-5062-6132-4/R·636

定 价 580.00 元

☆ 如有印装错误, 请与本公司联系调换 ☆

《康复医学——理论与实践》翻译人员

主 译

南登崑 郭正成

副主译

谭维溢 王培生

译校者

(按姓氏笔画为序)

尤春景	王冰水	刘 卫	刘 燧	刘宏亮	刘钦刚	刘雅丽	蓝 月
朱珊珊	许 涛	许明章	何培根	吴宗耀	吴慧敏	周贤丽	杨树莹
邱纪方	陆 敏	陆敏华	陈武雄	武继祥	丘卫红	范建中	南登崑
徐 军	徐咏芬	聂章宪	郭 敏	郭正成	郭铁城	顾 新	段晓文
黄晓琳	程 凯	蒋小燕	窦祖林	廖维靖	谭维溢	燕铁斌	

原 书 前 言

自本书第二版发行以来,在物理医学与康复(PMR)领域已有惊人的大量的改变。其中包括脊髓与脑外伤的进展,机器人和微电子方面的发展,交流工具网络爆炸性的发展,医疗服务系统实质性的改变,特别是控制医疗的改革等。本书第三版介绍这类物理医学与康复实践方面的最新知识和大量相关问题。

所有各章均已更新并新增 19 章。我们特别提请大家注意以下各章:注射技术、残疾人的初级卫生保健、残疾妇女健康问题、替代医学、全髋全膝置换术后康复、前庭康复。

本教科书汇编为四大部分:(1)概述与评定诊断原理(计 19 章);(2)处理方法(计 16 章);(3)主要康复问题(计 12 章);(4)特殊疾病的康复(计 24 章)。

在编写本书时,我们特别强调我们专业的科学基础,而同时致力于使信息更加符合临床实际需要。每一章都是有多位作者编写,都是选请该领域的专家学者群体。为此,全书共有 169 位作者,代表了世界康复医学所有各个方面。

为求涵盖本专业的宽广度,我们还增加了视、听损伤者的康复,残疾人的初级卫生保健和国际康复概况。我们希望读者能从我们所有作者不懈的努力所提供的广博的物理医学与康复领域的现代知识得益。

我们欢迎为本书下一版提出批评和建议。

Joel A. DeLisa, M. D., M. S.

Bruce M. Gans, M. D.

William L. Bockenek, M. D.

Donald M. Currie, M. D.

Steve R. Geiringer, M. D.

Lynn H. Gerber, M. D.

James A. Leonard, Jr., M. D.

Malcolm C. McPhee, M. D.

William S. Pease, M. D.

Nicolas E. Walsh, M. D.

中华人民共和国第一版序

康复医学是一个较广的医学领域，它不受病人的年龄和疾病种类的限制，通过改善患者在其环境和社会中独立进行活动的 ability 而恢复他的最佳功能状态，在治疗残疾时，康复医学不仅注重其医疗需求，而且还兼顾其职业、娱乐、教育、社会和情感需求，其最终目的是提高病人的生活质量。

虽然美国和中华人民共和国在医疗卫生系统的组织、经费来源和管理上有很大的差异，但是我们两国却面临着相似的问题：我们都在努力改变不断上涨的医疗费用与社会要求更多的医疗支出间的平衡点；我们都面临着人口老化问题，以及因医疗技术提高使二十年前致死的疾病而现在却能生存所致的存活人口增多问题；我们也同时都面临在某些区域缺乏高质量的康复服务的问题；我们两国都需要在对病人提供信息方面加以改进，告诉他们疾病的原因以及能改善他们恢复的行为。

康复医学在帮助我们处理这些问题及卫生系统所面临的其他问题上是一个独特的领域，康复医学作为一个以最终目标为指导、小组工作模式的领域，始终将病人个体化的需求与现有资源联系起来，在医疗质量与消耗间取得平衡，康复医生较内科和外科医生更能找出及贯彻以最低的消耗让患者恢复到最佳功能水平的方法。我们的目标一直是对病人提供综合的、多学科包含基本原理和实用技术的方法，我们相信，它的内涵对物理医学与康复医师和其他所有的对康复医学有兴趣的医师以及治疗师、护士和为躯体残疾患者工作的卫生工作者都是适合的，医学生尤其应注意到科学的细致具体与病人的实际处理策略的结合。

本书分为四个大的部分：1. 概述及评定诊断原理（19 个章节）；2. 处理方法（16 个章节）；3. 主要的康复问题（12 个章节）；4. 特殊疾病的康复（24 个章节）。

编写该书，我们尽量强调本学科的基础，也力求其实用性及临床价值，各章节均由多位作者共同编写，并且编者均为各领域的专家，总共有 169 位代表全世界康复医学所有领域的作者。

编者非常高兴将此书翻译成中文以满足中华人民共和国康复界人士的需求，我们感谢世界图书出版西安公司和南登崑教授等中国同行为此书的翻译出版的努力，我们衷心希望读者能从我们所提供最新的康复医学知识受益，我们知道，康复医学在中国是一个非常年轻的专业，我们希望该书会对那些有志于发展该领域的中国同道有所裨益。

我们也欢迎您们的评价和建议以利于我们再版时修改。

Joel A. DeLisa, M. D., M. S.

Bruce M. Gans, M. D.

William L. Bockenek, M. D.

Donald M. Currie, M. D.

Steve R. Geiringer, M. D.

Lynn H. Gerber, M. D.

James A. Leonard, Jr., M. D.

Malcolm C. McPhee, M. D.

William S. Pease, M. D.

Nicolas E. Walsh, M. D.

目 录

第 1 篇 概述与评定诊断原理

第 1 章	康复医学的过去、现在和未来	(3)
第 2 章	康复医学中的伦理问题	(30)
第 3 章	康复医学的国际概况	(42)
第 4 章	伤病、残疾、残障	(48)
第 5 章	临床评定	(54)
第 6 章	测量方法的原理与应用	(95)
第 7 章	日常自理需求的评估和管理	(121)
第 8 章	步态分析	(149)
第 9 章	心理康复	(167)
第 10 章	职业康复和残疾确定	(188)
第 11 章	与法医系统的相互影响	(204)
第 12 章	言语、语言、吞咽和听觉的康复	(211)
第 13 章	处方、治疗安排、医嘱书写和康复小组的功能	(236)
第 14 章	系统保证和改善医学康复程序的质量和结局	(252)
第 15 章	周围神经系统的电诊断评定	(284)
第 16 章	中枢神经系统的电生理	(328)
第 17 章	物理医学与康复的研究	(358)
第 18 章	物理医学与康复的行政管理	(365)
第 19 章	康复相关的影像技术	(377)

第 2 篇 处理方法

第 20 章	物理因子	(419)
第 21 章	生物反馈在物理医学与康复中的应用	(440)
第 22 章	推拿、按摩和牵引	(455)
第 23 章	注射程序	(487)
第 24 章	功能性神经肌肉电刺激	(533)
第 25 章	脊柱、上肢矫形器	(555)
第 26 章	下肢矫形器、矫形鞋和步行辅助具	(569)
第 27 章	上、下肢假肢学	(584)
第 28 章	治疗性运动	(608)
第 29 章	减轻残疾和康复的辅助技术	(655)
第 30 章	轮椅处方和适应性座椅	(670)
第 31 章	残疾的药物治疗	(694)
第 32 章	物理医学与康复中的营养问题	(728)
第 33 章	残疾人的文娱和体育	(752)
第 34 章	补充和替代医学	(771)
第 35 章	水疗康复	(784)

第 3 篇 主要康复问题

第 36 章	残疾人的初级保健	(801)
第 37 章	儿童康复	(825)
第 38 章	先天和儿童期残疾的成年患者	(845)
第 39 章	老年康复	(854)
第 40 章	痉挛与相关的肌张力异常	(885)
第 41 章	限制活动的生理与功能变化及其影响	(904)
第 42 章	帕金森病与其他运动障碍	(923)
第 43 章	压疮	(945)
第 44 章	神经源性膀胱和肠功能障碍	(959)
第 45 章	性与残疾	(990)
第 46 章	康复医学的急症	(1012)
第 47 章	职业康复、独立生活和用户至上	(1030)

第 4 篇 特殊疾病的康复

第 48 章	脑卒中康复	(1043)
第 49 章	脑外伤患者的康复	(1067)
第 50 章	多发性硬化	(1116)
第 51 章	脊髓损伤和脊髓损伤医学	(1132)
第 52 章	癌症患者的康复	(1164)
第 53 章	人类免疫缺陷病毒患者的康复	(1188)
第 54 章	心脏病患者的康复	(1206)
第 55 章	呼吸功能障碍患者的康复	(1226)
第 56 章	慢性疼痛患者的治疗	(1252)
第 57 章	脊柱痛患者的康复	(1287)
第 58 章	骨质疏松症	(1316)
第 59 章	关节炎与结缔组织疾病患者的康复	(1337)
第 60 章	周围血管病和糖尿病足患者的康复	(1376)
第 61 章	运动单位疾病患者的康复	(1402)
第 62 章	烧伤康复	(1428)
第 63 章	运动医学中的物理医学与康复方法	(1450)
第 64 章	表演艺术职业病及音乐文娱治疗	(1474)
第 65 章	劳损性功能障碍	(1504)
第 66 章	全髋和全膝关节置换术后的康复	(1520)
第 67 章	残疾妇女的健康问题	(1537)
第 68 章	手康复	(1558)
第 69 章	视力缺损患者的康复	(1573)
第 70 章	听力损害的康复	(1588)
第 71 章	前庭康复	(1597)

第 1 篇

概述与评定诊断原理

第1章

康复医学的过去、现在和未来

康复是一个帮助患者达到与其生理和解剖损害、环境限制、期望和生活计划相一致的,充分发挥其生理、心理、社会、职业、业余和教育潜力的过程。即使损害是不可逆的病理过程且留有残疾,患者、患者家庭和康复组人员一起工作,决定可行的目标、发展和实施计划,也可以获得最佳功能^[1]。

康复是一个应该渗透整个医疗系统的概念。它应该是全面的,包括预防和早期识别,涉及门诊患者,住院患者和延伸的医疗计划。这种全面和整体康复方案的预期后果应包括增加独立性、缩短住院日期、最有效地应用医疗系统和提高生存质量。

患者治疗组

康复医学基于整体全面的医疗措施,综合应用多种医疗人员的专业知识。康复组方式在解决与各种残疾有关的复杂问题是很关键的,康复治疗组是由不同学科但具有共同价值观和目标的专业人员组成^[2]。Halstead 对 1950 年到 1975 年的文献进行综述时发现慢性疾病治疗组涉及三类“基础”:“观点基础”反映了治疗组对慢性疾病的处理看法和信念;“描述基础”包含应用治疗组观念方案的详细的个人表述;“研究基础”包括在不同场合下,通过认真研究以了解治疗组的有效性。但应指出的是分在研究类的只有 10 篇文献。Halstead 的结论是:对长期患者来说一个协调的治疗组比分散的照料更为有效^[2]。

组 织

有多种方法来组织康复治疗组,按整合、协作、分级组织、横向和纵向交流及个体的责任心来分析,存在许多差异。一些治疗组按身体系统组成,而其他组可由实际专业根据提供医疗的观念和提供医疗的重点来组织。

提供医疗可分为四种模式:医疗模式(没有正式的治疗组),多学科模式,学科间模式,跨学科模式。读者可参阅第 13 章,以了解四种模式类型的相应作用;应用多种照料者来解决患者的问题;通过引介、医嘱和其他相互作用方法交流;四种模式的有效性,和有利及不利的现行研究状况方面的讨论。本章着重论述影响治疗组有效性的问题,不涉及所用的模式。

因为康复治疗组常常是多学科的或学科间的,因此对这两种模式做些评述。多学科模式类似于传统的(经典的)金字塔式的管理模式。它以上下级的垂直沟通为特征。学科间模式类似于矩阵组织,矩阵组织的方案导向与医学康复的问题导向和功能导向及较大治疗组中各专业的诊断概念紧密结合^[3]。因为学科间模式有利于相互沟通,理论上它更适合于康复治疗组^[4~6],学科间的模式被认为是专业利益和医疗持续性、全面性需要之间的一个折衷方法^[7]。

治疗组的发展和动力

虽然治疗组概念是不难理解的,但一个有效治疗组的发展和维持,要求所有治疗组成员付出时间和努力。一个有效治疗组要有效达到它的目标,产生一个对治疗组成员来说兴奋和刺激性的工作环境。Douglas McGregor 这位新古典主义组织理论的奠基者,第一个提出了有效团队的要求,须具有 11 个特征,见表 1-1^[8]。

康复治疗组注重的是患者的健康,所有成员应具有一个共同的目标,当一个治疗组具有 McGregor 所说的特征,就要建有一个反馈机制,通过这种机制可不断地监督自身和保持它的有效性。当一个治疗组未很好运行时,通过治疗组的建设过程,有效的功能就可得到发展或恢复^[8]。治疗组的建立要求时间和精力的投入,但只要能提高患者治疗效果和增加治疗组成员满意,这就值得努力。本章相关节段将简要讨论治疗组的建立,更详细的资料可参考其他章节^[8~10]。

表 1-1 一个有效团队的 McGregor 特征

1. 气氛是非正式的,舒适的和放松的,没有明显的紧张,其工作气氛有利于成员专心工作和感兴趣,没有厌烦的迹象。
2. 每个参与人都参加许多讨论,但仍保持小组工作的持续性,如果讨论偏离主题,有人很快将讨论引回正题。
3. 小组的目标和任务要为所有成员熟知和接受,在目标的某些方面可展开自由讨论,直至小组的各成员能执行所制定的方案。
4. 成员间相互听取意见!讨论不会从一个观点越到另一个不相关的观点。每种观点都被认真听取,人们不因为提出一个创造性想法而被认为愚蠢,尽管有些极端。
5. 可存在不同意见。小组对此适应,并无迹象表示逃避冲突,使每个人处于轻松欢悦的水平。不同意见不会被压抑或由于非成熟的小组行为而过度干涉。小组仔细检查原因,不是压抑异议者,而是寻求其解决的方法。另一方面也不存在“少数人的独裁”。不同意见的人不是试图控制小组或表示敌意,他们的不同意见只不过是一种真实的不同观点表现,他们期待得到一种解决方法,对有时是根本的异议能予以解决,治疗组尽可能地容忍它,接受它们但不允许阻碍治疗组的工作。在一些条件下,推迟行动,允许对成员间的问题进行进一步研究。有时对不同的意见不能解决,而行动又是必需的,先行动,并公开给予关注和认识,在行动以后再行考虑。
6. 大多数决定要达成共识。很明显这种共识每个成员都同意和遵循,然而其成员不会因为坚持个人相反的意见而反对这种共识,或以表面上的认同掩盖不认同的事实。正规投票很少,小组不能以大多数赞同而作为行动的基础。
7. 批评是经常的、坦率的、相对舒适的。没有个人攻击的迹象,无论是公开的或隐藏的。批评有建设性的含义,因为这能解除针对小组和阻止其工作进展的障碍。
8. 团队成员自由地表达其对问题和小组行动的感受和意见,没有观望者,没有隐藏议程。每个成员很了解彼此对任何讨论事物的感受。
9. 当行动付诸实施时,分工明确,并被接受。
10. 小组主席不是控制小组,小组也不会因为他或她有不正当延误。事实上,当一个人执行一个行动时,领导可以取决于环境、条件随时转移。因为不同成员的知识或者经验,在不同时间作为小组的重要职能,成员们应用这种方式,在需要他们时起领导作用。在小组活动时,很少有权利斗争。问题不是谁来控制而是怎样把工作做好。
11. 小组很了解它自身的行为。它可以经常停下来检查进行得如何或者什么可能干扰它的活动。问题可能是程序中的一个部分或者是一个成员的行为干扰了小组目标的实现。无论是什么都要被讨论,直至找到解决的方法。

如果一个新成立的、有几个新成员的治疗组要运行良好的话,必须解决面临的几个问题^[8,9]。治疗组成员必须建立一种工作关系和易于运行的气氛。他们必须制定具体方法,以设定目标、解决问题、制定决策、确定进一步的任务分配、努力发展协作、建立开放性交流的通道和保证合适的支持系统,这样让治疗组成员感到更易接受,允许自由讨论和提出异议。在一个新成立的治疗组中要安排会议,以便分享个人的想法和发展工作策略。

冲突和异议

冲突是正常的、必需的,通常不会对治疗组发展成破坏^[10,11]。在健康服务组织中冲突的可能性很高^[12]。如何处理将影响治疗组的目标和组建过程。一个好的康复治疗组产生这样一种气氛,不会因为个人受指责或谴责个人的人格而采取异议,在这种气氛中,冲突可作为成长和革新的一种媒介。

当冲突重复发生得不到解决时,必须采取行动以恢复小组的有效作用。冲突解决的适宜场合是小组建设会议。读者可参阅沟通章节取得关于康复组中克服沟通障碍和冲突的详细内容。

自 满

另一个可能有害治疗组作用的因素是自满^[8,11]。一个自满的治疗组可有以下一个或数个特征:尽管学科发展,一些成员年复一年以同样方式做同样事情;处方是可预见的;由于缺乏挑战新成员离开治疗组;害怕或抵制承担风险;治疗组成员的报酬平均分配。当决定治疗组方向的外部条件变化时,这些特征尤其有害于康复组。尽管诊断相似,但每个患者表现不同。因此,治疗目标和过程应该不同。治疗技术要根据新的研究发现而改变;创造力和问题解决对康复治疗组的功能很重要。Steiner 认为一个创造性治疗组有以下特征:它包含了不同寻常类型的人,有开放性的交流渠道,鼓励与外在的资源接触,实践新的观点,不像密封船工的运转。它的成员是有兴趣的,依人们的主意给予奖励,还有承担风险的意识^[8]。

领 导

康复治疗组的医生是领导者,对综合医疗和康复方案负有很大责任。医生主要负责医学诊断和康复的评定、治疗、协调和整合多目标的复杂治疗方案和各种

人员。管理技术,例如促进和领导治疗组的能力,了解和适当听取治疗组成员的意见是必要的因素。Lundberg提出担任康复治疗组领导人的领导品质(表1-2)^[13]。

表1-2 领导人的一些品质

- 知道目的
- 知道如何达到
- 具备勇气和毅力
- 可以信赖
- 确信不因为个人的利益改变目标
- 使任务显得重要、激励和可能完成
- 在执行任务中,使每个人作用都显得重要
- 使每个成员感到有能力完成

物理医学与康复医师要特别具备引导治疗组对康复患者的医疗。为适应此种领导岗位,物理医学与康复医师的培训内容,应包括以下领域的知识和技能,这些对于康复治疗组进行患者治疗均很重要:

- 神经生理学
- 运动生理学
- 残疾心理学
- 一系列广泛的内外科问题的处理
- 有关躯体残损及其功能影响
- 熟悉康复组不同成员的知识和技能

领导治疗组和主持会议所必需的管理技能。

传统的独裁模式是医生处于绝对的领导地位,其他治疗组成员处于服从的地位。这种模式在康复是无效的^[10]。康复治疗组每个成员被激励发挥其领导技巧,为符合患者的治疗目标必须完成工作。一个成功的学科间小组有一个领导或协调者,但在治疗组会议中领导可从一个成员转为另一个成员。这是在治疗组成员间协调、合作、开放式的交流,成员间了解彼此的个人信息并分担治疗组行动的责任。在康复过程中,患者是康复的合作者,必须教会患者和期望患者接受自我照料的责任,从而使康复过程继续下去。

主持治疗组会议

一个康复治疗组的成功取决于有效的治疗组会议,一次成功的会议是建设性的、激励性的、有目的性的,并且有创造力、能解决问题和相互作用。治疗组领导通常是由物理医学与康复医师承担,主持开会和维持治疗组的成效。

治疗组会议的组织要促进治疗组有效进展。治疗

组会议最简单和最普遍的形式是由各专业成员对每一个患者作进展报道,这种结构可以很好地工作,因为每个成员可集中他们的努力在一个问题或一系列相关的问题上。另一种方法是问题导向的议程,罗列每个患者的问题作为会议讨论的大纲。当议程中每个问题被讨论时,任何治疗师可以发挥其处理问题的作用,这种方法可提高学科间的协调性。例如:当讨论一个患者骶部压疮时,物理医学与康复医师可陈述用来治愈和防止再发生的生理基础和策略,整形外科医生可讨论外科方法,护士可描述局部衣着的作用,营养学家可提出局部压疮愈合的饮食中蛋白和营养支持,作业治疗师可述说患者应怎样日常活动以避免压疮,物理治疗师可提出水疗作用,患者重量转移方法的能力和依赖问题。因为罗列的问题明确了会议的目标,会议较容易控制,然而这种模式要求治疗组领导者有更多掌握会议的技巧以保持会议的成效。

康复治疗组会议的一个特殊问题是在康复中有许多不同学科的存在^[14],这个问题将在以后章节中进一步讨论。

无论应用何种模式,治疗组领导的责任就是维持小组集中精力于工作。这涉及启发讨论、确保各观点能被理解、协调妥协和明确责任^[15]。会议记录必须包括职责、分工和截止期的行动小结。这个行动小结应该分发给治疗组成员,作为一种记录和提醒的形式(图1-1)。

在一个治疗组会议中,会议场所对于良好的沟通良好的很重要,需指定特别会议时间,且让治疗组成员知道该时间。

会议室大小、光线、温度可帮助或阻碍小组有效的进程。座位应允许所有小组成员面对面交流,所以往往是围坐在一桌或围成一圈,有合适空间和时间可防止沟通阻碍。

沟 通

沟通可以在发送者和接受者间促使信息的产生或交流,以及理解^[16,17]。

一个有效的沟通具有以下特点:

- 接受其他人不同的观点
- 具有独立功能
- 与治疗组其他成员的协商作用
- 形成新的价值、态度和理解力

决 定	谁负责做	完成日期	汇报进展的日期
应用移动板训练安全独立地进行汽车转移	Jan Hoover, 物理治疗师 患者母亲开车来用于训练	5月23日	5月27日(下一次计划的治疗组会议)

图1-1 一个行动小结的例子

- 容忍人们坚持意见和观点
- 敢于冒险
- 具备个性和完整性
- 接受治疗组治疗宗旨^[9]

维持有效的沟通需要全治疗组成员持续具有这些品质。

可运用管理理论来学习沟通^[16, 17], 经典的管理理论具有管理的五个功能:

- 计划
- 组织
- 引导
- 协调
- 控制

近来, 指导和协调已经成为“领导”^[18]的内容。所有这些管理功能都需要沟通, 但医疗组领导的沟通理论有它最广泛的运用。有关康复的沟通网络是复杂的, 存在许多有效沟通的潜在障碍。沟通的理解度和克服沟通障碍的策略可提高康复治疗组和保健组织的内部交流, 从而提高对患者的照顾。在一个迅速变化的保健市场中很好的沟通, 特别是与典型的康复机构外的风险承担者的外部沟通, 也有助于保健组织提供保健乃至生存方面的组织康复服务。例如良好沟通的康复组织有条件作为首选的康复服务的提供者得到有偿服务的合同, 帮助建立良好的有规律的策略^[17]。

促进沟通的另一个需要考虑的是识别和解决沟通中的障碍。Given 和 Simmons 确定影响治疗目标实现的沟通障碍有:

- 自主性
- 成员的性格可造成个性冲突
- 含糊不清的作用
- 不合适的期望
- 权威的不同观点
- 权力和地位的差异
- 治疗组成员的不同教育背景
- 隐匿性事项^[9]

这些障碍可起源于个体间、职业间和实践问题, 但不会对治疗组概念有本质的损害。

康复治疗组有效沟通的一个特别障碍是康复组存在许多学科, 特别是一些特殊背景职业成员的不同期望(例如医师和理疗师)和心理社会背景(例如心理学家和社会工作者), 保持信息沟通全面性、相关性、紧密性和沟通工具的应用, 可有助于不同背景的职业人员的交流^[14]。

另一个障碍是不同康复治疗组成员对康复有关的

专业术语定义和理解的不同。一个最近研究提供客观的证据, 即康复治疗组成员对一些基本的康复专业术语缺乏一致的理解, 但又仅约一半康复服务人员对这个问题的敏感^[19]。作者指出了对这个问题的一些解决方法: 使康复工作者注意到问题的存在, 治疗组采用一个标准化康复手册、避免模糊不清定义的应用、明确定义术语、应用标准化功能评价工具客观描述患者和他们的进步^[19]。

缺乏沟通有害于康复进程, 同样对治疗组成员也不自在, 合理分配时间以保持有效的治疗进程和克服交流障碍。当一个治疗组由于冲突、自满、不良沟通而运转不良时可以通过治疗组建设过程使问题得到解决。

Dyer 引述冲突解决的三个先决条件:

1. 所有团体组织均必须同意共同解决问题。
2. 成员必须认同有需要解决的问题, 解决问题是他们每个人的职责。
3. 成员们接受这种状态, 其最后结果将是治疗组更好交流, 促进康复进程^[8]。

一旦符合这些先决条件, 治疗组就可以解决冲突或交流障碍, 重要的是解决这些问题的具体方法及治疗组同意其解决方法。可举行解决问题的会议, 而不是采用确定成员错误或错误责任的那种有害的过程。一旦解决方法被认同, 每个成员有责任遵守。

一个外界的顾问可能极有帮助^[8]。治疗组不良功能的一些迹象更易被外来者识别。另一些征象更易被治疗组成员所发现。但一个外来顾问可帮助解释和解决这些问题, 顾问引导治疗组远离那些不能解决的问题, 诸如错误地认定不完整或不适合的冲突解决方法及不可避免的性格冲突^[8]。他们可引导治疗组朝着建设性途径解决问题, 例如期望理论的应用, 该理论说了无论什么时候一个人行为损害了另一个人的期望, 便可能出现消极反应。当消极反应损害了第一个人期望时, 会导致一个逐步冲突、升级的有害循环。然而因为这种理论着重于行为, 而非个性。它允许更大可能地解决冲突。如果累及的团体(当事人)或团体(当事人)中的一个可以识别损害期望的行为, 这种行为才有可能被改变或协议可能达成, 因此治疗组成员可因为行为获得奖励, 而不是受到压制。顾问可帮助治疗组通过发展内部机制建立良好地沟通, 这种内部机制在健全的反馈环中有助于问题识别和确定、计划修订、方法改变和评价其结果。康复治疗组中良好沟通的受益者是患者和治疗组成员。

冲突是相互正确认识的一种过程。根据这种观点, 适当程度的冲突是健康的且可引导小组独立发展、自

我批评和创新。一个小组可以没有冲突,如果这样的话,这可被认为是和睦的,协作的和安静的,但这小组对需要改变可能是冷淡的,无创新的,无责任的,可能显示无创新性。治疗组成员因为无聊而离开。如果这种情况发生,治疗组领导有责任在治疗组成员中引起适当的冲突,从而提高创造性、创新性、建设性。相互作用的管理者应该用其关心和技术,使其冲突不至于加剧至破坏性的或混乱性。如果冲突不可控制,协作停止,照顾患者的质量会降低。

特别重要的是医疗组和机构应有能力处理特别类型的冲突。当关系趋于恶化,冲突发生,即使在一个最好的组织中,事情也会变坏。在一个医疗组织中,其结果可以是损伤、痛苦、绝望、甚至死亡。在这种情况下,康复治疗组和组员也会经历痛苦。这种动荡对组织内外的不同的风险承担者可产生影响。在这种情况下,出色的沟通技术可包含破坏和调整结果等最困难的步骤。当情况趋于不良时,良好沟通可潜在地加强与受影响的风险承担者的未来关系,帮助防止类似的灾祸发生^[17]。

为使康复治疗组更加有效和多学科交叉。Rothberg认为要履行以下功能^[7]:

- 教导治疗组成员如何一起工作,提供在治疗组工作足够多的实践时间
- 确保所有成员学习、理解和尊重其他人的知识和技术
- 进一步明确治疗组参与者的作用和行为定义,减少对他人含糊的期望
- 鼓励每个成员投入全部潜力
- 引导大家注意沟通的开始和维持,减少学科间交流障碍
- 注意维持治疗组与其他组织的活动,以便加强他们的联系和提供对其人格的满意度
- 明确领导可以改变,以符合患者的最高需要
- 确保领导人要尊重其他成员,如咨询、倾听和使其参与
- 发展内部系统,证明治疗组每个成员对治疗组和所在机构负有责任
- 发展并引导冲突并以此做为加强治疗组和成员关系的一种形式

治疗组规模和成员

本节讲述最常见的康复组包含的专业。在治疗组成员中,他们的工作和训练可能有部分重叠。

作业治疗师

作业治疗师通常着重于功能性活动,对康复患者提供以下服务:

1. 评估和训练患者的生活自理(例如衣、食、洗浴和个人卫生)至最大独立程度,教导患者如何使用矫形器和适应性设备,需要的话,这些设备可由治疗师制作。教导患者在房屋和社区中轮椅的转移技术(例如轮椅到厕所)。
2. 训练患者家务操作技术,以简单改进的方法来减低疲劳和保持能量。
3. 开发职业技术和业余兴趣,当需要改变工作或进一步教育时,向职业咨询师进行咨询。
4. 帮助患者维持和改善关节活动范围、肌力、耐力、协调性和精细活动度,特别是上肢的功能。
5. 评估和训练患者感觉、感知和认知缺陷的代偿功能。
6. 评估家居情况和提出无障碍环境的改造方法。
7. 评估患者在社区内活动技能,训练患者调整策略和必要时运用的器械。
8. 评价驾驶前及驾驶的行为和能力,必要时可运用合适的辅助设备再进行训练。
9. 通过演示保持患者独立性和减少过度保护并教育患者家属。
10. 训练患者上肢假肢功能性的运用。
11. 评估和训练患者使用辅助技术系统(例如环境控制和计算机系统)以及操作高技术辅助设备的能力。
12. 训练患者或有关人员进行设备维护。
13. 与言语语言病理学家和护士一起评估和处理语言困难。

物理治疗师

物理治疗师帮助患者重获功能,特别对粗大的运动功能。其工作可包括以下内容:

1. 通过关节松动术和训练重获和保持关节的活动范围。
2. 评估肌肉情况,进行牵伸练习及软组织的松动技术以提高肌肉弹性。
3. 进行肌力的评估和量化。
4. 评估肌肉低张力或高张力,提供练习,使运动控制正常化。
5. 评估和训练坐位和站立位平衡,转移,运动,包括轮椅的应用和行走,借助或不借助步行器具进行渐进性步态训练,包括增加一定障碍的建筑结构,例如粗

糙的地面、坡度和台阶。

6. 评估和训练下肢矫形器和假肢的应用, 以提高其步行的独立性和功能。

7. 评估体位改变时的依赖程度, 提供运动训练以提高功能。

8. 进行某些肌群或全身的肌力、耐力和协调性的练习。

9. 评估皮肤完整性和感觉, 提供皮肤护理的预防指导。

10. 利用物理措施处理水肿和肌肉骨骼疼痛。

11. 提供各种不同物理因子治疗, 例如: 表浅热、深层热、冷疗、水疗、电刺激、牵拉和按摩。

12. 评价全身姿态, 提供教育和练习以改善体态。

13. 进行肺部听诊、触诊、震动、呼吸练习、刺激性的呼吸量测量法、体位引流。

14. 帮助进行家庭居住评估, 排除环境障碍使患者更易于活动。

15. 评估患者轮椅需要(包括维护)和制定个体化的轮椅处方。

16. 教导功能性应用技术, 包括适宜的抬高技术、功能性力量测试和人类工程学的应用。

文娱治疗师

文娱治疗师运用娱乐活动, 对一些身体、社会、情绪行为进行有目的的干预导致行为的改变和促进患者的生长、发育。文娱治疗包括以下措施:

1. 评估患者的详细情况: 兴趣、资源、参与程度、社会能力、认知功能、身体局限性或能力、感知障碍、情绪功能、资源认识程度。

2. 在休闲活动中教育患者。

1) 特殊化娱乐、运动设备及其使用训练。

2) 适应性运动。

3) 提高闲暇时间的认识和改变先前的生活方式。

4) 获得新的休闲技能。

5) 自我的休闲追求。

6) 发展或增加社会技能。

3. 通过运用娱乐和社区活动以增加注意时间、注意力或保持体力、社会技能和能动性, 以积极参与患者的康复。

4. 帮助其适应残疾。

5. 帮助进行残疾家庭适应性改造。

6. 减少不恰当的行为。

7. 增加独立性。

8. 加强其他治疗。

9. 提供社区回归。

10. 功能水平的进一步评估。

11. 提供娱乐性活动, 这些活动是非结构性的、比先前休闲兴趣更易于参与和更适合于患者的需要。这也提供了一种自我表达形式, 对挫折的渲泄, 保持健康及患者与医务人员或患者社会关系无威胁的气氛。

12. 发展特殊方案尽可能适合患者需要, 包括先前的需要。

13. 通过在社区一种安全无威胁性的和渐进性的外出娱乐活动, 把患者融入到社区中去。

14. 帮助患者开发出院后的活动资源, 例如支持小组。

假肢师 - 矫形器师

假肢师 - 矫形器师负责评估、设计和制作矫形器或假肢(人工肢体)。假肢矫形器师确保设备功能和合适配带及患者配带适应。要告诉患者和家属假肢或矫形器的应用、保养、维护和修理。假肢师 - 矫形器师的资格由美国矫形器和假肢协会发证。

康复护师

康复护师专长于身体残损患者的个体照料。他们评定患者的健康状况和帮助决定近期和长期目标。护师帮助教育患者及其家庭与残疾相关的身体、社会和行为科学。护师评价和致力于以下患者需要:

1. 卫生要素。

2. 肠道或膀胱问题的方案, 以提高最佳的独立性。

3. 有关皮肤完整性的特别措施。

4. 环境因素, 例如热和噪声、个人财产管理、环境卫生、感染控制、安全。

5. 患者交流、饮食、移动、排泄、穿衣和行走, 及所需适应性设备的应用。

6. 特殊的防御措施以降低其不能活动的影响。

7. 特别措施以提高良好的独立性。

8. 帮助患者安排他们的时间, 包括把各种治疗融入他们的日常生活中去。

9. 药物处理。

言语语言病理学家

言语语言病理学家评估和治疗由于神经损害, 如右侧半球脑血管意外或脑外伤引起的失语症、构音障碍、失用症、认知交流损害以及吞咽困难。言语语言病理学家职责包括以下:

1. 语言过程的详细评估和言谈、理解、阅读、写作

方面损害的治疗。

2. 吞咽机制的评估,包括吞咽透视录像研究,饮食方案的后续介绍和工具。

3. 认知和独特交流障碍的评估和干预。

4. 运动-言语的评估和治疗。

5. 对要求增加和选择沟通方法的患者进行评估和训练,包括高技术装置、讲话用的气管造口术和电喉的应用。

6. 家庭和患者的教育和咨询。

心理学家

心理学家帮助患者和家人作心理准备以利全身心地投入康复,这可涉及许多活动,包括以下方面:

1. 测试,包括人格类型(例:操作型、独立型、独断型);压力的处理方式;解决问题的技巧;心理状态(例如神经机能病、精神病)。

2. 测试结果和治疗计划结合。

3. 咨询:身体改变的适应;发展解决问题的技术;由疾病和由此残疾引起的继发性问题;性功能和生存改变的适应;垂死和死亡。

4. 智力、记忆、感知功能的测试。

社会工作者

社会工作者与患者、家属及康复治疗组(包括保险公司)一起工作,用以下方式帮助患者:

1. 评价患者总的生活状况,包括生活方式、家庭、经济、雇佣史、社区资源,评估疾病和残疾的影响。

2. 保持与患者及家属一种持续性的关系。

3. 协调资金资源,讨论经济安排和影响,包括个案处理。

4. 帮助家属积极参与家庭提高治疗计划中所需的技能。

5. 为改变局部生活状态的提供帮助。

6. 评估职业障碍。

7. 提供患者和家属在紧张状态中的情绪支持。

8. 制定出院计划。

职业咨询者

职业咨询者帮助患者发展和达到现实的就业目标。责任范围如下:

1. 评估职业兴趣、能力和技能。

2. 对那些必须转变职业或通过调节工作环境重返原先工作的患者进行咨询。

3. 组织活动(个人或小组)以提高工作相关的行为(例如求职面试技术、工作技能、简历编写、雇员和雇主关系等行为)。

4. 作为患者和提供训练或工作安排服务的机构的联系。

5. 提供咨询、教育和对潜在雇员的支持(例如工作场所的工作分析)。

6. 作为辅导老师。

其他康复医疗职业

可以根据患者的需要引入一些其他相关的医学专业。下列专业可以考虑:

精神病学家

肠道造口术的治疗师

颌面部修复师

足病医生

口腔科医生

听力学家

营养学家

耐用的医学设备卖主

生物工程师

以医院为基地的学校老师

牧师

虽然对康复患者,这些专家的作用具有一定专门的特点,其职责范畴均已熟知,无须详述。也有些鲜为人知,且不常用,但对某些患者却能提供重要的服务。康复治疗组成员的一些情况列在表1-3。

儿童生活专家

儿童生活专家是孩子的引导者,儿童生活专家经常的工作对象是住院儿童,而且是在流动的医疗场所中进行。儿童生活方案的宗旨是减少由于住院或疾病引起的生活干扰和困惑,从而使住院对儿童及其家庭有正面的成长经验。专家活动包括:

1. 应用游戏和家庭活动来促进继续发展。

2. 鼓励和促进在住院和疾病期间家庭和学校关系的继续。

3. 发展地提供对儿童保健过程的合适解释,有时运用工具,例如玩具等。

儿童生活专家与其他相关治疗组成员密切合作。儿童生活专家与护理、心理学、社会工作、特殊教育和职业治疗不同,本专业应具备有教育的学士学历。