

试论康复医学的社会性

中山医科大学 卓大宏*

1 发展的趋势

康复医学既有很强的技术性,又有很强的社会性。早在现代康复医学建立之初,被誉为世界“康复之父”的腊斯克博士(Dr. H. A. Rusk)就强调了康复医学的社会性内涵。他认为康复不是单纯的技术和方法问题,而是与社会因素有密切关系的,因为一个完整的人是一个兼有生理、情绪、职业、社会活动的人,应从以上各方面促使患者康复^[1]。由此提出了全面康复的概念。全面康复的核心是职业—社会康复,而医疗康复与之密切相关。全面康复的概念体现了康复医学的社会性。

进入八十年代,随着康复的社会性功能日益强化(集中反映在世界卫生组织1981年提出的康复的定义^[2]),康复医学界也进一步认识到对残疾人和伤病者的医疗康复,不能只论技术,而应根据康复医学是一门社会性很强的学科这一特点,加强康复医务人员的社会观点和社会意识,树立全面康复的观念。

到了九十年代,由一些国际机构联合制订的《残疾人工作的世界性行动计划》(World Programme of Action Concerning Disabled Persons)提出了残疾预防、残疾人康复和残疾人平等参与社会的三大任务,世界卫生组织对此表示确认,并认为三者互有联系^[3]。由世界卫生组织与联合国教科文组织和国际劳工组织共同发布的《关于对残疾人的社区康复——联合意见书》(1994)认为,广义的康复包括了残疾人平等参与和回归社会的任务^[4]。在此形势下,康复医学界意识到,面向九十年代和

二十一世纪,康复医学必须满足社会对扩大该学科服务范围的需求,不仅要提高传统的身体康复的质量,而且要拓展到精神卫生和心理—社会咨询领域,帮助老年人和残疾人回归社会、参与社会生活^[5]。

2 思维、机构、服务的变化

为了充分体现康复医学的社会性,全面发挥康复医学的社会功能,近十年来,在康复医学人员的思维上、人员培训上,在康复医疗机构设置和服务上,进行了适应性的转变或发展。

2.1 在思维和观念上,康复医学专业人员逐步建立起全面康复的观念。正如腊斯克博士所言:“医护人员和患者都应把康复看作是一种新的观念和生活方式。在这种观念指导下,不仅依靠技术,更重要的是要依靠人们的爱心和人道主义精神,以及社会的支持、帮助和鼓励,以促进残疾人改善功能、振奋精神,达到生活自立的目标,并在社会上取得平等的地位。”^[6]

2.1.1 在康复思维中,医务人员逐渐学会从社会因素思考和分析残疾与功能障碍发生和发展的原因;从社会影响估计残疾和功能障碍造成的后果;从充分利用社会资源的角度,组织残疾的预防和康复;以回归社会为目标,为残疾人和伤病员制订和实施在全面康复方针指导下的康复医疗计划。

2.1.2 在考虑康复措施时,优先安排有助于回归社会的功能训练和/或使用辅助器具,如轮椅、假肢、矫形器,以及其他功能代偿或补助的器具。

2.2 在人才培养上:康复医务人员的培

* 邮政编码:510089 广州
收稿日期:1995-10-10

训,要有“全面康复”的内容,同时应包括有社会医学、行为医学、社会工作、社区康复等课程,教会学员用社会学的知识和方法从事康复医疗工作,此外,不仅要注意培养他们掌握康复医疗技术,也要教育他们树立对待残疾和残疾人的正确态度,培养康复医德医风。^[7]

2.3 在机构设置上:较大的康复医疗机构应设有与全面康复相衔接的部门,例如职业康复部(提供有关职业能力鉴定、康复咨询、就业前训练等)、社会工作部或社会康复部(提供心理—社会功能测评和训练、社会康复辅导等),为协助残疾人重返社会而服务。

国外一些群落型(colony)的大型康复中心既设有康复医院,又设有职业培训中心、残疾儿童学校等机构,相互组成一群体,把医疗康复与教育康复、职业康复、社会康复等结合起来,有利于残疾人重返社会。

2.4 在管理运作上:康复医疗机构同社会上与残疾人工作有关的政府部门、群众团体等保持密切联系,参与协作,争取得到这些机构的支持,更好地开展康复医疗以及配合进行全面康复的工作。

在康复医疗管理上,应当十分重视收集和运用来自社会的信息,用以指导计划和决策,制定康复医疗发展的战略。举凡康复医疗的客观需求、康复医疗项目的评估、康复医疗服务方式和途径的开拓与改革,提高残疾人士生活素质(QOL)的举措和评

估,都要求康复医疗机构面向社会,有意识地进行社会调查,倾听社会人士的反映,才能使康复医疗工作真正适应社会的需要,体现出这门学科强烈的社会性。

2.5 在服务的途径上:要把中心(医院)康复和社区康复结合起来。毫无疑问,康复医疗机构的基本任务是在医院(中心)从事医疗康复。但社区康复需要康复医院(中心)的支持;而社区康复,是康复服务向社会基层普及、体现康复医学社会性的重要形式。当然,康复医疗机构参与社区康复的方式方法要视具体情况和主客观条件而定,下面的一些做法是可行的,可供选择和参考。

2.5.1 康复医疗机构的负责人参加本地区社区康复工作领导小组,参与社区康复工作的计划制订、检查和总结。

2.5.2 康复医疗机构可采用多种方式协助培训社区康复骨干。

2.5.3 康复医疗机构定期派出康复小分队下到本单位挂钩联系的社区指导康复工作,或进行康复医疗咨询,直接面向伤残、病残患者。

2.5.4 康复医疗机构在挂钩联系的社区开设家庭康复病床。

2.5.5 康复医疗机构接受挂钩联系社区有关康复的技术咨询,帮助解决疑难问题。

2.5.6 康复医疗机构接受来自基层社区的上送转诊。

2.5.7 规模较大的康复中心(医院)设立社会工作部,负责指导和联系社区康复工作。

参考文献

- 1 Rusk H A. Rehabilitation Medicine. 4th ed St Louis, CV Mosby Co 1977. 1—3
- 2 WHO Expert Committee. Disability Prevention and Rehabilitation. Geneva. WHO, 1981
- 3 WHO. Disability prevention and Rehabilitation(Report by the Director—General)A45/6 10 Apr 1992
- 4 ILO, UNESCO, WHO. Community—based Rehabilitation for and with People with Disabilities. 1994 Joint Position Paper
- 5 Harvey RF. The future of rehabilitation: Delivery of rehabilitation services in the 1990s. Physical Medicine and Rehabilitation. 1987, 1 (2): 321—330
- 6 Rusk H A. The World Rehabilitation Fund: The First 25 Years, 1977, WRF
- 7 卓大宏. 从学科特点探讨康复医师培训的规律. 中国康复医学杂志, 1992, 7 (3): 121~123