

# 支持性就业个案管理模式对社区精神分裂症患者心理社交功能的干预效果

庄晓伟, 陈玉明, 黄恬蕊, 郑运洪, 张芷雯

**【摘要】** 目的:探索支持性就业“3+6+13”个案管理模式对社区精神分裂症患者心理社交功能的干预效果,为促进患者就业提供参考。方法:随机选取5家社区康复机构中的52例精神分裂症患者作为研究对象,随机分为干预组和对照组各26例,对照组接受常规社区康复,干预组在对照组的基础上接受支持性就业“3+6+13”个案管理,对比2组患者1年后的精神状况、心理效应和心理社交功能水平。结果:干预1年后,干预组患者的领悟能力、接受疾病、睡眠、家务活动、学习新知识及技能、社会人际交往能力和非适应性行为优于对照组( $P<0.05$ );2组患者的核心自我评价量表(CSES)与自尊量表(RSES)评分较干预前升高,干预组高于对照组( $P<0.05$ );2组心理社交功能评估表中的社交技巧、人际关系与社会适应能力3个维度的评分均较干预前升高( $P<0.05$ ),干预组高于对照组( $P<0.05$ )。其中社交技巧维度中的眼神接触、社交距离、思想表达的评分较干预前升高( $P<0.05$ ),干预组高于对照组( $P<0.05$ );人际关系维度中的与工作人员接触及与人共处的评分较干预前升高( $P<0.05$ ),干预组高于对照组( $P<0.05$ );社会适应能力维度中的参与社区活动动机、使用交通工具、使用电话和使用路标的评分较干预前升高( $P<0.05$ ),干预组高于对照组( $P<0.05$ )。结论:支持性就业“3+6+13”个案管理模式能够改善社区精神分裂症患者的心理社交功能,有利于患者回归社会。

**【关键词】** 支持性就业;个案管理;精神分裂症;心理社交功能

**【中图分类号】** R49;R749.3 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2026.05.009

## Effect on psychosocial functions of schizophrenia by case management model of supportive employment

Zhuang Xiaowei, Chen Yuming, Huang Tianrui, Zheng Yunhong, Zhang Zhiwen

Jingan Mental Health Center, Shanghai 200436, China

**【Abstract】 Objective:** To explore the intervention effect of the "3+6+13" case management model for supportive employment on the mental status and psychosocial function of community schizophrenia patients, and to provide reference for promoting patient employment. **Methods:** Totally, 52 community schizophrenia patients were selected as the research subjects and randomly divided into an intervention group and a control group with 26 cases each. The control group received routine community rehabilitation, and the intervention group received a supportive employment "3+6+13" case management model on the basis of the control group. The mental status, psychological effects, and psychological social function levels were compared between the two groups one year later. **Results:** After one year of intervention, patients in the intervention group exhibited superior comprehension ability, acceptance of illness, sleep quality, household activities, acquisition of new knowledge and skills, social interpersonal communication ability, and non-adaptive behaviors compared to the control group ( $P<0.05$ ). The scores of the core self-evaluation scale (CSES) and the respect for self-esteem scale (RSES) increased in the patients after intervention, with the score of intervention group being higher than that in the control group ( $P<0.05$ ). The scores in the three dimensions of social skills, interpersonal relationships, and social adaptability in the psychosocial function assessment scale after intervention increased compared to those before intervention ( $P<0.05$ ), with the scores of inter-

vention group being higher than those in the control group ( $P<0.05$ ). Specifically, in the social skills dimension, scores for eye contact, social distance, and thought expression after intervention increased compared to those before intervention ( $P<0.05$ ), with the

基金项目:2021年上海市静安区卫健委医学科研课题(No. 2021GW01)

收稿日期:2025-07-01

作者单位:上海市静安区精神卫生中心,上海 200436

作者简介:庄晓伟(1980-),女,副主任医师,主要从事社区精神康复方面的研究。

通讯作者:陈玉明,jingan8340@163.com

scores of intervention group being higher than the control group ( $P < 0.05$ ). In the interpersonal relationships dimension, scores for contact with staff and coexistence with others after intervention increased compared to those before intervention ( $P < 0.05$ ), with the score of intervention group being higher than that in the control group ( $P < 0.05$ ). In the social adaptability dimension, scores for motivation to participate in community activities, use of transportation, use of telephones, and use of landmarks after intervention increased compared to those before intervention ( $P < 0.05$ ), with the score of intervention group being higher than that in the control group. **Conclusion:** The "3+6+13" case management model of supportive employment can improve some of the psychological social functions of community schizophrenia patients, which is beneficial for their return to society.

**【Key words】** supportive employment; case management; schizophrenia; psychosocial function

精神分裂症以高患病率、复发率、致残率、自杀率及沉重疾病负担为特征<sup>[1]</sup>,致 78%~83% 患者社会功能缺陷而过早失业<sup>[2-3]</sup>。我国约 800 万患者就业率仅为 10%~20%<sup>[4]</sup>,虽普遍功能残疾,仍具劳动能力与就业需求<sup>[5-6]</sup>。

职业康复是精神分裂症患者回归社会的关键路径,可有效延缓功能衰退,改善精神症状,降低复发率与再住院率,提升社交能力及自尊水平<sup>[7-8]</sup>。当前职业康复模式分为 2 类,传统模式(如庇护工场、过渡就业)采用“先培训后安置”策略,但仅 5%~10% 患者能进入竞争性岗位<sup>[9-10]</sup>。现代支持性就业(supported employment, SE)直接安置患者至竞争性岗位,辅以工作指导、辅助技术和岗位训练等个性化持续支持,显著提高就业率与岗位维持率<sup>[11]</sup>。该模式以就业能力为核心,以社会融合为起点,以获取就业机会与合理报酬为目标,显著优化康复成效<sup>[12-14]</sup>,但仍面临岗位适配不足、社会协同机制缺失等挑战<sup>[15]</sup>。支持性就业“3+6+13”个案管理模式作为 SE 的进阶实践,具有标准化流程、系统化机制、社会化协作 3 个核心优势<sup>[16]</sup>,该模式以支持性就业“安置—培训—支持”基本框架为核心,在智力和发展性障碍者中已验证其提升社会功能及就业稳定性的效果。本研究拟将该模式应用于社区精神分裂症患者,通过在现实职场场景中重建心理社交功能,推动其社会融入与功能康复。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 在 2023 年 8 月 25 日至 9 月 10 日期间,采用随机抽样法,从上海市静安区 13 家社区康复机构中选取 5 家,其中 52 例精神分裂症患者全部作为研究对象,使用 SPSS 25.0 中的“Visual Binning”功能随机分为干预组和对照组,每组 26 例。纳入标准:符合国际疾病分类第 10 版(international classification of diseases, ICD-10)精神分裂症诊断标准<sup>[17]</sup>,由 2 名中级职称以上医师做出诊断,诊断明确;年龄 18~50 岁,目前处于无业状态;在社区康复机构接受康复服务 2 年以上;阳性与阴性症状量表(positive and negative

syndrome scale, PANSS)评分  $< 60$  分,阴性症状分量表有 3 个或以上条目  $< 4$  分,病情处于稳定状态<sup>[18]</sup>;患者及家属(或监护人)均签署知情同意书。排除标准:根据专业机构诊断和评残结果,确定伴有精神发育迟滞或智力残疾的患者;合并有严重躯体疾病的患者;急性期精神分裂症患者,有冲动伤人或自伤倾向者。本研究由 2 名精神科医生通过与患者面对面交谈、观察患者的行为及与患者家属交流的方式进行评估,研究经我院伦理委员会审核通过(JAMHC-IRB-202108)。2 组患者在性别、年龄、文化水平、婚姻状况、就业情况等一般资料比较差异均无统计学意义。见表 1。

1.2 方法 对照组仅参加社区常规康复活动,包括常规随访、用药指导、健康教育、心理支持、技能培训等<sup>[19]</sup>。干预组在常规康复基础上参加 1 年支持性就业“3+6+13”个案管理干预<sup>[16]</sup>,包括“3 个基本环节、6 个基本流程、13 个连续步骤”:①3 个基本环节。开拓:依据现有政策法规等有利的环境条件,为患者开拓就业机会;训练:根据患者工作岗位需要及其实际不足,为其提供有针对性的职业人格和技能训练;支持:在就业安置和就业维持中采用持续的支持策略与方法,构建“社会支持为主导,自然支持为主体,专业支持做后援”的支持系统。②6 个基本流程。开拓工作机会;工作与环境分析;患者与就业岗位匹配;职业集中训练;就业现场支持,给患者匹配就业辅导员和岗位带教人员;就业维持追踪:当患者能够独立承担工作后,就业辅导员结束现场支持转而进行跟踪辅导。③13 个连续步骤。接案会谈,为有就业意愿的患者建立档案;进行患者及家属对职业和就业安置期望调查;进行患者兴趣爱好调查;完成患者的家庭生活调查;完成社区生活调查;将就业进阶过程资料汇集成表;将患者与工作进行分析匹配;进行职业样本分析;记录工作训练过程;记录就业服务过程;进行患者满意度调查;进行家属满意度调查;进行雇主满意度调查。本研究基于“3+6+13”个案管理模式进行标准化操作,根据患者的自身能力与工作经历,开拓 7 类工作岗位,通过集中面试后各单位完成录用;后勤管理公司服务人员(7

表1 2组一般资料比较 例

项目	干预组 (n=26)	对照组 (n=26)	$\chi^2$	P
性别			0.315	0.575
男	16	14		
女	10	12		
年龄(岁)			0.094	0.760
30~39	18	19		
40~50	8	7		
文化水平			1.784	0.630
大学及以上	8	4		
中等职业教育	4	5		
高中	6	7		
初中	8	10		
婚姻状况			3.853	0.180
已婚	6	10		
未婚	18	11		
离婚	2	5		
就业情况			1.444	0.229
一直没有	6	10		
曾经有现在没有	20	16		
共同居住者			3.184	0.074
父母	23	26		
配偶	3	0		
相互关系			2.727	0.256
一般	6	2		
良好	11	11		
好	9	13		
居住环境			2.284	0.516
差	5	2		
一般	13	14		
良好	4	3		
好	4	7		
经济状况			0.703	0.872
好	4	3		
一般	18	19		
较差	3	2		
贫困	1	2		
金钱管理			1.533	0.465
自行决定支出	6	10		
由家人协助管理金钱	9	8		
由家人管理金钱	11	8		
服药依从性			0.885	0.347
规律	22	25		
间断	4	1		

人);文化旅游公司文职人员助理(4人);打印店员工(2人);建筑公司行政助理(4人);培训机构服务人员(3人);社区医疗机构门诊导医(4人);咖啡店服务人员(2人)。每岗配备带教人员负责考勤、培训及指导。在择业过程中,患者更倾向选择能力要求较低的后勤岗位,反映其自我评价与信心不足的问题。我院以1:3~4的比例配置8名专业就业辅导员(含心理咨询师、社工师等),为26名患者提供全周期就业支持:从面试培训、岗位适应到在职跟踪。通过集中强化社

交、职业技能及自信心训练,并联合家属与企业(定期座谈优化工作表现并提供家庭支持),患者完成为期1年的全职带薪实习(每周5d,零退出率)。实习期满后,12人参与社会招聘,1人成功就业。

1.3 评定标准 干预1年后,观察2组患者的精神状况、心理效应和心理社交功能变化。其中:①精神状况评估采用上海市社区康复机构通用的“精神状况综合评估表”,内容包括一般外表及仪容、一般行为、情绪、思维、幻觉、认知、自知力、睡眠、社会功能状况等,由精神科医生结合患者精神症状进行评价。②心理效应由核心自我评价量表(core self-evaluations scale, CSSES)和Rosenberg自尊量表(Rosenberg self-esteem scale, RSES)来评价<sup>[20]</sup>,CSSES量表是由Judge等编制的单维度自评量表,由10个项目组成,其中第2、3、5、7、8、10个项目为反向计分。量表采用5级记分法,从1到5分分别表示“完全不同意”到“完全同意”。总分值范围是10~50分,分数越高说明被测者核心自我评价水平越高。RSES量表是由Rosenberg于1965年编制,用于测量单一维度的整体自尊水平,由10个条目组成,采用李科特四点记分,1代表“很不符合”;2代表“不符合”;3代表“符合”;4代表“非常符合”。3、5、8、9、10反向记分,得分越高表明自尊水平越高。③采用心理社交功能评估表评定患者的心理社交功能情况<sup>[21]</sup>,该量表是由香港新生精神康复会何宝珊老师借鉴阴性症状评定量表(the scale for the assessment of negative symptoms, SANS)、简明精神病量表(the brief psychiatric rating scale, BPRS)和日常生活活动能力量表(activities of daily living, ADL),根据长期从事精神残疾康复工作的经验设计。该评估表包括社交技巧、人际关系和社会适应能力3个维度,各条目评分标准为1~5分,评分越高,表示功能越好。

1.4 统计学方法 采用IBM SPSS Statistics 25.0统计软件进行数据分析。计量资料通过正态性检验,符合正态分布的以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间均数比较采用独立样本 $t$ 检验,根据方差齐性检验结果选择统计值;计数资料以频数( $n$ )表示,组间比较采用 $\chi^2$ 检验或Fisher确切概率法。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 2组精神状况比较 2组患者在干预过程中无脱落。干预后,干预组患者的领悟能力、接受疾病、睡眠、家务活动、学习新知识及技能、社会人际交往能力、非适应性行为均较干预前及对照组有所提升( $P < 0.05$ ),对照组干预前后差异无统计学意义。见表2。

表 2 2 组患者精神状况比较

项目	干预前				干预后				项目	干预前				干预后			
	干预组	对照组	$\chi^2$	<i>P</i>	干预组	对照组	$\chi^2$	<i>P</i>		干预组	对照组	$\chi^2$	<i>P</i>	干预组	对照组	$\chi^2$	<i>P</i>
一般外表及仪容			0.101	0.751			0.010	0.921	接受疾病			1.054	0.615			6.163	0.027
整齐干净	26	26			26	26			不接受	1	2			0	2		
打扮合宜	25	22			26	25			部分接受	4	6			1	6		
一般行为			0.083	0.773			1.926	0.165	完全接受	21	18			25	18		
正常无异	10	9			15	10			睡眠			1.966	0.690			9.298	0.017
活动减少/过少	16	17			11	16			很充分	6	10			8	9		
情绪			0.311	0.856			5.224	0.092	充分	11	10			17	8		
正常无异	15	13			22	15			普通	8	5			1	6		
经常抑郁	5	6			3	5			不充分	1	1			0	3		
容易激惹	6	7			1	6			社会功能状况								
思维			1.614	0.909			7.484	0.098	自我照料能力			4.422	0.103			4.228	0.099
正常无异	7	8			11	7			良好	15	18			24	19		
言语贫乏	10	12			6	13			一般	10	4			1	6		
不言不语	2	2			2	3			差	1	4			1	1		
被迫害妄想	1	1			1	2			家务活动			1.318	0.650			12.225	0.001
幻听	6	3			6	1			良好	4	5			16	4		
专注能力			0.923	0.523			1.300	0.254	一般	21	18			10	20		
15~30min	5	8			12	8			差	1	3			0	2		
>30min	21	18			14	18			生产劳动与工作能力			0.933	0.705			2.735	0.253
近事记忆			0.391	0.532			0.083	0.773	良好	7	10			17	12		
完整	6	8			10	9			一般	16	14			8	10		
部分受损	20	18			16	17			差	3	2			1	4		
远事记忆			0.433	0.510			0.433	0.510	学习新知识及技能			0.841	0.792			9.815	0.007
完整	5	7			5	7			良好	10	10			19	8		
部分受损	21	19			21	19			一般	14	12			6	12		
领悟能力			1.837	0.433			6.907	0.029	差	2	4			1	6		
好	3	5			10	4			社会人际交往能力			0.210	1.000			10.031	0.007
一般	22	18			15	15			良好	6	7			16	5		
差	1	3			1	7			一般	16	15			8	14		
疾病认识			0.713	0.818			1.985	0.449	差	4	4			2	7		
不认识	1	2			0	2			非适应性行为			0.877	0.870			7.672	0.020
部分认识	9	7			5	6			良好	2	2			10	2		
完全认识	16	17			21	18			一般	20	22			15	20		
									差	4	2			1	4		

2.2 2 组心理效应比较 干预后,干预组患者的 CSES 和 RSES 评分高于干预前 ( $P < 0.05$ ),其中 CSES 量表中的情绪感受、失败时自我批判、满意度、能力、看待事情等自我评价方面均优于对照组 ( $P < 0.05$ ),RSES 量表中的自我失败、态度、满意度、价值感受等自尊方面均优于对照组 ( $P < 0.05$ ),2 组患者在自我成功及社会比较等方面比较无统计学差异。对照组的 CSES 和 RSES 总分干预前后比较无统计学差异。见表 3。

2.3 2 组心理社交功能比较 干预后,干预组患者的心理社交功能三个维度评分均较干预前有所提高 ( $P < 0.05$ ),其中心理社交功能评价量表中的社交技巧、人际关系、社会适应能力 3 个维度、社交技巧维度中的眼神接触、社交距离、思想表达及人际关系维度中的与工作人员接触、人共处以及社会适应能力维度中的参与社区活动动机、使用交通工具、使用电话、使用路标等方面均优于对照组 ( $P < 0.05$ );对照组干预前后心理社交功能比较无统计学差异。见表 4。

### 3 讨论

精神分裂症患者康复的核心目标是实现社会回归与就业,但受社会歧视、病耻感、功能衰退等多重因素影响,其就业率低且离职率高<sup>[22]</sup>。2025 年国务院办公厅出台的《促进残疾人就业三年行动方案(2025-2027 年)》通过拓宽就业渠道、优化就业结构等措施强化权益保障,为支持性职业康复模式的实施提供了政策支持。

精神分裂症患者普遍存在记忆、注意及执行功能等认知损害,严重影响社会功能<sup>[23]</sup>。研究表明,支持性就业可有效提升患者的神经认知水平,职业训练显著增强反应速度、语言学习与记忆能力,提升执行功能灵活性,增强自我认同<sup>[24]</sup>。本研究中,经过 1 年“3+6+13”个案管理干预,患者在领悟能力、自知力、睡眠状况、家务活动、学习新知识及技能、社会人际交往能力、非适应性行为等维度均优于对照组,这与现有研究结果相近<sup>[11,24]</sup>。患者在从事工作劳动时,学习新

表3 2组患者的心理效应评分比较

分,  $\bar{x} \pm s$

项目	干预前				干预后			
	干预组	对照组	t	P	干预组	对照组	$\chi^2$	P
CSES 总分	26.65±7.22	27.73±5.01	-0.624	0.535	31.77±3.00	27.85±2.56	5.078	0.000
我相信自己在生活中能获得成功。	2.19±1.30	2.00±0.94	0.613	0.543	2.73±0.67	2.38±0.70	1.830	0.073
我经常感觉到情绪低落。	2.96±1.48	2.81±1.06	0.431	0.669	3.27±0.67	2.65±0.63	3.424	0.001
失败时,我感觉自己很没用。	3.15±1.46	2.73±0.60	1.364	0.182	3.38±0.85	2.88±0.82	2.161	0.036
我能成功地完成各项任务。	2.27±0.87	2.38±1.13	-0.411	0.683	2.81±0.75	2.62±0.70	0.958	0.343
我觉得自己对工作(学习)没有把握。	2.92±1.38	2.77±0.76	0.496	0.622	3.00±0.89	2.77±0.95	0.901	0.372
总的来说,我对自己满意。	2.15±1.08	2.73±1.22	-1.804	0.077	3.46±0.58	2.85±0.67	3.522	0.001
我怀疑自己的能力。	2.92±1.38	3.08±0.80	-0.491	0.626	3.27±0.72	2.88±0.59	2.102	0.041
我觉得自己对事业上的成功没有把握。	3.19±1.47	3.42±0.76	-0.711	0.481	3.31±0.79	3.08±0.63	1.168	0.248
我有能力处理自己的大多数问题。	2.38±1.02	3.00±1.20	-1.990	0.052	3.23±0.99	2.88±0.77	1.408	0.165
很多事情我都觉得很糟糕,没有希望。	2.50±0.91	2.81±0.63	-1.420	0.162	3.31±0.68	2.85±0.83	2.188	0.033
RSES 总分	26.77±5.83	24.65±2.37	1.715	0.096	30.65±3.43	26.42±3.18	4.615	0.000
我感到我是一个有价值的人,至少与其他人在同一水平上。	2.65±0.98	2.31±0.68	1.483	0.145	3.00±0.57	2.65±0.75	1.886	0.065
我感到我有许多好的品质。	3.04±0.92	2.88±0.86	0.623	0.536	3.19±0.69	2.88±0.77	1.518	0.135
归根到底,我觉得自己是一个失败者。	2.73±0.96	2.31±0.74	1.782	0.081	3.12±0.77	2.54±0.71	2.825	0.007
我能像大多数人一样把事情做好。	2.58±0.50	2.31±0.62	1.722	0.091	2.92±0.74	2.65±0.69	1.353	0.182
我感到自己值得自豪的地方不多。	2.31±0.84	2.08±0.69	1.085	0.283	2.54±0.58	2.35±0.56	1.213	0.231
我对自己持肯定的态度。	3.12±0.43	3.15±0.73	-0.231	0.819	3.38±0.50	3.00±0.57	2.606	0.012
总的来说,我对自己是满意的。	2.85±0.83	2.46±0.58	1.929	0.059	3.19±0.69	2.69±0.55	2.881	0.006
我要是能看得起自己就好了。	2.08±0.84	2.00±0.69	0.359	0.721	2.85±0.61	2.31±0.74	2.867	0.006
我确实时常感到自己毫无用处。	2.73±1.00	2.50±0.76	0.935	0.354	3.31±0.55	2.73±0.83	2.962	0.005
我时常认为自己一无是处。	2.69±1.09	2.65±0.85	0.142	0.887	3.15±0.92	2.62±0.80	2.241	0.030

表4 2组患者的心理社交功能评分比较

分,  $\bar{x} \pm s$

项目	干预前				干预后			
	干预组	对照组	$\chi^2$	P	干预组	对照组	$\chi^2$	P
社交技巧	14.23±1.70	14.12±2.05	0.221	0.826	15.89±1.61	14.00±1.86	3.915	0.000
眼神接触	3.15±0.73	3.12±0.82	0.179	0.859	3.38±0.64	2.92±0.63	2.631	0.011
社交距离	2.62±0.57	2.54±0.58	0.481	0.633	3.08±0.69	2.42±0.50	3.908	0.000
思想表达	2.81±0.49	2.88±0.65	-0.480	0.633	3.38±0.57	3.00±0.75	2.083	0.042
情感表达	2.81±0.69	2.77±0.71	0.197	0.844	2.81±0.69	2.69±0.62	0.633	0.529
面对批评	2.85±0.54	2.81±0.57	0.250	0.804	3.23±0.65	2.96±0.72	1.414	0.164
人际关系	19.96±1.51	20.00±2.00	-0.078	0.938	22.39±1.81	20.15±1.74	4.531	0.000
与康复者接触	2.73±0.60	2.58±0.64	0.889	0.378	3.00±0.57	2.77±0.71	1.296	0.201
与家人接触	3.19±0.63	3.15±0.73	0.203	0.840	3.35±0.56	3.19±0.63	0.926	0.359
与工作人员接触	2.96±0.66	2.88±0.71	0.404	0.688	3.31±0.47	2.92±0.69	2.352	0.023
与到访人员接触	2.46±0.51	2.73±0.67	-1.637	0.108	3.08±0.69	2.92±0.79	0.745	0.460
与人共处	3.23±0.59	3.27±0.60	-0.233	0.817	3.54±0.51	2.81±0.63	4.587	0.000
与人合作	2.46±0.51	2.58±0.64	-0.718	0.476	3.00±0.75	2.69±0.62	1.617	0.112
与异性相处表现	2.92±0.89	2.81±0.57	0.557	0.580	3.12±0.71	2.85±0.46	1.616	0.112
社会适应能力	21.65±2.51	21.81±2.83	-0.207	0.837	26.12±1.53	21.31±1.99	9.745	0.000
参与社区活动动机	2.42±0.50	2.54±0.51	-0.822	0.415	3.65±0.56	2.50±0.58	7.268	0.000
使用交通工具	2.58±0.50	2.65±0.49	-0.561	0.577	3.50±0.51	2.69±0.62	5.142	0.000
使用电话	2.88±0.65	2.77±0.77	0.585	0.561	3.50±0.51	2.54±0.58	6.338	0.000
使用路标	2.62±0.94	2.65±1.02	-0.141	0.888	3.62±0.57	2.42±0.81	6.141	0.000
运用社区资源	2.62±0.75	2.54±0.76	0.367	0.715	2.77±0.65	2.54±0.51	1.424	0.161
寻求帮助	2.92±0.69	2.88±0.71	0.198	0.844	3.00±0.49	2.73±0.78	1.494	0.142
应付生活压力	2.77±0.59	2.85±0.61	-0.462	0.646	3.04±0.66	3.00±0.63	0.214	0.831
解决困难	2.85±0.46	2.92±0.63	-0.503	0.618	3.04±0.34	2.88±0.71	0.993	0.326

技能、适应新环境,直接锻炼思维灵活性与动手能力<sup>[25]</sup>,重建认知韧性<sup>[26]</sup>;患者生活节律重塑,规律作息改善睡眠质量,增强外界感知敏锐度,深化疾病认知并提升自知力<sup>[27-28]</sup>。阴性症状等未改善维度可能需要在医疗干预的基础上进行长期持续的康复训练,才能显现出效果。

职业康复的效果评估需超越单一就业行为指标,纳入心理社交功能等多个职业维度。研究表明,职业康复可显著改善精神障碍患者的心理状态,矫正认知偏差,提升工作记忆灵活度,重建自身能力的控制感与价值感,建立积极工作信念,有利于社会融入<sup>[29]</sup>。本研究中,干预组在核心自我评价与自尊水平上显著优于对照组,表现在情绪稳定性、积极自我认知及乐观归因方式上,具体为情绪低落频率降低,自我满意度提高,能力怀疑程度下降,消极自我价值评价减少,乐观认知倾向提升。这些心理效应源于融合性职业环境的干预设计,一方面患者的能力性需求获得满足,通过基础技能训练(如电脑操作、文案处理)及过程性方法学习(如从简历制作至求职面试),患者逐步积累自我效能感,不断通过职业成就感弱化疾病污名,转变消极自我认同,增强心理韧性及自尊水平<sup>[30-31]</sup>,形成“胜任力-信心”的正反馈;另一方面患者的关系性需求得以实现,通过任务协作与社交技能实践,获得团队认同与社会角色重建,进而激活“自尊提升-社会融入”的循环。这个过程本质是通过职业成就重塑自我认同,同步提升心理韧性与就业可能性,为回归社会提供动力。

职业康复是通过职业训练与职业支持恢复患者心理社会功能并促进就业的循证实践。本研究采用支持性就业“3+6+13”个案管理模式在现实工作场景中提供职业训练与全程职业支持,显著提升患者心理社交功能,其中社交技巧、人际关系、社会适应能力3个维度的评分均高于对照组。具体表现为患者主动发起谈话、维持对话、表达感受的能力增强,眼神接触与语言交流频率提升,社交距离缩小,社会链接强化,与常态人群共事显著提升社交信心;通勤独立(辨识路标/公共交通)与社会场景实践,增强环境应对能力与社区融入;办公工具操作(手机/邮箱)熟练度提高,拓宽认知视野与技术素养;多部门协同(企业/家属/专业机构)构建持续性支持环境,可巩固康复效果。该模式通过真实场景的能力训练与社交互动,实现心理社交功能与就业同步提升,为回归社会提供可持续路径。精神分裂症患者就业需要建立系统性思维,本研究支持性就业“3+6+13”个案管理模式通过整合心理健康与职业发展目标,构建融合性工作环境,帮助患者有效应对疾病复发、社交退缩与工作消极心理等挑战<sup>[32-33]</sup>。该

模式的优势体现在机制创新、标准化流程与系统化支持(多部门协同),该模式中的6个流程和13个步骤,并不是简单地体现为顺序上的关系,每个步骤所处的地位和所起的作用形成一定的结构,有利于标准化操作,降低人为干预偏差,更能体现职业康复效果;就业辅导员全程提供理性适度的专业支持,职业追踪机制可以提升就业行为持续性,这可能是职业康复起效的一个关键因素<sup>[34]</sup>;综合职业稳定性(客观指标)与自我价值感(心理指标),更有利于患者实现常态化就业与社会融入<sup>[35]</sup>。

## 【参考文献】

- [1] 周玉英,张紫娟,吴勤华,等.职业技能训练对社区慢性精神分裂症患者的康复效果分析[J].中国康复医学杂志,2013,28(2):166-167.
- [2] 舒京平,李洪建,黄承保,等.3种干预方法对社区慢性精神分裂症患者症状及其家庭负担影响的比较[J].临床精神医学杂志,2015,11(6):403-405.
- [3] 郭其辉,朱有为,张晨,等.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[J].中国康复医学杂志,2024,39(4):543-549.
- [4] Annika Jonsdottir, Geoffrey Waghorn. Psychiatric disorders and labour force activity[J]. Mental Health Rev J, 2015, 20(1): 13-27.
- [5] 顾小静,郑伟,张楠,等.精神分裂症患者的职业康复研究进展[J].中国健康心理学杂志,2015,23(4):632-635.
- [6] 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.
- [7] 孙岩,赵敏.精神分裂症心理社会康复:国内研究十年回顾[J].精神医学杂志,2018,31(3):231-236.
- [8] Kumari S, Chakraborty PK. Impact of socio-vocational rehabilitation on work productivity and social behavior of inpatients with chronic schizophrenia[J]. Ind Psychiatry J, 2024, 33(1): S64-S71.
- [9] Crowther R, Marshall M, Bond G, et al. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2001, 2001(2): CD003080.
- [10] 须琼英,杨新,何晓艳.开放式职业技能训练对住院慢性精神分裂症病人康复效果的影响[J].护理研究,2018,32(20):3199-3202.
- [11] 李依然,姚淑敏,李先宾.精神分裂症职业康复的研究进展[J].神经疾病与精神卫生,2024,24(5):371-376.
- [12] 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.
- [13] Patmisari E, Huang Y, Orr M, et al. Supported employment interventions with people who have severe mental illness: Systematic mixed-methods umbrella review[J]. PLoS One, 2024, 19(6): e0304527.
- [14] Zheng K, Stern BZ, Wafford QE, et al. Trial-Based Economic Evaluations of Supported Employment for Adults with Severe Mental Illness: A Systematic Review[J]. Adm Policy Ment Health, 2022, 49(3): 440-452.
- [15] 汤夺先,杨秀飞,唐婷.心智障碍者支持性就业的已有经验、现存

- 问题与优化路径[J]. 北京联合大学学报, 2023, 37(6): 73-79.
- [16] 许家成, 周海滨. 中国智力和发展性障碍者支持性就业发展研究[J]. 残障权利研究, 2016, 3(1): 111-152, 206.
- [17] Organization W H. The ICD-10 classification of mental and behavioural Disorder: clinical descriptions and diagnostic guidelines [J]. Geneva World Health Organization, 1993, 10(2): 86-92.
- [18] 张明园, 何燕玲. 精神科评定量表手册[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 2015: 100-117.
- [19] 马佳妮, 严非, 张伟波, 等. 莘庄社区基于阳光心园的康复服务对精神分裂症患者康复效果的影响[J]. 中国康复, 2015, 30(1): 78-79.
- [20] 戴晓阳. 常用心理评估量表手册[M]. 北京: 人民军医出版社, 2012: 249-251.
- [21] 罗莉, 周秋文, 薛敏, 等. 阳光心园心理社交功能评估表评估精神残疾人的内部信度[J]. 中国康复理论与实践, 2013, 19(11): 1074-1076.
- [22] Cook J A, Razzano L. Vocational rehabilitation for persons with schizophrenia; recent research and implications for practice[J]. Schizophr Bull, 2000, 26(1): 87-103.
- [23] 刘灵江, 吴向平. 精神分裂症患者回归社会康复的研究进展[J]. 现代实用医学, 2018, 30(8): 981-982.
- [24] 李朝晖, 潘德民, 刘西和, 等. 支持性就业训练对慢性精神分裂症患者的影响[J]. 神经损伤与功能重建, 2020, 15(9): 556-558.
- [25] 马胜民, 翁永振, 卢苓, 等. 医院内职业康复对精神症状的影响[J]. 临床精神医学杂志, 2001, 11(4): 205-206.
- [26] 张少霞, 胡庆菊, 阮燕山, 等. 职业技能训练对康复期精神分裂症患者阴性症状及认知功能的影响[J]. 国际精神病学杂志, 2018, 45(4): 618-621.
- [27] 张奎, 闫佳宁, 孙爽. 职业技能训练在精神分裂症患者康复中的作用效果分析[J]. 中国康复, 2018, 33(1): 78-80.
- [28] 许祖年, 杨丽, 招俊华. 慢性精神分裂症患者职业康复训练的疗效观察[J]. 中国康复, 2009, 24(4): 283-284.
- [29] 曹迪, 慈勤英. 职业康复对精神障碍患者的影响及其作用机制[J]. 心理科学进展, 2025, 33(4): 704-716.
- [30] 李日照, 汪云芳, 王学林, 等. 多元化职业康复对精神分裂症住院患者的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2018, 24(4): 32-34.
- [31] 曹迪, 吴莹. 职业康复与青年精神障碍者再社会化[J]. 青年研究, 2023, 448(1): 23-34.
- [32] 王莉, 吴淑华, 王桃, 等. 职业康复个案管理对社区精神分裂症患者康复效果的影响[J]. 中国当代医药, 2020, 27(16): 88-91.
- [33] Young D K W, Ng P Y N, Cheng D, et al. A vocational recovery model for young people with mental illness: A pretest-posttest [J]. Research on Social Work Practice, 2019, 29(5): 495-505.
- [34] Widiyawati W, Yusuf A, Devy S R. Developing a vocational social rehabilitation model to increase the independence of the instrumental activity of daily living (ADL) among people with severe mental illness[J]. Journal of Public Health Research, 2021, 10(4): 2263.
- [35] Luciano A, Bond G R, Drake R E. Does employment alter the course and outcome of schizophrenia and other severe mental illnesses? A systematic review of longitudinal research[J]. Schizophrenia Research, 2014, 159(2-3): 312-321.

## · 外刊拾粹 ·

### 促进心脏代谢健康的饮食模式

心血管疾病(CVD)的全球患病率持续上升,在很大程度上受到饮食选择的影响。这篇综述研究了地中海饮食、DASH饮食(终止高血压饮食模式)、低碳饮食和限时饮食(TRE)对心脏代谢健康的影响。这篇文献综述集中于通过观察性研究、临床试验和荟萃分析对各种饮食模式的研究。里昂饮食心脏研究纳入了心肌梗死后患者,结果发现,与对照组相比,采用地中海饮食的患者心源性死亡和心肌梗死的发生率显著降低了70%以上。CORDIOPREV研究了关于冠心病(CHD)患者的一项随机对照试验(地中海饮食和低脂饮食)发现,在使用地中海饮食的患者中,心肌梗死、中风或心血管死亡减少了30%。研究发现,DASH饮食模式可以降低收缩压、舒张压和其他危险因素,随机对照试验缺乏中风或心脏病的结果。对低碳饮食的研究表明,与高碳水化合物饮食相比,低碳水化合物饮食能带来更显著的体重减轻和更低的血浆甘油三酯水平。对间歇性禁食的研究方案多样,从交替进行24小时禁食与24小时进食,到每日仅在8至10小时的时间窗口内进食。这种方法对心血管结局的益处尚不明确。结论:本综述发现地中海饮食可降低心源性死亡和心肌梗死风险的有力证据,而DASH饮食和间歇性禁食缺乏能改善心血管或脑血管预后的有力证据。

(汪航译,陈灿审)

Pagidipati N, et al. Dietary Patterns to Promote Cardiometabolic Health. Nat Rev Cardiol, 2025, 22: 38-46.

中文翻译 由 WHO 康复培训与研究合作中心(武汉)组织  
本期由华中科技大学同济医学院附属同济医院 黄晓琳教授主译编