

精神障碍社区康复服务的实践困境与优化策略

——以广西河池市J区为例

蒙建宇, 李 鹏*

广西科技大学人文艺术与设计学院, 广西 柳州

收稿日期: 2026年4月8日; 录用日期: 2026年5月7日; 发布日期: 2026年5月15日

摘 要

精神障碍社区康复服务是打通精神卫生服务“最后一公里”的重要服务举措,也是促进精神障碍患者回归社会生活的核心载体;而基层欠发达地区社会资源匮乏、社会支持网络薄弱,因此成为了服务较为难以推进的区域。社会支持理论认为,个体健康康复是指以个体为支点通过个人的生理、心理和认知,同时在人与环境的交互作用过程中所获取的支持,是个体适应环境以及对外界做出适当反应的关键;与此同时,为更好促进个体的身心康复,还要注重相关正式与非正式支持之间的相互配合,使其形成体系。因此本研究基于前期调研访谈和对相关文献的研究,以社会支持理论为理论依据,选取广西河池市J区的百余名登记在册患者为研究对象,在服务开展过程中整理现有的康复服务状况,并进一步探讨开展的3类康复活动中存在的具体问题,并以此探索分析出存在问题的原因,为欠发达地区相关服务提供实践经验参考。

关键词

精神障碍, 社区康复服务, 社会支持理论, 欠发达地区

Practical Dilemmas and Optimization Strategies of Community Rehabilitation Services for Mental Disorders

—A Case Study of J District, Hechi City, Guangxi

Jianyu Meng, Peng Li*

School of Humanities, Arts and Design, Guangxi University of Science and Technology, Liuzhou Guangxi

Received: April 8, 2026; accepted: May 7, 2026; published: May 15, 2026

*通讯作者。

Abstract

Community rehabilitation services for mental disorders are important service measures to bridge the “last mile” in mental health services and also the core vehicle for promoting the reintegration of mental disorder patients into social life. However, due to the scarcity of social resources and the weakness of social support networks in under-developed grassroots areas, these areas pose significant challenges for the implementation of such services. The social support theory posits that an individual’s health and rehabilitation rely on the support obtained through the individual’s physiological, psychological, and cognitive functions, as well as the interaction between the individual and the environment. This support is crucial for an individual to adapt to the environment and respond appropriately to external stimuli. Meanwhile, to better promote an individual’s physical and mental rehabilitation, attention should be paid to the coordinated interaction between formal and informal support systems to form a comprehensive support framework. Therefore, based on preliminary investigations, interviews, and relevant literature research, and grounded in the social support theory, this study selects over a hundred registered patients in District J of Hechi City, Guangxi as research subjects. During the service implementation process, it sorts out the current status of existing rehabilitation services, further explores the specific problems in the three types of rehabilitation activities carried out, and analyzes the causes of these problems. The findings of this study aim to provide practical experience for relevant services in underdeveloped areas.

Keywords

Mental Disorders, Community Rehabilitation Services, Social Support Theory, Underdeveloped Areas

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 绪论

研究背景

《“健康中国 2030”规划纲要》[1]提出了“健全精神卫生服务体系, 推进精神障碍社区康复”的总体方向。依据《健康中国行动(2019~2030 年)》[2]中“心理健康促进行动”的要求, 严重精神障碍患者规范管理率到 2030 年应达到 85%; 同时, 民政部等四部门《关于加快精神障碍社区康复服务发展的意见》[3]及后续“精康融合行动”明确要求 60%以上居家患者应接受社区康复服务, 提出建立“医院-社区-家庭”的三方联动机制。广西壮族自治区《“十四五”卫生健康事业发展规划》[4]进一步细化相关发展目标, 强调县域精神卫生服务的均等化与可持续性, 将社区康复活动作为破解患者“出院即断档”、“康复无支撑”等问题的关键举措。我国精神卫生服务资源呈现“城乡二元、区域不均”的结构性特征, 欠发达地区该特征尤为突出。J 区作为河池市主城区, 下辖 11 个乡镇(街道), 2020 年第七次全国人口普查的数据显示, 该区常住人口约 37 万, 其中农村人口占比达 28%, 属于典型的桂西北欠发达区域。该区财政保障能力较为薄弱, 据河池市 J 区相关财政决算报告显示, 2024 年卫生健康支出 20690 万元, 占一般公共预算支出比例约 9.2%, 医疗资源配置占比较低。截至 2025 年 12 月, 针对 J 区 158 名登记在册精神障碍患者(数据来源于本研究 2025 年对 J 区精神障碍社区康复服务中心登记患者的实地调研及随访统计,

调研采用整群抽样方法, 通过查阅中心登记档案、入户走访及电话随访相结合的方式获取患者基本信息及服务参与情况)的三次随访覆盖率仅 3.2%, 患者的康复活动参与率不足 40%, 这体现出服务供需矛盾突出的问题。而为了破解服务供给不足的问题, J 区依托辖区内的精神障碍社区康复服务中心, 开展了一系列的服务活动, 但从活动实践来看, 仍存在覆盖范围窄、专业度不足、联动性弱等问题, 需要基于实际活动数据对整体活动架构进行系统性优化。

2. 文献综述

2.1. 国外研究现状

在国外, 对精神障碍社区康复的研究起步较早, 并且已经建立起比较完善和成熟的体系, 研究方向大多在社会康复、创伤知情护理、就业支持以及同伴互助等, 对于发展中国家具有很好的参考意义。

Gaidarov 在《精神障碍患者社会康复措施的组织发展》一文中指出“医疗 - 社会 - 心理”三位一体式的社区康复体系是精神障碍患者社会康复的关键, 在此基础上开展精神障碍患者社会化康复时, 需要建立规范化的操作流程, 组建专业的服务队伍, 提供多种多样的康复服务项目, 为精神障碍患者的社会功能恢复创造条件。同时, 重视个性差异, 根据不同的需求, 开展个人化服务; 加强农村患者出行问题, 并用流动车等方式增加服务范围[5]。Melillo 等人通过系统综述形式证实了创伤知情护理用于精神障碍患者社区康复的作用, 在康复时应注意避免二次伤害。在活动过程中要营造良好环境使患者重建自我认同感和社会信任度, 要注重权利保障, 要消除对患者的歧视并给予相应的权利[6]。Streibelt 等学者基于德国养老保险数据, 分析患者医疗康复后的就业参与情况, 发现职业康复是促进社会融入的关键。“工作适应训练 + 庇护性就业 + 支持性就业”三阶模式可提升就业成功率。此外, 研究强调配套措施的重要性, 认为多方协作是职业康复成功保障[7]。Liu 等学者认为在对患者开展社区融合活动时, 活动的过程中不能照搬国外模式。并以中国农村为实例, 提出以低成本、轻量化的模式更为可行, 通过社区服务中心, 依靠基层力量或家庭增能, 开展康复服务[8]。

2.2. 国内研究现状

国内学者针对精神障碍社区康复模式的创新探索、农村地区的服务现状、政策执行的效果以及康复后患者权益等问题展开研究, 为本文研究提供了重要的理论与实践参考价值。

高万红等人运用行动研究探究家庭增能对农村精神障碍患者社会融入的影响, 发现患者因病耻感强、社会隔离、家庭照护能力弱等原因难以达到良好的社会融入。研究指出要对家庭实施知识、技能、情感方面的增能, 运用家庭照护技能培训的方式, 提高照护者的照护能力和信心, 推动患者实现更深层次的社会融入, 在此基础上构建出一条针对欠发达地区农村精神障碍康复的理论路径[9]。韦波等针对广西少数民族农村社区内的精神障碍患者开展了“政府主导、部门协作、社区实施、家庭参与”的综合服务模式, 依托三级服务网络, 开展筛查建档等工作, 提高患者治疗依从性和病情稳定率, 该模式注重契合本地实际开展宣教工作, 立足本地实践[10]。杨静等以西部 R 市为例对农村精神障碍社区康复服务进行研究, 结果表明目前存在服务供给不足等情况, 由此构建出了“基础服务 + 专业支持 + 社会参与”的低成本康复体系, 通过整合资源等形式来使服务更具可行性, 服务质量得到保证[11]。严芳等学者的实证研究发现同伴支持可以提升社区精神分裂症患者治疗依从性及社交意愿, 康复成功的经验和情感陪伴是其核心载体[12]。郑宏等聚焦于严重精神障碍残疾者的“医院 - 社区一体化”职业康复模式建设, 提出建设全过程职业康复服务链, 推行个性化职业服务[13]。阙霞等学者认为, 精神病患者康复之后常会遭受歧视, 其权利易被侵犯, 主要原因是相关法律不够健全等, 应健全法规体系、消灭歧视行为、形成援助网络等方式来保护患者的权利并协助其融入社会[14]。

2.3. 文献述评

国内外已经形成较为成熟的有关精神障碍社区康复的理论体系,如会所模式、同伴支持、家庭增能、职业康复等。这些理念为欠发达地区的实践带来一定的启示。国外注重保证人的权利和个性化服务,强调多部门协作和社会参与;而国内则关注农村或民族地区开展本土化的实践,注重低成本、可落地的服务模式,并更加重视整合资源和政策适配。以上理论为我们探讨 J 区的实践困境以及寻求优化路径提供了良好的理论参考。

虽然相关学者的研究工作具有很重要的参考价值 and 实际意义,但仍存在一些问题:一是国外研究大多根据发达国家的环境条件来开展,其模式的运营成本高,对人员的要求也较高,并不适合在我国欠发达地区运行;二是国内的研究虽对于农村和欠发达地区的发展也较为重视,但是在一些具体方面都只是提出了比较笼统的原则性意见和建议,更多是从宏观的角度出发,没有基于具体的资料以及相关材料开展研究分析,也没有从细节上剖析一些社区活动或小组活动的开展过程;三是对欠发达地区的资源考虑不充分,例如:欠发达地区的财政较差、缺少专业人才等等。因此,提出的策略往往难以付诸实施;四是对精神障碍患者的社会融入问题关注不足,尤其缺乏针对欠发达地区产业基础薄弱特点的就业支持策略。本文基于 J 区的典型案例,结合实地调研和访谈材料以及各类活动案例数据等信息,剖析欠发达地区精神障碍社区康复面临的困境并提出建议。为类似地区提供具有可操作性的服务思路和可借鉴的实施办法。

3. J 区精神障碍人员情况概述

截至 2025 年 12 月,该区精神障碍类患者共有 158 例。以性别划分:男性 89 例(占 56.3%)、女性 69 例(占 43.7%),男性占比多于女性且符合全国整体分布情况;以年龄划分:主要是以青壮年为主,当中 27~53 岁共 123 人(占 78%),30~45 岁 52 人(占 32.9%),60 岁以上 21 人(占 13.3%),18 岁以下 7 人(占 4.4%),同时有部分未成年人因发病隐匿、家长认知不足出现未及时就诊的情况;以婚姻状况划分:未婚 65 人(占 41.1%)、离婚 64 人(占 40.5%)、已婚 23 人(占 14.6%)、丧偶 6 人(占 3.8%),超八成患者为未婚或离异,亲人照护缺失,社区活动与同伴支持需求迫切。以疾病类型划分:精神分裂症 76 例(占 48.1%)、双相情感障碍 28 例(占 17.7%)、抑郁障碍 32 例(占 20.3%)、其他精神障碍 22 例(占 13.9%),重症患者(精神分裂症、双相情感障碍)占 65.8%。以病情状况划分:情况稳定 98 人(占 62.0%)、波动 43 人(占 27.2%)、危重 17 人(占 10.8%),超三成患者病情波动或危重。以区域分布来划分:呈现的是“城区集中、农村分散”特征,107 名患者集中在城区与近郊,51 名患者散居 JX 镇、WX 镇等偏远乡镇,部分村屯距乡镇卫生院 20 公里以上且无直达客运班车,患者参与活动不便。

4. 服务中心概况与理论简介

4.1. 服务中心情况介绍

河池市 J 区精神障碍社区康复服务中心是由民政局、卫健委联合社会工作服务中心共同创建,依托 H 养老服务中心“医养结合”资源建设的专事公益型康复机构;该机构秉持“全人康复,融入社会”理念,主要针对康复期精神障碍患者的社交能力进行社会功能复原。其主要服务项目包括:康复评估及个性化计划制定、服药管理及健康监测、生活自理能力训练、心理疏导及社交技能训练、职业康复前期准备、家属赋能及家庭融合、社区融合活动等。中心立足多专业合作平台(社工、康复治疗师、心理咨询师等),搭建起“医院-社区-家庭”同轴运转体系,为 J 区持有精神残疾证或者有相关医学证明且病情稳定的精神障碍人士提供必要的免费或者低成本的服务,力求协助患者增能并积极融入社会。

4.2. 社会支持理论简介

社会支持理论是卡普兰于 20 世纪 70 年代提出的, 并经过科布和林南等人不断加以完善, 其主要论点是, 人的身心健康发展离不开不同的社会支持网络; 既包括正式的社会支持, 也包括非正式的社会支持, 只有两者兼而有之并且互相补充作用才是康复的关键所在。在精神障碍社区康复中, 通过专业服务激发正式支持的作用, 通过情感联结加强非正式支持的效用, 构建“专业保障 + 情感支撑”的互为补充的立体联动式的协同体系, 帮助患者回归社会, 真正地融入到社会生活中去, 为本次实践活动和策略优化提供依据。

5. 服务中心代表性活动实践

5.1. “关注爱护心理健康, 共建幸福老年生活” 精神健康教育活动

此次活动是为了让城区的老年精神障碍患者和社区老年人了解基本的心理健康常识、学会正确调节自己, 形成敬老爱老、关心老年人心理健康的良好氛围而举办的, 活动于 2025 年 10 月 29 日, 在 J 区西环社区开展, 参加人数共有 76 人, 均为 60 周岁以上的老年患者及其家属。其活动的安排如下: 一是在前期准备方面, 安排工作人员和志愿者在会前 1 周通过社区的公告栏、楼栋长通知、电话邀请等形式进行通知, 并准备好《心理健康知识》宣传页折页, 折页中有相应的文字与图片介绍情绪管理、心理变化等方面的常识, 并且准备好血压计等物资; 二是在活动现场的流程上, 本次活动中时长约为两个小时, 共包括三个环节, 分别为资料发放, 科普讲座(请专业的医生, 通过身边的一些例子来给老人讲一些生活当中常见的老年心理疾病、老年常见的不良情绪, 以及如何去对这些不良的情绪进行调节的方法, 如“培养兴趣爱好、适度锻炼、积极社交”等), 互动咨询(让老人就平时生活中出现的睡眠问题、家庭沟通等问题去向专家咨询); 三是在活动之后, 将会在活动后的 5 个工作日内, 通过打电话的形式回访了解老人是否学会了之前的知识点, 在此期间会整理这次活动的主要内容, 制作简易册子然后邮寄给没有参加此次活动的一些远郊镇的老年人患者。

5.2. “保持阳光心态, 提高生活质量” 预防心理疾病的宣传活动

此活动为针对农村地区青少年患者及家属开展的支持性活动之一, 在活动过程中为服务对象普及了精神疾病相关知识, 提高了家属的照护信心, 并创建出良好的邻里互帮互助氛围。活动于 2025 年 6 月 26 日在 J 区 DJ 镇 LR 村百年大树下举行, 参加人员及其家属共 52 人, 并覆盖周边村屯患者家属。本次的活动具体细节如下: 首先是前期准备, 由村医到各家各户中进行宣传、以及家属代传的方式去开展宣发工作, 同时准备好活动当天需要的宣传材料、宣传知识抢答题库以及高血压测量仪和理发用具等; 其次, 现场的活动时间安排是在早上 8:30~10:00, 一共历时 1.5 小时。全程分为四个环节: 一是进行知识宣讲(由社区的工作人员给家属发放宣传材料, 通过说好一起讲一个真实的康复病人的真实康复案例来说明规范化的复健、社交流动能力训练的重要性)、二是知识抢答(设置跟知识宣导内容有关的题目让家属来进行抢答, 现场气氛较好)。第三是为参加人员开展一些基础的健康检查; 第四项是便民服务, 具体是为参与活动的服务对象还有家属提供义务理发。最后, 在活动三天内收集齐全家属的意见反馈、整理共性问题交由村医转达回复、并记录家属照护需求情况、为后续随访提供资料支撑。

5.3. “巧手筑心桥, 温暖伴同行” 社交技能提升活动

这是中心针对病情稳定患者开展的一次发展性小组活动, 其目的是为了病友之间互相支持, 帮助病友恢复生活信心、实现生活自理。此活动于 2025 年 12 月 9 日在 J 区精神障碍社区康复服务中心举行, 共有五名患者参加。活动的主要流程安排如下: 前期利用患者微信群和电话通知方式来通知患者参加本

次活动, 在开展活动前为每位患者准备好药盒、手机提醒工具、手工用具等, 并准备了饺子皮及馅料等物品。活动时间为三小时, 活动流程主要分为四个环节, 分别是破冰分享(由患者进行自我介绍, 并坦然说出自己患病的过程, 在相互理解之后建立起彼此信任)、药物小课堂(工作人员利用打比方的方式讲清楚药物的原理、教会患者分装药盒及使用手机短信记事本记住服药的时间、最后讨论一下药物可能会出现的副作用)、勇敢发声(工作人员让患者一个人上台去唱歌由易到难, 耐心引导, 让患者最终登台歌唱)、巧手添彩(将所有患者围坐在一块儿学习如何包饺子, 并且让患者们在互动中锻炼动手能力以及语言表达能力, 并一起品尝美好的劳动果实。)最后是在活动结束后的一周内, 通过微信回访的方式询问患者们的感受, 并记录下他们的社交愿望的变化情况, 同时制定好下一次活动的预约登记制度, 对患者提出的要求及建议做好详细的记录和统计工作。

6. 基于活动实践的现实问题

6.1. 资源协同与专业支撑双重短板

三类活动中正式的支持系统仍较为薄弱。部门协同不足, 卫健、民政、残联大多是在单一环节有投入, 比如卫健协调医生、民政提供物资, 农村活动场地协调, 部门间缺少整体统筹及跨部门数据对接。社会资源整合较为单一, 部分环节活动物资依靠中心经费, 没有打通企业、社会组织捐赠的对接渠道, 如活动过程中的手工材料, 家庭小组便民工具等均会产生一定的资金投入造成成本过大并制约活动频次。与此同时, 专业性方面仍有欠缺, 社区活动、成长小组活动等科普类活动环节由社工负责组织实施, 但精神科医生及心理咨询师基本处于灵活到岗状态, 日常工作中无法做到驻点指导; 农村活动受限于场地因素, 健康监测、心理疏导等专业服务较难得到延续性开展。

6.2. 覆盖范围与参与效能双向不足

活动覆盖呈现“城区集中、农村局部覆盖”格局, 社区活动仅覆盖西环社区, 家庭小组聚焦 DJ 镇 LR 村, JX 镇、WX 镇等偏远乡镇仍较少举办相关活动, 核心制约因素包括农村宣传渠道单一, 多数人不清楚活动的开展, 以及会出现交通不便, 部分村屯没有直达班车的问题。其次是参与效能有待提升, 一些活动过程中虽通过抢答环节调动积极性, 但会出现家属因农忙中途离场的情况, 且活动结束后缺乏家庭场景的支持延伸, 导致社交技能训练效果难以巩固; 因而患者及其家属会因不重视而出现参与效能不足的问题。

6.3. 服务衔接与效果保障机制缺失

前期活动和后续服务上存在“断档”: 社区活动只是在一次电话回访时了解老人的需求, 在老年人健康方面没有建立定期观察老年人身体状况的常态化机制, 导致后续的指导和服务的持久化不足; 宣传活动虽然掌握了孩子的活动需求, 但是没有固定活动的周期以及随访计划, 并且没有协助构建起同伴之间的日常联系, 同伴互动仅停留在活动现场。最后, 事实上所举办的相关服务活动大多缺少量化的评估指标, 没有针对现场情况与老人的感受来进行具体的工作评价, 也未针对家属对知识的掌握程度、病人的社交积极性等方面进行跟踪统计, 因而需要针对性地进行改进工作。

7. 基于活动实践问题的优化策略

7.1. 强协同提专业: 破解专业与资源双重短板

首先是深化医疗资源对口支援机制, 和河池市第三人民医院签订长期合作协议, 实行“1+N”精准帮扶: 建议每月固定 1 名精神科医生、1 名心理咨询师现场定点驻点 1 天, 分别进行患者风险评估、复杂

病情判断等主要内容;其他时间实行 24 小时全程远程跟进支撑服务,利用视频连线、语音指导等办法及时解决用药指导、情绪危机干预等专业问题。其次,为了缓解基层服务人员专业技术力量薄弱的问题,应协同河池市卫生学校开展“阶梯式”培训,每年分两次开展为期三天的集中训练,重点教授常见精神疾病的识别方法、康复活动组织及规范流程以及危机事件的处置流程等实操经验;每月安排一次线上专题讲座,邀请权威专家讲授最新康复理念、实操案例。还将采取“师带徒”的形式,组织驻点的专家与中心社工、乡镇医护人员一起配合工作,并且由驻点专家对其进行一对一带教。然后是完善部门协作联动,保留民政、卫健、残联牵头的跨部门协调小组,修改联席会议时间,从半年召开一次调整为每季度两次,并设置“季度纸质台账+月度微信共享”的信息联络方式。其中,各相关部门要明确责任分工,民政部门主要负责对接农村活动场所和争取公益项目资金;卫生健康部门负责协调辖区医疗资源、协调患者健康数据;残联主要负责患病群体筛查、组织发动社区或农村患病群体参加精神障碍康复活动等,破解场地协调、数据互通的堵点。协同过程当中比较关键的是要拓宽社会资源整合渠道,出台《精神障碍社区康复公益捐赠指引》。主动联系本地区超市、爱心企业及社会组织,争取相应手工材料、生活用品、活动礼品等方面的物资捐赠;主动向上级部门申报中央财政支持的公益服务项目资金来作为补充资金来源,减轻活动成本支出压力;最后是优化活动实施保障体系:针对农村地区无固定活动场地的问题,用“乡镇卫生院闲置房屋改造+村部活动室临时借用”的方式开展改造工作,准备好血压仪、简易康复器械、常用应急药品等基础的用品设施,保证农村康复活动长久常态;简化《活动操作手册》,按“社区活动、家庭小组、成长小组”三类分别制作并编发,突出风险处置流程,基础活动流程环节和具体的操作规范。活动的物资耗费要严格管控,活动物资尽量进行批量采购和爱心捐赠,严控手工材料以及宣传物料费的消耗量,并把节约下来的这部分资金更多的用于后期的专业服务中。

7.2. 扩覆盖增效能:改善参与不均与意愿薄弱问题

第一,建立城乡均衡的服务网络,在人口较多的偏远乡镇可依托卫生院闲置房屋建设 2~3 个标准化的农村康复活动点,配备基础康复设施和物资,采用“每月 1 次集中活动+2 次上门指导”混合模式。集中活动日由社工和村医到康复活动点联合开展疾病科普宣教、用药指导、基本社交训练等项目;针对行动不便的患者,要做到定时上门做服药提醒、照护技能培训、情绪疏解等工作。考虑到农村患者交通不便,应取消较高频次的交通补贴,改以每季度发放定额 50 元交通补贴,并在活动日举办期间由各乡镇协调乡镇公车、志愿者车辆为活动期间义务接送患者。第二,优化宣传动员体系。针对农村、城区两类人群的信息获取习惯性差异分别构建对应的宣传网络,具体包括:对于农村地区而言,可采用“张贴乡村公示栏公告+村医上门通知+家属代传+赶集日定点宣传”的组合方式,在乡镇集市、村部公告栏等地张贴活动海报、发放简易宣传单页;针对城区患者,则可以在原有的基础上增加“社区网格员上门通知+微信群推送”两个渠道。对于家属存在的工作时间相冲突,或者产生病耻感等问题,可适当优化活动设置。例如:家庭小组活动可联系村小、幼儿园一起,在不影响正常工作学习的前提下设立临时儿童托管点;农忙季节可把活动时间段调整到傍晚 17:00~18:30,避开日间农忙时期。加强激励和情感支持,“参与一次领一份小礼品”(牙膏、肥皂、常用药品),以半年为周期,每个月举办一期家庭开放日活动,每半年组织一次患者手工作品社区展览,邀请部分康复较好的患者到现场进行经验介绍,以此缓解家属的病耻感;同时新增加家属互助小组,每月底组织开展一次经验交流活动,通过患方之间的情感陪伴和照护经验分享进一步促进情感的联结和支持网的完善;对于青少年患者登记较少的问题,可以联合学校和乡镇卫生院开展“精神卫生进校园”的宣教活动,增强家长对青少年精神障碍的识别,并协助家长尽早做好登记。第三,优化活动参与结构,鼓励家属陪同患者参与成长小组活动,推出“家属参与积分制”,累计参与 3 次及以上可兑换体检优惠券、照护手册升级版等福利;针对未婚、离异患者家庭支持薄弱的

特点, 在成长小组中应强化同伴支持, 建立“一对一”同伴结对机制, 由康复状态较好的患者带动社交意愿薄弱者参与活动, 提升参与效能。

7.3. 保衔接建机制: 筑牢服务与效果长效保障

首先是构建“活动-随访-衔接”的轻量服务闭环, 明确各环节流程: 社区活动结束后3个工作日内, 社工记录患者参与情况、健康状态、反馈建议, 同步录入患者电子档案; 活动结束后, 社工与医生组成随访小组, 城区患者每2个月联合上门随访1次, 农村患者每月随访1次, 重点评估家属照护技能掌握情况、患者病情变化, 动态调整照护方案; 社工每月通过电话或微信跟进1次患者的活动参与次数, 协助解决参与过程中遇到的困难, 确保“社区/农村参与计划”得到落实。其次是建立简易可操作的效果评估机制, 采用“10题简易问卷+3项实操考核”的组合评估方式: 社区活动评估聚焦健康知识知晓率(如用药重要性、情绪管理技巧)与参与满意度, 问卷涵盖核心知识点与活动组织评价, 如家庭小组侧重于家属对照护技能的掌握率以及实操考核, 当中包括病情复发信号识别、用药监督方法、情绪爆发应对技巧的理解程度进行评估; 社交成长小组评估核心为社交频次达标情况, 通过患者自我报告、家属反馈、同伴见证进行综合判断。如农村患者健康知识知晓度不高, 则多加几个科普宣传的讲座病例并进行通俗化解释; 如果家属照护技能存在不足, 则修改几个角色扮演的场景。比如增加一些农忙时期服药小贴士卡或者增加几本情绪管理简单的书本供他们参考。其次要强基础抓长久, 依托河池市第三人民医院的心理援助热线, 开展“用药管理、情绪应对、生活照料、危机处理”的远程心理支持和危机干预; 同时以优化同伴微信群为依托, 由康复成功的患者和驻点社工牵头, 每月开展一次手工技巧学习、康复心得交流以及活动邀请等内容的主题活动, 并激励其参与进来, 增加患者的再交流机会, 延展活动效果; 每季度举办一次城乡患者联谊活动, 通过让城乡患者相互交流学习彼此间的长处, 进一步拓宽了患者的社交范围, 提升其社会化程度。

8. 总结

本文以广西河池市J区为例, 基于精神障碍社区康复服务中心“医养结合”资源优势, 运用社会支持理论对具有代表性的几个康复活动实践展开分析, 发现欠发达地区精神障碍社区康复服务存在资源协同性差和专业支撑力弱, 城乡覆盖程度不均导致参与效能偏低, 服务接驳度不高以及服务质量保障程度低等问题, 根源在于欠发达地区社会支持网络碎片化, 缺少紧密的社会连结关系网。对此, 应提出“强协同提专业、扩覆盖增效能、保衔接建机制”的优化思路, 紧扣欠发达地区“低成本、本土化、可持续”的特点, 做到对问题有对策, 有针对性地解决问题。该方案用于指导J区康复服务提质增效工作以及为其他同类型欠发达地区的制度本土化提供了路径参考。精神障碍社区康复的核心是通过多样化的活动形式实现正式支持和非正式支持的融合互补, 帮助精神障碍者恢复社会功能, 融入家庭和社区。只有根据本地的实际情况解决关键的问题, 才能让精神障碍者回归社会, 从而推进“健康中国”得以落地基层。

伦理声明

本研究严格遵守社会科学和精神卫生调研伦理规范, 调研全程落实知情同意、隐私保密、风险防控、数据安全等要求。本文为基层实践研究论文, 非临床实验类学术论文, 行业内此类实践导向文稿无需强制单列伦理声明, 且相关伦理要求已内嵌于调研实施过程, 符合学术规范与文体惯例。

参考文献

- [1] 中共中央 国务院印发《“健康中国2030”规划纲要》[EB/OL]. https://www.gov.cn/zhengce/2016-10/25/content_5124174.htm, 2016-10-25.

- [2] 规划发展与信息化司. 健康中国行动(2019—2030年) [EB/OL]. 2019-07-15. <https://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/c100133/201907/2a6cd52f1c264203b5351bdbbadd2da8.shtml>, 2019-10-16.
- [3] 民政部等四部门印发《关于加快精神障碍社区康复服务发展的意见》[J]. 中国民政, 2017(22): 45.
- [4] 广西壮族自治区人民政府关于印发广西卫生健康发展“十四五”规划的通知[J]. 广西壮族自治区人民政府公报, 2022(16): 2-32.
- [5] Gaidarov, G.M., Apkhanova, N.S., Dushina, E.V. and Alekhin, I.N. (2025) The Development of Organization of Social Rehabilitation Measures for Patients with Mental Disorders. *Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine*, **33**, 1360-1364. <https://doi.org/10.32687/0869-866x-2025-33-6-1360-1364>
- [6] Melillo, A., Sansone, N., Allan, J., Gill, N., Herrman, H., Cano, G.M., et al. (2025) Recovery-Oriented and Trauma-Informed Care for People with Mental Disorders to Promote Human Rights and Quality of Mental Health Care: A Scoping Review. *BMC Psychiatry*, **25**, Article No. 125. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06473-4>
- [7] Streibelt, M., Matthies, C. and Zollmann, P. (2024) Berufliche Teilhabe nach medizinischer Rehabilitation aufgrund psychischer Erkrankungen: Repräsentative Analysen auf Basis der Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung. *Die Rehabilitation*, **64**, 13-24. <https://doi.org/10.1055/a-2446-7055>
- [8] Liu, J. and Chen, Y. (2025) Application of the CHINESE Recovery Model in Community Integration of Individuals with Mental Disorders: A Practice-Based Study. *Academic Journal of Management and Social Sciences*, **10**, 82-86. <https://doi.org/10.54097/gzjfgt56>
- [9] 高万红, 师艺萌. 家庭增能: 促进农村精神障碍者社会融入的行动研究[J]. 社会建设, 2024, 11(2): 41-63.
- [10] 韦波, 陈强, 冯启明, 等. 广西少数民族农村社区重性精神障碍综合防治模式的实践与效果评价[J]. 中国全科医学, 2012, 15(22): 2579-2582.
- [11] 杨静, 陈会全, 黄秀琴. 精康融合背景下农村精神障碍社区康复服务现状与发展策略——以西部 R 市为例[J]. 新农村, 2024(27): 28-30.
- [12] 严芳, 姚丰菊, 李拴荣, 等. 同伴支持在社区精神分裂症患者中的应用[J]. 中华护理杂志, 2019, 54(10): 1545-1550.
- [13] 郑宏, 鞠康. 严重精神障碍残疾人“医院-社区一体化”职业康复规范化建设研究[J]. 中国全科医学, 2018, 21(35): 4328-4333.
- [14] 阚霞, 邓世雄. 精神障碍患者康复后权益保护[J]. 重庆医学, 2014, 43(32): 4392-4394.