

医养结合养老机构心理和精神服务体系研究*

王 婷

(北京劳动保障职业学院,北京 100029)

摘要:医养结合是养老服务的核心内容,养老机构的心理和精神服务存在医养结合定位服务供给结构失衡、专业人才缺乏等特点。养老机构中老年住户的心理主要表现出孤独、交往活动少、矛盾冲突明显等消极特征,精神卫生护理需求水平也较高。机构养老应向更全面的心理和精神建设发展,坚持医养结合,构建专业心理和精神服务体系,以积极老龄化为理念,提升养老机构老年人整体心理健康水平。

关键词:机构养老;心理和精神服务体系;医养结合

中图分类号:R19 **文献标识码:**A **文章编号:**1671-2404(2020)100-0026-05

十九大报告明确提出要“加强社会心理服务体系建设,培育自尊自信、理性平和、积极向上的社会心态”。心理服务体系指由专业机构和人员遵循个体发展心理健康规律,向社会人员提供的心理促进工作,并围绕此工作进行投资、教育培训、管理监督所组成的系统(黄希庭、郑涌、毕重增等,2007)。中国已进入老龄化社会,越来越多的高龄、失能及认知症的老人入住养老机构,心理服务是老年人选择机构养老的重要因素。医养结合是中国养老服务的核心内容,通过医疗资源与养老资源结合,构建集医护康养于一体的综合性养老服务模式。在医养结合背景下,养老机构如何满足不同类型老年人群的心理需求,构建综合型心理服务体系,是机构管理者和工作人员的重要职责。

1 养老机构心理/精神服务内涵界定

心理和精神是不同的概念范畴。笔者通过查阅地方标准后发现,关于老年人心理和精神服务内涵的描述,随着医养结合政策的实施,愈加科学与准确。北京市民政局2005年发布的《养老机构老年人健康评估服务规范》运用的是“精神状况”一词。规范中明确规定,“精神状况是指老人在评估时的外表、行为、情绪状态、认知功能等方面的外在表现。精神状况应包括认知、情感和意志行为各方

面的信息,还应包括自杀、伤人等需要特别注意的心理和行为问题的信息,可以有选择的使用精神卫生评定量表”。规范中提及“心理”仅有一处,即“要求评估人员掌握的心理测量工具包括4种,分别是:简易智能状态筛查问卷;巴氏指数测量表;老人选择卫生服务的能力问卷;以及不是必选项的韦氏智力量表等心理测量工具”。本规范的精神服务范畴大于心理,包含了认知、情感等心理学过程。

2010年,北京市民政局发布的《北京市地方标准养老机构服务质量规范》中,明确使用“心理/精神支持服务”一词,并将其内涵归纳为“通过语言、文字等媒介,使老人的认识、情感和态度有所变化,增强适应性,保持和增进身心健康的过程。”规范将“心理”和“精神”区分,是对老年正常心理和异常心理的科学界定。2018年,中国社会福利与养老服务协会发行的《养老机构标准化建设使用手册》一书中提出:心理/精神支持服务是包括对焦虑、抑郁、恐惧、孤独情绪和睡眠障碍的调整、心理创伤的处理、健康心态的促进、人际沟通和社会适应性的咨询、辅导和治疗等服务提供过程。此描述综合体现了老年人健康养老的心理服务需求和应对精神心理疾病的医疗护理需求,引导养老机构工作者在设计心理/精神服务模式时,要能够从机构住户老年人的个体化、多层次、多元化需求角度出发。

2 养老机构老年人心理/精神特征

2.1 心理特征

老年人心理健康可从认知功能、情绪调节、自我认识、适应能力和人际交往等五个维度进行分析

收稿日期:2020-10-09

作者简介:王婷,讲师,博士,主要从事老年心理健康,认知症照护等方面的研究。

*基金项目:2018年北京市职业教育教学改革项目:职业院校现代学徒制人才培养的探索与实践——以老年服务与管理专业为例。

(吴振云,许淑莲,李娟,2002)。笔者结合日常工作对养老机构老年人的观察和访谈,发现养老机构老年人的心理可表现出以下特点。

2.1.1 情感孤独,却对社交不感兴趣

养老机构相对封闭、环境单一,获取外界信息途径少,这些因素会引发老年人产生孤独感。但是,情感上的孤独并未增加老年住户的社交兴趣,相反,机构老年人彼此间的人际交往淡漠,甚至形成一些矛盾冲突,即使是参加集体活动主动交流意愿水平也较低。不同类型的养老机构管理者普遍反映,协调老年住户的人际关系是他们日常工作的重要内容。

2.1.2 渴望被人关注,却对他人缺乏信任感

随着入住时间延长,机构老人会产生越来越强的被抛弃感。他们渴望获得家庭成员和养老机构工作人员的关注。但养老机构住户的流动性、护理员和老人之间的雇佣关系,会引发老人在机构生活的不安全感、对他人的不信任感,非常容易对工作人员的语言或行为,产生急躁、抵触情绪及投诉行为等。

2.1.3 享受“过一天算一天”,却极易对生活感到失望

机构老年人以高龄、失能和失智为主。由于生理老化带来躯体健康下降,老年人常挂嘴边的一句话是“过一天算一天,不要瞎折腾”,对养老机构提供的规律生活中感到安全与满足。但当老年人通过电视、手机等媒体获取外界同龄老年人的生活信息时,也会认为养老机构的生活过于单调、机械、被人管辖,无法满足个性化需求,对未来生活充满失望。

2.2 精神卫生水平

为进一步了解养老机构老年人的精神卫生状况,笔者对北京市9家养老机构中132名老年人运用症状自评量表(SCL-90)进行测评。平均年龄(80.32±8.74)岁,其中男性56名,占42.4%,女性76名,占57.6%。结果显示,总分160分以上26人,提示阳性症状,检出率为16.25%;其中108人9项因子分总均分大于等于1小于2,有症状属很轻占总数的81.8%,有17人总均分大于等于2小于3,有症状属中度占总数的12.9%;有6人总均分大于等于3小于4,症状属偏重的占总数的4.5%;有1人总均分大于4,症状属于严重的占总数的0.8%。

该量表共有躯体化、强迫症状、人际关系、抑郁、焦虑、敌对、恐怖、偏执、精神病性等9个因子,90个项目。将各因子得分与全国正常成人常模比较,在

躯体化、强迫、抑郁、恐怖、精神病性等6个因子均高于常模,有显著差异。整体来看,排在前三位的是强迫、抑郁和躯体化。这与其他研究者的研究结果基本一致(王双双,2017;王进松,2019)。强迫和抑郁两因子水平高,可能与老年人入住机构的主观意愿低有关,躯体化因子高,可能与机构老年人多是高龄,绝大多数伴有躯体功能、睡眠和饮食障碍有关。

表1 养老机构老年人 SCL-90 与全国常模比较 (M±SD)

	均值±标准差	全国常模	t	p
躯体化	1.58±0.61	1.37±0.48	3.95	0.000***
强迫	1.78±0.65	1.62±0.58	2.79	0.006***
人际关系	1.45±0.61	1.65±0.61	-3.81	0.000***
抑郁	1.66±0.55	1.50±0.59	3.25	0.001***
焦虑	1.46±0.59	1.39±0.43	1.31	0.193
敌对性	1.35±0.56	1.46±0.55	-2.30	0.023*
恐怖	1.44±0.64	1.23±0.41	3.80	0.000***
偏执	1.38±0.61	1.43±0.57	-0.98	0.328
精神病性	1.40±0.64	1.29±0.42	2.23	0.028*

*** p≤0.001, ** p≤0.01, * p≤0.05.

对不同性别的老年人各因子得分及总分进行独立样本 T 检验,结果显示,男性抑郁因子得分略低于女性,而其他8个因子上,不同性别的老年人症状自评量表各因子得分、总分无显著差异,说明养老机构中的老年男性和老年女性精神卫生水平相似。

表2 不同性别老年人 SCL-90 症状自评各因子得分比较 (M±SD)

	男性	女性	t	p
躯体化	1.53±0.64	1.62±0.59	-0.78	0.436
强迫	1.72±0.64	1.82±0.66	-0.82	0.413
人际关系	1.43±0.67	1.46±0.57	-0.27	0.781
抑郁	1.55±0.55	1.74±0.54	-2.00	0.048
焦虑	1.42±0.63	1.49±0.57	-0.63	0.531
敌对性	1.29±0.49	1.39±0.60	-1.112	0.268
恐怖	1.39±0.64	1.48±0.64	-0.869	0.387
偏执	1.34±0.61	1.40±0.62	-0.565	0.573
精神病性	1.36±0.58	1.43±0.52	-0.734	0.464

3 养老机构心理/精神服务现状

3.1 服务供给结构失衡

养老机构由于不具备专业精神卫生护理的能力,心理服务方式主要包括文娱活动类、支持性心理服务,以及针对失智老年人的非药物干预活动等三类,精神卫生服务的结构性短缺明显。

3.1.1 文娱活动类

主要有生日聚会、手工制作、老年大学、舞蹈唱歌等形式,以活动为载体。组织人员由机构社工和志愿者共同构成。社工负责协调组织老年人,志愿者负责组织当天的活动表演。文娱活动类的心理服务对专业技能要求不高,在一定程度上能够促进机构老年人的积极情绪和人际关系,不足之处是时效性较短。

3.1.2 支持性心理服务类

包括面向群体的心理健康教育和面向个体的心理护理。群体教育由养老机构邀请专业人士进行。通过对40位机构管理者问卷调研,机构工作人员组织开展心理健康教育主题的内容倾向性,从高到底依次为:老年人沟通技巧(70%)、老年人心理健康评估(66.7%)、老年人常见心理问题(60%),老年人社会适应技巧(43%)、慢性病老年人的心理干预技巧(43%),仅有不到三分之一的机构管理者关注对老年人开展精神卫生主题教育。个体心理护理又表现为情感陪伴和个体干预两类。前者由经验丰富的护理员或经过培训的社会工作者完成,后者由医护人员、心理咨询师或心理治疗师等专业人员完成。

3.1.3 针对失智老年人的非药物干预活动

失智老年人是养老机构护理的重点人群,在疾病的中重度阶段会出现异常精神和行为症状,对精神卫生护理需求水平较高。但是医护人员多以日常照料和疾病的诊治为主要服务内容,对音乐照护、抚触疗法、怀旧疗法等非药物干预项目涉猎较少。同时又缺少对失智老年人的人文关怀,不能满足“以人为本”的精神卫生服务宗旨。

3.2 心理/精神专业人才数量极为缺乏

《养老机构服务质量基本规范》(国标,2017)中明确提出,养老机构中的心理/精神服务岗,应由具有一年及以上老年服务经验的社会工作者或心理咨询师开展此项服务;危机干预方面的服务则应由有3-5年老年服务经验的社会工作者或心理咨询师开

展;并且机构应配置心理工作室。对40位机构管理者问卷调研结果显示,40%的机构心理/精神服务工作由护理员完成,23%的机构有专业社工,16.7%的机构依靠志愿者,13%的养老机构会聘请1名专业的心理工作者,定期到机构为老年人实施服务。分析原因,首先能够培养懂老年心理/精神技能这类专业人才的院校数量少;其次,由于老年人群身心规律发展的特殊性,传统的心理咨询或心理治疗模式不能满足机构老年人的需求,部分心理工作者从业难度大;再者,机构管理者对心理服务重视程度不够,认为不需要在这个领域投入人力成本。

4 机构养老心理和精神服务体系构建

养老机构中老年人心理/精神服务效果与社会预期和政策初衷差距较大。可从以下角度构建养老机构的心理和精神服务体系。

4.1 聚焦心理健康促进与教育

4.1.1 坚持“以人为本”

要关注“个体”,而不是“个体的问题”。世界卫生组织在2015年发布的《关于老龄化与健康的全局报告》中写道:“老年人的能力和健康需求的多样化并不是随机产生的,而是根源于整个生命过程中的所有事件和经历,而这些常常是可以被改变的,这也就突显了开展贯穿生命始终的卫生保健服务的重要性。”因此,对老年人的心理和精神服务要坚持以人为本,具备可持续性。

4.1.2 建设“积极老龄化”的企业文化

衰老不应该是痛苦、弱者、孤独的代名词。机构应从服务礼仪、建筑环境、品牌理念、适老化设施等角度,让员工首先树立积极老龄化的观念,营造良好氛围,并将这种积极性传递给老人,协助其积极参与各类活动,提高生活质量。具有积极理念的机构,员工稳定性也会很好。

4.2 搭建机构心理/精神服务途径

4.2.1 明确医养结合定位

根据精神卫生法,以心理治疗为主的精神卫生服务,需要在国家批准的医疗卫生机构才能够开展,为养老机构实现均衡的心理和精神服务供给,带来技术困难,难以发挥综合效应。鼓励医养结合的养老机构,积极从预防心理疾病的角度,进行“医、养”资源有机整合和服务功能的综合拓展,为机构老年人建立持续的心理和精神服务保障。

4.2.2 强化活动仪式感

为老年人提供心理或精神服务需要有“仪式感”。仪式感其实是一种心理暗示,暗示参与者必须要认真的去对待一件事。具有仪式感的活动接地气,带给参与者的内心体验具有持久性。例如,组织老年人佩戴红领巾度过“六一儿童节”,这种仪式就能够给老人形成强烈的自我暗示,唤醒老年人对童年时代的美好回忆,激活晚年生命力。

4.3 加强心理服务人才队伍建设

4.3.1 从一线护理员中定向培养

一线护理员通过照护服务,更加熟悉与了解老年人的健康情况,较容易与老人建立信任感。管理者可对有技术专长、愿意从事心理服务工作的个人进行培养。

4.3.2 从住户中培养老年心理工作者

与青年人相比,老年人更容易与同龄人建立良好的信任与沟通关系。机构可以从入住的老年人中,选取一些德高望重的老人成为心理服务工作的补充力量。鼓励参与,鼓励自我充实,使老年人的作用能够得到充分发挥。他们能够把生活、乐趣和养生相结合,在同龄人中具备权威性,激发团体组织的潜能,实现自养养老。

4.4 提升专业心理服务技能

4.4.1 建立全员和全程的服务理念

满足机构老年人的心理需求是机构自上而下全部工作人员共同努力的过程,这就是全员服务。从老人入住机构开始,到老人走完人生最后历程,心理服务都渗透其中。这就需要全程服务。

4.4.2 如何设计心理服务项目

首先要具备“跨团队合作”意识。机构老人的心理服务需要社工部、护理部以及行政部等部门合作实施。其次要了解老人最原始的需求数据,通过原始数据筛选目标服务人群,聚焦机构当中共性的老年人以及个性化的数据,形成服务设计。再者,服务结束后,注意回收老年人对活动的反馈及整改建议,以便调整服务方案。

4.4.3 关注疾病预防,降低风险成本

一线工作人员要将心理和精神区分开,心理服务可以聚焦心理教育、健康促进、心理预防3个层面,兼顾心理疏导与心理咨询两个层面,由医疗机构承担心理治疗层面。

参考文献

- [1] 黄希庭,郑涌,毕重增,陈幼贞等.关于中国心理健康服务体系增设的若干问题[J].心理科学,2007,30(1):2-5.
- [2] DB11/T305-2005[S].养老服务机构老年人健康评估服务规范.
- [3] DB11/T148-2008[S].北京市地方标准养老服务机构服务质量规范.
- [4] 冯晓丽,熊承刚,周春芳.养老机构标准化建设使用手册[M].中国社会科学出版社,2017,12.
- [5] 许淑莲,吴振云,李娟.老年心理健康问卷的编制[J].中国临床心理学杂志[J].2002,1:1-3.
- [6] 汪向东,王希林,马弘.心理卫生评定量表手册[M].北京:中国心理卫生杂志社,1999:31-35.
- [7] 王进松,刘晓君,侯宜坦等.高龄老年人心理健康状况及影响因素[J].中华疾病控制杂志,2019,23(3):308-312.
- [8] 王双双,陈庆荣.江苏省老年人心理健康状况及其影响因素[J].中国老年学杂志,2017,37(16):4089-4092.
- [9] 王翊同.新时代精神卫生医养结合模式供给侧创新发展路径研究——以沈阳样本为例[C].第十届沈阳科学学术年会论文集.沈阳2020-10-24.
- [10] GB/T35796-2017,养老机构服务质量基本规范[S].
- [11] 世界卫生组织.关于老龄化与健康的全球报告(摘要)[R]2015.

Research on the psychological and mental service system of pension institutions under the background of combination of medical care and nursing care

WANG Ting

(*Beijing Vocational College of Labour and Social Security, Beijing100029, China*)

Abstract: The combination of medical care and nursing is the core content of elderly care services. The psychological and spiritual services of elderly care institutions have the characteristics of unbalanced supply structure and lack of professional talents. The psychological characteristics of elderly residents in pension institutions are loneliness, less communication activities, obvious conflicts and other negative characteristics, and the level of mental health care demand is also high. In order to improve the overall mental health level of the elderly in pension institutions, we should adhere to the combination of medical care and nursing, build a professional psychological and spiritual service system, and take active aging as the concept to improve the overall mental health level of the elderly in pension institutions.

Key words: institutional pension; psychological and mental service system; combination of medicine and nursing