

困境与出路:农村精神障碍患者 家庭社会支持体系研究

卢时秀,张 微

(湖北工程学院 政治与法律学院,湖北 孝感 432000)



摘 要 家庭中的精神障碍患者会为其家庭带来巨大风险与负担。在我国农村,精神障碍患者家庭作为一个特殊弱势群体,不可避免会遇到诸多困境。基于湖北省 L 村的实地调查,其社会支持呈现微观层面亲属支持单一性与非稳定性、互助支持缺位,中观层面医院支持断裂、社区支持匮乏,宏观层面社会保障制度碎片化、社会组织支持真空、社区文化归因偏差等特性。在社会转型期,如何完善与构建农村精神障碍患者家庭社会支持体系,其出路应以政府为主导、社区为依托、社会组织协同参与为支持主体系统,以收入来源的拓展、心理支持的提供、社区互助支持力量的培育为支持内容,以专业社会工作嵌入作为其支持实现形式。

关键词 农村;精神障碍患者;家庭;社会支持;社会支持体系

中图分类号:C 916 **文献标识码:**A **文章编号:**1008-3456(2017)02-0083-07

DOI 编码:10.13300/j.cnki.hnwkxb.2017.02.001

在我国,精神障碍患者数量众多,据中国疾控中心最新数据显示,目前我国各类精神障碍患者人数在 1 亿以上,重症患者超过 1 600 万^[1],而最近一期的全国调查结果显示,我国农村精神障碍终身患病率为 13.91%^[2],明显高于城市。在农村,精神障碍不仅导致患者生活和工作能力严重受损,而且往往给其家庭带来巨大风险和负担,使其家庭整体陷入物质与精神的双重困境之中。

国内研究者从社会学视角对农村精神障碍患者的经验研究始于 20 世纪 90 年代,至今已积累一定文献资料。通过对近 20 年已有文献梳理,在历史维度上可从如下三阶段加以审视:第一阶段,20 世纪 90 年代,关注该群体的整体性生存现状。如社区精神分裂患者的生活质量^[3],精神障碍患者生活质量及其影响因素^[4]等。第二阶段,21 世纪以来,注重以患者为中心的中层理论研究范式。如精神障碍患者社会支持调查分析^[5],有研究者提出以案主为中心构建“点”式社会支持,以家庭照顾为中心构建“面”式社会支持,以社区照顾为中心构建“立体”式支持^[6]等。第三阶段,近年来,关照非患者中心的整体系统论视角。在该视角下,研究者们逐渐意识到患者的照料与康复会影响到其次生社会系统,给这些系统带来诸多困境,如家庭经济负担沉重、家庭成员遭遇社区排斥等,相关研究如重性精神障碍患者的家庭负担调查^[7],精神障碍照料者生存质量和家庭负担的典型相关分析^[8]等。

综观以上研究,社会学视角对农村精神障碍患者的经验研究呈现如下取向,第一,在研究焦点上,从以患者为中心转向将患者及其关联系统作为整体予以关注;第二,在研究范式上,从注重纯经验研究向参照中层理论分析框架的经验研究转变。同时,在研究方法上,目前国内关于此类问题的研究以定量研究为主,而深入、持久的定性实地研究甚少。推而述之,就研究趋势而言,社会学视角对农村精神障碍患者问题的研究需在研究焦点上有所拓展,即从以患者为中心的单中心主义向对其关联系统,甚至更大社会系统的整体系统论拓展。在研究范式上,后续研究需参照一定的中层理论分析范式。

收稿日期:2016-10-15

基金项目:湖北省教育厅人文社会科学 2015 年度青年项目“农村精神障碍患者家庭社会支持体系研究”(15Q208)。

作者简介:卢时秀(1984-),女,讲师,博士研究生;研究方向:社会工作。

同时,在研究方法上,应有深入的实地研究对现有研究予以补充。

基于此,本研究基于社会支持的分析框架,将对农村精神障碍患者的关注焦点由其个体延展至其整个家庭,以其家庭作为分析单位,采取实地研究方法,选取湖北省 L 村作为研究地点,对该村 5 户精神障碍患者家庭(其基本情况为:个案 1:女,L 村 4 组村民,其丈夫为轻度精神障碍患者,在医院治疗,其独自带着 8 岁的女儿生活;个案 2:男,L 村 2 组村民,其儿子为精神障碍患者,母亲去世后病情加重;个案 3:女,L 村 4 组村民,其儿子为重度精神障碍患者,趁家人不备逃出,在市中心被汽车轧死;个案 4:女,L 村 4 组村民,其丈夫的弟弟为重度精神障碍患者,因无人照料,于 2 年前的冬天冻死家中;个案 5:男,L 村 6 组村民,3 个孩子,大儿子和小女儿为精神障碍患者,二儿子病情较重)进行了为期一个月的实地调查,利用参与观察与无结构访谈的方式收集资料,对其社会支持系统的现状予以考察,并力图探寻其社会支持体系的完善与构建路径。

一、困境:农村精神障碍患者家庭社会支持系统的现状

布朗芬布雷纳(Bronfenbrenner)提出了用生态系统理论来分析人类发展的环境背景。该理论认为,自身与生态系统的相互作用促成了人的发展,强调个体对生态环境感知的重要性,把影响人发展的生态系统划分为微观系统(microsystem)、中观系统(mesosystem)和宏观系统(macrosystem)等三个系统^[9]。本研究将该理论融入社会支持的研究范式中,将社会支持系统定义为:以农村精神障碍患者家庭为中心,由为其提供各种社会支持的不同层面的支持主体组成支持体系,并将该支持系统划分为微观支持系统、中观支持系统和宏观支持系统。

1. 微观支持系统

亲属及同伴群体之间的互动通常会形成一个很活跃的微观子系统,亲属及同伴群体以不同家庭为单位又分为更小的子系统,这些子系统共同影响着客体的行为和发展。

(1)亲属支持的单一性与非稳定性。亲属支持主要表现在以下三方面,首先,工具性支持稳定性缺乏。在以往对其他群体社会支持系统的研究中,微观支持的力度与支持主体的社会资本拥有量成正相关,即亲属的社会资本拥有量越多,越能为被支持者提供帮助。但在访谈中却发现,由于精神障碍的特殊性和长期性,亲属支持强度和密度会伴随患者病情的常年持续而不断弱化甚至消失。正如 C 姓家庭所言:

案例 1:……后来我丈夫的病情不但没有好转而且越来越严重,大家也慢慢失去耐心了,不像以前那样经常来看他,我们没办法,申请了低保……家里甚至有亲戚觉得他肯定好不了了,要跟我们分家产……

其次,表达性支持缺失。通过访谈可知,因对精神障碍存在认知偏差,亲属与患者家庭成员的情感交流极少,在心理支持层面存在一定距离,导致患者及其家庭表达性支持缺失。L 姓家庭的经历就凸显了这一点:

案例 2:我们也试过很多方法,去康复医院、信迷信、“跳大佛”……但是都不管用,后来亲戚们看他迟迟不好,关系也就慢慢疏远了,特别是有小孩的家庭,都害怕到我家来,……来了也是赶紧就走……

最后,照料支持弱化。当家庭长期处于贫困状态,且患者不断扰乱家庭日常生活秩序的情况下,家庭内部关系陷入紧张,家庭成员会产生抑郁、绝望心态,从而放弃对患者的家庭照料。H 姓家庭的应对状态就是如此:

案例 3:我们起初天天干什么带着他,不离身,但是他的情况越来越差,看到外人就握拳头、骂人,他爸爸因为这个不知道跟别人赔礼道歉多少回……有一次他爸爸烦了就吼了他

几句,结果他居然对他爸爸动起手来,在家里见什么摔什么,我们为了控制住他,就把他锁了起来,没有办法啊……时间越长,这种情况越多。

(2)互助支持缺位。互助支持主要是指社区内精神障碍患者家庭所组成的互助小组,包括共同照护、情感支持、心得分享和信息共享等方面。在我国沿海及大城市城市社区,该种方式有所实践。其支持形式主要有两种,一种为已康复患者及其家庭成员对未康复患者及家庭的支持;另一种为正在康复患者家庭成员之间的相互支持。在L村,共有8个精神障碍患者家庭,其中3个家庭的患者已经康复。在访谈中,这3个家庭均表示不愿意分享心得。同时,5个正在康复患者家庭成员也并没有意识到他们之间可以相互协助,当提及此种支持方式时,5个访谈案例均对此种方式表示质疑。在研究中发现,在农村社区,之所以此种互助支持缺位,究其原因,主要来自三方面:第一:病耻感。所谓病耻感,即家属在与精神障碍患者相处过程中,感到人们贬低、歧视精神障碍患者家属态度的预期感受和应对方式,以及感到被误解、羞耻、与众不同的情感体验^[10]。强烈的病耻感使各个患者家属羞于提及,更不愿参与互助支持。第二,我国传统“家丑不可外扬”思想长期存在,致使农村精神障碍患者家庭不愿暴露自身家庭情况,即便家中患者恢复良好,但因担心家庭负面影响及患者在此过程中受挫旧病复发而拒绝提供同伴支持。第三,“自扫门前雪”导致组织力量缺位。由于农村“自扫门前雪”的传统思想,没有家庭主动牵头组织互助小组,且社区干部也没有意识积极组织村内患者家庭的互助支持。

2.中观支持系统

农村精神障碍患者家庭中观支持系统是指为改善农村精神障碍患者及其家庭的生活状况而提供社会支持的中观支持主体所组成的支持体系之和。在本研究中,中观支持主体主要包括医院和社区。

(1)医院支持断裂。医院是精神障碍患者及其家庭专业医疗服务的主要提供者,可为精神障碍患者家庭成员提供照护、辅助患者康复、回访监控和心理支持等方面的专业服务。但现实中,情况并非如此。L村所属的县级市人口71万,但只有1家30名工作人员的精神病管制医院,后改制为康复医院,访谈的5户家庭中,只有C姓家庭曾到该医院接受短时间治疗后,继续由家人照料,这让暂时轻松的家庭氛围重回重压之下。而且精神卫生医院服务对象覆盖面窄,农村精神障碍患者家庭较其他正常家庭而言,遭遇更多生理和心理困境,其家庭因此更需要专业精神卫生人员辅导和支持。但实地访谈发现,精神卫生医院无暇给予患者家庭更多支持,在家属服务及后期人本关怀上,曾接受治疗的C姓家庭坦言(案例1):

医院本来就只有三十几个医生,其中有些还不是正式员工,只是帮忙看着病人,整个Y市的精神患者都在那,你说那几个人哪里管得过来,更别说给我们什么关心了……我每次去看他都是在规定的探视时间,看完之后医生就让你赶紧走……我们压力也大,但就是这个命,能怎么办呢……医生一天到晚管着别人,哪有心思给你说什么宽慰你的话……后来接他出院的时候,医生也就嘱咐我们让他按时吃药,别说刺激他的话,有时间多陪陪他……其他也没说什么就让我们走了。后来医院跟我们也并没有什么联系,你把人一接走,医生就算是完事了,谁还联系谁啊……医院里面不好(不健康)的人医生都管不过来,还怎么管外面的好(健康)人?

由此可见,医院作为专业精神卫生机构,并未在患者出院后主动为其家庭成员提供必要的医疗与照料知识、定期回访监控病情等相应专业服务,在患者出院后,其对患者家庭的支持是断裂的。

(2)社区支持匮乏。专业社会工作机构及社会组织的蓬勃发展,理应在更大程度和范围上为农村精神障碍患者家庭提供支持资源,但由于社区支持匮乏,农村精神障碍患者家庭获取这一资源的途径阻塞。从访谈中的L村可以看出,社区支持匮乏主要体现在以下两方面:从社区干部视角,精神障碍在农村长期被视为“晦气”,社区(村)干部除必要事件需登门外,鲜少入户了解农村精神障碍患者家庭

情况与需求,因“差序格局”影响深远,在城市社区成功实施的网格化管理在农村社区难以奏效,农村精神障碍患者家庭切实需求与问题并未得到准确掌握和反映,因此社区(村)干部缺少主动为其寻求外界资源的思想意识,其上承下送职能并未充分发挥。从农村精神障碍患者家庭视角,因患者病情的特殊性,其家庭成员一般在家只能从事农业活动,以应对患者随时可能出现的突发情况,因此活动范围受限,接触外界资源能力受阻,而受经济发展状况制约,农村社区缺乏专业社工站,因此资源提供者难以主动给予社区支持。

3. 宏观支持系统

宏观系统是指影响个人系统的更大社会制度及文化环境。在本研究中,农村精神障碍患者家庭宏观支持主体主要包括保障制度、社会力量及社会文化环境等。

(1) 社会保障制度碎片化。目前,新型农村合作医疗制度 2012 年才开始对精神障碍患者提供医疗保障,这种碎片化的新型保障制度由于覆盖面窄、筹资水平低、推进进程缓慢等原因,导致农村精神障碍患者家庭难以享受这一社会福利。且农村地理位置相对封闭,精神障碍患者家庭获取信息的渠道较少,而基层部门针对精神障碍患者的法律知识鲜有宣传普及,患者家庭对于有关法律知识知之甚少,出现问题时无从求助。访谈中不少患者家庭只知“低保”这一社会保障制度,并表示从未听说过其他精神障碍保障制度。

(2) 社会组织支持真空。在我国现行的精神医疗卫生体系中,社会工作者、临床心理咨询师等均未纳入到精神卫生服务评估体系之中^[11]。因此当患者进入患病中后期,医院对病患治疗的支持作用减弱,而此时患者家属更需持续与稳定的支持力量,但由于缺乏相应专业社会组织的后续跟进和支持,此时农村精神障碍患者家庭后续社会支持处于断裂状态。受访中的 5 户家庭均表示,从未受到来自其他社会组织的帮助与支持。目前,我国专业社工机构和其他社会专业组织已蓬勃发展,但对于农村精神障碍患者家庭支持却仍相对滞后。

案例 4:我们家本来就在村后边,除了村里的老人偶尔来家里坐坐,平时基本没什么人来,现在的社会,我算是看穿了,谁还管谁啊……我在电视上看到过志愿者,都是哪里发了地震啊,或者重阳节去养老院什么的,难道还有志愿者会帮我们这样的情况吗?从来没见过……

(3) 社区文化归因偏差。患者所在社区文化对精神障碍的归因,很大程度上是由患者所在社区的文化决定的。精神病学作为一门科学长期为大众所误解,人们对精神障碍刻板印象固化,农村精神障碍患者家庭人际交往支持遭受巨大歧视,在人际交往中,人们会对患者家庭另眼相看,并采取一系列回避措施,致使其长期受到社会歧视和排挤,社会支持单薄。Z 姓家庭因近亲结婚导致 3 个孩子都有不同程度的精神障碍,每个孩子都遭受了来自大众不同程度的歧视:

案例 5:我 3 个孩子在学校这么多年,每次同学们欺负他们,我从来没有看到有哪个老师或者同学来帮他们一把……同学们好的就站在边上看笑话,不好的就跟着欺负,老师也嫌弃我的孩子,恨不得我的孩子快点从他们班上转走……

综上所述,农村精神障碍患者家庭社会支持体系十分脆弱,患者及其家庭的社会支持处在较低水平。

二、出路:农村精神障碍患者家庭社会支持体系的完善与重构

在现代化与城镇化进程中,中国农村传统的家族支持与邻里支持正逐步消解与弱化。这使农村精神障碍患者家庭的现实境遇不容乐观,更需初级群体以外的力量为其提供社会支持。因此,在此社会转型期,农村精神障碍患者家庭社会支持体系的完善与重构显得尤为重要。

1. 支持主体的多元建构

(1) 政府的主导地位。目前,我国政府职能转移的进程进一步加快。在此过程中,政府将更多充当政策制定者、组织协调者和监督评估者的角色。在农村精神障碍患者家庭社会支持体系构建过程中,政府主体(主要是民政部门与卫生部门)应扮演好上述三种角色。作为上层政府主体(主要是民政部和国家卫计委),应从宏观政策层面制定有关促进精神障碍患者康复及其家庭支持的中长期发展规划,明确基本理念、原则和目标。同时,作为地方政府主体,应根据当地实际制定出具体实施细则。作为“组织协调者”,上层政府主体应将针对农村精神障碍患者及其家庭的碎片化社会保障制度加以整合,形成合力,提高政策实施效率;而地方政府应在当地积极协调与调配各种精神医疗及康复资源,凝聚各方力量为患者及其家庭成员提供服务。作为“监督评估者”,各级政府主体应定期负责监督各项针对农村精神障碍患者家庭政策的落实情况及项目实施近况,及时做好评估工作。

(2) 社区的依托作用。凸显社区在农村精神障碍患者家庭支持中的依托作用必须充分发挥社区(村)干部上承下送的职能,社区(村)干部作为外部资源与内部缺口的链接者,应主动了解农村精神障碍患者家庭切实问题与需求,准确掌握和反映其家庭诉求,熟悉相关福利政策,在精神障碍患者的社区康复方面,应积极主动与精神康复医院配合,及时有效完成社区(村)内急性及慢性患者治疗康复工作,使患者家属能与院方保持长效及时的沟通,并及时高效地将国家对患者家庭的相关低保、医保等社会保障予以落实。

(3) 社会组织协同参与。当前,社会组织成了社会服务供给中的重要主体。当前引入政府以外的“第三部门”协同参与农村精神障碍患者家庭的社会支持是必要和切实可行的。在我国传统保障模式中,行政性和非专业性导致了政策实施效果微弱,其本质是支持主体意愿与客体需求的错位与断裂^[12]。此种错位与断裂的弥合,社会组织的协同参与显得尤为重要。目前,在广大农村社区,社会组织协同参与较为滞后,特别是针对农村精神障碍患者及其家庭的社会组织支持几乎处于真空状态。因此,社会组织作为支持主体协同参与农村精神障碍患者家庭社会支持的进程亟待推进。

2. 支持内容的多维供给

(1) 收入来源的拓展。由于家属需长期在家照料患者,农村精神障碍患者家庭收入来源单一,务农是其主要形式。这导致其家庭收入低下,生活水平难以提高。因此,社会支持体系在内容的提供方面,应把拓展收入来源,作为其供给的重要内容之一。在L村,在家照护患者的C姓和L姓家庭成员谈及,其在家除照护患者,也可同时兼做一些在家即可完成的手工劳动,如做粉笔盒、装粉笔等,这样也可增加家庭收入,但随着L村粉笔产业的衰落,这类收入越来越少,也并没有其他就业的信息与渠道。就此而言,对于患者家庭成员来说,其自身增加家庭收入的意愿较强,只是信息与渠道匮乏。因此,在社会支持体系内容的供给方面,患者家庭收入来源渠道的拓展应是其重要维度之一。

(2) 心理支持的提供。在与5个个案的交谈中,笔者能观察到悲观与无奈情绪在其家庭成员中的普遍存在,如H姓家庭成员因其儿子病情反复而抗逆力低下,时常感到无力、无能与无助。当被问及是否会找人倾诉时,其回答是否定的,认为这会对儿子不利。由此可知,照料患者的家庭成员承受着巨大的心理压力,且无法排解与宣泄。布迪厄(Bourdieu)认为,“场域与惯习的关系主要包括两个方面:一是制约关系,二是建构关系,实践理论要同时考虑外在性的内在化和内在性的外在化的双重过程”^[13]。就此种意义而言,农村精神障碍患者家庭支持的存在,既是场域(社会结构)的存在,同时也是惯习(心理结构)的存在。因此,若就社会支持体系的供给内容而言,为患者家庭成员提供心理咨询与辅导显得极为重要。

(3) 社区互助支持力量的培育。社区内互助支持是一种新型且效果良好的自发支持形式。互助支持不仅在照料中可相互合作,大大减轻其家庭的看护与照料负担,而且还承担着为农村精神障碍患者家庭提供心理支持、增强抗逆力和增加社会参与度的潜功能。然而,在我国农村社区,受诸多传统因素的影响,靠社区内患者家庭自发组织互助支持小组难度甚大。若要促成此种支持方式并保持稳定性与长效性,需有社区外支持力量的介入与干预。

3. 支持实现形式的专业社会工作嵌入

无论是支持主体的多元建构,还是支持内容的多维供给,其实现形式显得更为关键。目前,购买社会工作服务是政府实现职能转移,有效提升公共服务质量与效率、满足公众的多元化、个性化需求的重要实现形式。因此,就农村精神障碍患者家庭的社会支持实现形式而言,社会工作的参与是其在实然与应然上的适切选择。“嵌入”是社会工作进入我国传统社会福利框架,参与社会福利服务的基本路径,其嵌入性的态势表现在制度、项目和服务三个层面^[14]。基于此,探讨农村精神障碍患者家庭社会支持实现形式的社会工作嵌入问题,可从上述三个层面予以厘清。

(1)制度层面的嵌入:民政部门采购的服务组织模式。专业社会工作在制度层面的嵌入是社会工作作为一种制度安排嵌入到了原有的社会福利制度框架中。这就意味着社会福利部门从原有的福利传递者变成福利服务的组织者。然而,无论是城市社区还是农村社区,涉及精神障碍患者及其家庭社会支持供给的政府部门主要包括民政、人社、卫生及公安等,在此,需加以进一步探讨的是,哪一政府部门才是农村精神障碍患者家庭社会工作服务组织的主导部门。目前,在Y市所在地级市城区,在当地民政局的推动下,促成了市级精神康复医院与当地Y社会工作服务机构合作,向Y社会工作机构购买了针对精神障碍患者家庭的社会工作服务。在此过程中,民政部门成为精神障碍患者及其家庭社会工作服务采购的主导部门。若探寻其必然性所在,主要有二:第一,民政部门是社会工作服务的主要采购方和资金提供方;第二,民政部门是各级精神康复医院的主管单位。因此,无论是从经费保障,还是从组织层级而言,民政部门应成为精神障碍患者家庭社会工作服务的核心推力。

(2)项目层面的嵌入:项目制的服务提供模式。目前,政府购买社会工作服务通过岗位制和项目制两种模式进行,岗位制是指采购方按照统一规定的薪酬标准向专业社会工作机构购买服务岗位提供专业服务,这种提供模式主要适用于某一区域内综合性社会工作服务的提供。项目制是指按照服务对象的性质实行综合预算由专业社会工作机构按照项目要求开展服务,这一服务提供模式主要适用于针对某一特殊人群的精准性社会工作服务。基于此,Y社会工作机构与当地精神康复医院合作,依托湖北省“AM”社会工作系列项目,利用项目制的形式,分别选取一个农村社区与城市社区开展精神障碍患者家庭社会工作服务的试点项目。在项目实施过程中发现,由于服务对象的问题与需求特殊,因此,需要社会工作机构与精神康复医院、社区、公安、人社部门多方联动为其提供更为专业且精细的服务,项目制的推进的确更为适切。

(3)服务层面的嵌入:精神卫生社会工作者的整合性服务。社会工作者助人的过程实质是利用各种方法整合资源的过程。同时,“各种方法在应用的过程中是互相配合和补充的,并不是相互割裂的,只有系统的介入和整合性的服务机制才能共同促进干预目标的实现。”^[15]在精神卫生社会工作领域,精神障碍患者家庭系统社会功能的恢复与增强直接影响精神障碍患者的康复。因此,在精神卫生社会工作实务中,为精神障碍患者整个家庭系统提供各种服务是其整合性服务工作中十分重要的环节。在Y市实施的针对精神障碍患者家庭的社会工作服务项目中,精神卫生社会工作者与义务工作人员、社区干部密切合作,为两个试点社区的16个精神障碍患者家庭提供各种专业服务,内容包括应急处置、就业服务、病耻感与无望感的心理疏导、精神康复与照护知识的普及、家属互助小组的培育和反排斥与歧视的社区宣传等,取得了良好效果。在此过程中,精神卫生社会工作者整合性地利用了多种资源,运用了多种专业方法,在农村精神障碍患者家庭社会支持的实现过程中起到了轴心作用。

三、结 语

目前,在我国农村,精神障碍患者家庭呈现照料难、收入低、家庭关系疏离和舆论压力大等困境,俨然已成为在农村中不可忽视的弱势群体之一。近年来,该群体的现实境遇引起了政府的高度重视,

同时也使多学科的研究者聚焦于此。就社会支持的分析框架而言,农村精神障碍患者家庭的困境并非源自病理理性,而是社会性的,是其社会支持脆弱与低效使然。因而对其的帮扶与救助,应建立在完善其社会支持体系的基础之上。在支持主体建设中,应以政府为主导,社区为依托,社会组织协同参与;在支持内容的供给方面,应涉及收入来源渠道的拓展、心理支持的提供和社区互助支持力量的培育等多方面;在支持实现形式方面,应采取专业社会工作在制度、项目和服务三个层面的嵌入。

参 考 文 献

- [1] 陈泽伟.化解精神病患肇事之痛[J].瞭望,2010(22):36-38.
- [2] PAN Y J,SUN F J,MA R Q,et al.The current research status of Chinese mental illness epidemiological investigation[J].Journal of pharmaceutical medicine,2015(2):84-88.
- [3] 宋立升,陈美娟,吴晓波,等.社区精神分裂症患者的生活质量[J].中华神经科杂志,1994,25(1):512-516.
- [4] 唐牟尼,向孟泽,冉茂盛.农村社区精神病患者的生活质量及其影响因素[J].中国心理卫生杂志,1998(1):36-39.
- [5] 陈正东.213例复退军人精神病患者生活质量及社会支持调查分析[J].中国民政医学杂志,2000(3):142-144.
- [6] 花菊香.支持与均衡——精神健康的实证研究[M].北京:人民出版社,2008:105.
- [7] 李勇洁,惠学健,徐江玲,等.重性精神疾病患者的家庭负担调查[J].中国康复理论与实践,2014(10):979-981.
- [8] 林海程,刘珍妮,郭光全,等.农村精神分裂症照料者生存质量和家庭负担的典型相关分析[J].中国行为医学科学,2003(6):642-643.
- [9] BRONFENBRENNER U.The ecology of human development:experiments by nature and design[M].Cambridge,MA:Harvard University Press,1979:28.
- [10] PATRICK W C,AMY C W, FREDERICK E M. Shame,blame and contamination;a review of the impact of mental illness stigma on family members [J]. Journal of mental health,2009,13(6):537-548.
- [11] 肖水源,刘飞跃.精神卫生服务评估的基本框架[J].中国心理卫生杂志,2010(12):887-892.
- [12] 张微.农村残疾人就业社会支持体系研究——基于武汉城市圈13县区市的调查[J].武汉理工大学学报(社会科学版),2014(5):754-757.
- [13] BOURDIEU P, WACQUANT L D.An invitation to reflexive sociology with Loïc Wacquant[M].Chicago:University of Chicago Press and Polity,1992:249.
- [14] 王思斌,阮曾媛琪.和谐社会建设背景下中国社会工作的发展[J].中国社会科学,2009(5):128-140,207.
- [15] 李卓,郭占锋.抗逆力视角下留守老人社会疏离的社会工作干预模式[J].华中农业大学学报(社会科学版),2016(6):78-84.

(责任编辑:刘少雷)