

广东省城乡残疾人个体生活能力的分析*

黄东锋¹ 陈 曦¹ 林爱华² 江明旭³ 刘 鹏¹ 陈少贞¹ 李 海⁴ 杨志明³ 龚春光³

摘要 目的:通过分析广东省各类残疾人的生活自理和生活活动,探讨城乡之间各类残疾人个体生活能力的异同并提出对策。**方法:**采用广东省第二次全国残疾人抽样调查中残疾人活动与参与评定的生活自理和生活活动分项目数据进行等级资料的统计处理。**结果:**城市与乡村视力残疾人的生活自理和生活活动的等级差异有显著性意义;肢体残疾人的生活自理的等级差异有显著性意义,而生活活动的等级差异无显著性意义;听力、言语、智力及精神残疾人的生活自理和生活活动在城乡之间的等级差异无显著性意义。**结论:**城市与乡村视力、肢体残疾人的个体生活能力有差异;而听力、言语、智力及精神残疾人的生活状况在城乡之间差异不明显,可采取相应的康复对策。

关键词 残疾;生活;康复;统计分析;抽样调查

中图分类号:R493 文献标识码:A 文章编号:1001-1242(2008)-09-0815-04

Analysis of individual living abilities of people with disabilities in urban and rural areas of Guangdong province/HUANG Dongfeng, CHEN Xi, LIN Aihua, et al//Chinese Journal of Rehabilitation Medicine, 2008, 23(9):815—818

Abstract Objective: To investigate the difference of ability of self-care and living activities between the people with disabilities (PWD) in urban area and the PWD in rural area of Guangdong province by analyzing the relevant data, and consequently, to seek out the corresponding strategies of rehabilitation for the PWD concerned. **Method:** Statistics and analysis were made on the data collected from the Guangdong province in the Second National Sampling Survey of PWD in 2006, with particular concern on the results of the assessment of abilities of self-care and living activities as listed by different categories of disabilities. **Result:** Significant difference in abilities of self-care and living activities were found between the people with visual disabilities in urban area and those in rural area. For people with physical disabilities, significant differences in abilities of self-care were found between those living in urban area and those living in rural areas, while abilities of living activities did not show significant difference. In terms of people with intelligence or mental disabilities, no significant difference of abilities of self-care and living activities were found between the urban population and the rural population. **Conclusion:** To improve the abilities of PWD in self-care and living activities, it is necessary to strengthen community-based rehabilitation and the use of assistive devices.

Author's address Dept. of Rehabilitation Medicine, The First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University, Guangzhou, 510089

Key words disability; living; rehabilitation; statistics; sampling survey

城市和基层乡村残疾人的个体生活能力由于多方面的因素,表现是否会有所不同,在这方面的资料不多。本研究通过分析广东省各类残疾人的生活自理和生活活动,进行城乡比较,探讨城乡之间各类残疾人个体生活能力的异同,提出相关对策。

1 资料与方法

1.1 调查对象

全部资料来自 2006 年 4 月 1 日零时为标准时的第二次全国残疾人抽样调查数据,均由全国统一方式随机抽样的广东省区县人口调查获得。全部为 18 岁及 18 岁以上的残疾人,分 6 类残疾,即视力、听力、言语、肢体、智力、精神,以及多重残疾。

1.2 方法

1.2.1 残疾评定记录表:该表包括残疾类别、残疾等级、残疾发现时间、功能障碍、致病原因,以及残疾人活动和参与评定内容。由专业调查的医生按第二次全国残疾人抽样调查医生手册的要求逐项填写。

1.2.2 残疾人活动与参与评定:采用第二版世界卫生组织(World Health Organization, WHO)残疾评定量表(disability assessment scale),简称 WHO-

* 基金项目:广东省第二次全国残疾人抽样调查研究课题(20070331)

1 中山大学附属第一医院康复医学科,广州中山二路 58 号,510080

2 中山大学公共卫生学院医学统计与流行病学系

3 广东省残疾人联合会

4 深圳市松岗区人民医院康复医学科

作者简介:黄东锋,男,教授,主任医师,博导

收稿日期:2008-08-02

DAS II。该表依据 WHO 的国际功能、残疾和健康分类,简称国际功能分类(International classification of function, ICF)的体系制定^[1-2]。根据第二次全国残疾人抽样调查的要求,ICF 专家组对该表进行了修订,并编写残疾人活动和参与评定手册,作为本次抽样调查的评定工具。

WHO-DAS II 包括 6 个分项目,即理解和交流、身体移动、生活自理、与人相处、生活活动和社会参与。根据被调查者的残疾类型不同,选择的分项目有所不同,但各类残疾均评定生活自理、生活活动和社会参与三项。按在 30 天内活动中存在困难的情况,如无障碍/不适应、轻度、中度、重度和极重度/不能完成,分别评为 1、2、3、4、5 分。本研究对生活自理和生活活动的分项目选择分析。

1.2.3 残疾人调查表:除了将上述记录表中残疾类别、残疾等级、残疾发现时间、功能障碍、致病原因,以及残疾人活动和参与评定等内容的诊断和评定结果填写到该表外,还包括康复建议、是否持有残疾证、接受教育情况、社会保障情况、曾接受何种服务或辅助、本人主要需求等内容^[3]。

全部经选定参加专业调查的医务人员在调查前统一进行专业调查规定的培训及 WHO-DAS II 评定工具使用的培训,考核合格后进入调查队参加相关专业的评定。

1.3 统计学分析

根据本课题数据分析的需要,从第二次全国残疾人抽样调查广东省的数据库中抽取与生活自理和生活活动相关的数据进行统计学分析。

城市与乡村残疾人在生活自理和生活活动的等级资料比较采用两组 Willcox 秩和检验方法,大样本近似 *U* 检验。

2 结果

通过对第二次全国残疾人抽样调查广东省数据库的相关数据资料统计分析,广东省城市与乡村各类残疾人(18—18 岁以上)的生活自理、生活活动二项的状况构成分布及比较结果分别如下。

2.1 视力残疾

见表 1—2。城市与乡村视力残疾人生活自理状况数据的比较显示, $Z=2.016, P=0.044$,在生活自理方面等级差异有显著性意义。城市与乡村视力残疾人生活活动状况数据的比较显示, $Z=2.715, P<0.001$,在生活活动方面等级差异有显著性意义。

2.2 听力残疾

见表 3—4。城市与乡村听力残疾人生活自理状

况数据的比较显示, $Z=0.090, P=0.929$,在生活自理方面等级差异无显著性意义。城市与乡村听力残疾人生活活动状况数据的比较显示, $Z=1.477, P<0.140$,在生活活动方面等级差异无显著性意义。

2.3 言语残疾

见表 5—6。城市与乡村言语残疾人生活自理状况数据的比较显示, $Z=1.417, P=0.157$,在生活自理方面等级差异无显著性意义。城市与乡村言语残疾人生活活动状况数据的比较显示, $Z=0.319, P=0.750$,在生活活动方面等级差异无显著性意义。

表 1 城市与乡村视力残疾人生活自理状况的构成分布及比较

生活自理												合计	
1		2		3		4		5					
例	%	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%
城市	255	68.5	62	16.7	25	6.7	20	5.4	10	2.7		372	100
乡村	782	62.3	257	20.5	119	9.5	68	5.4	30	2.4		1256	100
合计	1037	63.7	319	19.6	144	8.8	88	5.4	40	2.5		1628	100

表 2 城市与乡村视力残疾人生活活动状况的构成分布及比较

生活活动												合计
1		2		3		4		5				
	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%
城市	90	24.2	129	34.7	68	18.3	42	11.3	43	11.6	372	100
乡村	250	19.9	388	30.9	263	20.95	177	14.1	178	14.2	1256	100
合计	340	20.9	517	31.8	331	20.3	219	13.5	221	13.6	1628	100

表 3 城市与乡村听力残疾人生活自理状况的构成分布及比较

	生活自理										合计	
	1		2		3		4		5			
	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%
城市	575	81.8	78	11.1	29	4.1	13	1.8	8	1.1	706	100
乡村	1609	81.6	253	12.8	66	3.3	28	1.4	15	0.8	1971	100
合计	2184	81.7	331	12.4	95	3.6	41	1.5	23	0.9	2674	100

表 4 城市与乡村听力残疾人生活活动状况的构成分布及比较

	生活活动										合计	
	1		2		3		4		5			
	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%
城市	346	49.2	163	23.2	103	14.7	58	8.3	33	4.7	703	100
乡村	875	44.4	543	27.5	308	15.6	157	8.0	88	4.5	1971	100
合计	1221	45.7	706	26.4	411	15.4	215	8.0	121	4.5	2674	100

表 5 城市与乡村言语残疾人生活自理状况的构成分布及比较

	生活自理										合计	
	1		2		3		4		5			
	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%
城市	70	50.4	20	14.4	18	12.9	17	12.2	14	10.1	139	100
乡村	198	53.8	86	23.4	28	7.6	20	5.4	36	9.8	368	100
合计	268	52.9	106	20.9	46	9.1	37	7.3	50	9.9	507	100

表 6 城市与乡村言语残疾人生活活动状况的构成分布及比较

	生活活动										合计	
	1		2		3		4		5			
	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%
城市	32	23.0	33	23.7	13	12.9	20	14.4	41	29.5	139	100
乡村	76	20.7	80	21.7	67	18.2	64	17.4	81	22.0	368	100
合计	108	21.3	113	22.3	80	15.8	84	16.6	122	24.1	507	100

2.4 肢体残疾

见表 7—8。城市与乡村肢体残疾人生活自理状况数据的比较显示, $Z=2.110$, $P=0.035$, 在生活自理方面等级差异有显著性意义。城市与乡村肢体残疾人生活活动状况数据的比较显示, $Z=1.440$, $P=0.150$, 在生活活动方面等级差异无显著性意义。

2.5 智力残疾

见表 9—10。城市与乡村智力残疾人生活自理状况数据的比较显示, $Z=1.165$, $P=0.244$, 在生活自理方面等级差异无显著性意义。城市与乡村智力残疾人生活活动状况数据的比较显示, $Z=0.952$, $P=0.341$, 在生活活动方面等级差异无显著性意义。

2.6 精神残疾

见表 11—12。城市与乡村精神残疾人生活自理状况数据的比较显示, $Z=0.314$, $P=0.754$, 在生活自理方面等级差异无显著性意义。城市与乡村精神残

表 12 城市与乡村精神残疾人生活活动状况的构成分布及比较

	生活活动										合计	
	1		2		3		4		5			
	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%
城市	9	3.6	37	14.9	63	25.4	86	34.7	53	21.4	248	100
乡村	22	3.1	134	19.0	199	28.2	185	26.2	166	23.5	706	100
合计	31	3.2	171	17.9	262	27.5	271	28.4	219	23.0	954	100

疾人生活活动状况数据的比较显示, $Z=0.954$, $P=0.340$, 在生活活动方面等级差异无显著性意义。

3 讨论

建立与残疾有关数据和信息收集、分析和发布的机制, 对这些资料进行研究是制定预防、治疗和康复策略的基础。全国第二次残疾人抽样调查工作应用国际功能分类的理论框架, 获得了新的国家级残疾数据, 并展开残疾监测和康复的普及工作。邱卓英等认为这不仅符合国际社会的发展要求, 而且也为全球范围的残疾数据收集和分析提供经验^[9]。

3.1 视力残疾

城市与乡村视力残疾人的生活自理和生活活动状况有明显差异, 提示目前广东省视力残疾人不但在农村的视力残疾人数量明显高于城市, 而且个体生活能力也受城乡差别的影响, 乡村视力残疾人个体生活能力较差, 推测原因可能是视力残疾人因农村基本个体生活条件的不便会受到更多的阻碍。为此, 在康复对策方面建议要针对他们的具体问题来改善视力残疾人生活自理和生活活动, 将重点放在改善视力残疾的相关农村生活方面, 如家庭用品用具的调适、空间定向提示、无障碍道设计等。

3.2 听力和言语残疾

听力及言语残疾人的生活自理和生活活动状况在城乡之间没有明显差异, 城乡环境不同对听力及言语残疾的个体生活能力影响不大; 另一方面, 也是由于国家政府多年来在聋哑人康复方面工作的大量投入使今天视力及言语残疾人能很好地参与生活。

在康复对策方面建议在目前聋哑人康复工作的基础上, 进一步提高听力残疾人和言语残疾人的个体生活能力, 特别是要对听力残疾和言语残疾类别分开后将面对的新问题要有所考虑。比如: 对不同级别的言语残疾有针对性的病因治疗、言语训练和配送辅助交流用具等^[4]。

3.3 肢体残疾

肢体残疾人在生活自理方面城乡存在差别, 但他们在生活活动方面的差别不明显, 显示城乡生活环境的不同对生活自理有一定影响, 而对生活活动影响则不明显。所以说, 在乡村肢体残疾人居家及日常生活的条件改善仍是必须解决的基本问题, 也有

表 7 城市与乡村肢体残疾人生活自理状况的构成分布及比较

生活自理												合计	
1		2		3		4		5					
	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%	
城市	231	34.2	233	34.5	105	15.5	63	9.3	44	6.5	676	100	
乡村	574	39.6	448	30.9	234	16.1	108	7.5	85	5.9	1449	100	
合计	805	37.9	681	32.0	339	16.0	171	8.0	129	6.1	2125	100	

表 8 城市与乡村肢体残疾人生活活动状况的构成分布及比较

	生活活动										合计	
	1		2		3		4		5			
	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%
城市	55	8.1	230	34.0	161	23.8	105	15.5	125	18.5	676	100
乡村	109	7.5	429	29.6	386	26.6	269	18.6	256	17.7	1449	100
合计	164	7.7	659	31.0	547	25.7	374	17.6	381	17.9	2125	100

表 9 城市与乡村智力残疾人生活自理状况的构成分布及比较

生活自理												合计	
1		2		3		4		5					
	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%	
城市	49	38.9	32	25.4	20	15.9	14	11.1	11	8.7	126	100	
乡村	141	42.2	101	30.2	35	10.5	35	10.5	22	6.6	334	100	
合计	190	41.3	133	28.9	55	12.0	49	10.7	33	7.2	460	100	

表 10 城市与乡村智力残疾人生活活动状况的构成分布及比较

	生活活动										合计	
	1		2		3		4		5			
	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%
城市	5	4.0	27	21.4	21	16.7	35	27.8	38	30.2	126	100
乡村	14	4.2	75	22.5	82	24.6	68	20.4	95	28.4	334	100
合计	19	4.1	102	22.2	103	22.4	103	22.4	133	28.9	460	100

表 11 城市与乡村精神残疾人生活自理状况的构成分布及比较

生活自理												合计	
1		2		3		4		5					
	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%	
城市	111	44.8	89	35.9	24	9.7	13	5.2	11	4.4	248	100	
乡村	320	45.3	223	31.6	89	12.6	51	7.2	23	3.3	706	100	
合计	431	45.2	312	32.7	113	11.8	64	6.7	34	3.6	954	100	

必要加强日常生活方面的调适和指导,如配送适宜的辅助用具、肢体功能训练、日常生活活动能力训练等,促使他们在个体生活方面达到独立。肖敏等^[6]认为每个社区保证有一定能够数量的康复站,配备一定的康复技术人员作指导,在医院康复医学科的专业人员指导下,由专门或兼职的康复员具体服务,使康复服务自上而下落实到残疾人身上,这是保证残疾人康复训练效果的关键。

3.4 智力和精神残疾

智力及精神残疾人的生活自理和生活活动在城乡之间无明显差异,显示城乡环境对智力及精神残疾的影响不大。因此,对智力残疾和精神残疾在日常生活方面的康复可不考虑城乡的差异,采用规范化的方案,如目前开展比较成功的社区精神病防治网络体制的建设在城乡均能发挥较好的作用,大多数精神残疾人能在社区生活。彭虹等^[7]研究显示残疾人身边的家人和社区中各类人群形成的自然支持可以明显地改善残疾人的生存质量。

4 结论

从广东省第二次全国残疾人抽样调查数据分析

显示,城市与乡村视力、肢体残疾人的生活自理和生活活动状况有明显差异;而听力、言语、智力及精神残疾人的生活自理和生活活动状况在城乡之间差异不明显。对此,可采取相应的康复对策,改善残疾人的个体生活能力。

致谢:感谢全体参加广东省全国第二次残疾人抽样调查工作的专家组和专业调查人员。

参考文献

- [1] 世界卫生组织.国际功能、残疾与健康分类[M].日内瓦:世界卫生组织,2001:1—283.
- [2] 邱卓英,王朴,王博.《国际功能、残疾与健康分类》的发展和研究进展[J].中国康复理论与实践杂志,2008,14(1):85—86.
- [3] 邱卓英,吴弦光,丁伯坦,等.残疾分类分级标准相关问题研究[J].中国康复理论与实践杂志,2007,7,13(7):678—680.
- [4] 李胜利,孙喜斌,王荫华,等.第二次全国残疾人抽样调查言语残疾标准研究[J].中国康复理论与实践杂志,2007,9,13(9):801—803.
- [5] 邱卓英,李建军.国际社会有关残疾与康复的理念和发展战略的研究[J].中国康复理论与实践杂志,2007,2,13(2):111—113.
- [6] 肖敏,姜志德,王荣,等.“十五”期间江苏省肢体残疾者社区康复现状与分析[J].中国康复医学杂志,2006,21(12):1130—1131.
- [7] 彭虹,许家成,金萍,等.智力残疾人生存质量与自然支持的相关性研究[J].中国康复医学杂志,2007,22(7):619—621.

国家级继续教育项目 小儿脑性瘫痪及小儿神经系统疾病诊断治疗进展学习班通知

首都医科大学附属北京天坛医院将于2008年10月20—24日在北京举办国家级继续教育项目:《小儿脑性瘫痪及小儿神经系统疾病诊断治疗进展学习班》,承办单位首都医科大学海外学生服务中心。授课教师为小儿神经内科、神经影像、小儿精神科、康复医学著名专家教授。主要授课内容包括:小儿脑瘫的现代治疗、脑瘫的早期诊断(0—1岁小儿神经系统体检)、脑瘫的康复治疗、小儿语言发育障碍的评价诊断及治疗、A型肉毒毒素局部注射治疗痉挛型脑瘫、Gesell儿童发育量表的临床应用、小儿神经系统疾病的影像学检查、儿童癫痫的诊断治疗新进展、儿童情绪障碍、儿童多动注意力缺陷综合征、临床学科研课题设计等。共30学时,授予10学分。学费750元,资料费120元(含光盘2张)。食宿统一安排,费用自理。

报名地址:北京市崇文区天坛西里六号 北京天坛医院儿科 联系人 杨伟力,邓欣;邮编:100050;报名咨询电话:(010) 67096615,67096619,13671289931;授课地点:首都医科大学海外学生服务中心;E-mail:ywlbjttty591018@yahoo.com.cn; xiaoy1314@yahoo.com.cn