

·调查研究·

广州、东营两市0—18岁残疾儿童医疗康复现状及影响因素*

刘 闯¹ 刘 民^{1,3} 薄绍晔² 王治江²

摘要

目的:了解广州、东营两地0—18岁残疾儿童的医疗康复现状并分析残疾儿童进行医疗康复的影响因素。

方法:于2009年10月至2009年12月采用定点普查的方法,对广州、东营两地0—18岁残疾儿童进行调查,使用自行设计的问卷,收集调查地区残疾儿童基本情况、医疗康复形式和康复器具使用情况等信息。

结果:1872例残疾儿童中,已进行医疗康复的比例为57.9%(1053例)。各种类型残疾儿童接受医疗康复的比例分别为听力残疾63.3%(62例),言语残疾69.0%(29例),视力残疾54.3%(50例),智力残疾60.9%(337例),肢体残疾57.2%(301例),精神残疾50.0%(16例),多重残疾54.7%(250例)。残疾儿童康复形式为家庭康复57.5%(606人次)、医院治疗36.7%(386人次)、康复机构18.9%(199人次)、社区康复站10.5%(111人次)、其他机构6.6%(69人次)。残疾儿童年龄、户籍性质、残疾家庭年收入和享有社会救助情况是影响残疾儿童进行医疗康复的主要因素。

结论:残疾儿童医疗康复现状不容乐观,接受正规医疗康复的比例较低。应重点改善农村地区残疾儿童的医疗环境,提高残疾家庭收入并对低收入家庭提供必要的补助,为残疾儿童得到较好的医疗康复提供条件。

关键词 残疾儿童;医疗康复;现状;影响因素

中图分类号:R493 文献标识码:A 文章编号:1001-1242(2011)-08-0754-05

Study on the medical rehabilitation and related factors of disabled children aged 0—18 in Guangzhou and Dongying cities/LIU Chuang,LIU Min,BO Shaoye, et al./Chinese Journal of Rehabilitation Medicine, 2011, 26(8): 754—758

Abstract

Objective:To explore the medical rehabilitation condition of disabled children aged 0—18 in Guangzhou city and Dongying city and its related factors.

Method:A census was carried among disabled children aged 0—18 in Guangzhou city and Dongying city from Oct 2009 to Dec 2009. Using a self-designed questionnaire, face to face interviews were taken to collect basic informations, conditions of rehabilitation form and support appliances.

Result:The proportion of disabled children had medical rehabilitation was 57.9% (1053 out of 1872). The proportions of different types of disabilities in disabled children were hearing disability 63.3%, speech disability 69.0%, visual disability 54.3%, intellectual disability 60.9%, physical disability 57.2%, psychiatric disability 50.0%, multiple disability 54.7% respectively. The rates of rehabilitation form in disabled children were home rehabilitation 57.5% (606), medical service 36.7%(386), rehabilitation agency 18.9%(199), community rehabilitation centers 10.5%(111) and others 6.6%(69) respectively. Age, household nature, income of households and the social assistances were the influence factors of medical rehabilitation among disabled children.

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2011.08.014

*基金项目:联合国儿童基金会和中国残疾人联合会残疾儿童保护项目(2009-2019-1;2009-S1-A1)

1 北京大学公共卫生学院,100191; 2 中国残疾人联合会维权部; 3 通讯作者

作者简介:刘闯,男,在读硕士; 收稿日期:2010-09-01

Conclusion: In Guangzhou city and Dongying city the condition of medical rehabilitation was bad, the proportion of disabled children receiving medical rehabilitation was low. In order to provide better medical rehabilitation for more disabled children, more better medical facilities in rural area should be built, the income level of disabled families should be elevated and social assistant should be enhanced.

Author's address School of Public Health Peking University, Beijing, 100191

Key word disabled children; medical rehabilitation; condition; related factors

医学康复包括为达到康复目的而应用功能诊断、治疗、训练和预防的相关医学技术与科学^[1]。医学康复能够使残疾人的身体功能以及心理功能得到最大限度的恢复,在此基础上,残疾人全面恢复的其他内涵可以更加行之有效^[2]。研究显示多数残疾儿童可以通过康复,部分改善其功能,尤其是低年龄段的儿童更是如此,干预时间越早,干预时间越长,效果越好^[3]。

本研究于2009年10月—2009年12月,通过对广州、东营两地0—18岁残疾儿童进行调查,了解两地区残疾儿童的医学康复率、康复地点和康复器具使用状况并分析影响残疾儿童进行医疗康复的因素,为使调查地区残疾儿童得到更好的医疗康复提供依据。

1 对象与方法

1.1 调查对象

本次调查的对象为居住在广东省广州市和山东省东营市,年龄在18周岁及以下的残疾儿童。

调查对象的选择需满足以下标准:①1991年11月5日零时以后出生;②被正规医疗机构确认并持有残疾证的残疾儿童;③2009年10月5日以前由调查地区残联确认的残疾儿童;④调查地区户籍或居住在调查地区6个月及以上的残疾儿童。

1.2 调查方法

本次调查采用定点普查的方法进行,即对调查地区内满足纳入标准的残疾儿童进行全部调查。由调查员入户进行面对面调查,并由调查员根据调查对象或监护人的回答填写统一设计的调查表。

本研究所用调查表由调查项目组专家设计完成,主要内容包括残疾儿童基本状况、残疾家庭基本状况、医疗康复状况、康复地点和康复器具使用状况等。

1.3 质量控制

①为确保调查数据的可信度,在调查开始前由专业人员对相关调查工作者进行集中培训。统一安排调查方法、调查方式及问卷的填写标准。②所有调查人员在调查完成后,现场检查问卷的完整性。此外,在问卷统一回收后,由每个调查点统一进行20%样本量的抽查,以确保数据质量的可信性和可靠性。③所有问卷录入人员在进行数据录入前,进行统一培训,集中安排问卷录入方式,统一数据录入标准。

1.4 统计学分析

使用Epidata 3.1软件建立数据库,采用双人、双录入方法对数据进行录入及核查。用SPSS 17.0软件进行统计学分析。描述性分析采用率、百分比等。单因素分析采用 χ^2 检验,并以残疾儿童医疗康复现状为因变量建立多元Logistic回归模型,分析其影响因素。

2 结果

2.1 一般情况

本次调查共计1872例,其中广州市801例(41.79%),东营市1071例(57.21%)。调查对象平均年龄(11.94 ± 4.25)岁;男性1163例(62.2%),女性707例(37.8%),男女性别比1.64:1;城镇人口606例(34.35%),农村人口1158例(65.65%)。

调查对象中,单一残疾1378例(74.4%),多重残疾474例(25.6%)。多重残疾中,伴有智力残疾的儿童所占比例最大(69.0%);所有残疾类型中,智力残疾的构成比最大,占调查对象总数30.7%(569例),其后依次为肢体残疾29.2%(541例)、多重残疾25.6%(474例)、听力残疾5.3%(99例)、视力残疾5.0%(93例)、言语残疾2.4%(44例)和精神残疾1.7%(32例)。本调查中共有0—1岁儿童10例,且均由正规医疗机构确诊其残疾类型,并持有残疾证。其中,2名听力残疾,2名智力残疾,3名肢体残疾,3名智力

残疾合并肢体残疾。

残疾家庭年收入最低为 300 元/年,最高 240 000 元/年,平均 15356.91 元/年,多数集中在 6000 元/年以下和 6000-12000 元/年两组,所占比例分别为 30.4%和 29.7%;享有国家最低生活保障的家庭 317 户(17.5%),平均为 472.43 元/月;享有国家其他救助的家庭 273 户(15.3%),平均为 1221.41 元/年,所有家庭户中有 134 户同时享有国家最低生活保障和其

他类型救助。

2.2 医疗康复现状

2.2.1 残疾儿童康复现状:本调查显示,1818 例残疾儿童中已进行医疗康复的有 1053 例(57.9%),未进行医疗康复的 765 例(42.1%)。不同特征残疾儿童医疗康复现状如表 1 所示。

2.2.2 康复形式:在 1053 例已接受医疗康复训练的残疾儿童中有 1045 例对其接受的康复形式进行了选择,具体为家庭康复 57.5%(606 人次)、医院治疗 36.7%(386 人次)、康复机构 18.9%(199 人次)、社区康复站 10.5%(111 人次)、其他机构 6.6%(69 人次)。经 χ^2 检验发现,视力残疾、智力残疾、肢体残疾和多重残疾儿童均与其他类型残疾儿童所采用的康复形式有差异且有显著性意义,详见表 2。

2.2.3 康复器具:本调查中,各种类型残疾儿童康复器具的使用率依次为听力残疾 77.8%(77 例)、言语残疾 34.1%(15 例)、视力残疾 50.5%(47 例)、智力残疾 33.9%(193 例)、肢体残疾 48.1%(260 例)、精神残疾 50.0%(16 例)、多重残疾 44.5%(211 例)。

听力残疾儿童中有 59 人次(76.6%)使用的是助听器;言语残疾儿童中有 6 人次(40.0%)使用助听器;视力残疾儿童中有 23 人次(48.9%)使用助视器,6 人次(12.8%)使用盲杖,4 人次(8.5%)使用自助器,1 人次(2.1%)使用轮椅;智力残疾儿童中有 9 人次(4.7%)使用自助器,10 人次(5.2%)使用轮椅,162 人次(83.9%)使用启智玩具等;肢体残疾儿童中有 8 人次(3.1%)使用了假肢,13 人次(5.0%)使用自助器,43 人次(16.5%)使用矫形器,60 人次(23.1%)使用轮椅,29 人次(11.2%)使用拐杖;多重残疾儿童中有 80 人次(37.9%)使用助听器,8 人次(3.8%)使用助视器,1 人次(0.5%)使用盲杖,18 人次(8.5%)使用自助

表 1 不同特征残疾儿童医疗康复现状分布

残疾儿童特征	医疗康复现状				χ^2 值	P值
	已接受		未接受			
	例	%	例	%		
年龄（岁）					11.292	0.004
0—6	162	64.0	91	36.0		
7—12	397	60.8	256	39.2		
13—18	492	54.2	416	45.8		
性别					0.111	0.739
男	658	58.2	472	41.8		
女	394	57.4	292	42.6		
残疾类型					8.695	0.191
听力	62	63.3	36	36.7		
言语	29	69.0	13	31.0		
视力	50	54.3	42	45.7		
智力	337	60.9	216	39.1		
肢体	301	57.2	225	42.8		
精神	16	50.0	16	50.0		
多重	250	54.7	207	45.3		
家庭年收入（元）					102.489	<0.001
<6000	249	47.0	281	53.0		
6000—12000	266	51.0	256	49.0		
12000—18000	146	60.1	97	39.9		
≥18000	363	76.3	113	23.7		
社会救助状况					1.029	0.310
享有	280	59.8	188	40.2		
未享有	749	57.1	562	42.9		
城市					24.290	<0.001
广州	509	64.4	281	35.6		
东营	544	52.9	484	47.1		
户籍性质					126.249	<0.001
城市	460	76.3	143	23.7		
农村	536	48.2	575	51.8		

注:享有社会救助即享有最低生活保障或其他救助

表 2 不同类型残疾儿童康复形式现状

残疾类型(人数)	医院治疗		康复机构		家庭康复		社区康复站		其他机构		χ^2 值	P 值
	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%		
听力(62)	23	37.1	16	25.8	31	50.0	3	4.8	4	6.5	4.359	0.364
言语(29)	15	51.7	6	20.7	12	41.4	2	6.9	—	—	4.991	0.259 ^{①②}
视力(50)	19	38.0	1	2.0	28	56.0	4	8.0	4	8.0	10.639	0.026 ^{①②}
智力(337)	71	21.1	98	29.1	197	58.5	34	10.1	30	8.9	64.826	0.000 ^②
肢体(301)	127	42.2	35	11.6	183	60.8	38	12.6	13	4.3	20.839	0.000 ^②
精神(16)	9	56.3	2	12.5	9	56.3	3	18.8	1	6.3	2.389	0.638 ^①
多重(250)	120	48.0	40	16.0	140	56.0	27	10.8	16	6.4	11.484	0.022 ^②
合计(1045)	386	36.7	199	18.9	606	57.5	111	10.5	69	6.6		

①由于 20%以上格子数的期望值小于 5,采用确切概率法;② $P < 0.05$,差异有显著性意义

器,22人次(10.4)使用矫形器,31人次(14.7%)使用轮椅,8人次(3.8%)使用拐杖。

2.3 影响因素分析

以残疾儿童医疗康复现状为因变量,残疾儿童性别、年龄、残疾类型、所属城市、户籍性质、残疾家庭年收入和享有社会救助的情况为自变量,运用多因素 Logistic 回归模型(进入法,模型纳入标准 0.05,剔除标准 0.1),分析残疾儿童医疗康复的影响因素。将残疾儿童年龄按连续型变量处理,残疾类型按哑变量处理(由于精神残疾儿童医疗康复率最低,以精神残疾作为参照),残疾儿童性别、所属城市、户籍性质、家庭年收入和享有社会救助的情况按分类变量处理,研究变量赋值见表 3。

由表 4 可以看出,残疾儿童的年龄越大则进行

康复的比例越低,农村地区残疾儿童接受医疗康复的可能性较低,家庭年收入较高或家庭享有社会救助的儿童进行医疗康复的可能性较高。

表 3 多因素 Logistic 回归分析研究变量及赋值表

研究变量	赋值
因变量	
医疗康复现状	0 否,1 是
自变量	
性别	0 女,1 男
年龄	0,1,2……17,18
残疾类型	精神 000000,听力 100000,言语 010000,视力 001000,智力 000100,肢体 000010,多重 000001
家庭年收入(元)	1: < 6000,2: 6000-12000,3: 12000-18000,4: ≥ 18000
社会救助	0 否,1 是
城市	0 广州,1 东营
户籍性质	0 农村,1 城镇

表 4 影响残疾儿童医疗康复的多因素 Logistic 回归分析

因素	β	S.E.	Wald χ ² 值	P 值	OR 值 (95%CI)
性别	0.027	0.110	0.060	0.807	1.027 (0.829-1.274)
年龄	-0.050	0.013	14.583	0.000 ^①	0.951 (0.927-0.976)
残疾类型			3.984	0.679	
听力	0.195	0.453	0.186	0.667	1.215 (0.500-2.953)
言语	0.578	0.518	1.244	0.265	1.783 (0.645-4.924)
视力	-0.069	0.451	0.023	0.879	0.933 (0.386-2.259)
智力	0.013	0.401	0.001	0.973	1.014 (0.461-2.226)
肢体	-0.039	0.401	0.009	0.923	0.962 (0.438-2.110)
多重	-0.049	0.402	0.015	0.903	0.952 (0.433-2.092)
家庭年收入(元)	0.260	0.056	21.553	0.000 ^①	1.296 (1.162-1.446)
社会救助	0.321	0.128	6.301	0.012 ^①	1.378 (1.073-1.771)
所属城市	0.041	0.127	0.101	0.750	1.041 (0.811-1.336)
户籍性质	0.990	0.147	45.343	0.000 ^①	2.690 (2.017-3.588)
常数项	-0.159	0.509	0.097	0.755	0.853

①P<0.05

3 讨论

康复包括旨在减轻残疾的影响并使残疾人能达到与社会相结合的所有措施^[4]。医疗康复有助于培养残疾人的独立生活能力,减轻残疾家庭负担,可使残疾人更好地生活^[5-6]。儿童期是人的心理、生理发展的重要时期,是康复工作的最佳介入时期,儿童康复工作投入小、成效大,是根本改善残疾儿童未来生存状况、减轻家庭和社会负担的永久性抢救工作^[7]。本研究通过分析广州东营两地区 0—18 岁残疾儿童的调查数据,旨在了解该地区残疾儿童的医疗康复现状并分析影响因素。

本次调查发现,残疾儿童医疗康复率仅为

57.9%,13—18 岁年龄组残疾儿童医疗康复率(54.2%)低于平均水平;不同残疾类型儿童中,视力残疾、肢体残疾、精神残疾和多重残疾医疗康复率较低,低收入家庭和农村地区家庭医疗康复率明显亦低于平均水平。在已接受医疗康复的残疾儿童中,采用的康复形式主要为家庭康复,其中肢体残疾和智力残疾儿童家庭康复率较高。这与研究结果一致,说明家庭康复是残疾儿童的主要康复形式,利用医院治疗、康复机构训练或特殊机构等的人数很少^[8-9]。

2001 年中国 0—6 岁残疾儿童抽样调查报告结果表明,残疾儿童康复器具使用率较低^[8],广东

省的残疾人康复器具使用状况调查也得到了相似的结果^[10],这些结果均与本研究中的残疾儿童康复器具使用情况一致,表明我国相当一部分残疾儿童没有得到具有针对性的康复器具。其主要原因可能是我国的社会保障体系尚未建立和完善,残疾人获得辅助器具主要靠个人购买,支付能力有限,另外我国的残疾人辅助器具产品种类少,生产技术水平较低,部分产品仍依靠进口,造成残疾康复器具价格昂贵,加重了残疾人的经济负担^[1]。

本研究中,残疾儿童的年龄、户籍性质、残疾家庭经济状况和享受社会救助的情况是影响残疾儿童进行医疗康复的主要因素,主要表现为:①年龄越小的残疾儿童,进行医疗康复的比例越高。一般认为,年龄较大的残疾儿童对于康复的理解和接受能力高于低年龄残疾儿童,因为接受康复的可能性较高。本研究发现,低年龄残疾儿童接受康复的比例高于高年龄残疾儿童,这可能是由于残疾儿童的康复具有时效性的特点,即越早进行康复得到的效果越明显,随着年龄的增长,残疾儿童或其家长逐渐适应了残疾的状态且已经错过了康复的最佳时机,使得医疗康复的意愿逐渐减淡,另一方面,由于康复是一个长期的过程,可能有一部分家庭由于无法承担昂贵的康复费用,不得不终止康复。值得注意的是,在对残疾儿童进行医疗康复的同时还应注意加强残疾儿童的教育康复,唐木得等^[11]的研究表明,对残疾儿童进行医疗康复并教育康复,其效果明显优于单一的医疗康复。②与农村儿童相比,城市儿童更倾向于进行医疗康复。这与汪卫华^[12]等对江苏省0—6岁残疾儿童进行的调查结果一致,其原因可能是由于城乡间经济发展水平、医疗卫生条件等的差异造成的影响^[13],此外,城市地区家长的康复意识较强以及城市良好的康复环境可能也是造成这一结果的原因。刘民^[13]和黄东锋等^[14—15]的研究结果均表明,不同城乡环境下,残疾的发生、残疾人的个体活动能力和社会参与状况均有较大差异,研究提示,应依据城乡环境的不同制定不同的医疗康复政策。③残疾家庭经济状况、残疾家庭享有社会救助均为残疾儿童进行医疗康复的促进因素,这一结果与李勇^[3]和孙军玲^[9]等的结果相同,可以看出家庭经济条件对残疾儿童是否进行医疗康复有显著影响。王晓华^[16]等的研究

表明家庭收入较低是儿童致残的危险因素。研究提示,应重点关注低收入残疾家庭,帮助低收入家庭残疾儿童得到有效的医疗康复。

致谢:感谢广东省广州市残疾人联合会和山东省东营市残疾人联合会相关工作人员为本次调查提供的帮助。

参考文献

- [1] 申知飞.《中华人民共和国残疾人保障法》释义[M].北京:中国民主法制出版社,2008.57-71.
- [2] 吕军,陈刚,虞慧炯,等.医学康复对实现残疾人康复服务的影响[J].医学与哲学,2007,28(7):57—58.
- [3] 李勇,邵翠霞,梁爱民,等.北京市发育障碍儿童康复及其影响因素调查[J].中国康复理论与实践,2008,14(10):989—991.
- [4] 郑晓瑛,孙喜斌,刘民.中国残疾预防对策研究[M].北京:华夏出版社,2008.310.
- [5] Watkins RA. Medical rehabilitation in the present and a promise for the future[J]. Ann Acad Med Singapore,1983, 12(3): 438—442.
- [6] Mahato ME. Disability prevention and medical rehabilitation (DPMR): prevention of disability and timely referral in leprosy [J]. J Indian Med Assoc,2006,104(12):682—685.
- [7] 蒋丽芳,马颖辉,李培全,等.河南省0—6岁残疾儿童状况调查[J].中国妇幼保健,2008,23(22):3156—3158.
- [8] 中华人民共和国卫生部中华人民共和国公安部中国残疾人联合会.2001年中国0—6岁残疾儿童抽样调查报告[M].北京:中国统计出版社,2003.23—24.
- [9] 孙军玲,季成叶,郑晓英,等.智残儿童康复现状及家庭社会经济因素对其的影响[J].中国临床康复,2006,10(18):29—31.
- [10] 徐光青,兰月,陈曦,等.广东省不同等级残疾人的康复需求分析[J].中国康复理论与实践,2009,15(12):1190—1192.
- [11] 唐木得,叶洪武,龚勇,等.学龄前脑瘫儿童医学康复并教育康复的研究[J].中国康复医学杂志,2010(5):439—442.
- [12] 汪卫华,屈晓燕,冯琴妹,等.江苏省0—6岁儿童智力残疾的城乡差异[J].中国民康医学,2005,17(3):136—138.
- [13] 刘民,栾承,沈励.2006年北京市残疾人抽样调查流行病学特征分析[J].中国康复医学杂志,2009(6):550—552.
- [14] 黄东锋,陈曦,林爱华,等.广东省城乡残疾人个体生活能力的分析[J].中国康复医学杂志,2008,23(9):815—818.
- [15] 黄东锋,陈曦,林爱华,等.广东省城乡残疾人社会参与状况的比较[J].中国康复医学杂志,2008,23(10):913—915.
- [16] 王晓华,曲成毅,施继良,等.北京市0—6岁儿童五类残疾现状和影响因素调查[J].中华流行病学杂志,2005,26(8):569—573.