

残疾人社区康复管理的问题与对策研究*

傅青兰¹ 方玉飞² 俞德鹏^{3,4} 余俊武¹

如何妥善处理好残疾人的生活,保障残疾人权益,使其能很好地融入社会,是一个重大的民生问题。社区康复是一条促进残疾人回归社会的有效途径。中国的社区康复自1986年起步,经过27年的发展,已初步形成一个中国特色的社区康复体系,其主要特点为组织领导上以政府主导、社区为本、坚持社会化工作方式;方式方法上,因地制宜、分类指导、模式多样、方法灵活;管理上依靠社区工作网络多部门统一协作^[1]。经过了二十余年的实践,取得了一些成就,但也存在不少问题和困惑,需引起重视^[2]。

1 残疾人社区康复管理的现状

在我国,社区康复的管理涉及政府、民政、残联、卫生、教育、财政多个部门的工作。社区康复的开展由于受到各地资源不均等的限制,也存在地区不同的差异,各个地区结合当地实际情况,具体实施的个性化管理。

1.1 政府支持的福利院式社区康复管理

民政部门对残疾人社区康复的管理主要依托福利机构福利工作、惠民救助、福利企业三项工作。在社会各级福利院中实现养、治、教结合的管理方法。鼓励在社会福利院中设立康复部,配备护士与康复治疗师,使残疾人能在福利院里进行康复治疗。通过募集公益资金用于残疾人医疗康复。在残疾人社区康复管理中主要多采取惠民救助政策,采取普惠与优待相结合、救助与扶持相结合的模式,帮助残疾人增强生活的信心,保障基本权利。民政部门鼓励兴办社会福利企业,在企业中安置了一定数量的具有一定劳动能力的残疾人,解决残疾人职业康复和就业问题,帮助残疾人回归社会。

1.2 依托社区卫生服务的社区康复管理

卫生部门对残疾人社区康复的具体做法主要依托社区卫生服务,以三级和四级网络服务为主。目前以康复医学科为骨干,卫生站为平台,家庭为基础,三级医院对口支援和双向转诊为技术支持,四级康复网络的工作模式^[3],是目前我国社区康复的主要模式。

1.3 残联部门的社区康复管理

社会各级残联在对社区康复的管理上有三种形式。第一种,残联会根据本地医疗资源和残疾人情况直属设有一个公益性事业单位残疾人康复中心。康复中心主要采用医院管理模式,以残疾类别作为康复管理的分类,服务形式上采用住院、门诊及上门随访三种形式。第二种,由残联举办,社区提供场地,残联配备设备,已形成一定的产业化运作的基层康复站管理。第三种,地方残联有时会借助于社区医院的康复场所和康复技术力量,与当地社区医院合作,由残联出资购买康复设备,社区医院提供残疾人康复场所和康复服务。这是一种新型的,两部门合作的,充分利用各自康复资源的社区康复管理模式,值得推崇。

1.4 以特教学校为主体的残疾人教育康复管理

特教学校隶属于各地教育部门主管,主要招生对象是适合在校学习的义务教育阶段学龄残疾儿童、少年。通过在校的学习,培养残疾儿童掌握一定的文化知识和基本技能,掌握一定的生活、劳动能力,树立自尊、自信、自立、自强的精神。向当地校外残疾人工作者及家长等提供教育、康复方面的咨询和服务。

1.5 社会力量为主体的民办的残疾人康复管理

很多城市在当地残联的监督下,利用社会力量,根据残疾人的特点专门开设专科康复。民办康复机构的服务对象是面向社区的残疾人,以儿童为主,在管理上要求在残联备案,接受残联监督检查,向残疾人群提供专业的康复服务和社会支持。解决了公办残疾人,特别是儿童,康复机构少、儿童康复难的问题,是残疾人社区康复的另一补充群体。

2 残疾人社区康复管理中存在的问题

2.1 社区康复管理理念中存在的问题

由于我国的社区康复起步较晚,各地区发展极不平衡。目前,国内的社区康复管理理念较多的停留在医疗手段,与2010年《社区康复指南》中提到社区康复理念还有一定的差距。

2.1.1 不够重视残疾人本身的康复需求:由于残疾人社区康复工作需要多部门的参与,各部门之间在对残疾人社区康

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2014.06.014

*基金项目:2013年宁波市科技局软科学项目(2013A10080)

1 宁波卫生职业技术学院,315104; 2 宁波市第二医院; 3 宁波大学; 4 通讯作者

作者简介:傅青兰,女,讲师,主治医师; 收稿日期:2013-07-18

管理理念上存在着认识不统一。我国的传统社区康复管理是一种自上而下的理念,以政府主导,各部门协调为主^[4]。但是,许多部门在社区康复的管理目标上尽管也进行“残疾人康复需求调查”,但在这个调查设计中并没有太多体现生计、社会和赋权的内容。没有真正以残疾人康复需求为出发点去设计社区康复的服务工作。

2.1.2 与“社会融合”的康复目标有差距:WHO把社区康复定义为“社区康复是为社区内所有残疾人的康复、机会均等及社会包容的一种社区整体发展策略”^[5]。2010年《社区康复指南》提出了最新的社区康复理念,包含健康、教育、生计、社会、赋权五个部分^[6]。健康部分是延续社区康复之初的主要内容,包括预防、医疗、康复;教育部分包括儿童的早期教育、初级教育、高等教育、非正规教育和终身教育;生计部分包括技能发展、就业、社会保障;社会部分包括人际帮助、婚姻家庭、文化娱乐;赋权部分包括倡导与交流、社区动员、政治参与^[7-11]。

我国目前的社区康复管理理念出发点是对残疾人的身体缺陷进行一定的医学补偿和恢复。这种管理理念试图通过医疗手段,去改变或者“正常化”残疾人,用一个个量化的标准来衡量残疾人的康复能力^[12]。政府各个部门在管理理念上目前的重心是将社区康复纳入社区卫生服务,通过面和点的铺开,来实现残疾人的社区康复服务。即便到了社区,大部分的管理理念还是复制大型医疗机构的康复模式,将残疾人框定在一定的治疗场所进行单纯功能上的康复,不重视功能本身与生活和职业的衔接。比如残疾人在医疗机构学会了步行,但回到农村的家里,则不能完成上述动作,因为很多的康复环节与其日常生活、职业环境脱节。这种“医学补偿”和“正常化”残疾人的理念,以及通过复制医疗机构的康复模式的社区康复管理理念,与我国整体的康复事业发展水平、社会对康复的认知有很大的关系。

2.2 社区康复管理决策层面存在的问题

社区康复管理的决策层面包括政府立法,政策引导,健全管理网络,搭建平台。为社区康复营造一个比较好的社会环境,但目前存在问题主要如下:

2.2.1 缺失关于残疾人社区康复方面的立法:目前,我国关于残疾人的立法主要是1990年12月颁布的《中华人民共和国残疾人保障法》,2008年4月28日进行了修订。法律维护了残疾人在康复、教育、劳动就业、文化生活、社会保障、无障碍环境、法律责任多方面的权益。其中第二章规定了康复相关问题,强调了各级人民政府和有关部门的责任。法律规定了医学院校和其他有关院校应当有计划地开设康复课程,设置相关专业,培养各类康复专业人才^[13]。

尽管《残疾人保障法》中有关于残疾人社区康复形式的认可,有规定各级政府在建康复机构、培养技术人才方面

的责任,但是六条条款并没有将残疾人社区康复管理中的责权利予以明确规定。没有规定社区康复工作中政府各部门间的职责和作用,没有规定社区康复的考评机制。因此,《残疾人保障法》只是对残疾人在享受康复权利方面的基本规定,多是一些原则性的条文,具体法规配套不够详细,并不是社区康复的法律保障。而国务院颁发的一系列关于残疾人工作的指导意见,都在其中提出了要健全保障体系,要使残疾人“人人享有康复”的美好愿景。虽然这些意见都是社区康复工作中的指导性意见,却不具备法律约束力。

2.2.2 各部门对残疾人社区康复工作缺乏协调:我国的康复工作是以强化自上而下“康复管理”为中心的,倾向以行政角度来解释“康复管理”的概念,并参照国家行政组织层层领导、指挥、开展工作“典型的一体化行政体系”。由全国相关业务部门组成的全国残疾人康复工作办公室是残疾人康复工作的最高决策、指挥和协调部门,也由此决定了康复服务由多个机构共同开展的现状^[14]。但是由于各部门工作的重点不同,各自都有自己的工作方法和思路,多个部门对各自部门的残疾人康复工作进行独立管理,造成了残疾人康复工作的人为分割和复杂化,不利于统筹康复资源,不利于残疾人寻求最全面的康复服务。多部门的独立管理也助长了各部门为了政绩而争抢康复资源或是跃进式工作模式,造成资源配置的失衡,引起康复资源的极大浪费^[14]。

2.3 社区康复管理实施层面存在的问题

2.3.1 社区康复技术力量薄弱:社区康复工作是一个多学科、跨专业的综合工程^[15],需要专业的康复医学人才,需要社会工作者,心理学家,物理治疗师,康复治疗师等大家共同参与,尽管我国从20世纪80年代开始着手就培养康复医学专业人才,但仍不能满足社区康复事业发展的需求。目前我国残疾人服务机构工作人员总数37566人,其中,业务人员20789人,行政人员9420人,其他人员7357人,高级职称2020人(占5%),中级职称5255人(14%),初级职称7488人(20%),无职称61%。缺乏康复人才培养的体制机制,康复人才总量不足、结构不合理、素质不高是制约残疾人康复事业发展的主要原因之一。广大农村和西部地区康复人才极度匮乏,致使康复机构服务能力不高,发展缺乏竞争力和可持续性^[16]。

2.3.2 残疾人信息管理不健全:随着残疾人工作范围的不断拓展,残疾人康复事业对信息化建设的要求也日益紧迫。目前残疾人信息资料管理主要采取网上调研和现场调查两种形式,如中国残疾人联合会有一个“全国残疾人康复需求调查系统”(http://kfdc.cdpf.org.cn/),需要残疾人本人注册和登录。全国残疾人康复工作办公室编制有一份“残疾人康复服务档案”,由“康复需求调查表”、“康复服务记录”、“康复服务评估”等三个方面构成。但在“康复服务记录表”上,没有更

为细化的服务内容记录和评定训练记录。“康复服务评估”中只要写出对服务的满意和不满意的评价,且一年做一次评价,无法评价出康复的质量。因此,残疾人信息存在不详细、不完整的情况。

另外,在信息管理上,也存在不健全、不达标现象。如2007年上海市采用专家现场评审法,对6个中心城区的残疾人康复服务工作进行综合评价,分别计算信息管理相关一级、二级指标的实现程度和三级指标的达标率。6个区康复服务信息管理平均实现程度为73.1%;康复服务建档率仅有2个区达标,康复服务信息数据库及数据库动态维护的达标率分别为50.0%和66.7%;残疾儿童首诊报告制度、残疾人全面康复服务转介有效率和社区疑似残障者报告制度的达标率分别为16.7%、16.7%和33.3%^[17]。可见,在残疾人信息管理方面还有很多未尽的事宜。

2.3.3 缺少管理绩效评价:纵观国内对残疾人社区康复管理绩效评价,较少有实质性的记载。在一些个案报道中,有提出卫生局对社区康复服务组进行年终工作考核^[18];指出社区康复的成分效益分析评价中,要多注重社区康复所带来的社会效益、经济效益^[19];有关于对社区康复站工作人员考核的方法通过发、收工作满意度调查问卷,通过从各社区聘请行风监督员,定期对各站工作、行风进行评议^[20];提到了对残联社区康复检查评估考核机制包括对残疾人康复效果的评估和社区康复工作的评估^[21]。就连全国残疾人康复工作办公室编制的“残疾人康复服务档案”中,也只要求残疾人对服务的非常满意、满意和满意做出选择,对服务效果做出优良、一般、较差的选择,且一年做一次评价,没有量化的评价指标。

据调查了解各个部门在年度工作评价方式上多采用总结、自检的方式,较少注重残疾人群对该项目的评价,几乎不采用第三方评价的方法,使残疾人社区康复工作的管理工作流于表面,缺乏深入的思考。

3 完善残疾人社区康复管理的对策

3.1 提升残疾人社区康复管理理念^[12]

要向残疾人社区康复的各级管理人员、工作人员、宣传社区康复理念,树立以“残疾人为中心”及以“社会融合”为目标的社区康复管理理念。面向城市、农村,通过这种宣传渠道,向人民群众,宣传残疾人社区康复的基本内容和意义,普及康复知识,引起广大群众对康复的认识^[22]。

3.1.1 确立“以残疾人为中心”的管理理念:在国际上,社区康复服务模式特别是十分突出“人权”和“参与”两个因素,已经不仅仅停留在以医疗为基础的服务观念了。所以,我国的社区康复管理理念首先要树立“以残疾人为中心”的理念。了解残疾人的康复需求,让残疾人自己决定需要什么样的康

复服务,最需要解决什么障碍和问题,让残疾人参与康复计划的制订,康复效果的评价,掌握自己的生活决策过程^[12]。

“以残疾人为中心”的社区康复管理理念体现自下而上的策略,突出残疾人自我管理,自我掌控的要求,倡导赋予残疾人自主权利,让他们能够有能力为自己做出决策,有能力积极掌控自己的生活,即有一定的心理能力。要培养残疾人能掌控和选择自己生活环境的能力,即有一定的躯体能力和职业能力。鼓励残疾人和周边环境互动,积极参与社区生活,即环境支持^[12]。在制定残疾人社区康复计划和项目时,要以残疾人康复需求为出发点,着眼于残疾人的具体困难和最迫切需要解决的问题,从能为残疾人解决实际问题,提高生存质量。

3.1.2 树立“社会融合”的管理理念:传统的隔离式的康复理念,把残疾人放在治疗大厅中康复,残疾人在康复机构学到的康复能力有时并不适合在家庭和社区中生活。此时,康复只是一个量化的指标,只是验证了康复治疗的效果,但不能真正促使残疾人回归家庭,融入社会。

“社会融合”的管理理念有两个内涵:一是使残疾人本身树立起融入社会的信心和理念,积极配合在社区中的康复治疗与管理;二是通过改造社会环境,要求社区通过改造和调整自己的环境和服务,排除社区中影响残疾人融入社会的障碍,满足残疾人的康复需求,让每一个残疾人都能够全方位参与到社区生活中来,享受主流的医疗、培训服务,享有平等的工作机会。这种调整可以使物理环境,如推广无障碍设施,改造社区环境;也可以是社会结构和观念上的,如调整社会政策和理念,重视残疾人的权利。所以“社会融合”的社区康复管理理念应强调的是社会环境,强调人与人之间的社会融合和高质量的社会生活^[23]。总之,残疾人社区康复的管理理念目标在于:尊重残疾人的权利,赋予残疾人以掌控自己生活的权利;推动残疾人的社会参与,促进社区的融合^[12]。

3.2 针对管理决策层面的对策

对于管理决策层来说,在社区康复中始终具有指引方向和政策保障的作用,能为社区康复的顺利开展提出制度、政策或立法的保障,能建立起组织框架,能明确各部门在管理中的职责和功能。明确责权利,指明方向。使得更多的残疾人在政府的决策安排下享受社区康复服务^[24]。

3.2.1 制定关于残疾人社区康复的法律:国家的支持是社区康复建设的基石,要以立法的形式扶持社区开展康复事业^[25]。鉴于目前全国人大、国务院及其各部委都没有关于社区康复方面的立法,对于社区康复管理的引导主要借助于《中华人民共和国残疾人保障法》和国务院《关于进一步加强残疾人康复工作的意见》、《中国残疾人事业“十二五”发展纲要》等文件精神。因此,全国及地方人大应对残疾人社区康复立法,建立完善的法律体系,保障残疾人的权益和社区康复事业的

发展。

建议由全国人大常委会制定《中华人民共和国残疾人社区康复法》,或由国务院制定《残疾人社区康复管理条例》,并由相关部门制定《残疾人社区康复管理条例实施细则》等规章,建立完善的残疾人社区康复法律体系。残疾人社区康复法以保障残疾人康复权利为法律宗旨,规范残疾人社区康复工作中民政、残联、卫生、教育、财政各部门的责权利关系;规范残疾人社区康复管理中各执行机构的软硬件条件和工作细则;规范社区康复服务能力,规范社区康复技术要求,制定社区康复服务质量标准;细化社区康复工作内容;规范社区康复管理绩效评价。

3.2.2 协调各部门在社区康复中的作用:有学者早在1997年就提出过社区康复管理的重要性,建议成立科研专题组,专门研究社区康复的管理问题,管理不加强,社区康复就无法有效地生存和发展^[26]。所以,要想协调各个政府部门,整合各自资源,需要由政府牵头,成立一个不直属于任何部门的管理平台,诸如社区康复培训、研究、信息中心。平台由政府卫生局、残联、社区医院、教育等多个部门组成,下设理事会,由政府民政部门管理协调。建议将高校纳入该平台,在专业人才培养、技术研发等方面发挥优势互补作用,同时发挥高校青年志愿者的作用。各部门整合各自的残疾人社区康复资源,联合工作。当地的残疾人社区康复工作,由社区康复培训中心统一统筹安排,开展残疾人康复情况调研、康复培训、康复服务及绩效评价工作。此种模式的构建主要有利于整合所有部门的资源,有利于康复资源和经费的统筹安排,有利于平衡各社区康复资源不平均,有利于平衡各地区康复技术力量不均等。但是,这种多部门协调的平台,需要政府各部门在达成共识的基础上建立,同时,也需要将资源和成绩共享的前提下,接受统一的协调和安排。

3.3 针对管理实施层面的对策

3.3.1 强化社区康复技术管理:提高从管理人员到技术人员到社区志愿者和残疾人本人及家属的整体性的康复理念;建立社区康复人才库,鼓励高等院校开设康复医学及康复治疗技术相关专业,培养社区康复技术人才,完善人才储备。对社区医生技术管理的强化可采用短期进修、讲课、参加康复医学培训班等形式进行培训,使社区医师掌握最基本的且简单实用的康复技术^[27]。另外,加强政府领导,完善各级残疾人康复人才培养工作机构。鼓励高校设置社区康复相关专业,培养出高素质的社区康复专业人才,从根本上解决人才队伍建设问题^[28],加强康复人才梯队建设。政府及有关部门制定出台康复人才保障机制相关政策,采取适当的人才评价和激励机制,奖励在社区康复岗位做出突出贡献的康复技术人才,为留住人才,吸引人才建立长效的保障机制和制度^[29]。

3.3.2 完善残疾人社区康复信息管理平台:以“完整人”理念

为指导,以康复内容和满足残疾人需求为目标,以适用于社区康复为基础,简化各种程序,健全残疾人信息资料,完善信息管理平台。要对民政、残联、卫生各部门分管残疾人工作的工作人员进行相关的培训,康复档案设立专员管理,进一步提高对残疾人信息管理重要性的认识。建立残疾康复信息管理制度,完善收集整理。对收集到位的资料,要分门别类进行归档,进行分析。完善三级信息管理平台,使残疾人康复信息网络化,将省、市、县三级残疾人康复服务信息联网,让残疾人上网能查阅自己的信息及关心残疾人康复资源,使不同的残疾人社区康复工作人员能随时了解到所管辖残疾人的社区康复情况,这不仅是残疾人信息管理的需要,还是评价残疾人社区康复进展的方法之一^[30]。

3.3.3 创新社区康复绩效评价体系:社区康复工作历来缺少正规及量化的评价指标,使残疾人社区康复工作一直缺乏绩效管理目标。在对各部门尤其是基层社区康复服务站的管理工作考核上,笔者建议使用第三方评价机制,创新传统以自查总结为主的主观评价标准,引入第三方客观的评价体系。①社区康复效果的评价。由当地社区康复管理平台聘请康复专家,专家应是当地综合性康复机构的康复医师或具有中级以上职称的康复治疗师,每年对辖区内街道残疾人样本进行综合康复评估。评估指标以“躯体康复”和“社会融合”作为切入点,检查残疾人样本的康复实施情况和效果,并检查社区康复站的软硬件建设。②康复满意度评价。随机发放残疾人社区康复满意度调查及残疾人康复自评调查,了解社区康复在残疾人当中的满意度。③信息管理平台评价。随机抽取辖区内《残疾人/障碍者基本情况登记表》、《残疾人康复需求调查表》等残疾人管理档案,检查信息的完整性和准确性。登录残疾人信息管理电子平台,检查康复管理记录。④成果评价。对各社区每年开展的康复培训、指导情况,活动资料、论文、研究报告、子课题等成果情况进行评价记录。⑤组织评价。将医疗康复、教育康复、职业康复、心理康复列入考核指标,不仅仅注重躯体康复。考核医疗、教育、民政、残联各部门的责权利协调情况,各部门在残疾人社区康复中的分工合作执行情况。⑥整体评价。组织国内社区康复权威专家就当地社区康复开展的整体情况,开设的管理模式,社会效益和经济效益方面做出整体评价。与国内其他地区做出比较,明确优势与不足。各地可以根据当地实际情况,酌情考虑当地的残疾人社区康复管理绩效指标。

参考文献

- [1] 卓大宏.中国的社区康复现状[J].中国残疾人,2004,9:43.
- [2] 胡建勇,孟祥博,樊振勇.发展社区康复的若干问题探讨[J].中国农村卫生事业管理,2012,32(10):1005—1006.
- [3] 赵林.社区持证残疾人康复现状与需求调查分析[J].中国康复理论与实践,2009,15(8):790—791.

- [4] 孟晓,韩纪斌,曹跃进,等.试论社区康复的国际理念和中国实践[J].残疾人研究,2011,4:41—47.
- [5] International Labour Organization, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, World Health Organization. CBR:A strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities. Joint position Paper 2004[R].Geneva: WHO,2004.
- [6] WHO. CBR Guidelines: Introductory Booklet. Geneva. 2010;23—26.
- [7] WHO. CBR Guidelines:Health Component.Geneva.2010:1-3.
- [8] WHO. CBR Guidelines: Education Component. Geneva.2010:1—3.
- [9] WHO. CBR Guidelines: Livelihood Component. Geneva.2010:1—3.
- [10] WHO. CBR Guidelines: Society Component. Geneva.2010:1—3.
- [11] WHO. CBR Guidelines: Empowerment Component. Geneva.2010:1—3.
- [12] 刘鲲.残疾人社区康复的理念和策略[J].社会福利,2010,12:30—31.
- [13] 孙树菡,朱丽敏.资源整合,拓宽康复之路[J].中国社会保障,2010,4:31—32.
- [14] 邱卓英,李多.现代残疾康复理念、政策与社区康复体系研究[J].中国康复理论与实践,2011,17(7):601—605.
- [15] 张鸣生,朱洪翔,许伟成,等.广州市社区卫生服务中心社区康复建设对比研究[J].中国康复医学杂志,2010,25(12):1185—1187.
- [16] 残疾人康复人才建设“十二五”实施方案 <http://www.bl.gov.cn/doc/yjbl/shfw/lstd/cjr/kfhl/176866.shtml>
- [17] 张文红,陈刚,吕军,等.上海市残疾人康复服务信息管理现状调查[J].中国康复理论与实践,2007,13(5):493—494.
- [18] 封岩. 残疾人康复服务纳入公共卫生服务体系的实践与思考[J]. 社区卫生保健,2009,8(1):16—18.
- [19] 张鸣生.城市社区康复医疗的组织网络、基本设施与效益[J].中国康复医学杂志,2003,18(3):184—186.
- [20] 王铁军.社区医疗康复服务应纳入城市区域性医疗规划[J].中国厂矿医学,1997,10(4):282—283.
- [21] 臧振君. 北京市朝阳区社区康复概况分析[J]. 中国康复医学杂志,2008,23(6):560-562.
- [22] 李艳,史珍莉,张长杰,等. 社区康复在残疾人康复体系中的意义及发展现状[J]. 中国康复理论与实践,2012, 18(2): 190—192.
- [23] 刘林,郭悠悠. 残疾人社区康复的认知与实践[J]. 中国康复理论与实践,2011,17(7):609—612.
- [24] 王荣丽,谢斌,王宁华. 香港社区康复的借鉴与启示[J]. 中国康复理论与实践, 2008,14(9): 897—898.
- [25] 徐俊峰,孙岚,王征美.社区康复建设构想[J].辽宁中医药大学学报,2010,12(4):32—34.
- [26] 卓大宏.关于正确处理社区康复工作中的几个关系[J].现代康复,1997,1(6):402—404.
- [27] 吴佳佳. 建立全科医师制度的指导意见发布[N]. 经济日报,2011-07-08(003).
- [28] 罗洪英,陈卓颐,罗治安,等. 专业建设促进人才培养[J]. 卫生职业教育, 2010, 28(2): 21—28.
- [29] 彭德忠.社区康复[M].北京:人民卫生出版社,2012:19—20.
- [30] 郑锦宝.浅谈加强残疾人康复业务档案的管理 [J].管理观察,2009,6:38—39.

(上接第559页)

- domized controlled trial[J]. Am J Phys Med Rehabil, 2012, 91(9):747—760.
- [10] Gates PE, Banks D, Johnston TE, et al. Randomized controlled trial assessing participation and quality of life in a supported speed treadmill training exercise program vs. a strengthening program for children with cerebral palsy[J]. J Pediatr Rehabil Med, 2012, 5(2):75—88.
- [11] Matsuno VM, Camargo MR, Palma GC, et al. Analysis of partial body weight support during treadmill and overground walking of children with cerebral palsy[J]. Rev Bras Fisioter, 2010, 14(5):404—410.
- [12] McNevin NH, Coraci L, Schafer J. Gait in adolescent cerebral palsy: the effect of partial unweighting[J]. Arch Phys Med Rehabil, 2000, 81(4):525—528.
- [13] Zwicker JG, Mayson TA. Effectiveness of treadmill training in children with motor impairments: an overview of systematic reviews[J]. Pediatr Phys Ther, 2010, 22(4):361—377.
- [14] Dietz V, Colombo G, Jensen L, et al. Locomotor capacity of spinal cord in paraplegic patients[J]. Ann Neurol, 1995, 37(5):574—582.
- [15] Phadke CP, Wu SS, Thompson FJ, et al. Comparison of soleus H-reflex modulation after incomplete spinal cord injury in 2 walking environments: treadmill with body weight support and overground[J]. Arch Phys Med Rehabil, 2007, 88(12):1606—1613.
- [16] Kurz MJ, Wilson TW, Corr B, et al. Neuromagnetic activity of the somatosensory cortices associated with body weight-supported treadmill training in children with cerebral palsy[J]. J Neurol Phys Ther, 2012, 36(4):166—172.