

·调查研究·

无锡市滨湖区肢体残疾人康复服务需求的调查研究

徐斌^{1,2} 刘虹^{3,4} 傅锡南² 薛霞² 严美莹²

摘要

目的:探索不同境况下的肢体残疾人的需求差异,为制定康复服务政策提供客观依据。

方法:针对肢体残疾人康复需求大样本流行病学调查研究。通过在无锡市滨湖区进行现况调查,采用横断面调查获取滨湖区9个街道(镇)肢体残疾人的调查问卷2831份,描述肢体残疾人的康复及相关需求。

结果:2015年无锡市滨湖区肢体残疾人中男性占62.5%,女性占37.5%,但不同性别中康复服务需求率相仿,分别为33.6%、33.17%。残疾等级以二级和三级居多,康复服务需求率在一级、二级中需求率较高,分别为43.17%和45.14%。虽然青少年儿童肢体残疾人并不多,但其中有康复需求的人群占到了该人群的70.37%。婚姻状况中未婚肢体残疾人占绝大多数,而离异肢体残疾人的康复服务需求率最高,达40.85%。就业肢体残疾人的康复服务需求率明显低于未就业肢体残疾人。而过去1年获得过康复服务的依然有较高的康复服务需求率。功能训练依旧是滨湖区肢体残疾人的主要康复服务需求,同时辅具器具的需求量较大。

结论:在肢体残疾人康复服务需求摸底与政策制定时可考虑适当倾斜儿童青少年、有婚姻经历、未就业、重残或过去曾有康复服务需求的残疾人群。通过健全机制,扩大部门合作和社会联动,加强残疾预防和健康教育,使更多肢体残疾人享受到适宜的康复服务。

关键词 康复服务; 残疾; 肢体残疾人

中图分类号:R492 **文献标识码:**B **文章编号:**1001-1242(2017)-09-1040-03

残疾是由于躯体功能或精神心理的障碍,或难以适应正常社会的生活和工作的身心状态。从本质上讲,残疾是有某些健康状况的个体在其个体因素和环境因素之间的互相作用的消极方面^[1]。我国将残疾人群分为听力、视力、言语、肢体、精神、智力、多重,共7种类别4个等级。肢体残疾是指其中肢体残缺、畸形、麻痹所导致相当程度的人体运动功能障碍。由于先天、医疗、工伤等原因造成肢体残疾人仍在残疾人群中占到较大比例。

为了解肢体残疾人的康复服务相关需求及生活质量,以此为依据提供个性化的服务,本研究基于“全国残疾人基本服务状况和需求专项调查”,对无锡市滨湖区肢体残疾人群进行了现况调查。

1 资料与方法

1.1 研究对象

户口在无锡市滨湖区且于全国残疾人人口基础数据库中登记并持有第二代《中华人民共和国残疾人证》的肢体残疾人及在数据库中登记而暂未持证的疑似肢体残疾儿童。

1.2 调查问卷

问卷为《全国残疾人基本服务状况和需求专项调查表》,此调查表由国务院残工委办公室制定,其中包含姓名、残疾证号、监护人信息、联系方式、经济及住房状况、去年接受康复服务情况、康复服务需求等信息。

1.3 方法

滨湖区于2014年下半年提前做好残疾人人口基础数据库的核查工作,并根据《2013年统计用区划代码和城乡划分代码》将残疾人人口基础数据库中的持证残疾人和暂未持证的疑似残疾儿童基础信息与乡镇(街道)、村(社区)行政区划进行对应划分,组织基层残疾人专职委员和村(社区)干部等对本辖区内的残疾人进行摸底核查,为现场入户调查打好基础。同时统一培训调查员、分发调查手册配置调查器材装备。

专项调查内容的时间截止点为2015年1月1日零时,由乡镇(街道)、村(社区)残联专干及各级干部持《全国残疾人基本服务状况和需求专项调查表》直接入户进行调查,如确实无法当面调查,则通过电话问答进行问卷填写。调查登记和复查工作从2015年1月1日开始到3月30日结束。

1.4 统计学分析

运用全国专用残疾人调查系统实施数据录入,将所有原

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2017.09.014

1 南京医科大学公共卫生学院,211166; 2 无锡市滨湖区残疾人联合会; 3 南京医科大学医政学院; 4 通讯作者
作者简介:徐斌,女,硕士研究生,助理研究员; 收稿日期:2016-03-03

始资料信息转换为数值资料及等级资料,使用SPSS 22.0统计软件对计数资料进行统计分析。

1.5 质量控制

1.5.1 问卷的真实性控制:对调查员进行统一、严格的培训,学习残疾人问卷调查相关定义知识,强调调查研究的重要意义,保证信息的真实性和可靠性,减少偏倚和误差。同时通过对残疾人及其家属进行宣传,传达调查的意义,争取其配合,确保调查信息的代表性,真实性。

1.5.2 研究过程的准确性控制:对调查表进行输入,并随机抽取不低于10%左右的样本进行复录。复录后,核对错误率必须控制在0.05%以内,否则所有资料进行重新录入,直至抽样错误率在0.05%以内。

2 结果

2.1 问卷回收及研究对象的一般情况

研究共发放问卷2834份,其中3份疑似残疾儿童问卷因没有残疾等级信息而在分析数据时予以剔除,回收有效问卷2831份(有效应答率:99.89%),原录错误率为0.0077%,复录错误率为0.0038%,录入数据有效。研究对象中男性1770人(62.5%),女性1061人(37.5%);平均年龄为55.76岁;工作状况:就业年龄段(16岁≤年龄<60岁,共1585人)未退休或未领取养老金人员为1248人(78.74%),退休或靠养老金生活的人员为337人(21.26%)。

2.2 肢体残疾人康复服务需求分布比较分析

在2831位肢体残疾人中,无康复需求的人数为1884人(66.55%),有康复需求的人数为947人(33.45%)。本研究有康复需求的相关问题,无康复需求的研究将另行研究。见表1。

在有康复服务需求的947人中,康复医疗205人,功能训练496人,辅助器具373人(可多选),见表2。

3 讨论

3.1 康复需求的影响因素

研究发现,在不同性别中康复需求的比例没有明显差异。这主要归因于现有的康复服务项目没有性别上的区分,同时滨湖区处于经济、文化较为发达的长江中下游地带,性别歧视较少,确保了女性也能有主张康复服务需求的权利。这一结果与位处珠江三角洲的城市调查结果相一致,均为康复需求无性别差异^[2]。

在年龄的分组上,考虑到现行的不同康复服务项目而进行了不规则分段式划分。研究显示,15岁以下儿童组、60岁以上组、16—59岁组的康复服务需求依次降低。15岁以下儿童组(尽管样本数偏小)是最需要康复需求服务,这一方面显示了家长对于肢体残疾儿童成长的重视,同时也提示需要

表1 不同人群的康复需求分布

变量	调查人数 (%)	具备康复服务需求的人数	康复服务需求率(%)
性别			
男	1770(62.5)	595	33.6
女	1061(37.5)	352	33.17
年龄			
0—15	27(0.95)	19	70.37
16—59	1585(56.0)	480	30.28
≥60	1219(43.1)	448	36.75
婚姻状况(女≥20,男≥22)			
未婚	2067(74.5)	650	31.44
已婚有配偶	321(11.6)	119	37.07
离婚	164(5.9)	67	40.85
丧偶	221(8.0)	82	37.10
就业状况			
就业	780	182	23.3
未就业	805	298	37
残疾等级			
一级	183(6.5)	79	43.17
二级	587(20.7)	265	45.14
三级	1622(57.3)	478	29.47
四级	439(15.5)	125	28.47
调查前一年有无享受康复服务			
有	1328(46.9)	775	58.36
无	1503(53.1)	172	11.44

表2 不同康复服务需求的比例情况

康复服务需求选项	选择人数	康复服务需求分布(%)
康复医疗	131	4.63
功能训练	411	14.52
辅助器具	300	10.60
康复医疗和功能训练	32	1.13
康复医疗和辅助器具	20	0.71
功能训练,辅助器具	31	1.10
康复医疗、功能训练、辅助器具	22	0.78
无需求	1884	66.55
合计	2831	100.00

加大肢体残疾儿童的康复服务力度,确保满足残疾人的需求。16—59岁年龄组需求最低,可能与该年龄组部分残疾人参加力所能及的工作、务农等社会劳动有关。这一人群既能够通过社会劳动加强肢体活动,又能有相对稳定的经济收入来满足自身康复需求。另外,对于先天肢体残疾人而言,成年后专项的康复功能训练需要更多家庭在精力、资金等多方面的支持,因此成年的两组需求率普遍偏低。

在不同的婚姻状况中,未婚人群的康复需求率较低。这一人群可以分为两类,一类为可婚未婚人群,他们有一定的经济实力且生活尚能自理,在没有家庭负担的情况下,有些康复需求,如假肢矫形器的安装等已得到满足;另一类为无法婚配的人群,由于残疾与家庭经济状况等原因导致一直处于未婚状态,理论上该人群应当会有较高的康复需求,但人数较少,对整体影响较小。而其他组别如果有子女将会加重

他们的经济负担或预期经济负担,从而阻碍部分康复服务需求的满足。

在不同的就业状况中,未就业的康复需求率明显高于已就业的肢体残疾人。这反映出就业的肢体残疾人可以通过社会劳动强化自身的机体功能,同时有一定的经济基础来满足自身的康复需求。而相对于部分有就业能力、无就业意愿的残疾人,就业的残疾人有更多的积极性和主观能动性来运用各种资源。

在不同等级的肢体残疾人中,非重度残疾人群(三级、四级)的康复服务需求率明显低于重度残疾人群(一级、二级)的康复服务需求率。这可能与残疾人群的康复服务需求量有一定关系,例如一级肢体残疾人可能需要多种价值较高的辅助器具才能满足其基本生活需求,而四级肢体残疾人可能只需要一两件就能较好的融入社会生活。因此,非重度残疾人更容易获得足够的康复服务。

在过去一年获得过康复服务的人群中,相当一部分人之后依旧有康复服务的需求,与此不同的是未获服务的残疾人,康复需求的人群比例较小。一方面可能是致残原因、残疾程度导致一部分人始终没有康复服务的需求,但另外一方面也可能是由于这部分人出于认知的局限而没有康复服务的意愿。其中也反映出有康复服务需求的肢体残疾人,近半数会有长期的、持续的、多样化的康复服务需求。

在各项康复服务需求中,功能训练成为主要需求,与2006年第二次全国残疾人普查结果中,肢体残疾的康复需求集中在功能训练相吻合^[5]。这也从侧面反应民众对于肢体康复需要长期性的训练有了普遍共识。而辅助器具的需求也占到了相当的比例。提示需要提升残疾人辅助器具适配的服务能力,探索覆盖面更为广泛的辅具适配模式。

3.2 服务举措与展望

3.2.1 健全机制,落实康复服务措施:肢体残疾人受躯体功能的限制,在工作和生活中受到一定影响。康复服务是帮助肢体残疾人迈向生活自理、融入社会的重要措施。康复的目的不仅在于肢体运动功能改善,更为重要的是恢复患者的日常生活活动能力(ADL),预防疾病再发、防治习得性废用与误用综合征^[4]。残联、卫计、教育等多部门的合作,使肢体残疾人的康复有了一定的资金、技术等保障。在无锡市滨湖区残联系统,依托重度残疾人托养中心、残疾人康复中心等市级机构提供康复服务和指导,区级设有针对儿童的教育康复中心,每个街道建有残疾人综合服务中心和社区托养点,为残疾人提供就近、便捷、适宜的康复服务。而卫生系统的市级、区级医院及社区卫生服务中心为残疾人康复服务提供了技术支持,其中部分医院成为残联的康复指导中心,社区医院肩负着残疾人社区康复的重任,与无锡市的“家庭医生”项目相结合,为残疾人提供上门服务。残联开展的儿童抢救

性康复、辅具器具适配救助、成人肢体机构康复救助、托养服务等项目为实现贫困肢体残疾人的康复服务需求提供了切实的保障。不断扩大各部门和机构的合作,不仅可以加深社区的网底功效,在政策上还可以相互宣传,将有利于康复服务的覆盖和服务质量的提升。

3.2.2 建立体系,延伸预防残疾战线:自2013年以来,国家不断推进残疾预防综合体系的建立。2015年,无锡市被定为全国残疾预防试点城市,在全市范围内开展的中小學生脊柱侧弯筛查项目为青少年的脊柱健康保驾护航。2015年无锡市滨湖区筛查小学五六年级及初中学生1.9万余名,发现阳性人数1105人(以Scoliometer测量大于4为阳性),同时进行了转诊和健康教育等相关干预。这一项目通过早期干预,减少了疾病的发生和发展,降低了同类人群的肢体残疾的发生率。虽然此类基于青少年的残疾预防能收到较好的残疾预防效果,但对于肢体残疾人而言,脑血管疾病、其他外伤与骨关节病仍属位列前三的致残原因^[5]。在做好青少年脊柱侧弯筛查项目的同时,可联合卫计、交通、劳动等部门扩大残疾预防范围,加强脑血管疾病、交通意外及工伤的预防及宣传措施,多方位地减少残疾的发生。另外,据其他地区的统计数据显示,在未成年残疾中遗传及先天性残疾占到了60%左右的比例^[6],通过多部门联合,加强优生优育、遗传基因筛查等工作,可降低遗传性一户多残发生的可能,继而减轻家庭负担,提高可用于康复训练的家庭收入。

3.2.3 加大宣传,持续开展健康教育:部分残疾人由于受到经济、个人意识、社会观念等种种因素的制约,对自身康复的积极性不高。有相当一部分残疾人更关心的是政府能否为其提供就业岗位和经济补助^[7]。在本次调查中也可以看到,成人的康复需求远不及儿童、相当的残疾人连续两年没有康复需求。一方面可能是由于通过前期的康复训练及辅具适配等满足了自身需求,但对于贫困的残疾人而言,更可能是因为信息的困乏加剧了康复需求的差异。他们无法意识到可以通过长期的康复服务改善自身的生存状况。同时,除了残联和民政的资助项目外,我国现有康复资源主要被一些工伤、公疗、医疗保险及经济状况良好的患者享用,大多数普通低收入人群,特别是农村患者,很少享用康复资源^[8]。因此,要通过有计划、有组织、有系统的健康教育活动,让残疾人自觉地采纳有益于健康的行为和生活方式,消除或减轻影响健康的危险因素,从而预防疾病,促进健康,提高生活质量。

4 结论

此次调查显示康复服务的需求与年龄、婚姻状况、就业状况、残疾等级、过去一年获得康复服务情况关系密切。结果显示康复服务的高需求人群在儿童青少年、有婚姻经历、

(下转第1051页)