

广东省城乡残疾人社会参与状况的比较*

黄东锋¹ 陈曦¹ 林爱华² 刘鹏¹ 陈少贞¹ 李海⁴ 江明旭³ 杨志明³ 龚春光³

摘要 目的:对广东省各类残疾人的社会参与状况进行分析,探讨城乡之间各类残疾人社会参与状况的异同,并提出相应的康复对策。**方法:**采用广东省第二次全国残疾人抽样调查中 WHO-DAS II 分项目残疾人社会参与评定的数据进行等级资料的统计分析。**结果:**总体上,乡村各类残疾人比城市所占比例大,社会参与较为困难。城市与乡村视力、言语、智力残疾人的社会参与能力的等级差异无显著性意义;听力、肢体及精神残疾人的社会参与能力的等级差异有显著性意义。**结论:**广东省绝大多数各类残疾人均存在不同程度的社会参与局限,尤其是乡村残疾人数量多、比例大,是今后康复工作的主要对象。建议完善三级康复网络,建立社区卫生服务中心及新农合康复站,以及重大专项疾病的防治康复网。

关键词 残疾;社会参与;康复;统计分析;抽样调查

中图分类号:R49 文献标识码:A 文章编号:1001-1242(2008)-10-0913-03

A comparative study on the status of social participation of people with disabilities in urban and rural areas in the province of Guangdong/HUANG Dongfeng, CHEN Xi, LIN Aihua, et al./Chinese Journal of Rehabilitation Medicine, 2008, 23(10): 913-915

Abstract Objective:To identify the differences in the status of social participation of people with disabilities(PWD) in urban and rural areas in the province of Guangdong, 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 province of Guangdong in the Second National Sampling Survey of PWD in 2006, with particular concern on the results of the assessment of social participation of WHO-DAS II subentries as listed by different categories of disabilities. **Result:** As a whole, the proportion of the prevalence of disabilities is higher in the rural population than in the urban population. More limitations on social participation were showed in PWD of the rural areas than of the urban areas. No significant differences in the social participation, were found between the people with visual, speech, intelligence disabilities in urban area and those in rural area. For people with hearing, physical, mental disabilities, significant differences in the subentry of social participation were found between those living in urban areas and those living in rural areas. **Conclusion:** A large majority of persons with disabilities in Guangdong Province have various levels of participation restrictions, especially those in rural areas, who should be the main target population of rehabilitation services. We propose that the three-level network of rehabilitation should be strengthened, establishing rehabilitation stations in the "New Village Cooperative Healthcare Service" as well as in the Community Health Centres. On the top for supervision and referral, a network for the prevention and rehabilitation of some specific disabling diseases and injuries should be set up.

Author' address Dept. of Rehabilitation Medicine, The First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University, Guangzhou, 510080

Key words disability; social participation; rehabilitation; statistics; sampling survey

大规模的第二次全国残疾人抽样调查资料已经公布,对有关数据的深入分析研究也陆续展开^[1-2]。城市和乡村残疾人的社会参与状况由于残疾人的周围环境因素,会面对不同的困难,解决这些问题需要新的调查资料和分析。本研究通过分析第二次全国残疾人抽样调查广东省各类残疾的社会参与状况并进行城乡分布比较,探讨城乡之间各类残疾社会参与状况的差异,为今后提出相应康复对策提供依据。

1 资料与方法

1.1 对象

全部数据资料来自2006年4月1日零时为标准的第二次全国残疾人抽样调查广东省区县人口

* 基金项目:广东省第二次全国残疾人抽样调查研究课题;广东省残疾人致残原因分析和康复需求与对策的研究(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:2008-08-17

调查数据库。对象均为 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、智力及精神。

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。

1.2.2 残疾人活动与参与评定:采用第 2 版 WHO 残疾评定量表,简称 WHO-DAS II。该表包括 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。按在 30 天内活动中存在困难的情况,分别评为 5 级,即:1:无障碍/无适用;2:轻度障碍;3:中度障碍;4:重度障碍;5:极重度障碍/不能完成。由医学专业人员培训并考核合格后进行^[2]。

1.3 统计学分析

本研究对社会参与的分项目选择分析。城市与乡村残疾人在社会参与分项目的等级资料比较采用两组 Willcox 秩和检验方法,大样本近似 Z 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城市与乡村各类残疾人(≥ 18 岁)社会参与的状况构成分布比较,结果如下。

2.1 视力残疾

见表 1。对城市与乡村视力残疾人社会参与分项目的数据进行两组 Willcox 秩和检验,大样本近似 Z 检验比较显示, $Z=1.792, P=0.073$,在社会参与方面的等级差异无显著性意义。

2.2 听力残疾

见表 2。对城市与乡村听力残疾人社会参与分项目的数据进行两组 Willcox 秩和检验,大样本近似 Z 检验比较显示, $Z=4.018, P<0.001$,在社会参与方面等级差异有显著性意义。

2.3 言语残疾

见表 3。对城市与乡村言语残疾人社会参与分项目的数据进行两组 Willcox 秩和检验,大样本近似 Z 检验比较显示, $Z=0.200, P=0.841$,在社会参与方面等级差异无显著性意义。

2.4 肢体残疾

见表 4。对城市与乡村肢体残疾人社会参与分项目的数据进行两组 Willcox 秩和检验,大样本近似 Z 检验比较显示, $Z=3.120, P=0.002$,在社会参与方面等级差异有显著性意义。

2.5 智力残疾

见表 5。对城市与乡村智力残疾人社会参与分

项目的数据进行两组 Willcox 秩和检验,大样本近似 Z 检验比较显示, $Z=0.253, P=0.800$,在社会参与方面等级差异无显著性意义。

2.6 精神残疾

见表 6。对城市与乡村精神残疾人社会参与分项目的数据进行两组 Willcox 秩和检验,大样本近似 Z 检验比较显示, $Z=2.727, P=0.006$,在社会参与方面等级差异有显著性意义。

表 1 城市与乡村视力残疾人社会参与状况的构成分布及比较

	1 级		2 级		3 级		4 级		5 级		合计
	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%	例 %
城市	91	24.5	142	38.2	80	21.5	40	10.8	19	5.1	372 100
乡村	241	19.2	501	39.9	294	23.4	165	13.1	55	4.4	1256 100
合计	332	20.4	643	39.5	374	23.0	205	12.6	74	4.5	1628 100

表 2 城市与乡村听力残疾人社会参与状况的构成分布及比较

	1 级		2 级		3 级		4 级		5 级		合计
	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%	例 %
城市	318	45.2	226	32.1	106	15.1	38	5.4	15	2.1	703 100
乡村	689	35.0	772	39.2	346	17.6	132	6.7	32	1.6	1971 100
合计	1007	37.7	998	37.3	452	16.9	170	6.4	47	1.8	2674 100

表 3 城市与乡村言语残疾人社会参与状况的构成分布及比较

	1 级		2 级		3 级		4 级		5 级		合计
	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%	例 %
城市	11	7.9	39	28.1	43	30.9	20	14.4	26	18.7	139 100
乡村	30	8.2	104	28.3	104	28.3	81	22.0	47	13.3	368 100
合计	41	8.1	143	28.2	147	29.0	101	19.9	75	14.8	507 100

表 4 城市与乡村肢体残疾人社会参与状况的构成分布及比较

	1 级		2 级		3 级		4 级		5 级		合计
	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%	例 %
城市	62	9.2	293	43.3	179	26.5	88	13.0	54	8.0	676 100
乡村	105	7.2	530	36.6	468	32.3	245	16.9	101	7.0	1449 100
合计	167	7.9	823	38.7	647	30.4	333	15.7	155	7.3	2125 100

表 5 城市与乡村智力残疾人社会参与状况的构成分布及比较

	1 级		2 级		3 级		4 级		5 级		合计
	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%	例 %
城市	5	4.0	36	28.6	38	30.2	23	18.3	24	19.0	126 100
乡村	25	7.5	74	22.2	102	30.5	72	21.6	61	18.3	334 100
合计	30	6.5	110	23.9	140	30.4	95	20.7	85	18.5	460 100

表 6 城市与乡村精神残疾人社会参与状况的构成分布及比较

	1 级		2 级		3 级		4 级		5 级		合计
	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%	例 %
城市	4	1.6	48	19.4	89	35.9	83	33.5	24	9.7	248 100
乡村	14	2.0	195	27.6	258	36.5	168	23.8	71	10.1	706 100
合计	18	1.9	243	25.5	347	36.4	251	26.3	95	10.0	954 100

3 讨论

WHO 在《有关残疾和康复的行动计划 2006—2011 年》中指出,“世界人口中约有 10%的人会有不同形式的残疾和损伤。由于人口的增长、老龄化和慢性疾病的出现及由于医疗技术的进步而保持和延长了人的寿命,患有残疾的人数在不断增加”^[3]。根据这些不断变化的残疾人群进行科学的流行病学调查是必要的。

WHO-DAS II 是在 WHO 提出的国际通用的在个体和人群水平上描述和测量健康的理论性框架结

构上建立的残疾人活动和参与的评定^[1]。在第二次全国残疾人抽样调查中 WHO-DAS II 是主要的残疾评定内容, 针对个体活动和社会参与两个方面。在对广东省第二次全国残疾人抽样调查数据分析中显示城市和乡村各类残疾人的个体活动能力因残疾的分类不同而有所不同, 这些分析资料有助于康复对策的拟定^[2]。

参照 ICF 的理论, 参与是投入到一种生活情景中。它代表了功能的社会方面。参与局限性是个体投入到生活情景中可能经历到的问题, 是否出现参与局限性要通过比较个体的参与和在相同的文化或社会中无残疾个体所期望的参与来决定^[3]。在本次对广东省城市和乡村残疾人调查中社会参与状况数据分析的结果表明, 城市与乡村残疾人由于残疾分类不同而社会参与状况有所不同。视力残疾人不同社会参与状况在城乡之间的差异不明显, 但大多数存在社会参与困难。听力残疾人不同社会参与状况在城乡之间有明显差异, 大多数存在社会参与困难, 乡村的社会参与困难程度高的这类残疾人比例要大。言语残疾人不同社会参与状况城乡之间无明显差异, 但大多数存在一定程度的社会参与困难, 乡村言语残疾人的人数明显多于城市。肢体残疾人不同社会参与状况城乡之间有明显差异, 乡村肢体残疾人在总人数和社会参与困难的比例上都高于城市。智力残疾人不同社会参与状况城乡之间差异不明显, 但大多数存在社会参与困难, 乡村的智力残疾人数量明显多于城市。精神残疾人不同社会参与状况城乡之间有明显差异, 绝大多数存在社会参与困难, 而且乡村的人数较多。

随着社会的发展, 有关残疾和康复的研究深入, 更加重视残疾与环境之间的交互作用, 以及残疾对残疾人日常生活和社会参与的影响。2005年5月第58届世界卫生大会审议通过了《残疾, 包括预防、管理和康复》的决议, 要求促进残疾人在社会中享有完整的权利和尊严, 促进和加强社区康复规划, 在卫生政策和规划中纳入有关残疾的内容。2006年12月第61届联合国大会通过了《残疾人权利公约》, 在第25条健康条款中指出, 缔约国应当采取一切适当措施, 确保残疾人获得考虑到性别因素的医疗卫生服务, 包括与健康有关的康复服务。提倡尽量就近在残疾人所在的社区, 包括在农村地区, 提供这些卫生服务^[4]。广东省残疾人事业及康复的发展取得了巨大的

成绩, 但从这些数据分析来看, 由于各种因素影响, 残疾人总体生活状况与社会平均水平还有较大差距, 特别在农村地区, 残疾人在基本生活保障、康复、教育、就业等方面面临许多困难, 改善残疾人参与社会生活的环境和条件的长效机制还不健全, 应该采取相应措施, 比如在社区卫生服务中心和新型农村合作医疗建立康复站, 或/和开展各种类型的适宜康复服务, 进一步解决他们看病难、康复难的问题。

各类残疾人中, 肢体残疾的比重占第一位, 本研究也显示广东省城乡肢体残疾人比较, 农村肢体残疾人众多, 社会参与困难, 重度残疾人尤为明显。栾承等^[5]认为从公共卫生的角度来看, 若能把卫生保健、社会、教育、立法等各方面干预措施切实有效的结合落实, 肢体残疾是可以预防的。我们认为可以从重大疾病导致残疾的病因(如脑血管病)入手, 立足于社区和农村乡镇, 建立脑血管疾病的防治康复网, 直接服务社区, 加强预防措施, 开展健康教育, 建立院前救治和转诊机制, 制定偏瘫残疾病人社区医疗和康复的保障政策等, 达到降低残疾程度, 减少残疾发生率的目的。

4 结论

本研究认为广东省绝大多数各类残疾人均存在不同程度的社会参与局限, 尤其是乡村残疾人数量多、比例大, 是今后康复工作的主要对象。建议完善三级康复网络, 建立社区卫生服务中心及新农合康复站, 以及重大专项疾病的防治康复网。

致谢:感谢卓大宏教授对本文的指导。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] 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, 2008, 14(1):85—86.
- [2] 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.
- [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, 2007, 13(7):678—680.
- [4] 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. 211.
- [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, 2007, 13(2):111—113.
- [6] 栾承, 刘民. 我国肢体残疾预防策略的探讨[J]. 中国康复医学杂志, 2008, 23(4):369—371.