

• 调查报告 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2019.10.028

网络首发 http://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20190114.1536.050.html(2019-01-15)

四川省 292 例发育障碍儿童家庭康复现状及影响因素的调查分析^{*}

余菊芬,汪红烨,张 梅,魏 欣,王亚慧,苏 诚
(乐山师范学院特殊教育学院,四川乐山 614000)

[摘要] **目的** 了解四川省发育障碍儿童家庭康复的现状及其影响因素,为帮助家庭更好地实施康复提供依据和参考。**方法** 随机抽取四川省 8 个市州的 292 名脑瘫、自闭症和智力障碍等发育障碍儿童的家庭进行家庭康复现状问卷调查。**结果** 84.2%的家庭认为家庭康复重要,65.4%的实施家庭康复训练,71.3%的认为未实施家庭康复的原因是家长不懂康复训练方法;实施家庭康复训练的比例在父母文化程度、婚姻状况、户籍、家庭年收入、儿童年龄、疾病诊断、残疾等级、行动能力、自理能力、接受教育情况、是否享有康复救助、是否有辅助器具以及对家庭康复重要性认识方面的差异有统计学意义($P<0.05$);Logistic 回归分析显示,影响家庭康复实施与否的因素主要有对家庭康复重要性的认识、孩子母亲的文化程度、孩子的疾病诊断、残疾等级和行动能力($\chi^2=143.185, P=0.000$)。**结论** 四川省发育障碍儿童接受家庭康复训练的比例有待提升,相关人员应根据其具体情况采用有针对性的措施来促进家庭康复的实施。

[关键词] 发育障碍;康复;影响因素;四川

[中图法分类号] R494 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1671-8348(2019)10-1735-06

Research on family rehabilitation status and its influencing factors of 292 developmentally disabled children in Sichuan Province^{*}

YU Jufen, WANG Hongye, ZHANG Mei, WEI Xin, WANG Yahui, SU Cheng

(College of Special Education, Leshan Norman University, Leshan, Sichuan 614000, China)

[Abstract] **Objective** To explore the status and its influence factors of family rehabilitation of developmentally disabled children in Sichuan Province, thus providing a basis and reference for families to implement rehabilitation. **Methods** A questionnaire survey on family rehabilitation was conducted among 292 families of developmentally disabled children with cerebral palsy, autism and mental retardation randomly from 8 cities or states in Sichuan Province. **Results** 84.2% of the families believed in the importance of family rehabilitation, 65.4% implemented family rehabilitation, and 71.3% believed the reason for families without family rehabilitation was that parents didn't understand the training methods. There were significant differences in the implement rate of family rehabilitation in different parental education levels, marital statuses, household registers, family annual incomes, children's ages, disease diagnoses, disability degrees, action capabilities, self-care abilities, education, whether there are rehabilitation aids, or device assistances and family awareness of rehabilitation ($P<0.05$). Logistic regression analysis showed that whether there are implementing family training mainly depended on the attitudes of families towards family rehabilitation, mother's education level, disease diagnosis, disability degree and action capability of the children ($\chi^2=143.185, P=0.000$). **Conclusion** The percentage of families of developmentally disabled children involved in family rehabilitation needs to be further improved in Sichuan Province. Relevant people should take pertinent measures to promote the implementation of family rehabilitation according to specific conditions.

[Key words] developmental disabilities; rehabilitation; influencing factors; Sichuan

发育障碍是指 5 岁或 5 岁以上个体由于精神或身体损伤,或者二者同时损伤的一种严重的慢性残疾,包括智力障碍、自闭症、脑性瘫痪等^[1]。这类儿童在其发展过程中需要康复训练的持续介入,而家庭是儿童成长的最重要的场所,家长参与到发育障碍儿童的教育和康复,能促进他们的学习表现,更有利于他

^{*} 基金项目:四川省社科联、乐山师范学院学科共建项目(SC16XK015)。 作者简介:余菊芬(1969—),教授,硕士,主要从事特殊儿童康复与护理研究。

们的发展和进步^[2]；同时,家庭康复是一种经济、有效、实用、方便的康复方式^[3]。要使家长真正参与到发育障碍儿童的教育和康复中,必须先了解其家庭康复的现状及影响因素等,以便更有效地为其提供更恰当的帮助和服务。因此,本研究旨在通过调查了解四川省脑瘫、自闭症和智力障碍等发育障碍儿童家庭康复的现状和影响因素,帮助家长更好地进行家庭康复,从而更好地促进发育障碍儿童的全面康复,减少家庭、社会照顾的负担。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2017 年 6—8 月采用 3 阶段抽样法抽取调查对象,即第 1 阶段采用单纯随机抽样抽出四川省 8 个市州,第 2 阶段在抽取的 8 个市州中采用单纯随机抽样各抽取 2 家有脑瘫、自闭症和智力障碍等发育障碍儿童就读的学校和(或)进行康复的机构,第 3 阶段采用整群抽样抽取调查期间在第二阶段抽出的 16 家单位就读或进行康复的脑瘫、自闭症和智力障碍等发育障碍儿童的家长进行问卷调查,在知情同意的情况下,被调查者以匿名方式完成问卷。发放问卷 320 份,回收有效问卷 292 份,有效回收率 91.25%。

1.2 调查工具 (1)家庭和孩子基本情况:由研究者自行设计,家庭基本情况包括父母文化程度、婚姻状况、户籍、家庭年收入等;孩子基本情况包括性别、年龄、疾病诊断、残疾等级等。(2)家庭康复现状:选用彭宇阁^[4]编制的脑瘫患儿家庭康复训练的实施现状调查表,内容包括家庭康复的重要性、家庭康复训练实施与否及现状等。该问卷通过专家评议和修订,各条目内容符合调查目的和要求,Cronbach's α 系数为 0.788。

1.3 统计学处理 数据采用 SPSS19.0 软件进行统计分析,一般资料及家庭康复现状采用频数、率、百分比等描述性统计分析,不同情况儿童家庭实施家庭康复与否的比较采用 χ^2 检验,家庭康复实施与否的影响因素采用 Logistic 回归分析,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 研究对象一般资料 在本次调查回收的 292 份有效问卷中,发育障碍儿童父母文化程度、婚姻状况、家庭年收入等家庭基本情况见表 1;儿童性别、年龄、疾病诊断等基本情况见表 2。

2.2 家庭康复现状

2.2.1 家庭康复实施情况 本次调查的 292 例研究对象中,认为家庭康复重要的有 246 例,占调查对象的 84.2%,但只有 191 例(65.4%)实施了家庭康复训练,其训练状况包括训练时有无专业人员指导、训练的项目、频率和时间、家庭对训练效果和影响因素的评价等见表 3。

2.2.2 未实施家庭康复的原因 在本次调查中,有

101 例发育障碍儿童没有实施家庭康复训练,家庭认为未实施康复训练的原因(可多选)见表 4。

表 1 发育障碍儿童家庭基本情况 (n=292)

项目	分类	人数(n)	百分比(%)
父亲文化程度	小学及以下	68	23.3
	中学	139	47.6
	大学及以上	85	29.1
母亲文化程度	小学及以下	74	25.3
	中学	150	51.4
	大学及以上	68	23.3
父母婚姻状况	完整	216	74.0
	不完整	76	26.0
户籍	城镇	130	44.5
	农村	162	55.5
家庭年收入(万)	<2	133	45.5
	2~<5	98	33.6
	5~10	37	12.7
	>10	24	8.2

表 2 发育障碍儿童基本情况 (n=292)

项目	分类	人数(n)	百分比(%)
性别	男	181	62.0
	女	111	38.0
年龄(岁)	<6	80	27.4
	6~12	142	48.6
	>12	70	24.0
疾病诊断	脑瘫	105	36.0
	自闭症	59	20.2
	智力障碍	109	37.3
	其他	19	6.5
残疾等级	一级	82	28.1
	二级	118	40.4
	三级	33	11.3
	四级	14	4.8
	未办证	45	15.4
其他疾病	无	246	84.2
	有	46	15.8
行动能力	自如行走	189	64.7
	行动较缓慢或需 要辅助器具	70	24.0
	完全卧床	33	11.3
自理能力	完全自理	48	16.4
	部分依赖	181	62.0
	完全依赖	63	21.6
康复救助	有	119	40.8
	无	173	59.2
辅助器具	有	61	20.9
	无	231	79.1
保险	有	257	88.0
	无	35	12.0
接受教育情况	未上学	73	25.0
	普通教育	26	8.9
	特殊教育	193	66.1

表 3 家庭康复训练状况 (n=191)			
内容	分类	人数(n)	百分比(%)
专业人员指导	有	41	21.5
	无	150	78.5
训练项目(可多选)	日常生活能力训练	151	79.1
	运动功能训练	130	68.1
	游戏训练	61	31.9
	智力训练	88	46.1
	其他训练	14	7.3
训练频率(次/天)	1	116	60.7
	2~3	56	29.3
	4~5	14	7.4
	≥6	5	2.6
训练持续时间(月)	≤3	46	24.1
	4~6	31	16.2
	6~12	26	13.6
	>12	88	46.1
家庭对训练效果评价	很好	34	17.8
	一般	124	64.9
	差	33	17.3
家庭认为影响训练效果家长不懂康复训练方法的因素(可多选)		106	55.5
	家庭康复训练不正规	88	46.1
	缺乏专业人员指导	94	49.2
	孩子不配合	95	49.7
	不能长期坚持训练	99	51.8
	其他	6	3.1

2.2.3 家庭康复实施与否的影响因素 将不同人口学特征儿童和对家庭康复重要性认识不同的家庭是否实施家庭康复进行比较,发现父母文化程度、婚姻

状况、户籍、家庭年收入、儿童年龄、疾病诊断、残疾等级、行动能力、自理能力、是否享有康复救助、是否有辅助器具、接受教育情况以及对家庭康复重要性认识不同的家庭实施家庭康复的比率差异有统计学意义($P<0.05$)。组间两两比较结果显示,父母文化程度为大学及以上组和中学组实施率显著高于小学及以下组;家庭年收入 5 万~10 万组实施率显著高于 2 万~<5 万组;儿童年龄<6 岁组实施率显著高于 6~12 岁组和>12 岁组;脑瘫组显著高于自闭症组和智力障碍组,自闭症组和其他组显著高于智力障碍组;未办证组显著高于一、二、三级残疾组;完全卧床组和行动较缓慢或需要辅助器具组显著高于自如行走组;完全依赖组显著高于部分依赖组和完全自理组,部分依赖组显著高于完全自理组;未上学组和普通教育组显著高于特殊教育组。见表 5。

归纳人口学特征和对家庭康复重要性的认识对家庭康复实施与否的影响结果,将发育障碍儿童家庭康复实施与否作为因变量,影响因素作为自变量进行 Logistic 回归分析,按照 $\alpha_{入}=0.05$, $\alpha_{出}=0.10$ 的标准,结果见表 6、7。

表 4 未实施家庭康复的原因 (n=101)		
原因	人数(n)	百分比(%)
家长不懂康复训练方法	72	71.3
家长没有时间和精力	48	47.5
家庭经济困难,缺乏康复器材	39	38.6
家长从未想过在家训练	37	36.6
担心家庭康复效果不好	24	23.8
孩子不配合	18	17.8
觉得家庭康复没有必要	18	17.8

表 5 不同情况儿童家庭实施家庭康复与否的比较 (n=292)

项目	分类	n	实施[n(%)]	未实施[n(%)]	χ^2	P
父亲文化	小学及以下	68	28(41.2)	40(58.8)	27.291	0.000
	中学	139	94(67.6)	45(32.4)		
	大学及以上	85	69(81.2)	16(18.8)		
母亲文化	小学及以下	74	28(37.8)	46(62.2)	36.887	0.000
	中学	150	106(70.7)	44(29.3)		
	大学及以上	68	57(83.8)	11(16.2)		
父母婚姻	完整	216	156(72.2)	60(27.8)	17.017	0.000
	不完整	76	35(46.1)	41(53.9)		
户籍	城镇	130	95(73.1)	35(26.9)	6.086	0.014
	农村	162	96(59.3)	66(40.7)		
家庭年收入(万)	<2	133	90(67.7)	43(32.3)	17.601	0.001
	2~<5	98	51(52.0)	47(48.0)		

续表 5 不同情况儿童家庭实施家庭康复与否的比较 (n=292)						
项目	分类	n	实施[n(%)]	未实施[n(%)]	χ^2	P
性别	5~10	37	33(89.2)	4(10.8)	0.024	0.878
	>10	24	17(70.8)	7(29.2)		
	男	181	119(65.7)	62(34.3)		
	女	111	72(64.9)	39(35.1)		
年龄(岁)	<6	80	70(87.5)	10(12.5)	23.866	0.000
	6~12	142	80(56.3)	62(43.7)		
	>12	70	41(58.6)	29(41.4)		
疾病诊断	脑瘫	105	97(92.4)	8(7.6)	81.833	0.000
	自闭症	59	40(67.8)	19(32.2)		
	智力障碍	109	38(34.9)	71(65.1)		
	其他	19	16(84.2)	3(15.8)		
残疾等级	一级	82	45(54.9)	37(45.1)	17.770	0.001
	二级	118	74(62.7)	44(37.3)		
	三级	33	21(63.6)	12(36.4)		
	四级	14	11(78.6)	3(21.4)		
	未办证	45	40(88.9)	5(11.1)		
其他疾病	无	246	156(63.4)	90(36.6)	2.751	0.097
	有	46	35(76.1)	11(23.9)		
行动能力	自如行走	189	98(51.9)	91(48.1)	43.825	0.000
	行动较缓慢或需要辅助器具	70	62(88.6)	8(11.4)		
	完全卧床	33	31(93.9)	2(6.1)		
自理能力	完全自理	48	18(37.5)	30(62.5)	29.875	0.000
	部分依赖	181	118(65.2)	63(34.8)		
	完全依赖	63	55(87.3)	8(12.7)		
康复救助	有	119	102(85.7)	17(14.3)	36.596	0.000
	无	173	89(51.4)	84(48.6)		
辅助器具	有	61	56(91.8)	5(8.2)	23.739	0.000
	无	231	135(58.4)	96(41.6)		
保险	有	257	171(66.5)	86(33.5)	1.202	0.273
	无	35	20(57.1)	15(42.9)		
教育情况	未上学	73	64(87.7)	9(12.3)	36.674	0.000
	普通教育	26	24(92.3)	2(7.7)		
	特殊教育	193	103(53.4)	90(46.6)		
对家庭康复重要性认识	重要	246	189(76.8)	57(23.2)	89.986	0.000
	不重要	46	2(4.3)	44(95.7)		

表 6 家庭康复实施与否影响因素的主要变量及其赋值		
影响因素	变量名	赋值
父亲文化	X1	1=小学及以下;2=中学;3=大学及以上
母亲文化	X2	1=小学及以下;2=中学;3=大学及以上
父母婚姻	X3	0=不完整;1=完整
户籍	X4	0=农村;1=城镇
家庭收入	X5	1=2 万元以下;2=2 万~<5 万;3=5 万~10 万;4=10 万以上
年龄	X6	1=<6 岁;2=6~12 岁;3=>12 岁

续表 6 家庭康复实施与否影响因素的主要变量及其赋值

影响因素	变量名	赋值
疾病诊断	X7	1=脑瘫;2=其他;3=自闭症;4=智力障碍
残疾等级	X8	1=一级;2=二级;3=三级;4=四级;5=未办证
行动能力	X9	1=自如行走;2=行动较缓慢或需要辅助器具;3=完全卧床
自理能力	X10	1=完全自理;2=部分依赖;3=完全依赖
康复救助	X11	0=无;1=有
辅助器具	X12	0=无;1=有
接受教育情况	X13	1=未上学;2=普通教育;3=特殊教育
重要性认识	X14	0=不重要;1=重要
实施家庭康复训练	Y	0=否;1=是

表 7 家庭康复实施与否的影响因素 logistic 回归分析

相关因素	B	SE	Wald χ^2	P	OR(95%CI)
母亲文化	0.683	0.252	7.345	0.007	1.980(1.208~3.244)
疾病诊断	-0.670	0.202	11.048	0.001	0.512(0.345~0.760)
残疾等级	0.472	0.151	9.713	0.002	1.603(1.191~2.156)
行动能力	0.847	0.325	6.808	0.009	2.334(1.235~4.411)
重要性认识	3.050	0.777	15.398	0.000	21.120(4.603~96.907)
常量	-4.056	1.131	12.850	0.000	0.017

$\chi^2=143.185,P=0.000$

由表 6 和表 7 可知, Logistic 回归方程为: $\text{logit}P=-4.056+0.683X_2-0.670X_7+0.472X_8+0.847X_9+3.050X_{14}$, 进入回归方程的是母亲的文化程度、孩子的疾病诊断、残疾等级、行动能力和家庭对家庭康复重要性的认识。用回归系数来反映 5 个因素对 $P/(1-P)$ (即实施家庭康复训练对没有实施的比数) 的作用, 母亲文化程度每增加一个等级, 实施家庭康复的 OR 为 1.980; 疾病诊断每增加一个等级, 实施家庭康复的 OR 为 0.512; 残疾等级每增加一个等级, 实施家庭康复的 OR 为 1.603; 行动能力每增加一个等级, 实施家庭康复的 OR 为 2.334; 认为家庭康复重要的家庭实施家庭康复训练与认为家庭康复不重要家庭的 OR 为 21.120。

3 讨 论

3.1 家庭康复的实施情况 本次研究发现, 84.2% 的调查对象认为家庭康复重要, 与以往的研究结果一致^[4-6]。在实施家庭康复训练的 191 例中, 仅 21.5% 有专业人员指导, 由于缺乏专业人员指导, 家长可能无所适从, 在康复过程中急于求成, 盲目选择康复教育方法和内容, 从而影响家庭康复的效果^[7-9], 说明在家庭康复训练过程中需要专业人员的指导。就训练项目来看, 选择日常生活能力训练和运动功能训练的家庭较多, 与以往的研究结果^[10-11] 基本一致。说明很多家庭重视实用性, 强调康复需与日常生活活动紧密结合^[12]。提示康复人员在为家庭制定设计方案时可以将训练项目融入到日常生活中来进行。而选择游

戏训练的家庭不到 1/3, 有研究显示游戏康复治疗对自闭症儿童效果显著^[13]; 说明家庭对“通过游戏形式可提高孩子参与康复训练的主动性和兴趣”^[14] 还没有充分认识到。提示康复人员一方面要协助家庭将康复治疗与游戏有机地结合起来, 另一方面, 应使家庭认识到游戏训练的重要性。

有研究显示, 孩子康复训练以 2~3 次/天为宜^[4]。由此可见, 本次调查中, 大多数的家庭康复训练频率欠科学性, 说明有必要对家庭进行相关知识的普及。调查显示坚持家庭康复训练超过 1 年的不到一半, 根据任莉莉等^[15] 的研究结果, 残疾儿童康复的效果在于家长是否坚持为孩子进行专业的康复训练, 本次调查对象对家庭康复需长期坚持认识不足, 应对家庭进行相关知识教育, 使其做好长期康复训练的心理准备。

3.2 未实施家庭康复的原因 调查发现, 虽然很多家庭已经认识到家庭康复的重要性, 但真正实施家庭康复训练的只有 65.4%。结合表 4 及与家长的交流发现, 没有实施家庭康复的原因是多种因素综合的结果。其中, 大多数调查对象认为是家庭不懂康复训练方法, 这与梁秋叶等^[16] 的研究结果相似; 部分认为家庭经济条件不好, 需要挣钱养家糊口, 而没有时间和精力对孩子实施训练, 与刘显威等^[10] 的研究结果基本一致。提示政府部门对残疾儿童家庭应该依照具体的情况给予一定的财政补贴, 减轻其经济压力^[17]。另外, 调查还发现有的家庭从来就没有想过在家训练,

认为没有必要进行家庭康复,与冯善伟等^[18]的研究结果基本一致。说明家长对家庭康复的重要性还没有充分认识,间接反映出家庭对孩子的康复相关知识不足,还需要加强这方面知识的宣教。

3.3 家庭康复实施与否的影响因素 表 5 显示,在发育障碍儿童家庭基本资料方面,父母文化程度为大学及以上组和中学组显著高于小学及以下组($P<0.01$),可能是父母文化程度越高,接受新事物和主动获得康复信息的能力越强^[19]。父母婚姻完整组实施家庭康复比例显著高于不完整组,父母婚姻满意度越高,矛盾冲突越少,就越能够团结一致共同促进家庭内部的凝聚力^[20],同心协力地为孩子寻求各种康复信息,实施家庭康复训练。农村实施家庭康复的比率显著低于城镇,与肖钦志等^[21]的研究结果一致。可能是由于农村相对城镇而言信息较为闭塞,获取相关知识的途径较少,普遍文化程度较低,接受能力相对差,对知识了解不足,加之总体上经济状况较差。家庭年收入 5 万~10 万组实施家庭康复比例显著高于 2 万~<5 万组,说明家庭经济状况是影响家庭康复实施与否的因素^[22],与前面家庭认为未能实施家庭康复的原因一致。

在发育障碍儿童自身方面,不同性别儿童实施家庭康复比例差异无统计学意义($P>0.05$),同刘显威等^[10]的研究结果,说明儿童性别不是影响家庭康复实施与否的主要因素。6 岁以下儿童实施家庭康复的比例显著高于 6 岁及以上儿童,与刘闯等^[22]的研究结果一致,可能是年龄越小,康复的效果越明显,随着年龄的增长,家长已逐渐适应孩子的残疾状态,或者是看到孩子康复的进展不尽如人意,导致对康复的信心下降,实施训练的情况呈下降趋势。脑瘫、自闭症和智力障碍 3 组之间实施家庭康复训练比率的差异均具有统计学意义,提示在关注发育障碍儿童家庭康复时,应重点提升自闭症和智力障碍儿童家庭康复训练的比例。未办证组实施家庭康复比例显著高于一、二、三级残疾组,可能是由于家庭认为残疾程度越轻,越有康复的可能,所以实施康复的比例就越高。在行动能力和自理能力方面,发现儿童行动能力和自理能力越差,实施家庭康复比率越高,与罗遐等^[23]对“农村残疾人接受康复治疗行为的影响因素研究”结果不完全一致。罗遐等^[23]的研究显示,生活完全自理组实施康复的比率显著低于不能完全自理组,但与完全不能自理组无显著差异,不一致的原因可能是研究对象不完全一样,其研究对象为 16 岁以上的农村残疾人。而此次结果印证了部分家长的观念——试图通过训练达到最起码的自理^[24]。享有康复救助组实施家庭康复比率显著高于未享有康复救助组,与刘闯等^[22]的研究结果一致,提示康复救助对于家庭康复的实施具

有促进作用。在接受教育情况方面,未上学组和普通教育组显著高于特殊教育组,没上学的发育障碍儿童要么是年龄小,要么是生活不能自理或行动能力很差,与前面年龄、行动能力和自理能力方面的结果一致,而能够在普通学校就读的发育障碍儿童相比在特殊学校就读者,一般情况比较好,家长觉得看得到希望,因此,实施家庭康复训练比例高。

认为家庭康复重要组实施家庭康复训练比例显著高于不重要组,与罗遐等^[23]的研究结果一致,印证了知信行理论模式。提示相关人员应加强发育障碍儿童家庭康复方面知识的宣教,使家长认识到家庭康复训练的重要性,从而对孩子实施家庭康复训练。

虽然 χ^2 检验结果显示实施家庭康复训练比率差异具有统计学意义的项目有 14 个,但 Logistic 回归分析发现只有母亲的文化程度、孩子的疾病诊断、残疾等级、行动能力和家庭对家庭康复重要性的认识 5 个因素进入回归方程,说明这 5 个因素能预测实施家庭康复训练的概率。因此,要想促进特殊儿童家庭康复的实施,可以从提高母亲的文化程度和家长对家庭康复重要性的认识入手,同时要重点关注智力障碍和自闭症儿童、残疾等级重和自如行走儿童的家庭康复训练。

综上所述,四川省发育障碍儿童接受家庭康复训练的比例有待提升;多数家庭认为未实施家庭康复的原因是家长不懂康复训练方法;实施家庭康复训练的比率在父母文化程度、婚姻状况、户籍、家庭年收入、儿童年龄、疾病诊断、残疾等级、行动能力、自理能力、接受教育情况、是否享有康复救助、是否有辅助器具以及对家庭康复重要性认识方面的差异显著;Logistic 回归分析显示母亲的文化程度、孩子的疾病诊断、残疾等级、行动能力和家庭对家庭康复重要性的认识 5 个因素为家庭康复实施与否的主要影响因素。为此,建议相关人员应加强发育障碍儿童相关知识的健康教育,根据儿童的具体情况采用有针对性的措施来帮助家庭实施康复训练。

参考文献

[1] 邹小兵,李咏梅. 儿童发育迟缓及发育障碍的早期干预和管理[J]. 中国实用儿科杂志,2016,31(10):756-760.
[2] 谷长芬,陈耀红,王蕊,等. 北京市 0-7 岁残疾儿童家庭需求调查研究[J]. 中国特殊教育,2010,10(1):7-11.
[3] 丁建英,刘振寰. 不同康复治疗方法对脑性瘫痪儿童及其家庭生存质量的影响[J]. 中国妇幼保健,2013,28(17):2718-2722.
[4] 彭宇阁. 脑瘫患儿家庭康复训练实施现状及影响因素调查[D]. 长春:吉林大学,2011.
[5] 刘合建,王桂圆,彭光阳,等. 残疾儿童家庭康复现状与需求调查分析[J]. 中国康复理论与实践,2014,20(9):820-822.
(下转第 1744 页)

- function and its potential role in the pathogenesis of ulcerative colitis[J]. *Inflamm Bowel Dis*, 2016, 22(11): 2582-2592.
- [20] CHEN T, XUE H, LIN R, et al. MiR-34c and PlncRNA1 mediated the function of intestinal epithelial barrier by regulating tight junction proteins in inflammatory bowel disease[J]. *Biochem Biophys Res Commun*, 2017, 486(1): 6-13.
- [21] MIRZA A H, KAUR S, CAROLINE A, et al. Effects of GWAS-Associated genetic variants on lncRNAs within IBD and T1D candidate loci[J]. *PLoS One*, 2014, 9(8): e105723-105738.
- [22] KUMAR V, WESTRA W J, KARJALAINEN J, et al. Human Disease-Associated genetic variation impacts large intergenic Non-Coding RNA expression[J]. *PLoS Genet*, 2013, 9(1): e1003201-1003210.
- [23] CHEN D, LIU J. Plasma long noncoding RNA expression profile identified by microarray in patients with Crohn's disease[J]. *World J Gastroenterol*, 2016, 22(19): 4716-4731.
- [24] YAO Y W, SONG Y. The growth arrest-specific transcript 5 (GAS5): a pivotal tumor suppressor long non-coding RNA in human cancers[J]. *Tumor Biology*, 2016, 37(2): 1437-1444.
- [25] MIRZA A H, BERTHESEN C H, SEEMANN S E, et al. Transcriptomic landscape of lncRNAs in inflammatory bowel disease[J]. *Genome Med*, 2015, 7(1): 39-61.
- [26] PADUA D, MAHURKAR-JOSHI S, LAW I K, et al. A long noncoding RNA signature for ulcerative colitis identifies IFNG-AS1 as an enhancer of inflammation[J]. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol*, 2016, 311(3): G446-457.
- [27] WU F, HUANG Y, DONG F S, et al. Ulcerative Colitis-Associated long noncoding RNA, BC012900, regulates intestinal epithelial cell apoptosis[J]. *Inflamm Bowel Dis*, 2016, 22(4): 782-795.
- [28] HRDLICKOVA B, KUMAR V, KANDURI K, et al. Expression profiles of long non-coding RNAs located in autoimmune disease-associated regions reveal immune cell-type specificity[J]. *Genome Med*, 2014, 6(10): 88-101.
- [29] GLOSS B S, DINGER M E. The specificity of long non-coding RNA expression[J]. *Biochim Biophys Acta*, 2016, 1859(1): 16-22.
- [30] WANG H M, LU J H, CHEN W Y, et al. Upregulated lncRNA-UCA1 contributes to progression of lung cancer and is closely related to clinical diagnosis as a predictive biomarker in plasma[J]. *Int J Clin Exp Med*, 2015, 8(7): 11824-11830.

(收稿日期:2018-09-21 修回日期:2018-12-29)

(上接第 1740 页)

- [6] 罗苏群. 智力残疾儿童家庭康复现状与需求调查研究[J]. *中国校外教育*, 2012(8): 53-54.
- [7] 陈东骥, 曾庆奇, 杨娟元, 等. 某北方城区肢体残疾人家庭康复需求调查[J]. *中国健康教育*, 2014, 30(4): 329-331.
- [8] 金炳旭, 钱旭光, 赵勇, 等. 脑性瘫痪儿童医院康复与医院-家庭康复模式的成本-效果分析[J]. *中国康复理论与实践*, 2017, 23(10): 1231-1235.
- [9] 朱颖, 吴建贤. 脑瘫患儿家长相关知识教育的重要性[J]. *安徽医学*, 2012, 33(10): 1401-1402.
- [10] 刘显威, 周迎春. 残疾儿童康复现状与需求调查分析——以北京市朝阳区为例[J]. *残疾人研究*, 2016(4): 31-35.
- [11] 董府洋. 吉林省残疾儿童康复需求和康复服务研究[D]. 长春: 吉林大学, 2017.
- [12] 中国康复医学会儿童康复专业委员会, 中国残疾人康复协会小儿脑性瘫痪康复专业委员会. 《中国脑性瘫痪康复指南》编委会. 中国脑性瘫痪康复指南(2015): 第五部分[J]. *中国康复医学杂志*, 2015, 30(11): 1082-1090.
- [13] 任青. 体感游戏康复治疗对孤独症儿童社交障碍、日常生活能力及情绪行为的影响[J]. *中国健康心理学杂志*, 2018, 26(4): 509-513.
- [14] 史艳, 王飞, 李跃峰, 等. 康复训练结合家庭康复指导对痉挛型脑性瘫痪患儿的效果[J]. *中国康复理论与实践*, 2014, 20(5): 420-422.
- [15] 任莉莉, 张柳. 家庭支持对残疾儿童康复影响分析——基于残疾儿童家庭个案分析[J]. *中国校外教育*, 2015(11): 34.
- [16] 梁秋叶, 覃花桃. 影响脑瘫儿童延续家庭康复依从性的因素分析[J]. *医学理论与实践*, 2015, 28(15): 1969-1970.
- [17] 王爱玉. 论如何提高残疾儿童早期康复与训练效果[J]. *卷宗*, 2016(12): 354.
- [18] 冯善伟, 李坤, 李耘, 等. 残疾儿童基本福利服务现状和需求调查研究[J]. *残疾人研究*, 2015(3): 33-39.
- [19] 王丹, 钟清玲, 李博, 等. 脑性瘫痪患儿家长对家庭康复微信平台的指导需求及影响因素分析[J]. *中国康复医学杂志*, 2018, 33(1): 93-95.
- [20] 丁彦华. 父母婚姻质量与儿童心理发展的关系[J]. *中小学心理健康教育*, 2014(22): 4-6, 10.
- [21] 肖钦志, 沈晓明, 马颖, 等. 城乡脑瘫儿童家庭康复效果分析[J]. *湖北民族学院学报(医学版)*, 2014, 31(4): 38-40.
- [22] 刘闯, 刘民, 薄绍晔, 等. 广州、东营两市 0-18 岁残疾儿童医疗康复现状及影响因素[J]. *中国康复医学杂志*, 2011, 26(8): 754-758.
- [23] 罗遐, 卜普. 农村残疾人接受康复治疗行为的影响因素研究[J]. *安徽大学学报(哲学社会科学版)*, 2013, 37(4): 128-134.
- [24] 荆伟. 一位自闭症儿童父亲家庭康复教育的个案研究[J]. *社会福利(理论版)*, 2013(4): 40-44.

(收稿日期:2018-09-30 修回日期:2018-11-25)