

经济及社会事务部统计司

特殊人口群体统计资料

Y 辑

第 10 号

编制残疾统计资料的 准则和原则



联合国 • 2002 年 • 纽约

说 明

本出版物中使用的名称以及材料的编写方式，并不意味着联合国秘书处对任何国家、领土、城市或地区或其当局的法律地位，或者对其边界或界线的划分表示任何意见。

本出版物中使用的“国家”一词在适当情况下亦指领土或地区。

使用“发达地区”和“发展中地区”等名称是为了统计上的方便，未必表示对某一国家或地区在发展进程中所处发展阶段作出判断。

联合国文件都用大写字母附加数字编写。提及此种符号表明提及联合国文件。

提及“元”（\$）表示美元，另有说明者除外。

提及企业和商业产品的名称并不表示联合国的认可。

ST/ESA/STAT/SER.Y/10

联合国出版物

出售品编号：C.01.XVII.15

联合国版权©，2001 年

在纽约联合国印刷

前 言

本出版物《编制残疾统计资料的准则和原则》是联合国近来有关编制残疾人情况的统计资料和指标的两份报告之一。编写这些报告是为了响应《关于残疾人的世界行动纲领》¹和《残疾人机会均等标准规则》²的建议。《世界行动纲领》特别促请统计司：

会同联合国秘书处其他单位、各专门机构和区域委员会，与发展中国家合作，斟酌情况根据对各种残疾的全部查点或代表取样的方式，拟订出现实可行的数据收集制度，特别是编写如何利用住户调查收集这类统计数字的技术手册和文件。

两份报告均就如何编制残疾人的统计资料提出指导意见，但各自目的显然不同。第一份报告，即于 1996 年出版的《发展残疾方案和政策统计信息手册》，³专供主管执行、监测和评估残疾政策和方案的统计信息的生产和使用的方案管理人员和其他人员使用。特别注意残疾统计信息主要用于方案规划和评估目的。作为面向用户的手册，它界定基本概念并就现有残疾问题数据可能的来源提出指导意见。它就如何编制统计信息和甚至在特别困难情况，如紧急情况和难民救济情况下，如何获取和利用这种信息提出了建议。

本卷以《手册》以及以残疾问题一节为基础，作为联合国最近的出版物《人口和住房普查的原则和建议，第一次修订本》⁴的新主题。《原则和建议》以统计人员为对象，提供收集、汇编和传播残疾人统计资料的准则和原则。收列了发达国家和发展中国家双方的实例。本出版物虽为技术性资料，但对残疾方案的管理者很有帮助，因为他们是制订数据收集活动目标和使用所获数据的基本合伙方。残疾领域的研究人员也可以从关于方法的一般信息受益。

维尔·奥耶迪捷克和若泽·热尔，作为荷兰统计局和联合国统计司（统计司）的顾问，执笔编写了《编制残疾统计资料的准则和原则》的早期版本。1994 年 11 月 7 至 11 日在荷兰沃尔堡由统计司组织并由荷兰统计局主持的专家组会议上，对该出版物进行了审查。加拿大统计局前工作人员阿德勒·富雷尔作了补充，经费来自瑞典国际开发署（瑞开署）。本出版物第一章关于“国际功能、残疾和健康分类——ICF 分类”的一节由世界卫生组织分类、评估、调查和术语组编写。第二章关于“评估和提高结果质量”的一节由安东·特纳编写。本出版物第三章包括内容翔实的各节，主要由下列人员编写：（a）普查：若泽·热尔，并由阿德勒·富雷尔作了评注和补充；（b）调查：戴维·基尔，并由负责具体分专题的下列人员提供素材：（一）心理失调，瓦尔·梅尔吉尔；（二）残疾原因，W. 戴维兹；和（三）服务和支持，绍舍·热尔；（c）抽样：安东尼·特纳和（d）机构人口：勒妮·朗格卢瓦。

注

¹大会 1982 年 12 月 3 日第 37/52 号决议通过了《关于残疾人的世界行动纲领》。该《行动纲领》可在联合国残疾人网站www.un.org/esa/socdev/enable/diswpa00.htm上查阅。

²《残疾人机会均等标准规则》（联合国出版物，出售品编号：E.DPI/1454）。

³《发展残疾方案和政策统计信息手册》（联合国出版物，出售品编号：E.96.XVII.4）。

⁴《人口和住房普查的原则和建议，第一次修订本》（联合国出版物，出售品编号：E.98.XVII.8）。

目 录

前言

准则使用说明

章次	页次
一、 导言	1
A. 国际建议	1
B. 国际损伤、残疾和障碍分类（ICIDH 分类）	2
1. 《ICIDH 分类》的三个残疾概念	2
2. 国际功能、残疾和健康分类——ICF 分类	4
3. 《ICIDH 分类》在残疾数据收集中的适用	8
C. 残疾数据源.....	10
1. 调查	10
2. 人口普查	10
3. 利用普查和调查收集残疾数据的优势和局限性.....	11
4. 行政记录和登记簿	12
二、 规划和组织残疾数据收集的一般问题	15
A. 筹备活动	15
1. 认定研究的目标	15
2. 与用户和残疾人磋商及审议相关的现有数据.....	21
3. 宣传	22
4. 界定残疾人口	22
B. 设计认定残疾人的问题.....	24
C. 设计和操作的一般问题.....	28
1. 回答人的选择	28
2. 无答复	29
3. 数据收集的方式	30
4. 调查表的翻译	32

目录（续）

5. 数据处理	32
6. 规划数据的产出和传播	34
7. 评估和提高结果的质量	35
三、 单元：残疾数据收集的方法.....	42
A. 普查	42
1. 在人口普查中调查残疾情况	42
2. 编写用于普查的残疾问题	43
3. 普查中拟调查的补充残疾专题	45
4. 将人口普查作为后续调查的甄别手段	46
B. 调查.....	49
1. 抽样调查中收集残疾数据的方法	49
2. 调查问卷的设计	50
3. 编写认定残疾人的问题	51
4. 度量认知和心理功能	56
5. 特殊专题（原因、持续时间、技术器具、环境和服务与支助）	59
C. 残疾调查的抽样.....	71
1. 范围和目的	71
2. 确定抽样规模的关键	72
3. 抽样基础的最佳利用	78
4. 两阶段抽样和后分层的利用	80
5. 大聚类用于抽样设计的潜在可能性	82
6. 残疾调查抽样的一般原则：摘要	83
7. 国别经验：抽样方案	84
D. 收集机构中的残疾数据.....	86
1. 包括的机构的类型	86
2. 建立机构和回答人的抽样	87
3. 谋取机构的支持	88
4. 访问机构居民时的考虑	88

目录（续）

四、 残疾数据的传播和利用	91
导言	91
A. 计划的汇总表	92
1. 残疾人数与残疾数	92
2. 残疾人的社会经济概貌	92
3. 残疾人与非残疾人的比较	93
4. 建议的汇总表	94
B. 报告和出版物	94
C. 其他形式的传播和利用	96
1. 提供未公布的数据	97
2. 应请求编制特殊汇总表	97
3. 在计算机媒体上传播微数据	98
4. 提供在线传播和计算机存取数据	98
D. 指标	99
1. 度量残疾存在的指标	99
2. 度量机会均等的指标	100
3. 无残预期寿命	100

附 件

一、《ICF 分类》限定值	108
二、认定儿童中的残疾的问题：各国调查的例子	111
三、度量认知和心理功能的手段	115
四、各国有关利用服务支持的调查题的例子	128

表

1. 《ICIDH-2 分类》各主要部分概况	6
2. 利用普查和调查收集残疾数据的优势和局限性	11

目录（续）

3. 按选定国家调查中使用的问题的详细度列示的流行率.....	25
4. 按活动受限列示的无答复、未接触和不合作的比率.....	29
5. 诊断部分慢性认知和心理状况的选定手段.....	58
6. 各种设计效果（ <i>defts</i> ）和级内相关性（ δ ）的聚类规模的比较	83
7. 用苏利文法计算无残疾预期寿命（DFLE）的说明.....	101
8. 预期寿命（LE）、无残疾预期寿命（DFLE）和无残疾预期寿命与预期寿命的比率	102

附 件 表

A.一.1. 《ICF 分类》组分、限定值和第一及第二限定值的部分例子.....	109
A.三.1. 教育、性别和年龄的调整公式，受控口说单词联系测试.....	116

方 框

1. 《ICIDH 分类》三个概念的定义	3
2. 《ICIDH 分类》三个方面在一位数一级的类别.....	4
3. 《ICIDH-2 分类》各组成部分的定义	5
4. 《ICF 分类》各组成部分之间相互作用的目前理解.....	7
5. 国家残疾数据收集活动的目标和人口数据覆盖范围：国家例子	16
6. 数据收集机构与申请提供残疾人就业机会信息的用户之间交流的例子	19
7. 数据收集机构与申请提供关于技术设备的信息的用户之间交流的例子	20
8. 认定残疾人的甄别手段	47
9. 建议的残疾外部原因短表	61

目录（续）

页次

10. 各国调查中所提的关于残疾持续时间问题的例子	62
11. 貌似可信的抽样规模的说明	74

缩 略 语

ACASI	声频计算机辅助自我访问
ADLs	日常生活活动
CAPI	计算机辅助亲自访问
CASI	计算机辅助自我访问
CATI	计算机辅助电话访问
CBR	基于社区的康复
CFM3	2000 年前人人享有健康战略进展情况第三次监测共同框架
<i>deft</i>	抽样设计效果
DFLE	无残疾预期寿命
DFLE/LE	无残疾预期寿命与总预期寿命的比率
DISTAT	联合国残疾统计数据库 DISTAT-2（正在编制）
EUROSTAT	欧洲委员会统计处
GP	普通医师
HALS	健康和活动限制调查
ICD	国际疾病分类
ICIDH	国际损伤、残疾和障碍分类
ICIDH-2	国际功能、残疾和健康分类
INSERM	法国健康和医学研究所
ISO	国际标准化组织
ISO 9999	ISO 国际标准 9999，残疾人技术设备
LE	预期寿命
NHIS	全国健康访问调查
OPCS	人口普查和调查办公室
PIN	个人识别号
<i>pps</i>	与规模相称的概率
REVES	国际健康预期网
Sida	瑞典国际开发署
TTY	电传打字机
UNICEF	联合国儿童基金会
UNDS	联合国统计司
WHO	世界卫生组织

准则使用说明

编写《编制残疾统计资料的准则和原则》是为了满足残疾领域国家统计工作的日益增长的需要。在过去的数十年中，各国大大加强了收集残疾统计资料的努力。然而，这项工作的加强主要是在普查中收列了残疾问题。有些国家在不断的调查即通常的健康调查中列进了一个残疾问题特殊单元。只有为数不多的国家进行了特殊残疾问题调查。各国很少建立残疾人登记簿，而另一个问题则是缺乏指导残疾领域统计资料生产和编制的国际标准。因此，现有的统计信息的质量、完整性和详细度通常不足以满足国家政策和方案的需要。本出版物提供技术指导，帮助各国应对不断增加的数据需求。

审查和评估各国的研究情况是编写《准则》的必不可少的组成部分。联合国残疾统计数据库（残疾数据库）便利了这次审查。目前正在编制的这个数据库的第二版本（残疾数据库二版）包括 100 多个国家的数据。方法性信息，譬如残疾数据库二版中和各国基本报告中目标群体的定义和甄别问题，提供了收列在《准则》中的例子。

《准则》的焦点是有选择的。它不是普查和调查问题的通用手册，而是只论述那些在收集残疾人数据、将其制成表格并加以传播的过程中提出的特殊问题。此外，它还承认，对许多有关数据收集的业务需要的特殊问题尚未给予充分注意。例如，在住户调查中访问残疾人可能引起若干特殊问题，研究工作只是刚开始着手处理它们。对残疾后果的测量问题——即原始《国际损伤、残疾和障碍分类》（ICIDH 分类）的“障碍”方面和《国际功能、残疾和健康分类》（ICF 分类）的“参与”部分，也注意不够。¹若干其他专题准则的发展将取决于未来的测试和评估。

本出版物的范围也必然限于《ICIDH 分类》。虽然《ICF 分类》已经最后敲定，但《准则》不可能充分反映在国家数据收集方案中执行《ICF 分类》所需的方法。将过数年时间才能将《ICF 分类》的概念转变为有效和可靠的调查手段，而且将需要更长的时间才将在国家数据收集方案中使用这些手段。《准则》使用的做法是为了尽量将《ICF 分类》的概念纳入编制残疾统计资料的现有经验中。²

第一章“导言”描述相关的国际框架，具体的是《残疾人机会均等标准规则》³和《ICIDH 分类》，包括原始版本的《ICF 分类》二者。《标准规则》向统计人员说明需作研究的各种专题，而《ICIDH 分类》和《ICF 分类》为残疾的定义和分类提供概念依据。第一章还说明了普查、住户调查和行政登记方案中收集残疾统计资料的各种机会，以及每种机会的利弊。

第二章“规划和组织残疾数据收集的一般问题”，是数据收集过程基本步骤的指南，从规划

¹ 《国际损伤、残疾和障碍分类》（ICIDH）（日内瓦，世界卫生组织，1980 年）；和《国际功能、残疾和健康分类——ICF》，最后草案，正式版本（日内瓦，世界卫生组织，2001 年）。

² 《国际功能、残疾和健康分类——ICF 分类》，最后草案，正式版本（日内瓦，世界卫生组织，2001 年）。

³ 《残疾人机会均等标准规则》（联合国出版物，出售品编号：E.DPI/1454）。

阶段到数据处理和评估阶段，专注于同残疾有关的特殊问题。

第三章“单元：残疾数据收集的方法”，详列各节说明普查、调查、调查中特殊专题、抽样和机构人口等。由于本手册的使用将取决于国家的能力、资源和利益，第三章为单元结构。为便于参照查阅，部分单元的补充材料列示在《准则》结尾的附件中。

第四章“残疾数据的传播和使用”，论述残疾统计资料用于政策目的的问题。

第 一 章

导 言

A. 国际建议

多年来，各国的人口普查和住户调查都在访问表中列入了关于残疾的问题。各国对残疾问题的关心历来主要在于评估它对民变、战争、饥荒、事故和疾病幸存者的长远影响。不过，由于1981年的国际残疾人年、《关于残疾人的世界行动纲领》、¹1983至1992年的联合国残疾人十年和《残疾人机会均等标准规则》²等活动的出台，残疾人统计资料的需求大大增加。不仅这种立法使产生统计资料的工作变得更加重要，而且还扩大了所需的统计资料的范围以包括社会人口因素和经济因素；残疾人的环境、对环境的享受和与环境的融合；技术设备；以及人的援助。

《关于残疾人的世界行动纲领》要求“在不同的经济和社会发展水平和不同的文化背景下……分析残疾人的情况”（第3段）。它还建议各国政策应确保残疾人充分参与社会生活和发展，并应向此类人员提供与全体人口平等的机会，包括参加教育、就业、社会和政治团体、宗教活动、亲密关系和家庭生活；有机会享受住房、金融和个人安全及公共设施；以及行动自由。

《标准规则》进而阐明和表明“各国承担坚定的道义和政治责任，在残疾人机会均等方面采取行动……。指明了对于生活质量和实现充分参与及平等具有决定性重要意义的领域”（第14段）。

《标准规则》论述了下列内容：

1. 平等参与的先决条件：具体地说是关于提高认识、医疗护理、康复和支持服务的规则；
2. 平等参与的目标领域：具体地说是关于享受机会、教育、就业、维持收入和社会保障、家庭生活和人格完整、文化、娱乐和体育及宗教的规则；
3. 执行措施：具体地说是关于信息和研究、决策和规划、立法、经济政策、工作协调、残疾人的组织、人员培训、执行《标准规则》过程中国家对残疾方案的监测和评估、技术和经济合作及国际合作的规则。
4. 监测机制：认定障碍和提议适当措施促进成功执行《标准规则》的方法。

1994年国际人口与发展会议（第6.29-6.33段）、³1995年妇女问题第四次世界会议（第106段）、⁴1995年社会发展问题世界首脑会议（承诺5和6）、⁵和1989年《儿童权利公约》（第23条）⁶等会议和文书也论述了残疾人的权利和机会。

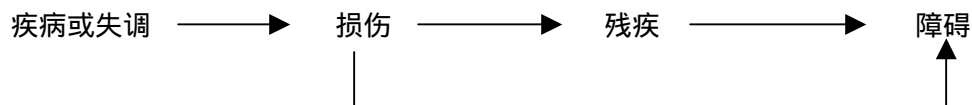
《标准规则》的执行和监测及全球会议和公约对关于各国的数据和国际组织的数据提出了巨大的需求。为了了解一国残疾人的人数以及监测经济、社会、政治和文化权利方面取得的机会平等和成就的情况，需要大量高质量的统计数据。

B. 国际损伤、残疾和障碍分类（ICIDH 分类）

在统计方面，《ICIDH 分类》的概念框架提供了标准化的概念和术语，它们能够改进调查表的设计和为数据编制提供标准化的编码/分类框架。共同框架的利用也有助于提高国家和国际两级数据的可比性，从而提高数据与一组广泛的用户的相关性。下文第 1 节提及原始的《ICIDH 分类》，第 2 节则介绍以 2001 年 4 月最后草稿为基础的这种国际分类的第二版本。第 3 节列举实例说明《ICIDH 分类》如何适用于残疾数据收集中的问题的设计。

1. 《ICIDH 分类》的三个残疾概念

原始的《ICIDH 分类》有三个相互关联但又不同的方面：损伤、残疾和障碍。每个方面形成《ICIDH 分类》的单独的部分，其中分别说明对身体、个人或社会各级疾病、伤害或失调的后果的反应或经历。下图显示疾病或失调、损伤、残疾与障碍的概念之间的联系。



《ICIDH 分类》的第一版本并未充分说明残疾的“过程”或将它建成模型，因为情况比这里陈述的复杂。例如，障碍可能在无残疾的情况下因损伤而产生。还有，顺序也可能在任何阶段中断。这样，人们可能在无残疾的情况下受损伤，或在没有障碍经历的情况下出现残疾。

方框 1 介绍《ICIDH 分类》的三个方面的定义，而方框 2 说明三个分类中每个分类一位数类别的摘要。关于《ICIDH 分类》三个分类的详尽信息可见《国际损伤、残疾和障碍分类》。⁷

方框 1. 《ICIDH 分类》三个概念的定义

损伤:

根据卫生工作实践，损伤指心理或解剖结构或功能的任何丧失或异常。

残疾:

根据卫生工作实践，残疾指以视为正常人的方式或在视为正常人的范围内从事某项活动的 ability（因损伤造成的）任何限制或缺乏。

障碍:

根据卫生工作实践，障碍指给定个人因损伤或残疾而造成的不利处境，它限制或阻止发挥就该个人而言属于正常的（依据年龄、性别和社会及文化因素而定）作用。

资料来源：《国际损伤、残疾和障碍分类》（日内瓦，世界卫生组织，1980 和 1993 年）。

损伤方面说明身体的生物医学状况，而其特点可能是暂时或永久的损失或异常。它包括异常或缺损的存在或发生，或肢体、器官、组织或身体其他结构的丧失。它还包括身体功能系统或机理，以及心理功能系统的缺陷。用外行人的话来说，“损伤”描述人体缺失或不“正常”发挥功能的某个部分。“失明”、“耳聋”、“哑巴”和“瘫痪”等词是经常用来描述有着具体损伤类型的人的字眼。损伤方面是《ICIDH 分类》三个方面最详尽的一个。它包括有关身体结构和功能的九个类别，其中每个类别又细分为更详尽的损伤类型。

残疾方面指损伤对个人从事日常生活活动能力可能具有的影响，受损伤的个人不一定经历任何残疾；或者说个人可能具有作为损伤直接后果的残疾；或者说残疾可能是对损伤的心理反应。

在原始的《ICIDH 分类》中，了解某人由于损伤而活动受限是重要的第一步，因为首先要能够确定是否存在可以减轻或减少限制而能进行的任何干预。评估残疾严重程度被视为下一步，它在残疾子类的补编中论述。⁸

障碍方面是有损伤和（或）残疾的人在与社会其他成员互动时所遇情况的分类。障碍指个人表现或状况与其作为成员的特定群体的期望之间的任何不一致。障碍代表因损伤和（或）残疾的存在而引起的个人的社会和环境后果。界定障碍的社会差异是相关的，因为评价取决于文化规范；某人在一个群体中可能遇到障碍，在另一个群体中却不是这种情况。《ICIDH 分类》的障碍分类包括被称为“存活角色”的六个关键方面的经历。分类的结构不同于《ICIDH 分类》其他的两个方面。同障碍有关的项目不按个人或其属性分类，而是按残疾人可能所处的情况分类，可以预期，

在与社会规范联系起来观察时，这些情况将使此种个人在与同事交往时处于不利境地。

方框 2. 《ICIDH 分类》三个方面在一位数一级的类别

损伤（I-代码）	残疾（D-代码）	障碍（H-代码）
1. 智力	1. 行为	1. 定向
2. 其他心理的	2. 交往	2. 身体自主性
3. 语言	3. 自理	3. 活动
4. 听觉	4. 运动	4. 职业
5. 视觉	5. 身体支配	5. 社会融合
6. 内脏的	6. 灵巧	6. 经济自主
7. 骨骼的	7. 应对情况	7. 其他
8. 毁形	8. 特殊技能	
9. 全身、感觉和其他	9. 其他限制	

2. 国际功能、残疾和健康分类——ICF 分类

根据世界卫生组织的指示，对《ICIDH 分类》进行了修订。《国际功能、残疾和健康分类》或《ICF 分类》为与健康相关的人的功能的分类提供范围大于原始《ICIDH 分类》的理论框架。原始的《ICIDH 分类》基于这样一种模型，由于疾病或失调所致，分别在身体、人或社会各级将损伤、残疾和障碍联系在一起。《ICF 分类》摆脱“疾病后果”概念，改为人的功能“组成部分”做法。采用这种做法时，不作同人的功能的不同组成部分之间的因果关系有关的假设。《ICF 分类》将功能概念作为一个总括术语指称所有的身体功能、活动和参与，并将残疾概念作为一个总括术语用来代表损伤、活动受限或参与限制。⁹ 残疾代表身体功能或结构一级的损伤；个人方面的活动限制和在社会背景下生活情况方面的参与限制。方框 3 列示各组成部分的业务定义，而表 1 概述《ICF 分类》的主要组成部分。关于《ICF 分类》的信息可查阅世界卫生组织网站 <http://www.who.int/icidh>。

方框 3. 《ICIDH-2 分类》各组成部分的定义

在健康背景下：

身体功能指身体各系统的生理功能（包括心理功能）。

身体结构指身体各解剖部位，如器官、肢体及其组成部分。

损伤指身体功能或结构出现的问题，如显著的变异或缺失。

活动指个人执行一项任务或行动。

参与指介入生活情况。

活动受限指个人在开展活动过程中可能遇到的困难。

参与限制指个人介入生活情况时可能出现的问题。

环境因素构成人们生活和规范人们生活的自然、社会和态度环境。

资料来源：《国际功能、残疾和健康分类——ICF 分类》，最后草案，正式版本（日内瓦，世界卫生组织，2001 年）。

表 1. 《ICIDH-2 分类》各主要部分概况

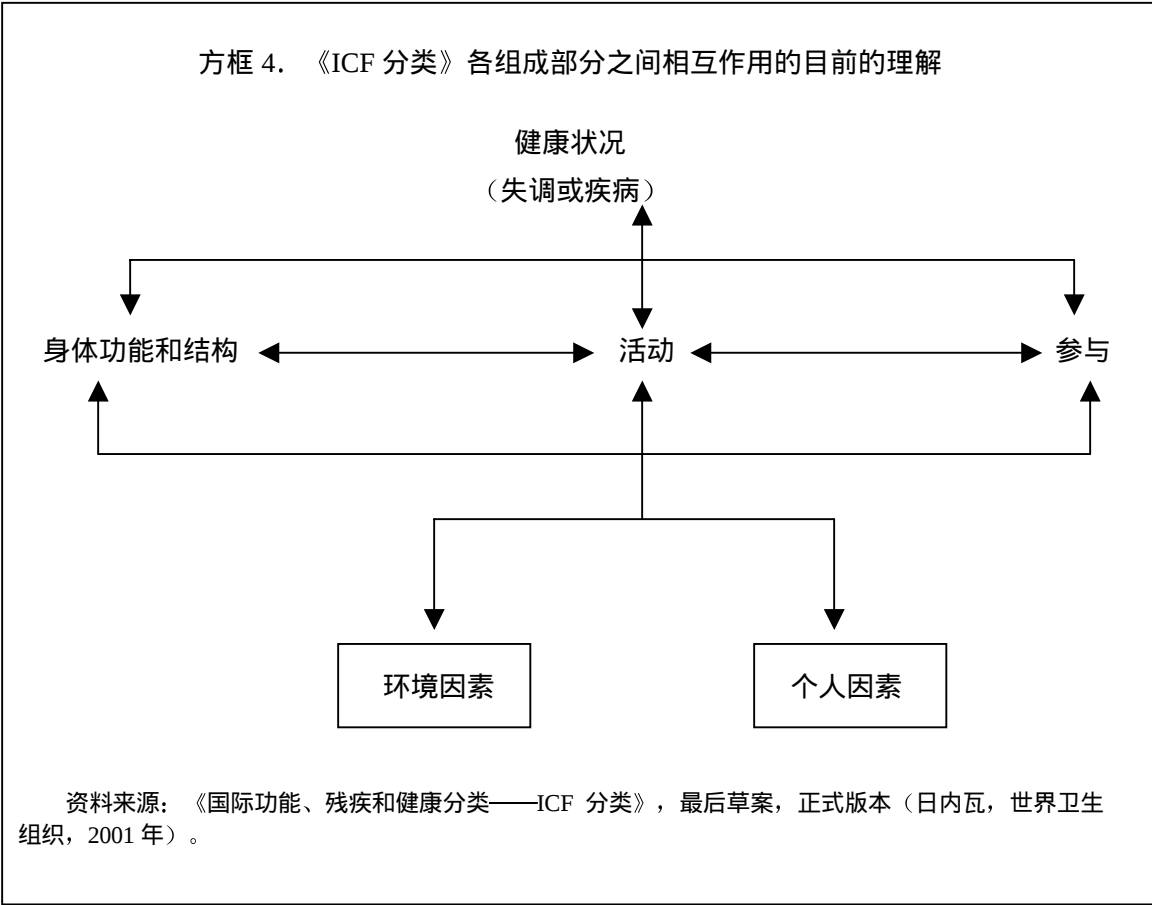
	身体功能和结构	活动和参与	环境因素	个人因素
领 域	1. 身体功能 2. 身体结构	生活领域 (任务、行动)	功能残疾的外部影响	功能残疾的内部影响
结 构	身体功能的改变 (生理)的 身体结构的改变 (解剖的)	能力 在标准的情况下 执行任务 活动表现 在当前环境下执行 任务	自然、社会 and 态度世界 特征的促进 或妨碍影响	个人属性的 影响
积极方面	功能和结构的结合 功能	活动参与 功能	促进因素	不适用
消极因素	损伤 残疾	活动受限 参与限制 残废	障碍/妨碍因素	不适用

资料来源：《国际功能、残疾和健康分类——ICF 分类》，最后草案，正式版本（日内瓦，世界卫生组织，2001 年）。

原始的《ICIDH 分类》模型表明在环境因素未介入情况下损伤、残疾与障碍之间的因果联系。这导致疾病状况与损伤之间的混淆，因为损伤一级不过是疾病状况的后果，而不是像原定那样的能够独立评估的不同的现象。此外，因果关系模型始终不能捕捉这样一个事实，即障碍能够导致残疾及损伤的产生。

《ICF 分类》模型通过列示多方面和互动的过程而避免这些混淆和相关的混淆。人们将残疾视为健康状况和其他个人因素（例如年龄、性别、人格或教育程度）为一方与社会和自然环境因素为另一方之间动态的相互作用。箭头全是双向的，表明残疾过程所有组成部分之间的互动。在

修订过程的早期就决定《ICIDH 分类》在其模型中应尽量保持灵活性以通融不同的方法、不同的研究需求和不同的用户。方框 4 列出《ICF 分类》模型的这些交叉的图解表示。



有人批评说，如不作具体修改，原始的《ICIDH 分类》不适用于收集数据。¹⁰ 损伤类别采用医学术语而不是普通的日常用语，而且不便于以自述个人状况而不是医疗评估为基础的调查表。有人还批评《ICIDH 分类》是针对特定文化的，例如包括诸如“倒茶”等用语。

在《ICF 分类》中，对每个项目或类别作了业务定义，以使用户不难区分两个组分中的平行项目。已注意避免使用同一字眼或短语来认定身体功能和身体结构及活动和参与这两个组分中类似的项目。使用名词来表明身体功能和结构，例如“语言功能”，而活动则用带“ing”结尾的动名词来表达，例如“谈话”。参与项目用互动短语界定，如“介入”、“卷入”等。

《ICF 分类》用两种版本列示以满足不同用户对不同详尽程度的需要。正式版本的每个组成部分都有四位数的详尽程度，而缩简版本只有头两位数字。缩简版本的每个组分各有 100 多个类别，使用起来方便许多。

修订《ICIDH 分类》的另一个目标是制订普遍原则以对人的功能和残疾进行分类；具体指普通性、中立性和对等性原则，就如下文所解释：

普通性：残疾不是一个子类的人的内在或界定性的特征（并因此不类似于人的其他差异如性别和种族等），而是人类本身的一种普遍的状况。由于从流行病学的角度看所有的人在生活过程中都有残疾的风险，因此《ICF 分类》需要涵盖所有健康状况。

中立性：《ICF 分类》属功能和残疾分类，力争以尽量中性的语言说明残疾程度，而不使用消极或贬义的术语。

对等性：这项原则断言，除了有限的情况外，健康状况与残疾方面之间不存在可预言的相互关系。患有心理或生理疾病的人可能会遇到相同或不同的活动限制和参与局限性。将某些形式的残疾与“心理”健康而不是“生理”健康挂钩是不准确和有失偏颇的。

与原始的《ICIDH 分类》形成对照，《ICF 分类》包括心理和智力功能用语。修订的版本广泛描述一般和特定的心理功能，以及活动和参与部分同学习、应用知识和执行任务有关的心理功能项目。

在修订过程中，世界卫生组织分布在全球各地的协作中心就《ICF 分类》的各种草案进行了广泛的“文化适用性研究”和语言分析。修订过程的主要目标是使《ICF 分类》对于广泛的潜在用户和用途具有文化适用性和便于使用，以便发展最准确的国际术语和实现共同的残疾语言用于数据收集目的。

由于修订的《ICF 分类》不同于原始的《ICIDH 分类》，将制订一份转换表将基于原始分类的数据转换为修订的类别。将数据从旧分类转换为新分类的可能性意味着解决基于两种分类的数据的可比性问题。作为《ICF 分类》准备活动的一部分，美利坚合众国全国卫生统计中心/疾病防治中心与联合国统计司和若干国家协作，实施了一个项目以审议《ICF 分类》的一个早先版本是否可用于原始《ICIDH 分类》产生的普查和调查数据的后向编码。

3. 《ICIDH 分类》在残疾数据收集中的适用

编制数据收集准则的一个必要的起点是各国的经验。由于普查问题一般限于通用的问题，多数普查未适用《ICIDH 分类》，尽管联合国最近的普查指南建议使用《ICIDH 分类》。¹¹ 不过在调查中，若干国家基于原始分类的《ICIDH 分类》框架已构成了界定待研究的人口的基础以及设计残疾问题的基础。不幸的是，在编制本组准则期间，在使用《ICF 分类》方面尚经验不足。

统计人员在适用《ICIDH 分类》的过程中正致力于解决在编制《ICF 分类》过程中也已处理的问题。他们已将《ICIDH 分类》的概念演绎为能为回答人理解的较为简单的非技术性用语。例如，现在不是问回答人他们是否有“不便执行需要仔细直观的任务的残疾”，而是将问题改为“依靠通常所戴的普通眼镜或隐形眼镜片你难以看清房间那边或路上对面行人的脸吗？”尽管如此，

原始的《ICIDH 分类》仍不失为编写残疾问题用于现在规划的调查和普查的有益出发点。在调查中，使用原始《ICIDH 分类》的问题主要基于残疾方面，残疾的定义为难以开展日常生活的基本活动，如看、听、行走和够到东西。经部分修订后，在执行《ICF 分类》时，也能使用这些问题，因为原始《ICIDH 分类》的残疾方面一般类同于《ICF 分类》的活动概念。不过，在《ICF 分类》中，有些类别变了。例如，原先为残疾方面组成部分的视力和听力现在是身体功能的一部分，而且不再是活动项目。因此，需要对问题进行部分修改以跟随《ICF 分类》的类别。问题的修改还需要考虑到严重性概念，它在《ICF 分类》中通过“限定值”（数字代码，规定特定类别的功能或残疾的范围或程度）来表示。这些修改将在第二章中讨论。下文抽样问题的代码指原始《ICIDH 分类》各类别的方面。

在美利坚合众国，全国卫生统计中心在其 1994 年全国卫生访问调查中列进一组问题来认定具体的损伤和残疾。这些问题包括：

家庭中有人甚至戴眼镜或隐形眼镜片时视物都很困难吗？（视力残废 — D25 至 D27）

……学会做多数同龄人能够学会的新事情有严重困难吗？（知识获得残疾 — D15）

……有味觉问题，如不能辨出盐或糖的味道或口中存在不应有的味道，像苦、咸、酸或甜等味道吗？（味觉损伤 I69.2）

荷兰 1986/1988 年度卫生访问调查列进了认定具体损伤和残疾的 30 个问题。其中有些问题的例子如下：

……行走有任何困难吗？（行走残疾 — D40）

……背痛吗？（背痛 — I96.3）

……患阵阵头晕或失去平衡吗？（前庭和平衡功能损伤 — I48）

……能听见高声吵闹如汽车喇叭声吗？（其他听力残疾 — D24）

1985 至 1988 年为人口普查和调查办公室（人口普调办）在大不列颠进行的残疾调查中，按《ICIDH 分类》的方针对残疾进行了分类，但有所差异，就研究的目的而言，《ICIDH 分类》被认为要么过于详细要么不够详细。¹² 下面的例子是为进一步提问而认定有关个人时提问的甄别问题：

“你的家庭中有什么人有长期的生理或心理健康问题或残疾造成的下列困难吗？”：

平地上难以行走四分之一英里（行走残疾 — D40）

上下台阶或楼梯极其困难（爬楼梯残疾 — D42）

难以弯腰和直立，甚至扶着东西时也不行（恢复残疾 — D52）

难以伸出手臂够着东西（伸臂够物残疾 — D53）

极难握住、抓住或转动东西（抓握残疾 — D63；持物残疾 — D64）

难以认出路遇的朋友，即使戴上眼镜或隐形眼镜片也这样（仔细目视任务残疾 — D26）

在安静的房间里难以听到人们谈话（倾听说话残疾 — D23）

头脑或耳朵中严重噪声折磨（感觉损伤 — I23）

虽然越来越多的国家在编拟问题时使用《ICIDH 分类》框架以甄别残疾，但调查表的范围和内容仍有巨大的差异。列入调查表的《ICIDH 分类》的残疾项目的数量和编拟问题的方法各国互不一样。这些差异部分同《ICIDH 分类》的残疾分类的规模有关。由于分类覆盖的残疾数目非常大，调查员必须选择包括哪些和不包括哪些，而且原始的分类对于应如何作出选择未提出指导原则。

C. 残疾数据源

一个国家可以三大类国家数据收集系统中的每一类系统收集残疾数据：调查、人口普查和行政记录。

1. 调查

抽样调查不是为了查点国内的每个住户或个人；相反，它们旨在使研究所涉人口具有代表性。利用抽样程序，选定的住户或个人意在统计上代表总人口。调查覆盖许多不同而且经常是专业化的课题，如健康、福利、劳动力、农业和其他社会经济问题。大多数调查以住户为基础；但在研究残疾人群时，也必须包括机构人群。

能够利用调查来收集残疾数据，其方法是进行特殊的残疾调查或将残疾单元包括在另一项调查中。在第三章“调查”题目下更详尽地讨论两类调查。

2. 人口普查

在多数国家统计系统中，人口普查是人口及人口特点统计的主要来源。普查属于全国性的活动，分别查点每个人和分别记录他们的特点。普遍查点是一个基本特征，它使人口普查能够为小的地理区域提供有用的人口、经济和社会数据，而抽样调查是不可能做到这一点的。人口普查是一项复杂和费用高昂的工作，多数国家通常只能每隔十年组织进行一次。

利用普查收集关于人口的某个部分的信息不是什么新的概念，不过典型的情况是普查的组织者设法避免利用普查收集基本的人口组成信息以外的资料。但是，由于数据收集工作成本高昂而且日益需要社会、经济和人口统计信息，许多国家正在审议如何将普查作为一种可能的手段以获得其他所需信息。虽然普查收列了广泛的专题，但由于预算、人员和时间等因素的制约，多数问题只能简要覆盖。残疾日益成为人口普查调查的一个专题。联合国《人口和住房普查的原则和建议，第一次修订本》¹³ 首次将残疾列为可在普查中覆盖的专题。下文更详尽地论述残疾问题的普查建议。

3. 利用普查和调查收集残疾数据的优势和局限性

每种方法用来收集残疾数据都有相对的优劣势。表 2 归纳普查和调查用于研究残疾问题的优势和局限性。选择方法不仅取决于所需信息的类型和数量，而且取决于可加利用的资源。例如，在许多国家，特别是在发展中区域，虽然关于残疾人的普查数据的质量和覆盖面可能受限，但鉴于可加利用的资源，将残疾列进普查往往是惟一可能的选择。

表 2. 利用普查和调查收集残疾数据的优势和局限性

A. 普查	
优 势	局 限 性
数据可为小的局部地区制表。 由于也收集了关于危险处境人口的数据，能为小的地理区域计算流行率。 详尽的说明性交叉汇总表不会出现抽样错误。不过，局部地区残疾原因的研究因所涉的观察数而受到限制。 不同地区发现的基本因素可归因于观察数目小而不是该地区的任务因果关系格局。 如果残疾问题保持可比较性，它们也能用于残疾率的时间数列分析。 残疾人数目通常很大，因而能编制较详尽的交叉汇总表。 普查和调查能为本来难以发现的残疾人问题的研究提供有用的抽样框架，例如盲人和聋哑人或心理损伤的人。 能够对残疾人和非残疾人进行比较。	主题限于基本的社会经济特点和人口统计特点。可对残疾人的特殊情况进行范围和深度有限的访问。 数据收集不经常，即通常 10 年一次。此外，数据收集至数据传播的时间可能相当长。 机构中的残疾人可能不包括在人口普查中，或至少不包括在说明性汇总表中；有时只覆盖非机构化的人口。 鉴于问题的复杂性和敏感性及普查手段的受限性，不回答的问题可能很严重。 为了认定 1%至 20%的残疾人而向总人口中 80%至 90%的人问一个可能作否定答复的问题，是代价高昂和耗时的做法。 鉴于普查的培训要求很高，查点员在残疾专题上所受的训练可能有限，而这个专题需要具体的指导原则。 住户的普查通常由一人完成，而且此人不一定能充分掌握住户中其他人的残疾信息。

表 2. (续)

B. 普查	
优 势	局 限 性
在可能覆盖的专题的深度和范围方面，调查提供较大的灵活性。可以设计特殊的探查和测试方法以确保认定残疾人。 鉴于可以利用抽样基础和进行调查的基础设施，调查较易起动。 由于地理覆盖范围有限和拟完成的访问次数较少，可对观察和访问的情况进行更严格的控制。 可以尝试修改设计以提高调查查找残疾人的权力，例如利用普查协调概率抽样选择，利用登记的人口列表，在抽样阶段分层或增大抽样分数。 有更多的机会可以监督实地工作和专业性的实地培训，以及对关于损伤的详尽问题进行仔细的预备调查。 可以纳入测量方法：例如目测、手的灵巧或走步。	除靠综合的估计技术外，分析许多局部地区的流行率的能力受限，原因是抽样规模受限和随后发生与小地区废除隔离联系起来的抽样误差。 需要很大的抽样规模以捕捉适当数目的被认定为具有残疾的人，因为残疾的发生率低于任何人口的20%。 一般情况下对处于异常情况下人口的覆盖非常差，例如收容在机构中的人、次级家庭的成员、次要人员、无家人员和难民或游牧人口。

4. 行政记录和登记簿

残疾问题的补充数据源包括为其他目的或更为一般的目的建立的行政体系收集的数据，以及从旨在服务于残疾人的登记簿得来的数据。许多类型的行政记录和登记系统都可用来获取残疾数据，这包括人口登记簿、人口动态登记体系、社会保障体系、职业伤害登记处、康复方案和残疾人其他服务机构。

行政记录和登记簿经常能够提供关于残疾人的独家信息。通常这些系统的信息为统计以外的原因收集，也许同实施符合具体标准的残疾人的特定方案或服务有关。不过，有些行政记录系统保持的目的是提供关于方案执行的信息；这种信息也可能对其他目的有用。例如，美国教育部特殊教育方案局收集的数据提供关于接受特殊教育儿童的教育程度的信息，例如毕业率。这些数据每年收集，因此可以作为具体损伤或残疾流行情况的趋势数据的有用来源，此类数据通过其他来源可能是得不到的。

本出版物将不对行政记录和登记簿提供方法指导。建立此类系统所涉的方法不一定是统计性

的方法。此外，将行政服务部的记录或登记簿用于支持方案或服务以外的统计目的可能涉及法律问题。可能需要关于收集原始数据的规则或立法的法律意见。任何法律意见的获得都需要一定的时间，而且可能耗资巨大。不过，在有些情况下，这些障碍是能够克服的，而且特别是同其他数据来源结合起来，行政记录能够丰富我们关于残疾人趋势的知识。

多种多样的行政记录和登记簿已被用来产生关于残疾人的数据，其中包括：

(a) 比利时：接受特殊教育的残疾小学生。这种数据包括有能力接受某种教育但在普通教育建制单位没有能力跟上教育进度的儿童和青少年。数据细分为四个级别的学生，在每个学期开始时收集；¹⁴

(b) 希腊：普遍计划社会保障基金。这种数据源包括领取普通计划规定的病疾养恤金的人。一般说，这些是由于普通疾病（包括精神病）、职业病或工伤事故或非工伤事故而造成的残疾程度至少达到 50% 的被保险的人。这种保险覆盖作为私营部门雇员的个人。这种来源每年可以提供数据。¹⁵

(c) 法国：残疾成人赠款。这一数据源包括 20 至 60 岁的残疾成年人（或 16 至 20 岁，如果他们不再有资格领取家庭补助），其残疾程度至少达到 80%，或如果残疾程度低于此标准，但由于残疾而不能从事专业工作。赠款数额取决于残疾个人能否工作和其收入多少。它旨在向全体残疾成人提供最低收入。可从这个来源获得年度数据。¹⁶

(d) 爱尔兰：家庭护理补贴。这一方案覆盖 2 岁至 16 岁的严重残疾儿童，他们生活在家中，但由于身有残疾，所要求的护理和关注程度大大高于同龄儿童通常所需的程度。从这个来源可以获得年度数据。¹⁷

(e) 毛里求斯：全国养恤金计划登记簿。全国养恤金计划为有经医生证明的损伤的人提供财政支助，这是一种退休养恤金，提供给聋哑、全身瘫痪或永久损伤至少达到 60% 而且其日常活动需要帮助的人。¹⁸

(f) 一项旨在服务于残疾人的连续登记制度的例子是德国的制度。这项制度包括由地方当局（*Versorgungsamt*）核证为残疾并因而有资格领取特殊福利金的人。地方当局根据从 20 排至 100 的一张表确定残疾程度（或能力下降百分比），达到或超过 50 程度表示严重残疾。已制定了基本的准则，包括对残疾类型和对应的能力降低程度的细目分类。确定降低程度时虑及给定年龄预期的能力和这种情况如何由于生理和心理失调而受到了影响。为被核证为残疾，有关人员向地方当局提出申请（包括医疗报告）。该当局根据医疗报告和准则确定残疾程度，这种残疾可能是不止一种失调的结果。在区域和全国两级，每两年通过这种登记制度专门编制有关严重残疾的人（残疾程度达到或超过 50% 的人）的统计数据。此外，登记制度还为微观普查残疾数据收集方法的改进提供基础。

注

¹ 《关于残疾人的世界行动纲领》由大会 1982 年 12 月 3 日第 37/52 号决议通过。该《行动纲领》可在联合国残疾人网站上查阅，网站为：www.un.org/esa/socdev/enable/diswpa00.htm。

² 由大会 1993 年 12 月 20 日第 48/96 号决议通过，并以《残疾人机会均等标准规则》为标题出版（联合国出版物，出售品编号：E.DPI/1454）。

³ 《国际人口与发展会议报告》，开罗，1994 年 9 月 5 日至 13 日（联合国出版物，出售品编号：E.95.XI II18）。

⁴ 《第四次妇女问题世界会议报告》，北京，1995 年 9 月 4 日至 15 日（联合国出版物，出售品编号：E.96.IV.13）。

⁵ 《社会发展问题世界首脑会议报告》，哥本哈根，1996 年 3 月 6 日至 12 日（联合国出版物，出售品编号：E.96.IV.8）。

⁶ 《儿童权利公约》由大会 1989 年 11 月 20 日第 44/25 号决议通过。

⁷ 《国际损伤、残疾和障碍分类》（日内瓦，世界卫生组织，1980 年和 1993 年）。

⁸ 同上。

⁹ 在《编制残疾统计资料的准则和原则》中，用语“残疾”用作损伤、活动受限和参与局限性的通常术语。不过，在与原始《ICIDH 分类》合用时，用语“残疾”指该分类的残疾方面。

¹⁰ 见 1993 年再版的《国际损伤、残疾和障碍分类》的“前言”（日内瓦，世界卫生组织）。

¹¹ 《人口和住房普查的原则和建议，第一次修订本》（联合国出版物，出售品编号：E.98.XVII.8）。

¹² Jean Martin、Howard Meltzer 和 David Elliot，《人口普调办大不列颠残疾调查：第一次报告，成人残疾流行情况》（伦敦，国家文书出版署，1988 年）。

¹³ 《人口和住房普查的原则和建议，第一次修订本》（联合国出版物，出售品编号：E.98.XVII.8）。

¹⁴ 欧共体统计处，《残疾人：统计数据》，第二版（卢森堡，欧洲共同体官方出版物处）。第 10 页。

¹⁵ 同上，第 30 页。

¹⁶ 同上，第 47 页。

¹⁷ 同上，第 64 页。

¹⁸ 《编制残疾方案和政策统计信息手册》（联合国出版物，出售品编号：E.96.XVII.4），第 27 页。

第 二 章

规划和组织残疾数据收集的一般问题

不论数据采用普查还是调查方法收集，在规划和组织数据收集工作时都需要处理同残疾专题相关的若干一般问题。作为第一步，在规划阶段应列出残疾方面的明确目标。此外，还必须认定信息需要和界定研究的人口。在筹备工作过程中，需要与残疾人组织和潜在的数据用户进行磋商。在筹备阶段必须考虑残疾对所有相关设计特征的影响。在设计认定残疾人的问题方面已经积累了大量经验，尽管它基于原始的《ICIDH 分类》。鉴于采用《ICF 分类》的新方法，此种国别经验对于制定国际准则是必要的，并将尽量加以利用。关于数据收集设计和运作的其他一般问题，由于所涉的技术很复杂而且需要进一步的研究和国家经验，本章论述范围限于审查应虑及的要点。

A. 筹备活动

1. 认定研究的目标

制定数据收集的计划，在早期阶段应包括制定一组战略目的和目标。就研究目标、所关注人口的覆盖范围和对残疾人口拟将调查的专题而言，各国之间是非常不同的。方框 5 举例说明各国的残疾数据收集活动。

方框 5. 国家残疾数据收集活动的目标和人口数据覆盖范围：国家例子

下文给出菲律宾、中国和印度三国的研究目标及国家数据收集活动的人口和专题覆盖范围的例子。

1. 菲律宾，全国残疾人问题委员会，全国残疾调查，1980 年

原因	需要数据以 (a) 确定菲律宾 13 个区残疾人口的数量、分布和特点； (b) 对残疾人和非残疾人进行比较； (c) 按地区、性别、年龄、类型和残疾原因研究残疾流行情况； (d) 认定残疾人口对医疗、护理和康复服务的需要和要求； (e) 确定残疾是否在工作或履行职责时所致。
对象	研究范围覆盖住户中的所有人口。残疾人界定为某个人有 (a) 生理损伤，包括语言、听觉、视觉、内脏、骨骼和毁形损伤； (b) 心理损伤，包括智力和其他心理损伤，例如智力迟钝、精神病、酒精中毒、慢性忧郁或焦虑及阵发性失调。
内容	收集什么类型的数据？ (a) 年龄、性别、婚姻状况、居住状况和与户主的关系； (b) 教育活动和受教育的最高程度； (c) 职业和就业状况； (d) 残疾状况； (e) 损伤类型； (f) 原因； (g) 技术设备； (h) 家庭对残疾人的护理和家庭经济情况； (i) 残疾人的需要。

方框 5. （续）

2. 中国民政部，全国残疾人抽样调查，1987 年	
原因	收集数据以提供残疾人的下列信息： （a） 残疾类型； （b） 地区分布； （c） 残疾原因； （d） 医疗情况； （e） 康复情况； （f） 教育； （g） 就业； （h） 婚姻； （i） 家庭； （j） 社会生活参与情况。 收集数据为制定立法和国家政策与方案提供依据，以期改善残疾人的状况和确保他们拥有与非残疾人平等的权利。
对象	调查覆盖 29 个省的住户人口。 按定义，残疾人只包括下列人员：（a） 视力损伤；（b） 听力损伤；（c） 语言损伤；（d） 心理损伤；（e） 肢体损伤；和（f） 精神损伤。
内容	收集下列方面的数据： （a） 损伤类型； （b） 损伤原因； （c） 年龄和性别； （d） 残疾人和残疾人父母的教育程度； （e） 经济活动状况、行业、职业； （f） 残疾所得到的治疗和未得到治疗的原因； （g） 残疾人上学和就业的意愿； （h） 残疾人参加社会活动、继续接受治疗、使用修复术（指生理损伤人员）、结婚的意愿； （i） 残疾人亲属的态度：他们将他（或她）视为负担，并希望他（或她）能被接纳进入残疾人专门机构吗？

方框 5. （续）

3. 印度全国抽样调查组织统计部，1991 年全国残疾人抽样调查	
原因	全国抽样调查收集残疾数据以 （a） 建立本国残疾发生和流行情况的数据库； （b） 认定邦内（省内）比率的变动； （c） 研究残疾的具体特点，例如残疾的类型或程度、残疾的原因、残废发生的年龄和使用的设备/器具的类型； （d） 确定社会经济特征和人口统计特征。 为贯彻印度政府的政策，收集残疾数据以审查本国残疾人的状况并制订综合的康复方案。
对象	对印度全国 56 760 个住户进行了调查。 有下列生理残疾的人构成研究人口：（a） 视力残疾；（b） 交流残疾（例如 5 岁和 5 岁以上的人有听力残疾或语言缺陷）；和（c） 运动残疾。 调查还覆盖 5 至 14 岁儿童达到不同发育里程碑的程度。
内容	收集了下列信息： （a） 至少有一名残疾人的住户； （b） 住户特点，例如年龄、性别、规模、社会团体、行业、职业、就业状况、月均支出和住房类型等； （c） 残疾特点，例如残疾类型、残疾数量、残疾程度、残疾原因、残疾发生的年龄和使用的设备/器具的类型； （d） 残疾人父母之间的血缘关系。

制定这些目标的出发点是评估现有的数据和了解用户的数据需求。通过与倡导人、代表不同类型残疾人的团体和为残疾人提供服务和方案的组织进行一系列的会晤，最能明确认定残疾数据的需求。

一般说，由未接受过统计培训的倡导人认定的信息需要以非常普通的用语说明。负责数据收集的机构必须将这些普通说明演绎为详尽的数据需求。这通常是互动的过程，可以通过提问和提供例子帮助提出请求的个人和（或）机构加以实施（关于此类交流的例子见方框 6 和 7）。

方框 6. 数据收集机构与申请提供残疾人就业机会信息的用户之间交流的例子

根据数据收集活动项目管理人对本国残疾人面临的问题的了解，他（或她）安排与劳动部/局的官员会晤。项目管理人可能听到下列情况：

游说集团施加越来越大的压力，要求制定一项就业政策以确保残疾成人获得就业机会。人口中有多少残疾成人，而且与人口的其他部分相比，他们的就业状况如何？

除了第一次会晤时提出的确定定义和需要的部分问题外，其他具体的问题可包括：

你如何界定“成年人”？

你需要成年总人口的信息还是要求得到按具体年龄组分列的信息？

你如何界定“就业”？

你有非残疾人的另一就业信息源吗？在你的信息需要的说明中提到需要关于非残疾人的就业信息。

有两种选择方案数据收集机构也许可以拿出来满足这种需要：（a）利用可从另一来源获得的总人口的就业数据的可能性；或（b）将数据收集活动的范围扩大到包括收集关于未报告残疾的成年人的就业状况的信息。

关于这个过程的讨论还应包括关于残疾人特点的信息范围，例如年龄、性别、教育、收入和劳动力状况，以及地区级的详尽度。对于收集数据的机构来说，这种补充信息对于确定用来收集信息的方法及确定工作成本非常重要。在此阶段上也必须决定残疾人口的覆盖面。往往出现的情况是，数据收集活动只包括居住在私居住户内的人。为了不排除相关部分的残疾人，工作班子应考虑残疾人可能生活的所有可能的地点，然后通过磋商确定是否应优先列入这些人口。将列入和排除的决策过程编写成文件，是这一阶段规划工作的一个重要的方面。下面是应仔细考虑列入数据收集活动的某些人员群体：（a）居住在机构中的人；（b）生活在偏远地区的人；（c）游牧民族人员；（d）无家可归者；和（e）难民。

方框 7. 数据收集机构与申请提供关于技术设备的信息的用户之间交流的例子

典型的情况是，与最迫切需要信息的部/局和与表示可为此种信息的收集出资的部/局进行会晤。信息需要可这样表示：

现已决定卫生部将提出一个新方案以确保残疾人将获得他们需要的技术设备。我们需要知他们需要什么。

向用户提出的问题可以包括：

你对残疾人的定义是什么？

这里数据收集机构可给出某些例子，例如集中注意力有所困难的人，难以听懂口传信息的人，由于瘫痪而不能行走的人，或由于关节炎而难以行走的老年人。有益的做法将是使用类似定义的其他国家获得流行率，这将提醒用户注意使用特定定义的可能的含义。

你需要关于特定类型残疾的信息吗？

这部分讨论有助于确定将需要用来认定有关人群的详情的数量以及所需抽样的规模。

你需要知道此人已残疾多久和残疾的原因吗？

在研究人员编制综合的残疾指标如无残疾预期寿命（DFLE）时，残疾持续时间和原因是他们典型使用的两项信息。用来确定残疾原因和持续时间的问题的例子在第三章 B.5（a）节中提供。

你想包括所有年龄的人：儿童、成人和老人吗？

重要的是应覆盖指定的每个年龄组，因为同每个年龄组的残疾有关的问题和需求可能是不同的。

男女残疾人的特点和状况有什么差异？

数据收集机构应要求用户认定同性别相关的问题以确保调查表覆盖面适当。

是否必须认定这些个人是生活在农村还是城市地区亦或其他地区？

方框 7. (续)

重要的是应知道是否只在国家一级需要信息还是区域信息也将需要。这将对抽样规模和抽样设计具有影响。

你认为技术设备指的是什么？

数据收集机构可能希望要求用户认定可以考虑的技术设备的范围，例如助听器、眼镜、轮椅、手杖、导盲犬或其他辅助器械。

2. 与用户和残疾人磋商及审议相关的现有数据

统计人员负责确保他们收集的数据符合用户的需要。与用户进行磋商，将会确保最终产品符合这些需要和兴趣。

在一开始就与用户磋商的做法很关键，它有助于认定应处理的问题和专题，而且在过程的每个阶段都应继续磋商。例如，在拟订问题时应与用户磋商，特别是有关道德问题、语言和实地工作战略，以及有关规划对于数据收集目标的宣传工作。

用户包括政府官员、研究人员、立法人员、残疾人和向残疾人提供服务的非政府协会和组织的成员。研究人员和非政府组织的代表在磋商过程中发挥独特的作用，他们提供关于其学科和关于残疾人面临的问题的最新信息。典型的情况下，这些个人和协会没有资金可为数据收集过程作贡献，但他们对问题和对他们成员的需要的了解以及他们的支持往往至关重要，可以确保数据收集活动取得成功。

这些磋商的形式可以是多种多样的，既有非正式的讨论，也有讲习班和研讨会，更有由生产者和使用者组成的磋商委员会的正式会议。不同的形式符合过程中不同的目标，而且将需要探索不同类型的磋商。

虽然与用户群体的磋商对于所产生的数据的质量和用途至关重要，但这些磋商也有缺陷。这种程序可拉长数据收集的时间安排，并使统计人员面临不同用户群体相冲突的要求和相矛盾的意见。不过，从积极的方面看，与用户的成功对话将认定紧要的问题和信息，而且在表明生产者制约因素的情况下有助于用户对能够收集的数据形成更为现实的预期。

与广泛的个人进行磋商还应提供机会了解任何相关的现有数据。规划过程的一个重要的部分是断定以往是否作过任何努力收集关于残疾人口的信息。由于数据收集活动往往费用非常昂贵，因此重要的是认定和分析已经进行过的研究。与其他调查管理人员和普查管理人员接触将是重要的第一步，可用来确定是否存在残疾数据，以及是否有什么文件说明数据的质量和在收集数据

时是否可能遇到了什么问题。

国内的某些地区可能已进行过同某个具体残疾问题有关的调查或普查。虽然这种信息作为全国数据源可能不一定有用，但在收集此种信息时取得的经验对规划班子可能很宝贵。

有关部局和某些倡导团体及服务提供者经常保留着行政记录或登记簿，它们被用来监测和评估方案和服务。这些记录的查阅经常有所限制，但归总的数据可加利用。从事残疾问题研究的人也可能是确定是否存在数据的可靠信息源，因为他们可能已经找到了证明其研究成果的资料来源。

认定的资料来源应采用标准的格式记录成文件，因为在数据收集工作的各个阶段将使用它们。它们将成为规划班子设计调查表、制订程序、培训数据收集人员和验证新数据的资源。它们也可用作补充新数据的附加信息。

3. 宣传

在将残疾问题列进普查或正在进行的调查时，必须在促进整个数据收集努力的全国宣传运动中具体论述残疾问题。在设计宣传方案时应突出收集残疾人数据的重要性，并克服与认定具有残疾有关联的任何消极观点。

在视残疾为一种耻辱的地方，人们可能不愿意报告残疾情况。宣传运动对于鼓励残疾人协作至关重要。列进有关使用数据为残疾人制定新的方案和政策方面的信息和就提供的信息的保密性作出保证也很重要。还应向公众通报，不将数据用于任何其他目的，例如税收、养恤金给付的评估或管理等。

残疾人组织、老年人组织和专业人员组织都应当介入。它们能够处理生活在其社区中残疾人的文化态度和社会地位方面的问题。此类组织也是有效的工具，可以宣传残疾人与数据收集工作合作的重要性。

4. 界定残疾人口

残疾人口的定义是设计数据收集活动的关键因素，因为它确定整个数据收集过程的范围和覆盖面。在数据收集中，拟为残疾人口采用的定义应依据研究的目的和目标，而且应与各种数据用户、残疾领域的专家和代表残疾人的团体讨论。

在评估认定残疾人的不同方法和做法时，其他国家的经验可能很重要。联合国统计司残疾问题网站是关于所采用的方法及获得的基本流行率的一个信息源。¹ 本手册列进了同具体问题有关的国别例子。

各国在开展数据收集活动时，所用残疾人的定义并不统一。各国的定义在含义和范围两个方面都不一样，因为数据的行政应用以及文化惯例和观念高度影响残疾人口。

在国际一级，通过世界卫生组织编制《国际损伤、残疾和障碍分类》（ICIDH 分类）²和《国际功能、残疾和健康分类——ICF 分类》，³使术语有了很大的改进，这两种分类在第一章中作了更详尽的说明。在第一章中介绍的修订的《ICF 分类》是原始版本的扩充和澄清。鼓励各国将《ICF 分类》作为确定残疾定义的基础。这种分类所提供的概念框架旨在改进国家残疾定义和量度的明晰度和准确性，从而产生具有国际可比性的残疾数据。

以《ICIDH 分类》的原始版本为基础，建议使用残疾概念界定普查问题中及住户调查中的残疾人口。⁴ 残疾术语侧重于开展日常活动遇到的困难，与基于损伤概念的术语相比，一般较易理解，特别是对于回答人而言。此外，《ICIDH 分类》的残疾概念可用来度量不健康的后果及其对日常生活所需的活动的影​​响。采用这种做法，能够获得关于残疾人口的康复和适应需要的信息和制定相应的政策和方案。在这个框架内也可处理残疾人的机会均等问题。

《ICF 分类》中的活动类同于原始《ICIDH 分类》的残疾方面。活动以从简单到复杂的活动（例如，从基本的观察和行走到执行多项任务）的角度说明个人的功能概况。基于活动的概念与基于“身体功能和身体结构”这一部分的概念相比，能够比较容易地与实际生活状况联系起来。后者关注的是身体系统，而且似乎更适合于评估临床情况下的残疾。由于活动概念侧重于个人执行生活中的任务或行动方面的功能，它同拟订社会政策相关。由于这一切原因，基于活动概念的残疾人口的定义同普查中和调查中的使用相关。

使用参与概念的研究人口的定义也很重要，因为它审查同个人介入各种生活领域有关的社会状况，例如自我护理、人际互动、学习和应用知识、交流及家庭生活。参与类同于原始《ICIDH 分类》的障碍方面。不过，由于与其他两个方面相比障碍较为复杂并且阐述也不够充分，在残疾数据收集活动中难以操作和适用。因此，没有国别经验可用作战略来源以度量障碍或参与。

《ICF 分类》的参与从介入不同生活情况的角度观察存在健康状况的个人的“生活经验”，它试图查明个人是否参加、进入或介入某个生活领域，是否被接受，或是否有机会获得所需的资源。用以比较个人参与情况的标准或规范是特定社会中无类似健康状况（疾病、失调或伤害等）的个人的标准或规范。参与也关注环境因素促进还是妨碍个人介入该特定领域。考虑到能将参与用来评估《残疾人机会均等标准规则》详述的平等，使用参与来界定有关人口具有特别的相关性。⁵

重要的是代表残疾人的团体必须参与界定残疾人口的过程。其中多数组织和协会有着相似的信息需要。不过，各自如何界定残疾人口时产生困难。多数组织和协会的成员按残疾原因或基本状况界定。例如，这些协会包括有脊髓损伤、脑髓损伤、大脑皮层损伤、智力迟钝、关节炎和心脏问题的人。其他的协会通过使用设备情况界定其群体，例如轮椅协会；另有一些处理具体类型

的损伤的协会，例如聋哑或盲人协会。在《ICF 分类》框架内制订残疾人定义时，将需要协调和考虑各个组织不同的关注问题。

在界定残疾人口时（不论是否使用《ICF 分类》成分），重要的是应区分暂时与长期的残疾。⁶ “长期残疾”指慢性状况，它是通常与残疾人口的定义联系在一起的概念。要度量长期残疾，必须确定所度量的状况的经历或预计期限的最短时间长度。为将暂时残疾的人排除在外，许多国家以“持续或预计持续 6 个月或更长时间”来界定残疾。6 个月的期限是任意定的，没有科学依据，只是它已为若干国家使用而且似乎是为了排除暂时残疾的个人。“暂时残疾”指个人通常的功能水平暂时受限制。它旨在测量个人通常功能水平的偏差（不健康），即使这种通常水平已经降低。它包括诸如短期生病、腿部骨折和怀孕等情况。

B. 设计认定残疾人的问题

设计认定人口中的残疾人的问题，是特别复杂的问题。从概念观点看，什么情况构成残疾或谁应被视为患有残疾没有统一的定义。《ICIDH 分类》和更近的《ICF 分类》提供了一个多维框架，用以界定残疾人口而不是只提供一个明确的定义。如在《ICF 分类》所使用，残疾是总括性术语，它覆盖两个部分：（1）身体功能和身体结构；和（2）活动和参与。因此，它覆盖与身体各部分的功能和结构有联系的生理、感情和心理状况；个人执行任务时的困难；以及在社会介入生活情况的问题。在《ICF 分类》中“损伤”（同身体各部分有联系的问题相关）、“活动受限”（同执行任务的问题相关）和“参与局限性”（同介入问题相关）这几个概念是相互关联的，但并不同义。术语“残疾”具有不同的含义，依据所采用的概念而定。

此外，即使从《ICF 分类》的一个概念成分来看，残疾也没有固定不变的情况。残疾是有健康状况的人与特定环境背景相互作用的结果。有类似健康状况的个人不一定有类似的残疾问题或对其残疾有相同的认识，这取决于他们对环境的适应。例如，获得技术器材、服务或医疗，或生理上适应环境，就可能使个人能够克服其残疾状况。残疾不是一种全有或全无的现象，它涉及不同程度的困难、限制或依赖，既可为轻微程度，也可为严重程度。在设计问题时，应将残疾状况严重及不严重的人都包括进来，并考虑到个人可能拥有的辅助设备或融合条件。

鉴于残疾概念复杂，回答人对问题的理解是个大问题。⁷ 影响回答人对残疾问题解释的因素包括问题的具体用词，问题的结构和表述的形式，而不论问题由回答人阅读还是访问人向他表述。问题的措辞特别成问题：虽然可将回答人或访问人阅读的语文标准化，但语文的标准化并不意味着含义的标准化。回答人可能对术语作不同的解释，而且有时可能忽视问题中的限定性说明。例如，诸如“困难”等术语的使用可能受制于回答人的解释，在拟订答案时，有人可能从他们能够做而不管是否做（能力）的角度回答，而别的人可能依据他们实际所做（实际表现）的情况回答。

问题措辞和覆盖的活动范围对认定为有残疾的人的数目有影响。一般说，如果手段包含关于范围较广的活动的的问题，被认定为残疾的人数将较多。⁸ 另外，具体的问题较之笼统的问题更有

可能认定更多的残疾人。

联合国残疾统计数据库（DISTAT2）中的国家数据表明，流行率的差异受问题设计的下列方面影响：（a）使用的问题的类型（通用还是具体）；（b）关于所用术语的问题措辞的明晰度；和（c）从包括的项目数衡量的调查表的范围。这些因素与拟订问题时使用残疾概念（《ICIDH 分类》）还是损伤概念（《ICIDH 分类》）相比更为重要。

下列项目来自使用《ICIDH 分类》损伤概念方法的三个不同国家的调查表：

1. 澳大利亚：“住户中有人丧失视力吗？有人丧失听力吗？有人丧失语言功能吗？有人暂时性昏迷或昏厥或失去知觉吗？有人学习或理解东西迟缓吗？人人都充分利用手臂和手指吗？”（还列出了 8 种补充情况）；
2. 孟加拉国：“本住户有任何失明/跛足/聋哑/精神失常的人吗？”
3. 苏丹：“本住户包括幼小孩子和妇女在内，有没有人患有任何长期状况或健康问题并因此妨碍或限制其参与对同龄人来说正常的活动？”

表 3 表明，对于这些国家来说，当问题提及各种具体状况时，流行率最高。在问题有限列出严重损伤或只提及严重损伤的国家，得到的流行率较低。

表 3. 按选定国家调查中使用的问题的详细度列示的流行率

国别/研究年份	总人口	男	女
澳大利亚（1993 年） ^a	18.0	18.4	17.6
孟加拉国（1982 年） ^b	0.8	0.9	0.6
苏丹（1992-1993 年） ^c	1.1	1.3	1.0

^a澳大利亚统计局，《残疾、老龄化和护理人调查》（堪培拉，1993 年）。

^b孟加拉国统计局，1982 年人口抽样调查。

^c苏丹政府联邦卫生部，《1992/1993 年苏丹母子健康调查，主要报告》（喀土穆，联邦卫生部；阿拉伯儿童发展项目，阿拉伯国家联盟，1995 年）。

具体地说，在流行率最高的澳大利亚，根据《ICIDH 分类》的损伤分类，问题提到了各种各样的状况。在孟加拉国和苏丹，由于采用通用的问题可能导致回答人不清楚问题的含义，而孟加

拉国的问题只提及了列举项目有限的严重损伤。

不过，要想清楚地阐明手段，在很大程度上取决于使用的数据收集方法和可加利用的资源。例如，在人口普查中，专用于残疾问题调查的空间是有限的，因此有关残疾的问题不能详列残疾项目。在这个专题能够更广泛地展开的调查中，手段能够加以更清楚地阐明，而且能够更充分地探索列入残疾定义的那些方面。

在编写问题的时候，重要的是应测试它们在文化上能否被接受和是否符合商定的残疾定义。除了严重的活动受限或明显的损伤情况外，是否会报告执行某些任务（行走、弯腰等）所遇到的困难，将受什么属于正常什么属于不正常的文化规范影响。对问题需要进行预备调查，而且这种调查范围应在预算许可的情况下尽可能的广泛。残疾界内部的磋商非常重要。

问题的文化相关性采取不同的形式。首先，列入手段和列入调查表中的每个选定的问题应经审查以确定它是否合适。例如，在有些国家问及回答人上下爬楼梯是否有困难是合适的，但在另一些国家就可能不相干。其次，还应审查问题对同一国家不同文化群体是否合适，因为说明具体类型残疾的词语在有些社区可以接受但在另一些社区却不可接受。还有，特定的词语在国家的一个地区可能指的是一种事情，而在另一地区则指不同的事情。

问题的设计值得仔细推敲，因为如果问题设计糟糕，其缺点在查点期间或以后无法克服，而且不论花多少力量处理也将不会改进通过设计糟糕的调查表得到的数据。在编写问题时，目标是将复杂的想法和概念转变为易于理解和正确回答的问题。问题和用语应当明确、简洁和得体，不使人们感到为难或感情受到刺伤。应当避免在问题中使用具体的医学用语。措辞糟糕的问题和（或）造成混淆的格式一般将导致信息不可靠。

拟调查的部分残疾的性质会给问题的设计提出挑战。在设计认定与认知和心理功能有关的残疾问题时情况尤其如此。在这种情况下，残疾可能妨碍回答人理解所提的问题和他（或她）提供信息的准确性。另外，鉴于有些残疾具有敏感性，例如同如厕或发生亲密关系有关的活动，编写合适问题的工作甚至更具挑战性。

为数据收集手段设计的问题应体现所使用残疾的定义。有时候用来贯彻实施定义的问题可能不包括定义内含的每个人。不管残疾人口如何界定，问题的措辞必须仔细斟酌以便能够认定有关的人口。对于研究人口定义所包括的残疾提出的问题应当具体。

问题的表述应当明确，以便回答人主要理解就数据收集商定的“残疾”定义。应当避免含糊其词的用语，因为被提问的人对于何谓“残疾”可能有他（或她）自己的看法，这反映国家的文化；在许多文化中，人们对其残疾的普遍认识仍与定型的损伤联系起来，例如不能看到、听见或说话。

为避免使用广泛笼统和含糊不清的术语，应当利用《ICF 分类》为残疾人口的界定提供一个

框架，并将它作为问题设计所用概念的基础。第一章 B.3 节“《ICIDH 分类》在残疾数据收集中的适用”和第三章 B.3 节“编制认定残疾人的问题”提供了国别例子，用以说明如何利用原始《ICIDH 分类》的分类项目编制收集残疾数据的问题。

在问及有关的残疾问题时，可以使用广泛的表述方式，即适合于文化，又与《ICF 分类》的类别挂钩。工具将覆盖的方面的选择将取决于为研究采用的残疾定义，特别是取决于这些残疾与计划者和决策者的相关性。在设计问题时，重要的是应区分表现问题与能力问题。表现指一个人作为日常生活的一部分实际所做的事，而能力则指个人完成某项任务的能力而不管是否每天做。在设计甄别问题时建议采用表现角度。

在利用《ICF 分类》设计问题时，基于活动和参与成分的概念强于基于身体功能和身体结构成分的概念。如上所述，基于活动概念的用语一般易为回答人理解和联系，而身体功能和身体结构成分则比较适合于调查临床环境中的残疾（见上文第二章 A.4 节）。不过，《ICF 分类》的适用在普查和调查中将是不同的，这将在第三章 A 节和 B 节中论述。

采用《ICF 分类》时，划分的类别以中性词认定（见第一章 B.2 节），在无条件限制的情况下不能表示为残疾。这是原始《ICIDH 分类》与《ICF 分类》的一个主要差别。为了评估残疾程度，《ICF 分类》所有组成部分中的类别需要包括一组统一的“限定值”来度量问题的程度或大小（见附件 1）。⁹ 例如，代码“d430”——提举和搬动物体的活动——必须附带一个限定值以表明执行这项任务的困难程度。世界卫生组织的残疾评估表草案（WHODAS II）——在第三章 B.3（a）节作更详尽的说明——依靠《ICF 分类》作为概念框架。下面是草案中包括的部分项目的例子：

难以长时间站立，例如 30 分钟；

难以承担照管住户的责任；

难以学会新任务，例如学会如何找到一个新地点。

答案按下文规定的困难程度记录：

无；

轻度；

中度；

重度；

极度/不能做。

进行普查时，由于答卷篇幅受限，设计甄别问题过程中限定值的使用有困难。所提问题需要容纳更长篇幅以便在问题中加入限定词。

C. 设计和操作的一般问题

访问残疾人的工作需要考虑特殊的方法。例如，有些残疾人可能需要代理回答人。此外，数据收集的方式需要对与访问生理、感觉、认知或心理有损伤的残疾人联系在一起的不同问题具有敏感性。这些问题的综合性处理有待作进一步的研究。美国机构间残疾统计小组委员会注意到收集残疾数据方法的研发工作尚不充分。鉴于对数据有了新的需求，小组委员会已被责成采取行动步骤以应对这个问题。若干新的事态正在发生，它们应导致更深入地了解收集残疾数据的方法。¹⁰ 不过，基于目前可加利用的信息，本出版物只能介绍收集和处理残疾人口数据过程中必须处理的某些主要方法问题。

1. 回答人的选择

在任何数据收集活动中，可取的做法将是向十分熟悉这个专题并能完成回答任务的人收集信息。在调查或普查访问中，户主往往不仅是提供关于他（或她）本人的信息，而且还提供关于住户其他成员的信息。在收集残疾数据时，残疾人通常最了解自己的情况。对于感觉领域的损伤和活动，以及对于这样一些专题如膀胱和肠功能损伤和有关如厕的活动等，情况尤其如此，人们可能希望甚至也不让家庭其他成员知道这些方面。

特定类型的残疾本身可能使某些人难以完成通常期望回答人完成的任务，例如听清问题，解释它们的含义或说出答案。丧失思维、听力、认识或说话功能的人，或重病人，可能无法以在非残疾访问过程中通常假定的方式执行回答任务。例如，对于丧失听力的人来说，使用手势语可能不容许直接解释，从而造成度量错误的潜在可能。这些潜在的问题可能造成两难的境地，因为最熟悉情况的人不一定总是最出色的回答人。许多因素可能影响难题的解决，但在可能时，应当修改障碍规定以便残疾人参与（见第二章 C.3 节“数据收集的方式”）。

在抽样调查回答人没有能力回答问题时，可以利用代理信息提供人，以免失去关于选定人的信息。好的做法是问原定回答人访问人是否能找另一人，因为即使认知或心理残疾人都可能有能力作出允许。在机构背景下，从原定回答人和代理信息提供人双方收集数据的做法值得一试。不过，在让代理人伴随原定回答人的情况下访问回答人不是好的做法，因为这看起来好像访问人只是在核对回答人的答案。

在利用代理信息提供人时，访问人应选择了解这个专题的人，例如亲属或负责日常护理的人。¹¹ 在被问及关于得到的服务的细节时，这一点特别重要，例如所服的药品种类或得到的治疗种类。作为常规，还利用代理信息提供人获得关于儿童的信息和在访问时原定回答人不在场时收集数据。不过，代理回答人应作为最后手段使用。

2. 无答复

无答复指未能获得关于抽样人口某部分的某些信息，其原因多种多样，其中包括拒绝，访问时人不在家，无能力回答或不能回答，或邮政调查的对象找不到等。如果由于无答复最终抽样单位的很大部分未受到访问，概率抽样可能很快丧失它的代表性；未接受访问的住户（或个人）可能代表大大不同于受访人的情况。下文第二章 C.7（b）节说明无答复偏差的估计。

无答复可能成为残疾人的特殊问题。除了无答复的一般原因外，拒绝参与可能与原定回答人的损伤类型有关。例如，进入痴呆后期或严重智力迟钝的人可能拒绝回答，因为他们无能力回答问题；情绪沮丧的人可能有能力参加但不愿意参加数据收集工作；偏执狂、强迫性神经官能症反应或选择性缄默症患者，由于失调性质本身的部分原因，可能不愿与生人交谈；聋哑人可能难以参与面对面的谈话。

尽管如此，美国全国卫生统计中心最近进行的一项研究发现，较严重的残疾人的无答复率较低，轻度残疾人的比率为 7.56%，而重度残疾人的比率为 5.07%。¹² 在无答复的组成部分中也发现了这种关系：（a）合格的人可能联系不上；和（b）其他的人不能接受访问（表 4）。此外，在采用控制年龄和教育作用的多变量方法分析数据时，统计结果也成立。患有中度或重度残疾的人比轻度残疾人更愿意回答。在依靠其他相关研究的基础上，这项研究表明较严重的残疾人更可能呆在家中，而且有时间与访问人合作。此外，由于他们可能受益于政府赞助的方案，他们也更愿意与政府主持的调查合作。¹³

表 4. 1994-1995 年度美国全国残疾问题卫生访问调查中
按活动受限列示的无答复、未接触和不合作的比率

依变数而定			
	无答复(合格的人 未受访)	未接触(合格的人 未联系上)	不合作(联系上的人 未受访)
百分比（标准误差）			
活动受限			
轻度	7.56	3.26	4.27
中度	5.94	2.25	3.59
重度	5.07	1.95	3.02

资料来源：Gerry E. Hendershot、Lisa J. Colpe 和 Peter C. Hunt，“残疾人：全国残疾问题卫生访问调查中的无答复和代理人答复”。提交调查无答复问题国际会议的文件，俄勒冈州波特兰，1999 年 10 月 28 日至 31 日。

不过，有时候无答复问题不是由原定回答人造成，而是由住户的其他成员造成，他们充当“看门人”，限制造访住户或家庭的残疾成员。在这种情况下，如果提供机会，抽样住户的成员可能愿意充当回答人。¹⁴

培训实地工作人员也可能有助于使残疾人的无答复减少到最低限度。例如，应训练访问人在访问期间解释访问的具体目的和使用访问结果的方法。访问人应采取正确的态度与残疾人相处，不应对他们抱有偏见。访问人需要接受敏感性培训，学习如何提出残疾问题，如何倾听人们谈他们的残疾，并避免使用消极或贬义的字眼。还有，访问人自己不应成为无答复的原因，单单凭认知能力和感觉损伤或其他损伤对抽样回答人作为回答人的能力作出假设。¹⁵此外，还应训练他们如何应对可能不予合作或不能参与访问的人。如果受访对象不同意参与或没有能力这样做，就需要指导如何和何时进行代理访问。在可行的情况下，高度敏感的专题应使用自填调查表。

3. 数据收集的方式

数据收集有数种方式：面对面的访问、自填调查表和电话访问，以及这三种方法采用计算机辅助手段的形式。依据受访人的能力和数据收集的各种方式的可利用性，应选定一种方式最大限度减少回答人充分参与的障碍。

面对面的访问是用来收集残疾数据的最常见的方法。由于文盲率高和邮政及电话系统薄弱，它们往往是发展中国家惟一可行的办法。这种访问通常取得更大的合作和更高的答复率，而且数据也更完整统一，因为访问人与回答人有可能互动，而且有机会探索更充分的答案。必要时能将面对面的访问与其他数据收集方式结合使用，包括直接观察、眼光提示和自填调查表。不过，面对面访问的成本很可能高于其他数据收集方式：访问人需要旅行前往回答人的居住地，而且收集数据所需的时间量可能大于电话程序所需的时间量。

一般认为，亲自访问是收集残疾数据最合适的方式，因为有些程序如电话访问可能不适用于与丧失听力或说话功能的人交流。在此种情况下，最好采用亲自访问，这样可以利用手势语言译员。

在精心规划的调查中有时采用利用直接观察和量度的备选技术（残疾检查）。例如，印度尼西亚在 1996/1997 年度进行的一次残疾过程调查中，将当地医生作为访问人，因为他们有能力为报告或观察的损伤选择《国际疾病分类》（《ICD 分类》）的类别。¹⁶中国 1987 年全国残疾人抽样调查也利用不同专科的医生访问在住户调查初步甄别阶段认定为具有损伤的人。医生检查回答人并诊断损伤的性质和程度。

大部分调查和普查使用正规的访问人而不是医生或其他保健专业人员提问甄别残疾的问题。如果用来认定残疾的做法与活动受限或参与挂钩，一般没有理由让医疗专家介入。不过，专业人员能够提高同损伤有关的数据的质量，尽管这些程序需要投入大量的时间和资金。

在比较发达的国家中，以及在发展中国家识字较多的人口中，往往采用自查方法。调查表（或其组成部分）的填写由回答人本人进行，如在澳大利亚（1993 年残疾、老龄化和护理人调查）、日本（1991 年全国残疾人调查）和美利坚合众国（1990 年普查）。调查表可以通过邮件分发或派人送达，而且填好的表格可以通过邮件寄回或由实地代理人上门收集。在专题敏感时（例如如厕问题），自填调查表也可构成面对面访问的一部分。一般说，可取的做法是限制自查调查表的长度以便避免混淆和减少无答案情况。

自查的一个好处是实地工作成本较低，因为只需最低限度的工作人员和设施。不利因素是需要可靠的邮寄名册。此外，数据收集过程中没有访问人可能造成合作程度和填表率降低及答复统一度降低。对于认定小分组的抽样如残疾人，邮政甄别法可能是具有成本效益的方法，随后可以进行更详尽的访问。¹⁷

由于需要使数据收集工作降低成本和提高效率，发达国家更多地采用电话访问方法来收集数据，例如美利坚合众国、瑞士、加拿大和意大利。电话访问一般费用低廉，而且具有直接访问的某些优势，例如获得比较统一的答复。另外，由于不涉及旅差费，不需要选择“群集的”抽样。因此，依靠给定的抽样规模就可能获得较为可靠的估计数，或可能需要较少的访问即可达到订定的可靠性标准。与实地作业相比，访问的控制和监测也容易得多。电话访问的优点在于成本低和速度快。它的弱点是缺乏直观器具，这对调查表的设计具有后果。¹⁸ 另外，电话访问像面对面的访问一样，依赖于访问人的获得答案的技能。

在观察有所帮助的情况下，电话访问带来特殊的问题，获取残疾信息时往往就有这种情况。例如，访问丧失听力功能、不操当地语言或智力功能低下的人，在电话上进行交谈就会造成问题。此外，研究表明，与老年人进行电话谈话可能造成特殊的问题。¹⁹

计算机辅助访问法可以采用计算机辅助亲自访问（CAPI）、计算机辅助电话访问（CATI）、计算机辅助自我访问（CASI）或声频计算机辅助自我访问（ACASI）等形式。采用 CASI 方式时，回答人从计算机屏幕上阅读问题并在键盘上输入答案；采用 ACASI 方式时，回答人可以选择从屏幕上阅读问题或靠耳机收听问题并在键盘上输入答案。

利用计算机辅助的访问方式有助于最大限度地减少或消灭部分不参与访问的问题，在采用传统的数据收集形式时，有些回答人就有此类问题。丧失听力、认知或谈话功能的人与其他人相比可能更能响应其中有些方式。例如，丧失听力的人不能听到访问人所读的问题但能从 CASI 屏幕上阅读问题。看不见东西的人不能阅读屏幕上的问题但能听到访问人阅读或记录在计算机中的问题。

计算机辅助访问方式的一个主要优势是计算机选择恰当的问题提问并较易跳过不适用于待回答人的问题，从而保证答案统一。这个过程也使数据代码和处理较为容易，因为在访问结束时数据已经输入计算机，不需要进行数据编辑。不幸的是，数据收集工作采用计算机要求有大量

的资本投向有技能的人员和计算机硬件，因而大多数国家尚不能在大规模的数据收集工作中采用计算机。

经常使用将各种数据收集技术以某种方式结合起来的方法，例如调查开始时用邮件分发自填调查表，或采用随机数字拨号访问，包括某些残疾甄别问题，然后面对面地访问以获取详细得多的信息或进行体检。例如，荷兰 1971/1972 年度健康、疾病和障碍问题卫生调查分两阶段进行。在第一阶段，将非常简明扼要的调查表通过邮件发给抽样人员。第二阶段对在邮寄调查表上表明有生理残疾的人进行更详尽的跟踪访问。

4. 调查表的翻译

在很大部分回答人所说的语言不同于官方行政语言时，就会产生问题。在有些国家和就某些研究而言，最好的解决办法可能是印刷不同语文的调查表。不过，不同语文的使用可能对问题的标准化产生不利影响；不同的语文的单词或短语的含义并不总是完全一样的。此外，不同文化之间残疾相关问题的含义可能出入很大。在另外的情况下，可能需要教会访问人用本地语言拟订问题或将其确切翻成本地语言，它可能是非书面语言。不过，在这种情况下，访问人需要接受严格培训以使访问人在提出或解释问题时避免或尽量减少变异。需对访问人进行培训，掌握如何以本地语言解释问题的目的和含义，以及选择哪种备选方法，在访问的不同阶段说什么和做什么。

有时人口的不同分群体使用语言相同，但方言不同。对不同的分群体使用不同的问题或对问题采用不同的措辞不是好的做法，因为找出完全对应的用语不是易事，而且指示访问人在何时使用何种版本的译文也是异常困难的事情。²⁰

5. 数据处理

本节审查数据处理各个步骤中同残疾相关的问题：数据输入、数据编辑、加权调整和制表。

(a) 数据输入

虽然大多数问题都有加标记或编码或有着已经输入数值的核对框，但经常有些条目在处理阶段需要文书编码，例如健康状况或职业的说明。由于需要编码的项目通常较为复杂，应当利用主题专家的专门知识以避免答案的不正确的解释。制订编码方案的工作非常重要，这项工作需要将收集的数据转换为有意义的残疾类别。此外，还应为此目的提供说明性的手册，并对编码人员进行充分的培训和适当的监督。一般说，应当尽量利用现有国际上可比较的编码方案。

(b) 数据编辑

信息的编辑和遗漏或错误数据的估算是数据处理的重要步骤。应特别注意残疾人口数据的编辑，因为残疾人口与非残疾人口之间的个人特点可能是不同的。在编辑诸如年龄、性别和居住地

等变量时不需要特殊的程序，因为两个人口群体之间可能没有明显的差异。其他的变量如教育、职业和与户主或住户参照成员的关系可能同残疾状况更直接地联系在一起。不过，编辑工作并不太简单，制定残疾数据的编辑规则是一项需要知识渊博的专业人员的复杂的任务。例如，不应只是由于看起来不符合通常的预期就假定盲人不可能是医生或建筑师。

可以利用各种办法解决在处理数据时发现的内容错误。一般说，最高明的程序是利用调查表中的信息解决问题。在不能以这种方式解决错误时，需要在容许错误存在或进行某种类型估算之间作出选择。估算的一种办法是“冷甲板”（cold deck）程序，即根据已知情况的分布取代未知数。另一种办法是“热甲板”（hot deck）程序。采用这种程序时，遗失的信息根据同组中最近已知情况分配。也可决定使用某种模型，根据对调查中其他问题的答案为遗失值估计一个值。在编辑残疾研究的数据时，是估算值还是保留“不明”类别的决定取决于若干情况。虽然估算是一种偏性程序，但在诸如性别和年龄等基本特征中保留“不明”类别，会给分析人员造成问题，因为其中每个变量与残疾之间存在着牢固的关联。

（c） 加权和无答复调整

数据处理的一个重要方面是执行加权和估计程序。数据编辑后，结果是“清洁的”文件，它尽可能多地清除了错误。在这种文件能够用于制表和分析前，还必须实施某些补充程序。这些程序涉及对原始数据记录实施加权调整。有两类调整应予考虑。一类是所谓的设计加权，定义为选择概率的倒数。只要残疾数据来自概率抽样，都必须实施这些加权，尤其是在概率抽样不自行加权时。每当抽样以住户或个人采用不同概率选择的方法选择时（这是在涉及不同分层时经常利用的一种技术），抽样不自行加权，而且必须计算和实施差别设计权数以便恰当增大数据以产生估计数。一个例子将是这样一种残疾问题调查：城市住户以百分之一的比率选择而农村住户以五十分之一的比率选择；在这种情况下，对城市和农村住户（和个人）分别实施 100 和 50 的加权。加权的另一个例子是一人住户的选择，即给予一人住户中的个人以大于生活在两人或三人住户中个人的选择机会。在所有的抽样单位（住户个人）都以同样的概率选择时，抽样即为自行加权。出现这种情况时，只有想要调查合计数时才需要设计加权；如果汇总表限于比例，就不需要实施设计加权。

增加在设计加权之上的第二种加权调整指为无答案的住户和（或）人调整。这个问题在下文 C.7 节“评估和提高结果的质量”中进行较详细的审议。

（d） 制表

在数据处理阶段，编制预先计划的汇总表。需为每个拟议的表仔细编制具体规定。具体规定必须阐明代码或值，它们包括表中每个列出的类别和这种信息在计算机记录上的位置。必须仔细考虑拟列进各个表中的变量的选择。残疾数据应始终按年龄和性别交叉分类。研究人口的年龄和性别分布很重要，因为残疾的范围和程度往往同年龄增长有关，也因为某些年龄分组内特定损伤

的流行和损伤的原因同性别相关。²¹

处理数据过程中一个有益和往往必要的步骤，是记录信息和根据初始数据元素的组合建立各种变量。重要的是应有一份详细列举了具有分析意义的残疾交叉分类的清单。交叉分类应在制表阶段而不是由查点员在现场完成；在数据收集阶段建立的任何组合在编制阶段都无法分拆。

如果某人有不止一种残疾，那么在制表设计时必须考虑以富有意义的方法给这些多种残疾的情况制表。就某些汇总表而言，基本单位是有一种或多种残疾的个人数目，而且在残疾人口中每人只计一次。不过，就有些汇总表而言，人们关心的是残疾人口按由其他变量普遍交叉分类的残疾类型列示的分布。虽然此处汇总表的分析单位仍然是人，但残疾人的总数少于残疾总数，因为部分人可能有多种残疾。

如想了解每人的残疾数，表示这种信息的推荐方法是建立一个标明为“残疾数”的变量。然后计点每个人患有的残疾数并记录在该变量中。残疾人口中的每个人都将有一个分配给这个变量的代码。例如，如果某人在理解口传信息方面活动受限而另一个人在行走方面受限，记录在派生变量“残疾数”中的数字将为 2。然后可将这个派生变量与其他变量如年龄、性别和就业状况等交叉列表。

有些用户可能只关心特定类型残疾的个人，例如行动残疾人。为了处理这样的需要，数据库设计班子可以考虑建立一系列拥有值“0”或“1”的派生变量。每个派生变量将代表一类残疾，例如行走、倾听、谈话、作为乘客使用公共交通工具或自行洗涤等方面的活动受限。将对每个记录评估，而且给每个派生的变量分配合适的代码。例如，如果某人有行走和听力残疾，那么将向派生变量“行走”和派生变量“倾听”各分配值“1”。“作为乘客使用交通工具”、“说话”和其他派生变量将分配值“0”。然后程序员将选择具有所期望的派生变量等于“1”的记录，然后对该人群的选定特点制表。

为向决策者和计划者传达富有意义的信息，汇总表在编制时应显示残疾人的社会和经济特点。汇总表还应包括非残疾人口，即据以评估残疾人社会融合和机会均等的参照人口。因此，除了按年龄和性别进行的交叉分类外，按残疾类型列示的残疾人（以及适用情况下非残疾人）应按下列其他特点交叉分类：（a）教育程度；（b）上学；（c）经济活动状况；（d）职业；（e）就业状况；（f）行业；（g）婚姻状况；（h）农村/城市居住区；和（i）住户类型。

6. 规划数据的产出和传播

规划过程还应包括制定数据分析和传播计划。计划应不仅考虑眼前的数据需要和标准出版物，而且考虑其他潜在的使用和分析机会。传播和分析问题在第四章作更详尽的讨论。

就规划目的而言，应考虑分析和传播的三个阶段。首先需要产生数据收集活动赞助人要求的计划的汇总表和指标。计划的汇总表和指标的详尽大纲将使主要用户有机会看到作为初始产出他

们将得到些什么。这是证实问题内容的详细规定和变量及地理的交叉分类方面所需的详细程度的又一种方法。列入制表方案的各表可能并不具有同样的紧迫性。应当要求主要用户将各表排出优先次序，以确保一俟得到数据就满足最眼前的需要。

第二阶段涉及编写和产生各种报告和其他产品以确保将数据提供给广大用户使用。有多种产品可加考虑以确保数据提供给尽可能多的用户。典型的情况是，用户包括的范围既有资深数据分析人员，也有想了解残疾人生活问题的一般公众。

最后，第三阶段包括研究人员和其他统计机构对数据的二次利用。确保数据和证明性文件如抽样基础、覆盖面、答复率、编辑及编码程序等提供给数据用户作进一步的分析，是分析和传播计划的重要部分。重要的是规划班子应了解涉及残疾数据的研究界的工作并使研究界知道如何去获得数据。

7. 评估和提高结果的质量

人们普遍认识到，普查和调查的数据有错误，包括随机和非随机错误，而且不管数据收集过程规划和实施得多么严密，差错不可避免。不论残疾数据源自普查还是调查，差错从多种来源进入结果。差错会发生而且确实发生，从数据收集计划的初始阶段直到最终结果，发生在中间作业的所有阶段。以不同程度存在于残疾普查和（或）调查数据中的差错类型很多，包括残疾问题设计和措辞方面的概念错误、回答人错误、访问人错误、无答复（在上文 C.2 节中已作了较详尽的讨论）、编码错误和其他数据处理差错、抽样差异、答复差异和抽样覆盖面方面的差错，包括在将人口某些部分故意排除在残疾研究之外时产生的差错。

应由残疾数据的产生者采取适当的步骤控制差错和评估它们的成分。用户也必须认识到影响结果准确性的各种差错。残疾研究——不论是普查还是调查——产生的结论和结果应附有对其质量和局限性的说明。这是数据的恰当利用和解释所必不可少的。

调查和（或）普查的差错可以采用数据不同的方法归类。其中包括准确度与可靠性误差，或差异与偏差误差，或调查总差错的总括概念，也称做均方误差。为了本出版物的目的，将使用二分法即抽样误差和非抽样误差。下文将概要说明二者影响残疾数据收集的方式，为控制差错应采取的某些步骤及测量它们的方法。

（a）抽样误差

抽样误差指调查抽样而不是调查总人口时发生的调查结果的随机波动误差。所有的抽样调查都发生抽样误差。如果残疾估计产生于人口普查的子抽样，那么也将发生抽样误差；但如果残疾结果产生于普查的百分之百的查点，将无抽样误差发生。

残疾调查中抽样误差的大小主要取决于使用抽样的规模，但也取决于抽样设计的其他重要特

色，包括分层方案、最终群集的数目和大小以及第一阶段选样单位的分配和分布。抽样误差随抽样规模增大而缩小。如认为抽样误差太大，缩小误差的可靠办法是增大调查的抽样规模，如果预算容许这样做。缩小调查中抽样误差的另一个方法是改进抽样设计，例如缩小群集规模（每个群集的抽样人数），代之以增加群集数目以保持总的抽样规模。

通过估计抽样差异来评估抽样误差。在数学上，调查估计的抽样误差或标准误差为差异的平方根。残疾抽样调查发生抽样差异，是因为选定和访问的特定抽样个人只是利用同样的抽样设计和选择方法可能选择的所有可能的抽样之一。重要的是应为残疾变量的主要调查获得抽样差异的估计数；否则就不可能评估残疾估计的精确度。根据差异，通过得出平方根就能容易计算出标准误差。然后利用这些标准误差（精确量度）确定调查估计数上下的置信区间。通常标准的做法是将估计的标准误差加倍以获得 95%置信度的置信区间。

举例来说，如果一国东北地区总残疾的估计数为 8%，而且估计的标准误差是 0.5%，那么通过向 8%加和减标准误差的两倍即 1%，就将得出 95%置信程度时调查估计数的置信区间。这将产生置信区间 7%至 9%。置信区间的解释是，如果利用所有可能的抽样重复调查，根据相同的设计和条件，东北地区总残疾的估计数在 95%的时间内将处于 7%至 9%的区间。

计算残疾调查抽样差异的方法高度依赖于使用的特定抽样设计，但一个必要和充分的条件是设计必须以概率抽样技术为基础。在使用复杂的抽样程序时，没有标准的公式可用来计算标准误差，残疾调查将属于这种情况。实际上，计算公式必须导自抽样设计并忠实于抽样设计。个人计算机的通用统计软件包采用的简捷法是不合适的，因为它们一般假定调查基于简单的随机抽样，而在残疾抽样的做法中几乎从不出现这种情况。因此，这些软件包将会严重低估标准误差。

不过，现有专门设计的统计软件可用来估计抽样差异和标准误差，外加其他有联系的举措，例如变差系数（标准误差以调查估计数相除）和设计效应（显示用于调查的抽样设计的差异与相同规模简单随机抽样差异比率的量度）。其中许多软件包可以免费获得，其中包括：

<i>Bascula</i>	荷兰统计局（荷兰沃尔堡）
<i>CLUSTERS</i>	埃塞克斯大学（联合王国科尔切斯特）
<i>CENVAR</i>	美国普查局（华盛顿特区）
<i>WesVarPC</i>	Westat 公司（马里兰州罗克维尔）
<i>SUDAAN</i>	三角研究所（北卡罗来纳州）
<i>PC CARP</i>	衣阿华州立大学（衣阿华州艾姆斯）
通用估计系统	加拿大统计局（渥太华）
<i>Stata</i>	Stata 公司（德克萨斯州学院站）

见 Lepkowski 和 Bowles 1996 关于这些软件包的出色评论，其中包括使用它们时的条件和获取方面的信息。²²

(b) 非抽样误差

非抽样误差的概念贯穿于除了抽样误差外所发生的误差的全部。非抽样误差存在于调查和普查中，而不论后者是否使用抽样方法。非抽样误差基本上为调查（或普查）偏差，而且多数观察家认为，它的后果一般比抽样误差大得多，因为后者较好理解和量度。此外，如上所述，通过增大抽样规模始终能够缩小抽样误差，而非抽样误差却不能缩小。

本节开头段落提到的许多类型的误差属于非抽样误差类别。这包括概念误差、无答复、回答人和访问人误差、编码错误等等。它们还包括某些与抽样过程有联系的误差，例如覆盖问题和偏差的选择程序。在实践中，要获得非抽样误差的正确估计数往往难度大和耗费高，而且几乎不可能估计出非抽样误差对调查总误差的总贡献率。相反，必须作出艰巨的努力控制非抽样误差，而不是从总体上度量它。尽管如此，有关非抽样误差的若干统计量度如答复率等能够计算并表述在残疾调查报告中，以使用户了解结果的质量。此外，在调查预算允许时，还可进行专门的研究以度量非抽样误差的特定成分如答复差异。

在残疾度量中，可能非常麻烦的一种特定类型的非抽样误差是概念误差。这产生于调查中操作定义差或产生于调查工具中措辞不当。如果出现这类误差，给残疾调查结果造成有效性问题。采用与国际标准尽量一致的残疾定义非常重要，其原因就在于此。此外，还有一点重要的是应使用调查协议、工具和调查表用语，尽管语言翻译提出难度很大的要求，就如在各种上下文和背景下已经验证的那样，包括国际论坛。控制和减少概念误差的另一个技术是谨慎使用调查表的预测试，其重要性在本手册中已多次强调过。

通过认知性访问也可预测试调查表的有效性。认识性访问或测试可以采取重点组研究的形式，由一名主持人领导一组参加者进行有组织的讨论，或进行观察性研究，由观察员观察回答人在正常的环境下如在家里填写表格。²³ 这种试点检验调查表的选择使调查表设计人员有机会评估参与者，了解他们阅读说明所用的时间和回答问题的秩序，以及更深入地了解回答人是如何理解和解释问题的。这种反馈信息很重要，例如可以确保用于拟订问题的残疾术语和概念明确而不含糊，而且不易为回答人曲解。这为修订数据收集手段提供宝贵的信息。这种方法的一个缺陷是此种研究往往费用较高。由于抽样规模小，在解释结果时应极度谨慎小心，因为表格设计的问题不一定能发现，而且所发现的问题的重要性可能出偏差。还应铭记的一点是，测试的条件与普查或调查的条件是不一样的。

上文已从给残疾研究的代表性造成的潜在严重后果的角度讨论过无答复的问题。应竭尽全力使无答复率保持在最低限度。重要的是应估计无答复偏差。可以用重点的方法做到这一点，对不答复者的抽样，如十中取一，采用不同的程序。如果这个抽样超过回答人的 10% 或 12%，残疾结果可能严重偏差。不论无答复率是大是小，关于这种情况的信息应公布于残疾研究报告中。这将包括主要地区或区域的无答复率及其按原因分列的分布情况：拒绝答复、无人在家、暂时不在和其他情况。此外，调查收入历来无答复率很高；为尽量减少这种情况，最好将此种问题放到最

后以便不使回答人产生疏远情绪。

可以在数据处理阶段进行无答复的各种调整，不过应当明确指出，调整并不消除无答复固有的偏差。不论作任何调整，都摆脱不了这样的基本假设，即不回答的人有着与回答的人相同的特点和分布，这种假设极少能够得到核实。这样一种调整只是为了将数据“加权”以对无答复作出说明，在所谓的设计权数以外的膨胀或加权程序中增加一个因数，设计权数是选择概率的倒数。典型的情况下，调整因数的形式为 n/I ，其中 n 是选择抽样的住户数，而 I 是受访数。

可以利用的另一种调整技术在出现项目无答复情况时适用。在这种情况下，当特定的问题得不到回答时，项目答案可通过技术估算，例如以其他问题的答案格局为基础回答，或利用在某些规定的方面相类似的另一调查表的答案。调查结论的报告除了提供无答复率外，还应说明残疾调查使用的调整程序，包括项目无答复的估算率。

访问人对残疾研究具有的影响能够以许多方式造成误差。如果他们未能通过某些抽样住户或住户内合格人员收集数据，就发生无答复偏差。在访问人对调查概念理解不充分，提问不统一，记录答案有误或虚构信息时，错误显然发生。这些影响以不同的方式影响残疾数据。如果访问人不以统一的方式适用概念，提问或记录答案，调查的可变性增加。就小地区的残疾数据而言，如果分配的访问人很少，这种访问人差异可能很大，但如果地区范围大，通常可以忽略不计，因为涉及众多的访问人，而且影响往往可以抵消。不过，如果某项残疾研究中多数访问人以不同于计划的方式开展工作，就产生偏差。然后偏差影响数据的大小地区之和。

尽量控制访问人的差异和偏差是残疾调查及其操作的一个必要组成部分。就残疾概念和访问程序进行充分培训一事非常重要，其原因就在于此。同样，预测试的必要性怎么强调也不为过。此外，实地监督员在实际访问期间应直接观察访问人，尤其是在残疾调查刚开始时，以便能够纠正不好的做法。不幸的是，度量访问人的差异和偏差是一项复杂和耗资的工作，牵涉使用随机化和互相渗透的抽样，而且除非残疾调查的研究预算相当大，否则作这种考虑通常是不切实际的。不过，比较经济而且由于部分度量访问对答复偏差所作的贡献而有用的一类研究是再访问调查。这将在下文论述。不过，首先需要考虑回答人误差。

残疾研究中的回答人误差可能因多种原因发生：未能充分理解调查概念和（或）问题；缺乏知识（特别是在利用代理回答人时）；或在访问中故意给出错误答案。某个问题的敏感性可能造成虚假报告，而且在有些文化中，残疾就是此种问题。就如经常指出，还是必须进行审慎的预测试和试点测试，以便找到和改进合适的提问用语，这能够以不冒犯回答人的调查方式套出各种残疾情况。在这方面进行调查前的宣传也是有益的，就如字斟句酌的介绍一样，访问人在初次请求抽样个人在访问中合作时即应利用这种介绍。

度量回答人误差的任务很艰巨。通常情况下，调查研究班子将需要确定回答人误差的某些部分的度量方法。在残疾调查进行前反向记录检查是查明某些类型回答人误差的有用手段，以便能

够相应修改调查表以缩小误差。反向记录检查需要选择一个小规模 of 已知残疾人的抽样，通常来自某种类型的现有行政登记簿，然后向这些人员发放调查表以查明是否报告残疾。在这种类型的研究中，经常不通报访问人特定的研究对象已知患有残疾，以便尽量减少访问人可能造成的任何偏差影响。记录检查的结果可发现调查表措辞可能存在漏洞的情况，或文化禁忌是否阻碍回答人给出准确的答案。如已提及，这类研究将完成在先，作为一种规划工具用来设计残疾调查手段和调查程序。

利用复访调查研究回答差异或回答偏差的做法将提供关于回答误差的程序和性质的宝贵信息。研究差异还是偏差取决于复访设计特别是调查表的研究目标。如果目标是研究简单回答差异，设计方案需要复访原始残疾调查回答人的子抽样，其条件近似于原始访问的条件（问题措辞相同，访问人员素质相同）。如采用这种做法，比较原始访问与复访之间的回答一致性。这个方法不是意在提供“真实”的答复，而是确定答案的不一致的程度。如果目标是度量原始访问的回答偏差，在设计复访研究方案时应利用首选的调查技术。然后假定复访产生比原始调查更接近于真实情况的答案。复访牵涉到利用更详细和更具探索性的调查手段及更训练有素的访问人，和对观察到的不一致进行实地调节。将回答偏差模型中误差的度量解释为如在简单回答差异模型中各次“查问”之间“真实情况”的偏差，而不是偏差或差异。

上文提及过，在抽样过程中发生某些类型的非抽样误差，这也许是自相矛盾的情况。一类是抽样选择误差，每当在将抽样区间适用于住户清单过程中犯简单错误或在访问人实地误用抽样说明时就可能发生。如果访问人不论故意还是下意识地未能为随机或系统选择遵守规定的程序，后一种情况对于残疾度量能够特别构成问题。这可能以两种方式影响结果：（a）有残疾人的住户统一地遗漏；或（b）访问人统一地从有残疾人的住户获得比例过大的非访问个案数。

抽样作出的非抽样误差的一个重要来源是抽样覆盖面不足。覆盖面不足可以多种方式发生，其中多数可归因于抽样基础。如果使用区域基础——通常全国残疾调查属于这种情况——有些地区可能排除在基础之外，并因而被排除在抽样和调查之外。它们可能包括进出困难的地区，如偏僻的山区或由于国内动乱或其他安全问题无法进行调查的地区。这种基础也可能排除某些群体的人，例如居住在难民营或军营的人、船民或没有固定住所的游牧民。不用说，这些被排除地区的人可能有着十分不同于覆盖的调查人口的残疾流程序，将他们排除在抽样之外将会造成估计偏差。也可归因于该基础的覆盖不足的另一个重要根源，在利用老基础而不作适当更新时发生。如果使用老的抽样基础，包括城市郊区非法占住营地在内的居住区特别容易覆盖不足。

控制或减少这两类覆盖不足——基础排除和基础过时——的补救办法可加利用。抽样人员可以尝试用辅助基础补充现有的基础，以便覆盖上述可能会被排除的人口群体。如果认为被排除的群体在残疾方面有着特殊的问题或需要，这一点特别重要。例如，游牧民群体可以从单独的基础抽样，这种基础通过列出游牧民用来给牲畜喂水的水点的清单来建立。同样，可以编制难民营的清单，并可作为主要基础的独立的辅助基础单独抽样。关于处理基础过时的问题，始终重要的一点是定期更新基础，每年或每两年更新一次。对抽样的原始抽样单位中的住户编制一份新清单可

以起到这种作用。

不易采用直接的方式度量抽样覆盖不足引起的误差。不过,为了查找覆盖不足的证据的目的,通过与其他独立的研究——不论是全国的还是全国以下的——比较残疾调查结果,就能作出间接度量。

注

¹ 联合国统计司残疾统计网站是: <http://esa.un.org/unsd/disability/>。

² 《国际损伤、残疾和障碍分类》(日内瓦,世界卫生组织,1980和1993年)。

³ 《国际功能、残疾和健康分类——ICF分类》,最后草案,全文版本(日内瓦,世界卫生组织,2001年)。

⁴ 《人口和住房普查的原则和建议,第一次修订本》(联合国出版物,出售品编号:E.98.XVII.8),第93页。

⁵ 大会1993年12月20日第48/96号决议通过;作为《残疾人机会均等标准规则》提供(联合国销售出版物:E.DPI/1454)。

⁶ A. de Bruin、H. S. V. Picavet 和 A. A. Nossikov,《卫生访问调查:实现方法和手段的国际统一》。卫生组织区域出版物,欧洲辑,第58号(哥本哈根,世界卫生组织,欧洲区域办事处,1996年)。

⁷ N. Mathiowetz 和 G. S. Wunderlich,《工作残疾的调查度量:讲习班摘要》(华盛顿特区,国家科学院出版社,2000年)。

⁸ J. R. McWhinnie,《度量残疾:经合组织社会指标方案》,专题研究,第5号(巴黎,经济合作与发展组织,1982年)。

⁹ 《国际功能、残疾和健康分类——ICF分类》,最后草案,全文版本(日内瓦,世界卫生组织,2001年)。

¹⁰ 见 N. Mathiowetz 和 G. S. Wunderlich,《工作残疾的调查度量:讲习班摘要》(华盛顿特区,国家科学院出版社,2000年)。

¹¹ K. Dunnell,“卫生访问调查的方法问题”,载于《协商制订卫生访问调查的共同方法和手段,1988年6月21日至23日》(哥本哈根,世界卫生组织;和荷兰中央统计局,荷兰沃尔堡,1988年)。

¹² Gerry E. Hendershot、Lisa J. Colpe 和 Peter C. Hunt,“残疾人:全国残疾问题卫生访问调查中的无答复和代理答复”,在国际调查无答复问题会议上编写的文件,俄勒冈州波特兰,1999年10月28至31日(<http://www.jpsm.umd.edu/icsn/papers/Hendershot.htm>)。

¹³ R. M. Groves 和 M. P. Couper,《住户访问调查中的无答复》(纽约,John Wiley and Sons 出版社,1998年)。

¹⁴ N. Mathiowetz 和 G. S. Wunderlich,《工作残疾的调查度量:讲习班摘要》(华盛顿特区,国家科学院出版社,2000年)。

¹⁵ 同上。

¹⁶ Kenneth Manton、J. E. Dowd 和 Max A. Woodsury,“跨国评估残疾的概念和度量问题:卫生组织赞助的印度尼西亚残疾过程调查的分析”,《跨文化老年医学杂志》,第1卷第4期(1986年)。

¹⁷ Jean Martin、Howard Meltzer 和 David Elliot,《大不列颠人口普调办残疾调查:第一项报告,成人残疾流行情况》(伦敦,国家文书出版署,1988年)。

¹⁸ E. Körmendi 和 J. Noordhoek (1989年)《数据质量与电话访问》(哥本哈根,丹麦统计局,1989年)。

编制残疾统计资料的准则和原则

第二章 规划和组织残疾数据收集的一般问题

¹⁹ 同上。

²⁰ F. J. Fowler, Jr. 《调查研究法》，应用社会研究方法辑，第 1 卷（加利福尼亚州贝弗利希尔斯，Sage 出版社，1984 年），第 52 页。

²¹ 《为住户调查发展残疾问题的统计概念和方法》（联合国出版物，出售品编号：E.88. XVII.4）。

²² J. Lepkowski 和 J. Bowles，“个人计算机的抽样误差软件”，《调查统计学家》，第 35 期（1996 年 12 月），第 10-17 页。《调查统计学家》是国际调查统计学家协会（IASS）的简讯。本文可上因特网查阅，网址：<http://www.fas.harvard.edu/~stats/survey-soft/iass.html>。

²³ 《人口和住房普查的普查管理手册》，方法研究，F 辑，第 83 号（联合国出版物，出售品编号：E.00 XVII.15）。

第 三 章

单元：残疾数据收集的方法

第三章包括各个单元，分别给出关于数据收集具体类型和方面的详尽的方法信息。各单元覆盖下列专题：

1. 普查。本单元说明使用人口普查收集残疾数据、关于用于普查的问题的信息和使用普查为后续残疾调查进行甄别等方面的一般问题。

2. 调查。本单元包括关于用来收集残疾数据的调查表设计方面的信息。它还论述用于一般人口、儿童和老年人的调查甄别问题的编写问题。由于心理残疾的具体性质，专门编列一节论述这类残疾的甄别问题。此外，本章还包括关于可在残疾调查中调查的其他特殊专题的信息：残疾原因、环境、技术设备的使用和服务与支助。

3. 残疾调查的抽样。本单元指导如何进行用于残疾调查的抽样，并包括关于抽样基础、抽样规模的确定和抽样技术等方面的信息。

4. 机构人口。本单元包括关于在机构环境下收集残疾数据的信息，既有考虑用于确定调查表内容的机构的清单，又包括如何访问机构居民。

A. 普查

1. 在人口普查中调查残疾情况

就许多国家而言，普查乃是国家关于残疾人的残疾发生频率、分布和社会经济状况的惟一信息源。早在 1930 年，就将认定患有损伤、残疾和障碍的人的问题列进了普查。¹ 查阅联合国残疾统计数据库版本 2（DISTAT2）中的数据可以看出，在过去的 25 年中，收集这类数据的国家数目增加了，从 1970 年普查回合的大约 19 个国家增加到 1980 年 45 个，到 1990 年普查回合又增加到 80 个。从《人口和住房普查的原则和建议，第一次修订本》中可以查阅关于残疾问题列入人口普查的信息。² 虽然《原则和建议》提到原始《ICIDH 分类》的术语，但它依然是关于使用普查开发残疾数据的可靠的信息源。

关于将残疾作为专题列入普查范围的讨论必须在筹备阶段的初期开始，以便能与全国、区域和地方政府中广大的数据用户以及与有关研究人员、专业团体、社区组织、残疾人组织和公众进行磋商。重要的是应确定为什么需要数据。收集残疾人的普查数据主要是为了研究这些个人的社会经济状况及监测残疾方案的效果。此外，还应拟订出关于各种问题的细节如拟收集的信息的性质、拟使用的残疾问题的编写、各个问题在长短不一的普查表上的编排位置和支持收集残疾数据

所需的补充材料等。可能需要补充对实地工作人员的培训内容，以确保人们充分理解与残疾问题相关的概念和定义。上文第二章 C. 1 节论述其他培训问题，例如必需进行有关访问残疾人的敏感性培训。

在普查中增加认定残疾人的问题一事必须在普查总要求的背景下通盘考虑。专题的选择、拟收集信息的详尽度和拟提的相应问题，必须考虑到给回答人可能施加的负担。如果回答人发现调查表太累赘或回答时间太长，就可能破坏公众的合作。在普查中增加关于残疾人的问题必须从这些一般考虑和获取数据的备选可能性的角度加以评估。

为避免使回答人负担过重和普查问卷题量过大，有些国家的普查使用两种调查表即长短两种表格（如加拿大 1991 年的普查）。短表只包括主要普查问题，向 100% 的人口提问，而长表分发给预先选定的住户抽样，包括同短表一样的问题，外加关于特殊专题的问题，如残疾问题，这些问题只在抽样查点的基础上提问。因此，如果不能将残疾问题包括在全面的查点中，各国不妨将它收入在抽样基础上发放的调查表中。

在已使用普查收集残疾人信息的许多国家中，在使用的问题的类型和明晰度方面存在巨大的差异。用于普查的各种问题可在联合国统计司网站上查阅。³

2. 编写用于普查的残疾问题

在编拟列入普查的残疾问题时，可以考虑下列指导原则。关于设计甄别问题的一般问题在第二章 B 节中讨论。鉴于普查作业很复杂，重要的是应尽量减少查点员所需的解释性材料和培训。还应尽量减少用来核查答案准确性或一致性的补充试探问题。为此，问题的结构和表述必须易为回答人及查点员理解。

一般说，由于问卷篇幅有限，普查中认定残疾人的方法不及调查中使用的方法详尽。《人口和住房普查的原则和建议，第一修订本》⁴ 提议列入一个以残疾为主的问题。随着《ICF 分类》的发展，建议应将经部分修改的活动概念作为在普查中调查残疾的基础。第二章 B 节比较详尽地探讨甄别问题的设计以及推荐活动概念的原因。

不鼓励使用通用问题，即使后跟关于残疾类型的具体问题，因为它往往排除了患有轻度和中度残疾的人、心理性质残疾的人、老年人和儿童。⁵ 例如，应当避免这样的通用问题，如“住户内有残疾的人吗？”，因为对“残疾”用语的解释在不同的回答人中可能是不同的。相反，应当使用列出基于《ICF 分类》的具体类别的问题，以便每人都能检查每个所列类别的残疾存在与否和残疾的程度。如所建议，在问题中列出《ICF 分类》的不同类别，将有助于回答人理解他们是否应将自己认定为患有残疾。为消除进一步编码的必要性和加快制表速度，建议使用预先编码的固定答案类别，可以从中选定一个或更多个答案。可能有益的做法是，在清单上列出一个“其他未说明”的答案类别，如果所列类别没有一个符合他（或她）的具体受限情况，回答人或者点人

可以全文写下答案。“其他”答案类别以后进行编码。

以原始的《ICIDH 分类》为基础，建议的类别包括：

- (a) 视力困难（即使戴眼镜，如戴的话）；
- (b) 听力困难（即使靠助听器，如使用的话）；
- (c) 说话困难（谈话）；
- (d) 活动/运动困难（行走、爬楼梯、站立）；
- (e) 身体活动困难（伸手取物、蹲伏、曲膝）；
- (f) 抓/持困难（用手指抓或搬运物体）；
- (g) 学习困难（智力困难、迟钝）；
- (h) 行为困难（心理、感情问题）；
- (i) 个人自理困难（洗澡、穿衣、进食）；
- (j) 其他（具体说明）。

编制这一清单时考虑到了将《ICIDH 分类》作为编拟问题指南的国家研究中所调查项目的国别经验。通过列出《ICIDH 分类》七类残疾中的六类，尽可能使这些项目普遍地捕捉到残疾人的体验。如果某人表明在清单上所包括的一个或多个类别方面有困难，就将他（或她）认定为患有残疾。各国可以修改这个清单以适应本国的情况。不过，重要的是清单应包括同儿童和老年人的体验有关的类别，以便认定人口的这些类别中的残疾。例如，在儿童中，学习问题特别重要，而在老年人中，重点往往在难以从事日常生活活动。

原始《ICIDH 分类》的残疾方面的类别并非全部转变为《ICIDH 分类》的活动项目。原始残疾方面的视力、听力和行为困难列在《ICF 分类》的身体功能之下。就视力和听力而言，《ICF 分类》的活动项下的有关类别，即“有目的的感觉体验”，包括“看”和“听”。不过在这个时候，改变建议的普查问题使它与《ICF 分类》中的活动项目完全一致将是不合适的。在其普查的残疾问题中使用项目清单的多数国家包括视力和听力问题。“有目的地看”并不具有相同的含义。鉴于普查问卷篇幅受限，需要进一步努力使这些新类别具有可操作性以使它们对回答人具有意义。就目前而言，在这项工作还未进行前，各国应继续使用联合国普查建议中的问题。

在将《ICF 分类》作为普查残疾问题的基础时，应当考虑限定值的使用问题。不过，由于问卷篇幅受限，一般不可能将所有七个限定值都列进问题。要了解关于《ICF 分类》限定值的更多信息，见第二章 B 节。备选的提议是纳入其中部分限定值，例如“无”、“轻度和中度”和“严重和极度”。由于在普查数据收集努力中尚未适用《ICF 分类》，对于能做什么或不能做什么尚不清楚。随着各国适用这一分类而获得的经验，将确定这个领域未来的国际建议。

对一般人口拟提的问题或问题组可采取这样的形式：

由于持续了或预计持续 6 个月或更长时间的长期生理或心理状况，你难以……吗？（作记号于所有适用的问题）

	是	否
看见，甚至靠戴眼镜？	☐	☐
听见，甚至靠使用助听器？	☐	☐
说话（谈话、传递信息）	☐	☐
活动/运动（行走、爬楼梯、站立）？	☐	☐
身体活动（伸手取物、蹲伏、曲膝）？	☐	☐
抓/持（用手指抓住或搬运物体）？	☐	☐
学习（智力困难、迟钝）？	☐	☐
行为（心理、感情问题）？	☐	☐
个人自理（洗澡、穿衣、进食）？	☐	☐

其他？_____解释_____

应向生活在住户或机构中的每个人都提出全套问题。仅从关于不参加经济活动或不上学的原因所提的问题导出残疾数据是不够的。应特别注意生活在机构环境中的人的残疾状况，因为在许多国家大量的残疾人居住在机构中，例如长期护理医院和精神病机构。

如果残疾问题不能列进短表，国家可考虑将它列入长表。

3. 普查中拟调查的补充残疾专题

国家可能想获取关于各种补充专题的信息，例如身体功能和身体结构损伤、参与和残疾原因等。在审查残疾人特点时，残疾持续时间是又一个重要的变量。

(a) 损伤

对于被认定患有残疾的人，身体某部分的缺失或机能失调可以通过利用关于同身体功能和身体结构有关的损伤而仔细选定的问题进行分析。此种问题将给出不仅同损伤性质有关的信息，例如某人爬楼梯有困难，而且同其原因有关的信息，例如心脏功能、肌肉力量功能或骨盆区的结构。同损伤有关的信息对于预防以及对于规划和执行旨在及早干预和康复的方案都很重要。

使用《ICF 分类》，较易在问题中问及身体功能和身体结构，因为《ICF 分类》这一部分的术语与原始《ICIDH 分类》的损伤类别相比大大简化了。由于《ICIDH 分类》中的损伤类别一般使用医学术语，因此难以理解。

许多国家通过普查度量残疾，只是覆盖了严重的损伤，例如失明、耳聋或缄默症。不过，建议的做法将覆盖一组范围更大的残疾人，如甄别问题所包括的那样。通过调查同身体功能和身体结构有联系的一个子集的损伤，就能使新老普查数据具有连续性。在这种情况下，只有少数几类的活动及身体功能和身体结构可以列入问题以便不使普查问卷题量过大。

(b) 参与

参与指个人介入生活情景。通过收集关于个人在生活各个领域功能的信息可以度量。据以比较该个人情况的标准或规范是该特定社会中非残疾个人的标准或规范。生活情景可能包括学习和应用知识；一般任务和要求；交流；移动性；自理；家庭生活；人际互动和关系；主要生活领域；以及社区、社会和公民生活。对于获取关于残疾人平等参与社会和关于对于他们参与起阻碍作用或促进作用的因素的信息，提问关于参与的问题是有益的。由于普查提供比较残疾人与非残疾人的参与的可能性，因此它特别有用。由于问卷篇幅有限，在普查中调查参与情况不一定可行。不过，如果也使用普查长表，是能够调查的。

(c) 残疾原因

关于残疾原因的信息对于预防方案的规划和评估很重要。由于普查问卷篇幅有限，关于原因的信息可以通过这样提问来获取，即问及引起残疾或构成残疾基础的泛泛的情况，而不是提出关于具体疾病或伤害的详尽的问题。建议六个主要类别用于收集残疾原因的数据：（一）传染病和寄生虫病；（二）先天畸形和围产期状况；（三）其他疾病和状况；（四）伤害（区分机动车事故、其他交通事故、事故性中毒和事故性倒踢、火灾和战争行动造成的伤害）；（五）其他原因包括自然和环境因素；和（六）不明原因。

虽然就普查目的而言短表上的类别可能足够了，但如果一国特定疾病（例如小儿麻痹症、麻风病或白内障）或特定事件（例如工伤事故）特别相关，可以包括少量补充类别。

4. 将人口普查作为后续调查的甄别手段

可将普查问题用作普查后残疾调查的甄别手段（也见第三章 C.4 节“两阶段抽样和后分层的利用”）。方框 8 说明甄别问题的定义和特点。

方框 8. 认定残疾人的甄别手段

甄别手段指用来认定日后将接受访问和更详尽问题提问的人的一个或一组问题。甄别问题必须是包容性的，即它们的普遍性必须足以不仅捕捉到严重残疾类型的人，而且捕捉患有轻度 and 中度残疾的人。为了确保广泛和无偏差地选择残疾人作为后续访问的对象，这一点很重要。具体地说，甄别问题可以认定大量视物有困难的人。随后用详尽的问题可以确定，达到或高于规定的严重程度的视力残疾的人数大幅度减少。

如果甄别问题十分确切，甄别为“阴性的”每个人都将无残疾，而甄别为“阳性的”每个人都将有残疾。在实践中，甄别程序不会完全准确。

合理准确的甄别方法具有下列特点：

(a) 高敏感性：敏感性指在残疾人中甄别为阳性的比例或百分比（用真阳性数和假阴性数之和除以真阳性数）；

(b) 高特异性：特异性指在非残疾人中甄别为阴性的比例或百分比（用真阴性数与假阳性数之和除以真阴性数）；

(c) 高预测值：在甄别为阳性者中的残疾比例或百分比（用真阳性数与假阳性数之和除以真阳性数）。

^a方框 8 基于《残疾方案和政策统计信息编制手册》（联合国出版物：E.96. XVII.4），第 46-48 页。关于补充信息和例子，可查阅该手册。

两个国家——加拿大 1986 年和 1991 年和新西兰 1996 年——将普查和调查合起来收集数据，在人口普查中提出广泛而通用的甄别问题并利用这些问题的答复为后续调查确定抽样，后续调查中使用更详尽具体的问题获取有关信息。后续调查包括更为详尽具体的问题以便认定人口中的残疾人。在 1986 年和 1991 年健康和活动受限调查中，加拿大统计局至少使用了 20 个描述不同类型活动受限的问题。由于普查采用通用问题，因此担心对轻度和中度残疾人及残疾儿童和老年人覆盖不足。为了防止这种情况发生，加拿大和新西兰两国使用的抽样设计方案包括对普查甄别问题回答“否”的人员抽样。在加新两国，列入普查的广泛通用问题意在协助发展一个用于后续调查的抽样基础，而不是用于估计人口中的残疾流行情况。

在加拿大 1991 年人口普查中，提出了下列问题：

编制残疾统计资料的准则和原则

第三章 单元：残疾数据收集的方法

1. 由于长期即预计持续 6 个月或更长时间的生理状况或健康问题，此人在他（或她）能够从事的活动类型或活动量方面受限吗？

(a) 在家中？ ☐ 否，我不受限制。 ☐ 是的，我受限制。

(b) 上学或工作？ ☐ 否，我不受限制。 ☐ 是的，我受限制。

(c) 其他活动，例如乘车上下班、闲暇时间活动？

☐ 否，我不受限制。 ☐ 是的，我受限制。

2. 此人有任何长期残疾或障碍吗？

☐ 否 ☐ 是

新西兰 1996 年的人口普查包括下列残疾问题：

1. 你是否有（持续 6 个月或更长时间）健康问题或状况造成你难以从事或不能从事：

你同龄人通常能够从事的日常活动；

与他人交流、交往或社交活动；

你同龄人通常能够从事的其他任何活动；

从事其中任何活动都无困难。

2. 你有任何长期（持续 6 个月或更长时间）的残疾或障碍吗？

☐ 是 ☐ 否

对于加拿大 1986 年普查和 1986 年健康和活动受限调查（HALS）所作比较的结果，证明了使用详尽问卷收集残疾数据的重要，如下文所示：⁶

(a) 一般性普查问题认定的残疾人少于健康和活动受限调查中使用的详尽问题；

(b) 一般性普查问题不是认定残疾儿童的有效方法；

(c) 一般性普查问题提供了认定重度残疾人的好方法，对于认定中度残疾个人效果较差，而对于认定轻度残疾个人则效果非常差；

(d) 在普查中认定的 15 至 64 岁残疾人就业的可能性小于通过后续调查问题认定的对应人员。

上述加拿大 1986 年的两项研究比较的结果证明这样一点，即如上文本章 A.2 节所述，在利用普查收集人口中残疾流行情况数据时，应使用具体而不是通用的问题。

及时选择抽样及认定选为后续调查对象的人的姓名和地址非常重要。加新两国统计局都将抽样选定作业列为初始处理普查统计表的一部分工作。

在将普查作为后续调查的抽样基础时，还需考虑其他问题。重要的是应在采取这类普查/调查做法前评估查阅个人普查统计表所涉的法律问题。加新两国的统计局都是负责进行普查和调查两项任务的集中的统计机构。而在美利坚合众国，收集普查数据的是普查局，而健康调查则是全国卫生统计中心的责任。这类组织安排会使查阅个人普查统计表工作较为困难，或许就不可能查阅。即使一国有集中的统计机构，仍需获得国内负责确保人口隐私权的机构的许可。

B. 调查

1. 抽样调查中收集残疾数据的方法

在规划收集残疾信息的调查中，可以考虑两种广泛的可能性：(a) 全国残疾调查；或 (b) 将特殊的残疾单元作为另一具体专题的住户调查的附属部分，例如劳动力、卫生和医疗、家属开支或生活条件等。

(a) 全国残疾调查

全国残疾调查专门调查残疾专题。开展这种调查有两种主要方法：(一) 准备一个全国住户抽样，然后甄别选入残疾抽样的所有住户；或 (二) 在全国普查或全国卫生、医疗或劳动力调查中进行残疾甄别，然后根据这些调查结论制定全国残疾方案（例如加拿大 1986 和 1991 年卫生和活动受限调查和埃及 1979-1981 年卫生和医疗概况调查）。如果在甄别过程中发现残疾人，就进行详尽的访问。还对甄别时报告无残疾的人选定一个较小的抽样作进一步的访问或测试，以便研究甄别问题的“是”和“否”答复的有效性。

全国残疾调查规定收集关于残疾人、他们的家庭和环境（学校、家庭和工作场所）的详尽信息。采用这种调查时，重要的是应包括用于其他人口调查或普查的并且能够用于比较残疾人口与非残疾人口的问题。

特别残疾调查在调查表的长度和深入访问方面具有灵活性，但它是一项许多国家无力负担的耗资巨大的工作。利用附属于进行中的某项调查的残疾单元收集数据，对多数国家而言将是较为合理的备选方案。

(b) 残疾单元

一种备选的调查设计方案是将一系列的问题（甄别问题加上关于残疾的具体细节）作为“附加”部分直接以占总访问一部分的特殊单元纳入全国调查。如采用这种备选方案，全体访问人必须接受关于残疾问题的培训，而且关于残疾的所有问题都在全国住户调查访问时一并提出。此外，只可以寻问残疾人的少量细节，因为残疾项目只是整个调查的一部分。

利用正在进行的调查来收集残疾数据，这一做法也提供机会收集关于非残疾人口的信息。此种信息允许评估残疾人相对于非残疾人的机会均等情况。不过，当残疾问题“附加”在另一项调查的问卷上时，必须考虑问卷上可用的篇幅及整个访问的潜在长度和复杂性，因为这种情况可能影响回答人给予合作。

2. 调查问卷的设计

本节审查的问题同包括残疾单元的正在进行中的住房调查和单独进行的残疾调查均具有相关性。关于调查表设计的较为一般性的问题在第二章中讨论。

收集的信息的质量很大程度上取决于问题的有效性和可靠性。调查表的设计既是一门艺术又是一门科学，而且在编拟调查表的早期，在与残疾人和非政府组织的代表磋商过程中必须考虑到若干问题。利用这些个人及其家庭测试和精炼问题是一项极为有效的预测试方法。

数据收集的目的确定拟调查的专题。待拟订的政策和待评估的方案的特性有助于确定包括在调查中的各个数据项的重点。典型的情况下，调查还将包括其他各种问题如残疾原因、技术器具的使用、就业和对规定的日常活动的帮助需要及其接受等。

需要投入巨大的努力来拟订问题。对于使用答案不定或逐字回答的问题还是答案预编码的问题亦或二者混合的问题需要作出决定。对于逐字回答的问题，向回答人提出发挥性的问题，并将答案记录在调查表上以便以后编码，而对于预编码的问题，回答人以调查表上提供的固定类别表选择一个或多个答案。预编码题使回答人的答案较易记录在合适的类别中，不过设计难度较大，因为所有可能的答案都应包括进去。此外，对发挥性问题的答案进行解释和分类需要访问人和调查人都具备更多的技能和作出更多的努力。

问题应当明确、简练和毫不含糊。匆匆拟就的调查表可能导致使用不为普遍理解和具有多种含义的单词、术语和概念。

调查表的设计工作还涉及拟订探索性的问题和确定有效性的问题。探索性的问题获取补充信息以确保提供的信息完整无缺。例如，不是问“由于长期的生理状况、心理状况或健康问题，你在正常所能从事的活动类型或活动量方面受限制吗？”而是将问回答人他（或她）是否在特定情况下受限：——“在家中？”——“在学校或工作场所？”——“或在其他活动中，例如使用公

共交通工具？”有效性问题旨在检查回答人答案的准确性或一致性。例如，可以问回答人“你能不停地行走 100 米吗？”如果答案是“否”，将用这样的问题检查回答的有效性：“你能不停地行走多少米？”

调查表设计的另一个方面是拟订路径选择模式和甄别或过滤问题以确保只向回答人提问调查表上同其相关的问题。因此，向 75 岁的个人问旨在度量儿童残疾的问题将是不合适的。例如，需要条件性提问时，就使用路径选择法。在这种情况下，只有第一阶段的“过滤”或甄别问题的答案有某些答复时，才向回答人提补充问题。对于询问心理健康问题，建议采用这种程序。⁷ 由于“答复集”问题，在问及关于持续时间等问题前，应先问残疾领域的过滤问题。这是因为人们很快认识到，“是”答案引出更多的问题并可能给出虚假的否定答案。不过，应当避免过度复杂地编排问题的路径，因为这使调查表的设计复杂化，并增加访问人出错的可能性或在阅读调查表情况下增加回答人出错的可能性。

由于有些残疾专题往往很敏感，在设计调查表时必须考虑提问的顺序。这一点很重要，既可以保证信息的准确性，又能保持回答人的兴趣和合作。问题越敏感复杂，就越不应该安排在开头，而应置于访问的中间或快结束时，诸如关于失禁或具体的社会援助方案的利用方面的问题。在访问一开始就提这些问题会使回答人起疑心或产生防备心理，因而终止访问或产生虚假答案或含糊其词的答案。

设计问题还牵涉决定是否向抽样中的每个人提问题（抽样一人一式问题），或者是否将由一个人代表家庭或住户全体成员回答问题（家庭式问题）。采用第一种类型时，问题提给抽样人或许提给抽样人的代理人。加拿大健康和活动受限调查（1986 年和 1991 年）和欧洲共同体住户小组式调查（1994 年）的问题即是基于抽样人问题的例子。基于抽样人的问题依赖于自我答复；据假定，抽样人最熟悉自己的残疾史。在允许代理人答复时，代理人通常是非常熟悉抽样人健康的人。家庭式问题的例子包括澳大利亚残疾、老龄化和护理人调查（1993 年）和美国收入和方案参与调查（1991/1992 年）的问题。家庭式问题向一个回答人提问生活在住户中的全体家庭成员的情况。回答人通常是熟知全体家庭成员情况的人。在提家庭式问题时，重要的是应跟踪任何肯定答复以认定特定损伤或残疾的家庭成员。标准的探索问题是“这是谁？”和“还有别人吗？”

3. 编写认定残疾人的问题

（a）编写一般人口的问题

调查提供更深入地研究有关人口中残疾问题的机会，它通过使用较之人口普查更为可行的更详尽的手段做到这一点。调查还能够包括关于功能和残疾的两个组成部分的问题，即身体功能和身体结构以及活动和参与。

在设计问题时，应将世界卫生组织的《国际功能、残疾和健康分类——ICF 分类》⁸ 作为指

南。有关设计残疾问题的一般问题在第二章中讨论。不过，应仔细考虑根据相关性、明晰性和可度量性选择包括在问题中的类别。因此，各国可以选择同它们的数据收集活动的目标相关的那些项目。必要时，应当修改选择的《ICF 分类》的类别使之适合当地的情况，以便使回答人能够容易理解问题。

问题应提及《ICF 分类》的具体项目，而且应避免使用普通和含糊其词的术语。作为一个普遍原则，如果手段包含关于范围较广的《ICF 分类》的项目，它产生的残疾人数目较大。问题越详尽和越有探索性，认定的残疾人比例就越大。问题在设计上还应涵盖列入研究人口或目标人口定义的人口。此外，在设计问题时，重要的还应确定它们与拟包括在调查中的所有年龄组的相关性。在编写（和测试）这些问题时，应顾及不同的人口群组，例如儿童和老年人。在《ICF 分类》编制过程中，已仔细考虑使这种分类适用于人口的所有年龄类别，包括儿童和老年人。关于设计有关儿童及有关老年人的问题的建议分列于下。

世界卫生组织正在与一些国家和机构协作，共同开发一个工具，即卫生组织《残疾评估表》（WHODAS II），以评估各种环境和文化中的残疾。工具 WHODAS II 以《ICF 分类》的概念框架为基础，谋求确定一个人与他（或她）希望从事或他（或她）能够从事但未从事的活动相比，在实际从事的活动中遇到的困难量。关于 WHODAS II 更多的信息，可从其网站：<http://www.who.int/ICIDH/whodas/index.html> 上获得。这个工具包括以下领域：

1. 理解和交流
2. 走动
3. 自理
4. 与人交往
5. 生活活动
6. 社会参与

在每个领域内，针对以下具体的活动和参与问题提出问题：

1. 理解和交流
 - (a) 集中注意力
 - (b) 记忆
 - (c) 解决问题
 - (d) 学会新任务
 - (e) 交流
2. 走动
 - (a) 站立
 - (b) 改变身体姿势

- (c) 在家中走动
 - (d) 走出家门
 - (e) 行走
 - 3. 自理
 - (a) 洗澡
 - (b) 穿衣
 - (c) 进食
 - (d) 独处
 - 4. 与人交往
 - (a) 与……人际交往技能
 - (b) 贴近你的人（家人、朋友）
 - (c) 素不相识的人（陌生人）
 - (d) 性活动
 - (e) 交友
 - 5. 生活活动
 - (a) 住户活动
 - (b) 工作
 - (c) 上学
 - 6. 社会参与
 - (a) 社区活动
 - (b) 歧视
 - (c) 耻辱/尊严
 - (d) 对时间、情绪、财力和家庭的影响
 - (e) 休闲
- (b) 认定儿童中的残疾

由于不能期望某个年龄以下的儿童从事某些活动，而且不能行走、说话或阅读在某个年龄以下是十分正常的情况，甄别残疾儿童的问题的编写工作成为问题并且具有挑战性。对于在残疾数据收集活动中应如何处理儿童问题意见不一。例如有人论证说，应将 5 岁以下的儿童排除在研究范围之外，因为充其量也只能获得关于他们的非常总括的信息。⁹ 另一种可能性是将儿童包括在研究中，但略去某些问题，并在可能情况下提出备选的问题。

这个问题上的国别做法各不相同。有些国家对儿童和成人提问相同的问题（埃及，1991 年

妇幼健康调查)；另有一些国家采用单独的儿童调查表或作为主要调查表的一个分立部分包括旨在反映各种儿童体验的问题(加拿大, 1986 和 1991 年的健康和活动受限调查; 联合王国, 1985/1988 年的人口普调办大不列颠残疾调查)；和在某些情况下对每个人都使用相同的调查表, 但某些问题不向儿童提问(英国, 1994 年的全国卫生访问调查)。

附件 2 提供了新西兰(1996 年)、联合王国(1985-1988 年)和美国(1994 年)用来认定儿童期残疾的问题的例子。各国使用的问题虽然不同, 但所有三国的問題都以活动受限为基础。此外, 新西兰不同于其他两国, 它问到了是否存在限制儿童活动的某些长期健康状况或疾病。

一般说, 没有国际建议谈到如何认定儿童中的残疾。不过如前所述, 《ICF 分类》通过使分类较少地以成人为主, 旨在使分类适用于儿童。这种分类提供的概念覆盖儿童中特定的残疾方面。研究儿童残疾问题的有关类别包括: (一) 学习活动, 例如集中注意力; (二) 交流活动, 例如用口头信息交流或接受口头信息; (三) 人际活动, 包括约束互动中的行为, 例如身体冒犯; 和 (四) 参与主要生活领域, 例如与学校相关的责任和特权。

德金等人¹⁰开发了一个用于度量儿童期残疾的简单而富有成本效率的手段, 它使用 10 个问题访问儿童的主要照管人。列入附件 2 的这 10 个简单问题在发展中国家(孟加拉国、巴基斯坦和牙买加)已进行了测试, 目前正作为儿童基金会多指标类集调查中的任选单元使用, 开展该项调查是为了监测 1990 年世界儿童问题首脑会议的目标。¹¹

总之, 这些问题的可靠性和有效性的研究报告主张, 这些问题经修正后可继续使用, 不应使用更复杂的问题问及日常活动受限情况和所接受的服务或活动情况, 或进行活动表现测试。¹²

进一步的有效性研究表明, 这 10 个问题作为普遍甄别方法是有用的, 但在受影响的儿童以前很少得到认定和治疗的人口中对视力和听力残疾的甄别作用不大。例如, 有人提议应修正这 10 个简单问题以对儿童进行简单的活动表现测试, 至少在很可能未对儿童广泛提供测试服务的地区针对视力和听力进行测试。¹³在较为普遍提供服务的地区, 可在这些问题之外再向儿童照管人提出一些关于以前对有视力和听力问题儿童进行治疗和测试的问题。

(c) 认定老年人中的残疾

采用关于各种日常生活活动(ADLS)如洗澡、进食、转移、穿衣和如厕等问题能够最有效地评估老年人的残疾状况。用语“日常生活活动”指一组共同的日常活动, 实现个人自理和独立生活需要从事这些活动。¹⁴因此日常生活活动是度量活动表现能力及最终度量与功能状况相联系在一起的生活质量的尺度。虽然所有年龄的人都可能有从事日常生活活动方面的问题, 但老年人较之非老年人中的流行率高得多。¹⁵

以色列在 1985 年住户中年满 60 岁及以上人员调查中所问的下列问题, 是利用日常生活活动问题甄别老年人残疾的例子。

1. 无人帮助下你（靠自己）能够：
 - (a) 穿衣和脱衣
 - (b) 淋浴或盆浴
 - (c) 上下床
 - (d) 进食（切割食物等）？
2. 你能在无人帮助下自己剪指甲吗？
3. 失禁：是否发生你有时不能及时赶到浴室的情况？

1989 年荷兰卫生访问调查的问卷含有针对年满 55 岁和以上人员关于日常生活活动项目的下列问题。

现在我将读出一些有些人难以进行的活动。请就每项表明你是否能够不费力、费力或在他人帮助下进行：

进食和喝水；
从椅子上起坐；
上下床；
穿衣和脱衣；
在同一层进至另一房间；
上下爬楼梯；
出入住房；
在住房外走动；
洗脸洗手；
洗浴全身。

通过关于其功能能力的问题度量老年人的残疾状况，这需要拟订一组文化上合适的日常生活活动项目和其他相关的残疾。可能的话，在选择所包括的项目时应与老年人组织磋商。例如，进食时“切割食物”的能力在有些文化中是一种生活方式，但在另一些社会中可能不适于作为调查残疾状况的项目。

同评估老年人残疾状况相关的另一个方面是认知能力。患有阿耳茨海默氏病和相关痴呆病的人是认知能力下降的个人的例子。这些专题在关于度量认知和心理功能的下节中讨论，而且具体的度量手段列示在附件 3 中。

《ICF 分类》为用于老年人日常生活活动和认知能力下降的甄别手段的项目提供丰富的资源。可使用的项目的例子包括如下：

1. 关于认知能力下降，与下列方面有关的活动：

- (a) 谈话
- (b) 思考
- (c) 解决问题
- (d) 开展日常工作
- (e) 作决定
- (f) 集中注意力

2. 关于日常生活活动，与下列方面有关的活动：

- (a) 自我擦洗
- (b) 护理身体各部分
- (c) 如厕
- (d) 穿衣
- (e) 进食
- (f) 饮水
- (g) 行走
- (h) 走动
- (i) 保持身体姿势
- (j) 改变身体姿势
- (k) 自行转移

收集的数据至少应区分两类老年残疾人：（一）从事活动有困难的人（这一类别可再分为开展活动“有些困难”的人和“有巨大困难”的人；和（二）需要他人帮助或需要器具才能完成有关活动的人。《ICF 分类》规定评估个人残疾对他们日常生活活动需要协助情况的影响，并因而评估他们对器具、器械和帮助人的依赖情况或需要状况。¹⁶为评估包括日常生活活动在内的残疾的严重程度，《ICF 分类》包括一组“限定值”与每个类别连用以给出受限的程度或大小。使用《ICF 分类》限定值评估严重度的问题在附件 1 中论述。限定值应与日常生活活动甄别问题一起使用，以便查明个人活动表现受限的程度。

4. 度量认知和心理功能

在发展《ICF 分类》的过程中，特别注意关于心理和智力功能的术语的阐述。《ICF 分类》广泛说明总括和具体的智力功能。列进分类的部分类别是：

- (a) 总括智力功能，如定向功能、知识功能、保持功能；
- (b) 具体的智力功能，如注意功能、记忆功能、感情功能和思想功能；

(c) 在活动和参与部分，基本学习活动、应用知识和主要生活领域。

所需的是基于《ICF 分类》这样一些类别的手段，它们能够用来度量认知和心理功能，涵盖广泛的功能领域而且不能靠少数简单的问题来评估。覆盖这些不同领域的手段需要具有广泛度，其范围应比度量生理损伤领域如视力或听力功能损伤的手段大得多。

从 1988 年至 1992 年，荷兰统计局和世界卫生组织欧洲区域办事处组织了一系列的磋商会议，以开发用于卫生访问调查的共同方法和手段；本节基于这些磋商会后提出的报告。¹⁷ 该项报告建议了关于慢性心理状况的手段，这些手段复制在附件 3 中。虽然基于原始的《ICIDH 分类》，但这些手段反映最近同意的指南，供各国用于编拟关于慢性心理状况的问题。不过，需要做进一步的工作以开发基于《ICF 分类》的手段。

列在认知和心理功能类别下的状况的范围极广，既有严重的状况如智力迟钝、精神分裂症、狂郁症或痴呆，又有轻微的精神病，它包括焦虑、恐惧和其他精神病症状。严重的心理失调在人口中的流行率不高。严重程度较低但有可能使人类丧失能力的神经病形式较为常见。这些状况影响福利，并造成更严重的心理问题和诸如自杀、暴力和滥用药物等危及生命行为的危险。

在卫生访问调查量度认知和心理功能时，需要选定认知和心理项目，因为包括现在区分的所有状况是不可能的。荷兰统计局/世界卫生组织的指导原则建议以流行率、严重性和持续时间作为标准，用于选定哪些认知和心理状况同公共卫生政策相关并因而应加以度量。¹⁸ 在这一基础上，给出用于度量下列主要慢性认知和心理状况的手段：痴呆、智力迟钝（均指认知功能）和焦虑失调、精神分裂症和情感失调（指心理功能）。

由于回答人对于这些状况的知识普遍贫乏，手段必须以症状方法为基础，这一方法一般耗费时间，并要求采用面对面的访问方式。一般说，这些手段的列入对卫生调查的设计和持续时间提出了高要求。

表 5 归纳了荷兰统计局和卫生组织欧洲办事处就三大类慢性认识和心理状况建议的手段。还包括了一个近期拟订的手段用于认定儿童中的心理健康问题（格罗宁根社会残疾表——GSPS 表）。选定的手段转载于附件 3 中，并附有资料来源、内容、实施和得分的细节。

编制残疾统计资料的准则和原则

第三章 单元：残疾数据收集的方法

表 5. 诊断部分慢性认知和心理状况的选定手段

状 况	人口特点	甄别手段	诊断手段	持续时间
痴呆	≥55 岁的人	无甄别问题	衣阿华州痴呆测试 (a) 时间定向的变量 (b) 受控口头单词联系测试 (c) Benton 视力保持测试 (MC 级)	±10 分钟
		代理人版: 4 个问题	由保健专业人员提出的关于已诊断 痴呆或阿耳茨海默氏病的问题	≤2 分钟
智力迟钝	教育程度较低 且 <55 岁的人	4 个问题	小型心理状况检查 (14-55 岁) Benton 视力保持测试 (MC 版) (7-13 岁和成年文盲)	≤5 分钟 4-5 分钟
		代理人版: 3 个问题	一个关于已诊断的智力迟钝问题	≤1 分钟
选定的状况 焦虑失调 精神分裂症 情感失调	≥19 岁的人	两阶段甄别: GHQ-12 和 6 个问题	诊断访问表 (DIS) 焦虑失调 精神分裂症 情感失调	20-30 分钟
		代理人版: 6 个问题	诊断访问表 (DIS) 焦虑失调 精神分裂症 情感失调	20-30 分钟
	6-18 岁 儿童	6 个问题	DIS 修改版 (DIS-C) 或父母的代理人版 (DIS-Parent)	20-30 分钟

资料来源: A de Bruin、H. S.V. Picavet 和 A. Nossikov, 《卫生访问调查: 实现方法和手段的国际统一》, 卫生组织区域出版物, 欧洲辑, 第 58 号 (哥本哈根, 世界卫生组织, 欧洲区域办事处, 1996 年), 第 69 页。

5. 特殊专题（原因、持续时间、技术器具、环境和服务与支助）

虽然粗略残疾率的估计可以表明问题的大小，但它们不足以了解和监测残疾人的情况。¹⁹ 需要补充信息以便从预防、康复、教育、就业、医疗和培训机会均等及社会融合等角度更深入地了解残疾人的情况。《关于残疾人的世界行动纲领》²⁰ 和《残疾人机会均等标准规则》²¹ 着重说明了对这些方面数据的需要。所需的专题包括研究人口的社会经济特点和人口统计特点，例如年龄、性别、婚姻状况、居住地、教育、工作和生活安排等。还需要关于说明残疾经历的其他专题的信息，例如残疾原因、发生时年龄、技术器具和服务的利用及环境障碍等。拟包括的补充专题的选择取决于国家在预定用途方面的数据优先次序，也取决于收集信息的资金成本。

（a）残疾原因和基础状况

残疾的基础状况和原因是在残疾人情况调查中要收集的重要变量，因为这些状况和原因对残疾作出卫生和医疗解释。这种信息有助于制订预防残疾的措施。此外，对于残疾人和支持残疾人的组织和协会来说，这种信息也往往关系很大，因为它们往往代表有着特定基础状况如关节炎、多种硬化症或脊髓损伤等疾病的残疾个人。

残疾原因的统计资料可能不反映损伤或残疾的正确的医学诊断，但却代表一般人口对造成损伤或残疾的因素的理解。在给出的部分答复或解释中表明了这一点，例如“着迷”或“恶毒眼光引起”。

提问一个关于所报告的损伤或活动受限原因的问题，经常得到关于残疾原因的信息。世界卫生组织《疾病和有关保健问题国际统计分类，第十修订本（ICD-10）》²² 是关于外部原因和基础状况分类的一个主要信息源。它为外部原因（损伤、创伤经历、生病或先天因素）及为基础状况提供一个分类方案，由一组三或四字符级的代码认定。“基础状况”指按照疾病、失调或其他病态，如肿瘤、心理和行为失调、呼吸系统、肌肉骨骼系统疾病、畸形、变形和染色体异常等说明的医学或病理学状况。

来自全国研究的残疾原因的数据一般不通过使用任何国际分类系统标准化，从而造成表述方案的可变性。各国在表述关于原因的数据时并不总是遵循世界卫生组织的《疾病和有关保健问题国际统计分类》（疾病分类），而且有些国家将疾病列为残疾的原因。包括在全国研究中的残疾原因可能反映被特定国家视为重要的情况。

加拿大 1991 年健康和活动受限调查问及人们：

下列哪一项最能说明造成这种状况的原因？

- 出生时存在
- 工作环境
- 疾病或生病

编制残疾统计资料的准则和原则

第三章 单元：残疾数据收集的方法

自然老化过程
心理或生理虐待
事故——在家中
事故——机动车
事故——同工作相关
其他，请具体说明
不明

新西兰 1996 年的住户残疾调查问到了下列问题：

下列哪一项最能说明造成这种状况的原因？

疾病或生病？
事故？
你的工作环境？
出生时就有这种状况？
自然老化过程？
心理或生理虐待？
或其他原因？（具体说明）
不明

在 1993 年澳大利亚残疾、老龄化和护理人调查中，关于原因的问题只是问“什么原因造成这种……？”

在 1986 – 1988 年荷兰健康访问调查中，利用下列问题收集关于残疾原因的信息：

这种困难的原因是什么？

先天或在出生时发生
疾病或老年
工伤事故
家庭事故
交通事故
体育事故
其他事故
不明/无答案

根据 DIS AT-2 中可以获得的关于国别做法的信息，联合国统计司提出了一份短表用于对外部原因分类（见方框 9）。

方框 9. 建议的残疾外部原因短表

造成残疾的外部原因包括下列各项：

- (a) 传染病和寄生虫病；
- (b) 先天畸形和围产期状况；
- (c) 其他疾病和状况；
- (d) 伤害：
 - 机动车事故
 - 其他交通事故
 - 事故性中毒
 - 事故性倒塌、火灾和战争行动造成的伤害；
- (e) 其他原因，包括自然和环境因素。

在问到原因或基础状况的信息时，可取的做法是避免问详尽的问题，因为它要求信息按《疾病分类-10》的三或四位数级别编码。对于拟列入调查表的状况或疾病必须有所选择，因为多数可能罕见或不为多数人所知。残疾调查不是评估罕见失调症流行情况的最合适的手段，因为在从一般人口随机选择的研究人口中罕见失调症没有可靠的代表性，除非抽样规模极大。不过，如果例如需要关于某些疾病的年轻人和老年人中特定年龄流行情况的信息，那就应当相应调整抽样规模的要求以获得有适当代表性的抽样。

选择拟包括的疾病和（或）状况的过程所依据的应是它们在该国估计的流行率、严重性和长期性的迹象，以及问及有关疾病或状况的问题的可能性。在选择拟列入研究范围的疾病和状况时，应重组三位数级的代码，因为它们太详尽而不能列入残疾调查中。若干疾病可按其《疾病分类》代码组合在一起。从这一组疾病的选择应依据它们估计的流行率作出。

在设计原因问题时，应考虑下列各点：

(a) 访问期间，访问人可以读一份清单和展示一张卡片，二者都含有若干可能的原因。可取的做法是逐一获取答案。得到每个答案后，如果需要的话，访问人可要求关于特定疾病或状况的进一步的信息。

(b) 在问及关于三位数或甚至四位数级的疾病或状况的问题时，答案的有效性也许将比使用主要类别时低，如“出生时存在”或“工作环境”等。因此，应当问诸如“是你医生告诉你的吗？”或“谁告诉你的？”等检查问题。

(c) 由于疾病与残疾的关系非常复杂，问及疾病作为残疾的“原因”的问题时应谨慎小心。

在许多情况下，受访问的人并不知道现有疾病与残疾之间的关系是否是因果关系。因此，问题不应是“哪种疾病是导致……的原因？”，只要问“什么情况造成……？”就可以。

- (d) 在设计残疾原因的问题时，应考虑到多种原因的可能性。
- (b) 残疾的持续时间

有些残疾为先天性残疾，例如畸形手臂或唐氏综合症；另一些残疾因哮喘或糖尿病侵袭在幼儿期发生，它们可能导致某种程度活动受限；另一些残疾可能因事故而发生；还有一些其他残疾可能随着心脏病或白内障发作直至生命较晚时期发生。

收集关于残疾持续时间的信息是一项困难的任务。除非残疾的发生与具体某一事件联系在一起，靠回忆极有可能影响数据的质量。如果出生时即有残疾，或因创伤事件所造成，例如战争或事故，那么回忆不是问题。不过，如果残疾与疾病或健康状况的发生联系在一起，而且这种发作发生在遥远的过去，那么回忆成为一个因素。

方框 10 载列各国残疾调查所问的持续时间的问题的例子。

方框 10. 各国调查中所提的关于残疾持续时间的问题的例子	
新西兰统计局，1996 年住户残疾调查	你在多大岁数首次感到这样做有困难？
加拿大统计局，1986 年健康和活动受限调查	(a) 你在多大岁数做此事首次感到不便？（成年人——15 岁及 15 岁以上） (b) 这种受限在多大岁数上开始？（儿童——15 岁以下） (c) 在多大年龄……首次有这种……？（儿童——15 岁以下）
津巴布韦劳动和社会服务部，1981 年全国残疾调查	你多大时有残疾的？
文化和社会部及内罗毕大学发展研究学院，1981 年研究，“肯尼亚残疾人状况”	你何时出现障碍？

(c) 技术器具、环境和服务及支助

(一) 技术器具

至为必要的是应收集关于某些类型损伤和活动受限所需的辅助设备的必要性和使用情况的信息。这种信息可用来监测此类残疾人的情况和观察他们独立生活及从这种康复受益的能力。

关于技术器具和辅助设备的问题的形式及其位置在调查表设计时都是重要的考虑因素。应当包括一份具体技术器具清单。提出关于此类器具的需要未得到满足情况的发挥性问题时，假设残疾人了解可以获得的各種技术器具或服务。不过，这种情况很少见。

下文提供各国研究中提出的关于技术器具的问题的若干例子并说明此类问题在调查表上的位置。1991 年加拿大健康和活动受限调查将关于视力残疾人使用辅助设备的问题紧跟在用来认定这个子群体的两个问题之后。如果对两个甄别问题（用来认定视力残疾人口的问题）的答复为“是”，访问人接着问两个后续问题。这种做法减轻回答人的负担，因为这两个补充问题对于就两个视力残疾问题回答“否”的人可以跳过。对于其他类型的残疾也采取类似的做法。这种问及辅助设备使用情况信息的方式看来是调查表接受过审查的所有国家的标准程序。

在 1992 年突尼斯调查“关于检查和诊断无能力和缺陷的全国调查”中，将关于技术器具使用情况的问题纳入了关于活动受限问题的答复类，例如：

他（或她）用正常方式能够毫无困难和不靠技术器具或他人帮助爬两级楼梯吗？

答复之一：

使用技术器具时能爬楼梯。

这种做法与西班牙 1986 年的“关于无能力、缺陷和损伤的调查”略有不同。下面是就听力残疾所问的一些问题：

本住户有人在不使用助听器的情况下不能以正常声音进行谈话或这样做有严重困难吗？

在提到的人中，有多少人靠使用助听器克服了其困难？

新西兰在其 1996 年住户残疾调查中就技术器具的使用和需要情况收集了非常详尽的数据。例如，就听力残疾人提出下列问题：

我想问一下你对于耳聋或听力困难的人使用特殊的或技术性的设备或服务情况。你使用：

带 T 型开关的助听器吗？

另一类助听器？
电信设备如电传打字机或电传打字机终端设备？
电视文字广播？
收听环路、调频或红外系统？
手势语翻译？
闪光警报或视频警报？
音量控制电话？
通信用计算机？
传真机？
我未提到的某些其他设备或服务？

你需要但没有任何用于耳聋或听力困难的人的设备或服务吗？（是/否）

你需要但没有哪种设备或服务？

带 T 型开关的助听器吗？
另一类助听器？
电信设备如电传打字机或电传打字机终端设备？
电视文字广播？
收听环路、调频或红外系统？
手势语翻译？
闪光警报或视频警报？
音量控制电话？
通信用计算机？
传真机？
我未提到的某些其他设备或服务？

你为什么没有这种设备或服务？我将给你念一份清单。请对每项答“是”或“否”。

只是偶尔需要？
设备或服务不能获得？
你的状况不够严重？
费用太高或你负担不起？
你申请了财政援助但无资格获得？
你不知道你能申请财政援助或向何处申请？
你从未受过评估？
另一原因？

这些例子显示所提问题是不同的，而且收集的信息的详细度也不同。与其他两个国家相比，新西兰调查要求的数据较为详细，而且收集需要但没有技术器具的人的信息。新西兰还提问下列问题以收集儿童使用技术器具的信息：

……使用下列设备吗？

- (a) 特殊小孩车或手推车；
- (b) 站立构架；
- (c) 牙齿矫正架以外的任何类型的托架；
- (d) 轮椅；
- (e) 支架、手杖、行走构架或其他任何类型的行走器具；
- (f) 假腿、臂、手或脚。

由于已持续或预期持续 6 个月或更长时间的状况或健康问题，……使用任何种类设备吗？不算气喘吸入器、牙齿矫正架或垫圈。

关于技术器具的调查问题应提及给定人口实际可获的技术器具，而且必须符合国际标准 ISO 9999 “残疾人的技术器具”。²³ISO 9999 包括 10 类技术器具：

级 03	用于治疗 and 培训的器具
级 06	矫正器具和假肢
级 09	用于个人护理和保护的器具
级 12	用于个人走动的器具
级 15	用于料理家务的器具
级 18	住房和其他房舍的家具和改装件
级 21	用于通信、信息和信号的器具
级 24	用于搬运产品和货物的器具
级 27	用于改善环境的器具和设备、工具和机器
级 30	用于娱乐的器具

关于技术器具的数据制表应不仅包括关于按特定分组列示的这些设备实际使用的信息，而且应包括关于表明需要这些器具的分组的信息。

(二) 环境

环境因素构成人们生活 and 进行生活活动所处的物理、社会和态度环境。²⁴ 这些因素属于个人的外部因素，它们能够对个人作为社会一员的行动表现、对个人的能力或对个人的身体功能或结构具有正面或负面影响。环境因素集中于两个不同的层面：

- a. 个人：个人的直接个人环境，包括但不限于诸如家庭、工作场所和学校等环境。它包括个人直接面对的环境的物理和物质特征，以及与他人如家人、熟人、同辈和陌生人的直接个人接触。
- b. 服务和系统：社区或文化中对个人有影响作用的正规和非正规的社会结构、服务和包罗万象的做法或系统。这些结构或系统包括同工作环境有关的组织和服务、社区活动、政府机构、通信和交通服务及非正规的社会网络及法律、规章和正规及非正规的规则、态度和思想意识。

环境因素与组成部分“身体功能和身体结构”及“活动和参与”相互作用。残疾的特征为个人健康状况和个人因素与代表该个人生活环境的外部因素之间复杂关系的后果或结果。由于这种关系，不同的环境对具有给定健康状况的同一个人会有非常不同的影响。具有妨碍因素或无促进因素的环境将限制个人的活动表现；较具促进作用的其他环境可能增强这种表现。社会可能妨碍个人的表现，因为它创造妨碍因素（例如不能进入的建筑物）或不能提供促进因素（例如不能提供辅助设备）。

《ICF 分类》编制了环境因素分类以表明这些因素与功能和残疾的组成部分：身体功能和身体结构及活动和参与之间相互作用的程度。在数据收集中，应将这些环境因素与这些成分结合起来调查，以显示环境对个人作为社会成员的参与、对个人的活动表现或对个人的身体功能和结构具有正面影响还是负面影响。与对身体功能和身体结构及对活动和参与这些成分一样，环境因素应与“限定值”结合使用，以表明促进因素或妨碍因素的大小。以小数点表示的负限定值代表妨碍因素，而正号代表促进因素。例如，统计人员在调查残疾和包括关于行走活动（《ICF 分类》代码 d450）的问题时，还可能想查明回答人是否可以利用用于个人户内户外走动和交通的产品（《ICF 分类》代码 e140）。建议对环境因素使用下列限定值：

XXX.0	无妨碍因素	（无，缺乏，微不足道……）	0-4%
XXX.1	轻度妨碍因素	（略有一点，很低……）	5-24%
XXX.2	中度妨碍因素	（中等程度，一般……）	25-49%
XXX.3	重度妨碍因素	（很高，极高……）	50-95%
XXX.4	完全妨碍因素	（全部……）	96-100%
XXX+0	无促进因素	（无，缺乏，微不足道……）	0-4%
XXX+1	轻度促进因素	（略有一点，很低……）	5-24%
XXX+2	中度促进因素	（中等程度，一般……）	25-49%
XXX+3	充分促进因素	（很高，极高……）	50-95%
XXX+4	完全促进因素	（全部……）	96-100%
XXX.8	非特指妨碍因素		
XXX+8	非特指促进因素		
XXX.9	不适用		

《ICF 分类》的最后草案包括以下类别环境因素：

1. 产品和技术：个人身边环境中收集、创造、生产或制造的自然或人造的产品或产品系统、设备和技术；
2. 自然环境和环境的人为变化：自然或物理环境中生命和无生命的要素及经人修改的环境成分以及该环境中人口的特征；
3. 支持和关系：在住所、工作场所、学校或在游戏或日常活动其他方面向他人提供实际的物质或感情上的支持、养育、保护、协助和关系的人或动物；
4. 态度：习惯、实践、思想意识、价值观、规范、实际信仰和宗教信仰可观察到的后果，它们在从人际关系和结社到政治、经济和法律结构的所有层面上影响个人行为和社会生活；
5. 服务、体系和政策：（a）服务包括提供各种福利、有组织结构的方案和业务经营，包括公立的、私立的或自愿的，在地方、社区、区域、州、省、全国或国际各级由雇主、协会、组织、机构或政府确立，以便满足包括提供这些服务的人在内的个人的需要；（b）体系包括由地方、区域、国家和国际政府或其他公认当局建立的行政控制和监测机制，以便在社会的各个部门组织服务、方案和其他基础设施活动；和（c）政策包括由地方、区域、国家和国际政府或其他公认当局制定的规则、条例和标准，它们管理或调节各种在社会各个部门控制服务、方案和其他基础设施活动的体系。

《标准规则》第 5 至 12 项考虑了环境因素，分别包括可利用性、教育、就业、收入维持和社会保障、家庭生活和人格完整、文化、娱乐和体育及宗教。

环境状况的评估是必要的，但在调查中很少进行。就多数而言，调查努力不能将环境因素作为参与的妨碍因素或促进因素来度量，而是依赖于自我认定妨碍因素和通融因素。这些主观做法的可靠性和有效性未加度量，但实际上可能是不高的。还有一种倾向是问及妨碍因素的经历而不调查隔多久克服妨碍因素。不过，环境中的障碍和通融都很重要，因为多数人在其日常活动中都既遇到妨碍因素也遇到通融因素。

老年人调查经常包含详尽的住房特点，包括是否存在楼梯、斜坡、抗滑地板和其他特征。下面是取自美利坚合众国 1994 年全国卫生访问调查“老龄化调查表补编”的环境问题例子。

由于某一种生理损伤或健康问题，你在……方面有什么困难吗？

- a. 出入住宅？
- b. 开关住宅的任何门？
- c. 够到或打开住宅的橱柜？

d. 使用住宅的浴室？

有些住所有特殊设施帮助有身体损伤或健康问题的人。不论你使不使用，你的住所有任何此类特殊设施吗？

哪种特色是你在住宅内活动需要但却没有的？

- a. 宽敞的门道或门厅？
- b. 坡道或与街道齐平的入口？
- c. 扶手？
- d. 自动门或易开的门？
- e. 可进入的停车场或下车场？
- f. 浴室改造设施？
- g. 厨房改造设施？
- h. 升降梯、升降椅或楼梯滑道？
- i. 警报设备？
- j. 任何其他特征？

以下例子取自澳大利亚 1993 年残疾、老龄化和护理人调查。

你能使用所有形式的公共交通工具包括火车、公共汽车和渡船吗？ 是 否

你的状况使你难以利用（你能利用的）公共交通工具吗？ 是 否

你不利用公共交通工具的原因是什么？

你利用公共交通工具的问题是什么？

- a. 到达车站/总站；
- b. 视力问题；
- c. 进入车辆/车厢：
 - 台阶；
 - 门；
 - 其他；
- d. 拥挤，通风不良；
- e. 缺乏座位/难以站立；
- f. 学习/行为问题。

（三）服务和支助的利用

虽然在许多国家关于残疾人的行政管理数据例行地由负责保健服务、教育方案、劳动方案、社会保障和其他活动的机构收集，但这些数据只可部分用于政策评价。登记系统不提供关于需要但未接受服务（需要未满足）的残疾人的信息。它们只提供关于接受服务的个人的信息，例如参加特殊教育方案学习的儿童人数或接受社区支助服务的人数。如果服务的使用者能够按他们是否有损伤和（或）残疾分类，那么就能对两组服务使用者进行比较。

调查是收集有关服务和支助的分配和使用的信息的最有用的数据源。目前，没有任何国际调查标准可用来询问残疾人利用的服务和他们得到的支助。一个原因可能是获得和利用服务特别是公共服务的情况各国之间差别巨大，因此，有关“服务和支助的分配和利用”的问题需要修改以适应每个国家的实际情况。附件 4 列示各国研究中用来调查这些专题的问题的例子。

发展残疾人统计资料专家组²⁵提出了一份有关“服务和支助分配和利用”的专题清单：

1. 初级保健；
2. 预防；
3. 事故或创伤的治疗；
4. 妇幼保健和计划生育；
5. 一般保健服务；
6. 教育（普通、特殊、职业）；
7. 就业；
8. 康复（包括职业）；
9. 补偿经济措施、社会保障和养恤金；
10. 咨询和公共教育和宣传（社区和家庭态度和行为）；
11. 法律保护或平等和不隔离的机会；
12. 平等流动机会的提供；
13. 环境障碍的消除；
14. 技术器具和设备的提供；
15. 独立生活服务的提供。

有关这些专题的信息同决策者相关并补充已经收集的行政管理数据。例如，想了解服务利用和服务需要未满足情况的保健规划人员可能会问：“多少残疾人得不到他们独立生活所需的特殊服务或缺乏所需的特殊支助？”为回答这个问题，必须界定特殊服务和支助，认定有关人口（需要这些特殊服务或支助的残疾人员），并在有关人口中确定未得到所需服务或支助的人。

另一个问题可能是，“得到社会服务的残疾人有多少人还需要家庭成员或其他人的全日护理？”这种信息对于了解残疾的全部经济影响和制定针对需要护理的人及针对看护者的社会政策

至关重要。

教育部的规划人员可能会问，“残疾儿童有平等机会接受教育吗？”为回答这个问题，需要了解关于人口中全体学龄儿童（残疾和非残疾）的信息，包括上学和未上学的儿童。

在收集关于服务利用的信息时，重要的是应明确界定目标人口，它很大程度上取决于研究的目的。例如，数据收集的目的可能是调查残疾人对特定残疾服务的利用情况或从总体上比较残疾人和非残疾人对保健服务的利用情况。住进机构的人口或无家可归的人对服务的需要和利用可能与其他人有很大的不同，但应特别注意把住进机构和无家可归的群体包括在抽样中。目标人口的选择也界定调查中应调查哪些服务。儿童的相关服务不同于工作年龄人口的相关服务。

关于服务和支助的利用的代理人信息是可以接受的，特别是在原定的信息提供人是代理人的受抚养人时，幼儿、重病人或特殊类型残疾人等属于这种情况。

问题应当明确和易于理解，而且应尽量使用日常语言。在问题包含若干对人口很大部分来说不常见的服务或条例时，甚至可能需要将题目向回答人作介绍，然后才开始访问或调查表的特定部分。问题和答复类别应尽量具体，以确保回答人以研究人员预期的方式解释问题。例如，不是问“你在过去3个月中利用了初级保健服务吗？”，而是应列出具体的服务并询问回答人对所列每种服务的利用情况。使用预编码的答案类别还加快数据处理速度，而且与写入条目相比不太容易出错，后者必须在数据处理时编码。

应注意问题使用的参照期。研究证明，一般情况下使用较短的回忆期得到的信息与使用较长的回忆期相比更为准确和较少偏差。偏差的程度取决于回忆期和具体问题对回答人的含义。尽管如此，参照期不应太短，因为这样导致较大的抽样误差（因为较短期内发生的事件将较少），而且回答人更可能报告实际发生在较早时候的事件。复杂和难记的问题如使用处方药或非处方药（而且使用的药品的具体类型）等应限于较短的时期，例如两周。初级保健服务的利用和有关就诊要求得到服务的原因而且在就诊期间得到那种治疗的补充问题，可以采用略微较长的参照期如两个月。较少发生的事件如住院治疗，可能需要长达一年的参照期以得到足够的肯定个案。

为提高所收集信息的可靠性，应检查所给答案的准确性或一致性。例如，可问回答人“你在过去两个月中看过医生吗？”，如果答复为“否”，应通过问“你上次何时看的医生？”来检查答案。如果答案不一致，需要询问澄清。也可在问题上加实际日期，以使回答人更易于理解。例如，访问人可问，“自……（加实际日期）以来，你在过去两个月中看过医生吗？”

不过，在开始调查前，应提醒回答人，调查将不会导致满足未满足的服务需要。不过，对于应到何处申请回答人所需的帮助和服务，访问人应向他提供足够的信息。

C. 残疾调查的抽样

1. 范围和目的

为研究残疾问题而进行的调查有两大类。每类都要求采用不同的抽样战略。一类残疾调查打算估计残疾的流行情况和所有残疾人的分布和特点。另一类调查意在有所变化地只研究已知残疾人的特点、态度、观念和（或）需要。第二类调查的抽样方法简单易行，将在本节作扼要讨论。然而，估计残疾流行和分布情况的抽样方法可能既复杂又艰巨。因此，本节将把大部分注意力集中于抽样问题和残疾流行和分布的度量问题。

度量残疾率和（或）按原因分列的残疾分布情况的调查的抽样设计是一个高度专业化的专题。这有两个原因。首先，不像一般目的的住户调查如研究劳动力活动情况或一个群体的一般健康状况和特点上的调查，残疾调查是一个范围有限的专题，它要求利用专门的和也许是异乎寻常的抽样设计程序。特别是，拟收集信息的详细度将影响抽样设计的复杂性。其次，残疾调查抽样设计的国际经验较少，只有少数几个国家尝试过，与许多其他类型的住户调查形成鲜明对照。因此，对于哪些做法构成有效和可靠度量残疾的抽样的最优程序积累的知识较少。

虽然感到应向本手册的读者提供一些关于残疾调查抽样设计的指导原则，但是制定一项能由打算进行残疾调查的国家使用的标准抽样计划对本手册而言是一项不可行的选择。主要的原因是存在着无数的条件和情况，它们因国家不同而差异很大，要由它们来决定那种抽样设计将是适当和可行的。这包括一国实际（或推定的）残疾率；关于残疾人的可用于抽样的行政记录的可获性和质量；是否需要国家或国家以下级的估计数（或都要）；以及主要目标是总体残疾率还是将按残疾类型分列的残疾率被视为优先目标。而且，据认为提供关于抽样本身的一般入门介绍而不专注于残疾问题对本手册的读者将不会特别有用，因为此种信息在其他著作中更便于找到。²⁶

因此，本次努力的主要目的是提供关于各种抽样问题的信息，它们将有助于指导国家残疾调查的规划人员确定合适的抽样方案的一般参数，而不是提供其设计的具体细节。后者具有高度专业性而且有些复杂，应当交给合格的抽样专家负责，可为此目的专门聘用他们或与他们订立合同，这取决于此种个人在国家统计组织或从事调查的其他机构是否找得到。下文详述的问题包括确定上文第一段提及的两类残疾调查中每一类的抽样规模的关键。本节后跟主要论述第一类残疾调查，即旨在估计残疾流行情况和残疾分布情况的调查的抽样专题。这些专题论述各种用于提高残疾人抽样效率的技术，其中包括如何采取两种和多种基础的方法连同某些类别残疾人的名单抽样一起最适宜地利用地区抽样；使用两阶段抽样法，用调查表进行甄别以用信号标志表明残疾的可能性，与后分层法结合起来使用；以及利用甚大类集的可能性，它虽然有违标准的抽样实践，但实际上可能提高残疾度量的抽样效率。

2. 确定抽样规模的关键

调查主管通常面临的第一个问题是调查将耗资多少。这种询问是普遍性的，而不论主题是什么——收支调查、人口调查、民意测试或残疾调查。当然，决定一项调查成本的关键决定因素是它抽样的规模。除非调查主任本人是抽样设计专家，她通常将求助于抽样问题专家解答抽样规模应多大这个成本相关问题。

如果某些信息已知，就能用数字方法估计所需的抽样规模。不过，经常的情况下通过计算在可利用调查预算的范围内能够容许的最大抽样来大体确定调查的抽样规模。例如，在扣除某些固定成本后，如果有 10 万美元可用于进行实地工作和处理结果，而且每户的成本计为 50 美元，那么 2 000 户将定为抽样规模。不幸的是，在抽样规模采取这种方法计算时，调查的准确性或可靠性要求未考虑进去。假设调查类型是全国民意测验，而且决定将调查 2 000 户，因为预算就容许调查这么多户。可以证明，从多数全国一级民意测验提供可靠程度可接受的结果来看，这一数字可能实际上造成抽样规模太大（约大一倍！）。相形之下，对于意在估计罕见的事件如产妇死亡率的调查而言，2 000 户的抽样规模将显然是不够的。因此，重要的是在抽样选定前应注意从适合预定政策目标的角度看调查估计应多精确，以便能够据以计算抽样规模。

（a）已知残疾人群体的抽样规模

从抽样的立场看，最简单的调查是残疾人口的全域取自一份或多份已知残疾人的名单。采用简单而直接的方式从这些名单选择个人的概率抽样，并为调查目的访问这些选定的个人。由于地址不准确、列名错误和其他问题，调查这些人可能并不简单。尽管如此，从这种名单抽样并不特别成问题。它只是从残疾人登记簿选定一个规模被视为合适的随机或系统抽样的问题。不过，也许更令人关注的是存在着一种危险，即甚至就研究态度和需要而言，将抽样限于已知残疾人。这种抽样的结果很可能出偏差，因为它们将排斥未知的残疾人。

如上段所述，可以选择“视为合适的任何规模的”系统或随机抽样。不过，困难在于确定这种研究全域即已知残疾人的合适的抽样规模。这个问题的答案是规模不像民意测验的规模，特别是如果在全国一级只打算分析两分变量（例如，男性/女性、生活在贫困线以上/以下、25 岁以上/以下或支持/反对某种疗法的意见）。在这种情况下，1 000 人的抽样规模是合适的约略估计方法，可以提供非常可靠的结果。

当然，国家一级两分的变量通常不足以满足残疾调查的多数用户或赞助人的需要。典型的情况下，需要分布情况（例如，年龄组、残疾类型），而且也需要全国以下的地域细分情况。在这些情况下，抽样规模将不得不用某个因子相乘来提供适当可靠的数据以顾及更详尽的分析要求。例如，如果想要 5 个区域的数据，可靠性全相同，1 000 人的粗估抽样应乘以大约 5，以便给出 5 000 人。增大抽样规模以满足详尽分析的这个问题在下节作详尽得多的论述，并参照流行率的估计。不过，结论与研究已知残疾人的特点相同。

(b) 估计流行情况的抽样规模

估计残疾流行率所需的抽样规模与研究已知残疾人的特点所需规模颇不相同。将被选进抽样以估计流行率的绝大多数住户将没有一个残疾居民：例如，如果特定国家残疾流行率为 5%，就必须平均选定 20 人以找到一个残疾人。不过，从已知残疾人名单选出的人几乎人人实际上都有残疾。

一般说，对于任何调查而言，为了以数学方法估计度量比率、百分比或流行率的抽样规模，需要规定所要的最后结果为多精确。这不像乍看起来那样容易，因为并不是所有的住户调查都只产生一个结果，而是产生千百个结果，想要（或能得到）的结果并不都同样精确。例如，劳动力调查中失业率估计的精确度将始终低于劳动力中人口比例估计的精确度，因为前者是后者的子集。然而两种统计资料都是劳动力调查将谋求度量的紧要估计数，就如许多其他估计一样，例如制造业用人的比例，失去工作超过两个月的失业人员的比例，等等。估计合适抽样规模的解决方案有时通过这样一种方法找到：查明最紧要调查变量清单中哪项流行率最低，确定该变量所需的精确度，然后再计算度量它所需的抽样规模。这里的假设是，然后将度量的人口流行率较高的调查估计数，精度至少与最低流行率变量相同。²⁷

在有些方面，为了确定残疾调查中抽样规模的关键变量不难认定。因此，用不着采用上段所列的建议的解决方案，就可颇为容易地估计抽样规模。许多残疾调查的关键变量只是总体残疾率或流行率：据判断患有某种残疾的人口比例的估计数。虽然其他许多统计资料 and 指标可在调查中度量，例如按类型和按原因分列的残疾率，但总比率最有可能是据认为惟一最重要的统计资料的估计数。为接着计算抽样规模，余下的惟一事情是猜测实际残疾率的大小，这始终是一种有点自相矛盾的做法，因为这通常是首先进行调查的原因。尽管如此，为计算所要求的抽样规模，需要利用任何现有的信息来“猜想”残疾率是多少。

计算残疾调查抽样规模所需的其他参数是调查必须达到的确定的精确度、所需的置信度和抽样设计效果（设计效果）的估计。精确度要求的适当的约略估计方法是确定 10% 的相对精度，也叫做变差系数。多数全国调查的置信度通常取为 95%（2 个标准误差）。设计效果在下一小节中作更详尽论述。

(一) 貌似可信的抽样规模

方框 11 举例说明意在度量残疾流行率和分布情况的全国调查所需的抽样规模的算法。说明不是为了作为特定国家的规定，因为各国都有自己的具体情况和不同要求。

方框 11. 貌似可信的抽样规模的说明

为了说明起见，如果假定估计的残疾率——残疾人口的比例 P ——为 5%，那么考虑到上一小节讨论的参数，将调查设计在 95%置信度时估计 5%加减 0.5%（5%的 10%）的残疾率。说明这一点的另一种方法是点估计数 5%的 95%的置信区间将是 4.5%至 5.5%。

计算抽样规模的实际公式还包含另两个因素，但其中之一通常可忽略不计。这些是抽样设计效果（设计效果）和有限乘数。有限乘数等于 $(N-n)/N$ ，其中 N 是人口规模，而 n 是抽样规模。由于与 N 相比 n 通常非常小，这个比率始终非常接近于 1，因此可以忽略不计。相形之下，设计效果可以很大，在计算抽样规模时必须考虑进去。

设计效果之所以重要，是因为特别是在发展中国家，全国一级的住户调查始终基于亲自访问、多阶段、分层和类式的设计，而不是人口的简单随机抽样。设计的这些追加复杂性说明设计效果，它实际上是这样一个因素：调查的抽样变差凭此比简单的随机抽样用于相同的抽样规模时将出现的抽样变差增大。实际上，简单随机抽样的设计效果的值是 1.0。就多阶段、分层、聚类设计而言，设计效果对于在住户调查中谋求度量的几乎任何特点来说都将是正数。有时候设计效果的值能够非常大，例如 10 或更大（例子将是在利用大聚类时估计国内移民的调查）。不过，在许多发达国家，它们有着接受百分之百的电话渗透率或几乎百分之百的识字率，可以随机进行电话和（或）邮政调查而无须使用聚类设计。

当有关的变量据说高度“聚类时”，就出现很大的设计效果值。设计效果值如 3.0 的解释是，抽样变差为基于相同规模但随机选定的抽样的调查的 3 倍。备选的解释是，如果使用简单的随机抽样而不是设计效果为 3.0 的聚类抽样，度量给定的统计资料将只需要三分之一的抽样对象数。因此在设计住户调查抽样时重要的是力争设计效果小——通常在 1.5 至 3.0 的范围——的设计。在有些残疾调查中业已证明，在残疾方面城市社区的“聚类”程度大于农村社区；因此设计效果城市地区将较大。这可能说明最佳抽样计划在城市地区将利用比农村地区较小的聚类，尽管这不一定是有效的做法，除非计划进行残疾调查的国家拥有关于设计效果值的可靠的数据。还证明贫困与残疾相关，这将意味着，为了抽样目的，穷人高度集中的地区可以作为一个不同的分层单独列出，以使设计效果对抽样设计的作用最优化。

设计总效果反映分层和选择的阶段，外加用于调查的聚类的数目、平均规模和规模的差异。因此，设计效果的精确值是所有这些影响力的结合。不过，对设计效果值主体负责的因素是聚类效果，将它表示为

方框 11（续）

$$deft = 1 + \delta (\hat{n} - 1), \text{ 其中}$$

$deft$ 是设计效果:

δ 是有关统计资料的级内相关性;

$\hat{n}$ 是聚类的（平均）规模。

级内相关值 δ 对于每次统计而言是不同的。它代表这样一种可能性，即对于给定的统计，同一聚类中的两个元素相对于人口中完全随机选择的两个元素有着相同的值。在使用亲自访问方法的住户调查中，聚类一般为地理上界定的包含预定或预计数目住户的地点。因此将 δ 的 0.05 的值解释为意指聚类中的元素与如果两个元素在调查中随机选择相比，拥有相同值的可能性大约为 5%。 δ 的值越小，抽样估计数的总体可靠性将越高。幸运的是，就残疾度量而言，虽然 δ 的值可能为正数，但可能非常小——接近于 0，因为在同一街区残疾人不特别“聚类”，但生活在上述某些城市环境中或机构中的那些人除外，他们将用不同的方式抽样。后者在下文关于将机构作为名单基础的 3（a）小节中讨论。

确定设计效果总值的另一个因素是 $\hat{n}$ ，即聚类的规模。由于两个因素 δ 和 $\hat{n}$ 是相乘关系，因此即使一个值小，只要另一个值非常大，设计效果的值也将很大。如上所述，最好是选择一种总体设计效果小于 3.0 的聚类设计。为了说明，假定同一聚类的人中残疾流行率有着 0.02 的级内相关性 δ ，而且想使我们设计的设计效果为 2.5，那么就应包含的人数而言，聚类规模将通过重新安排上述表达式计算如下：

$$\hat{n} = 1 + (deft - 1) / \delta$$

或

$$\hat{n} = 76, \text{ 即聚类应包含的平均人数。}$$

为计算每个聚类应包含的预期住户数，简单地用住户的平均规模除 $\hat{n}$ 。例如，给定国家每个住户平均 4.2 人，将把抽样设计为提供大约规模 76/4.2 或 18 户的聚类。

要了解关于 $deft$ 的更多信息，见 Kish 的著作（1965 年）。*

为使说明完整，假设上述各参数的值，可用下述分式计算残疾调查的必要抽样规模：

$$n = 4 (pq / \delta^2) f, \text{ 其中}$$

n = 抽样规模，

4 = 提供置信界限 95% 的因素，

方框 11（续）

$$p = \text{估计的流行率} \\ = 0.05$$

$$q = 1 - p \\ = 0.95$$

$$\delta^2 = \text{所要求（特定）的精度} \\ = (0.005)^2 \\ = .000025,$$

$$f = \text{deft 的简写符号} \\ = 2.5。$$

代之后，n 的值为 19 000。

* L. Kish, 《调查抽样》（纽约，威利出版社，1965 年）。

（二） 抽样规模：人与住户

重要的是应认识到，方框 11 的计算从所需的抽样人数的角度给出 n 的估计值。任务依然是计算这将要求多少抽样住户，而且该数目取决于有关人口（国家）住户的平均规模。例如，如果住户的平均规模为 4.2 人，那么就将需要总共 19 000/4.2 或约 4 500 个抽样住户以按 95%的置信度估计 5%的残疾率，加减 0.5%。

上文只是说明而已。其他特定的参数将产生不同的估计抽样规模。例如，如果希望产生可靠性大一倍的估计数——95%置信度时加减 0.25%而不是 0.5%（置信区间为 4.75%至 5.25%），那么抽样规模 n 将为原来的 4 倍：76 000 人或 18 100 个住户。同样，如果设计效果较大，那么抽样规模将按比例增大（例如，设计效果为 3.0，所需的抽样规模将为设计效果为 2.5 时的 1.2 倍）。相形之下，如果采用接受置信度为 90%（它相当于 1.6 个标准误差）而不是 95%（或 2 个标准误差）时的结果的惯例，就将允许抽样规模从上述计算中因素 4 缩小到因素 $(1.6)^2$ 或 2.56，导致抽样规模约为原来的 64%。因此很显然，改变要求并从而改变特定的参数能够对所需的总体抽样规模具有巨大的影响。

如果根据调查结论看用来计算抽样规模的预测的残疾率大大不同于实际残疾率，那么可靠性和置信区间也将颇不相同。例如，如果调查的估计数为 10%而不是 5%（从我们的说明得到），这个估计数的置信区间将为 9.32%至 10.68%而不是我们假设的区间 4.5%至 5.5%。

还有一点重要的是应指出，在调查前级内相关 δ 不一定知道。我们在上文中“猜想”它为大

约 0.02，并据此计算设计效果和 $\hat{n}$ 。进行调查后，就可能计算 δ 的近似值，那么可将它用来更有效地帮助设计下次调查。不过，对于第一次调查的设计，就可能需要依靠从在其他国家进行的调查所作的设计效果和（或） δ 的估计数：这是一种合理的做法，因为没有理由相信残疾个人的“聚类”不同国家具有特别的可变性。关于将聚类用于残疾调查的进一步的信息，见下文（五）节。

（三）增大分组的算出的抽样规模

上述说明只关系到估计精度预定的全国一级的总体残疾率所需的抽样规模。如果发生频率较低的残疾想要估计数，例如失明人口的比例，那么抽样规模的要求将相应提高。另外，如上所述，按残疾类型确定残疾人口的特点有可能成为一个重要的政策目标因而也是调查目标。

一般说，分布统计资料将不会非常可靠，除非每个母单元中有数百个调查对象；例如，如果要使调查为 6 种不同残疾类型的每一种产生估计数，抽样中每个类型都应至少有 300 至 400 个对象。要做到这一点，要求的抽样比上例中计算的大得多；例如请注意，在说明中，19 000 人的抽样中残疾总人数将约为 950 名，即 19 000 的 5%。将 950 人再分为 6 种或更多种残疾类型以供进一步分析，如分残疾类型，就将产生非常稀少和非常不可靠的结果。

因此，算出的抽样规模可能不得不乘以 2、3 或更大的数以适应分组估计和分布的可靠性要求。

（四）全国以下地区的抽样规模

用于全国一级估计的抽样，如果再划分以审视全国以下地区，就同样会遇到上一分节认定的可靠性问题。因此，分布在某一国家 10 个地理区域的 950 名残疾人的抽样将给出每个区域平均不足 100 人，这样人数太少因而不能作有意义的分析。不过，国家以下级的详情对于这些地区的决策者和行政负责人来说通常非常重要，因而他们将需要该级的可靠信息。

这里，抽样规模问题可以两种方式之一处理。首先，必须查明每个有关区域是否想要同样的可靠性。如果是这样，数学答案是用区域数乘以全国估计数所需的抽样规模。例如，如果总体需要 4 500 户而且有 6 个区域，那么抽样将需要大约 27 000 户。这是因为分地区的相同可靠性要求每个此种分地区抽样规模相同，既然估计数的精确度是抽样规模 n 的绝对值而不是 n 作为总人口的比例的函数。换言之，就特定的精确度而言， n 是所需的调查对象数，而不管人口多大，不论人口是某国的单个省/州还是全国（但上文解释的有限乘数效应除外）。

在分地区数目大的时候，抽样规模用区域数相乘通常是一种不可接受的解决方案。而且，许多国家不一定想获得每个分地区同样可靠的国家以下级数据。为了说明起见，如果某国的一个区域人口稀少，可能不将它视为像可能占全国人口 20% 的另一个区域一样对方案规划具有足够的重要性；在此种情况下，在人口稀少的区域调查一个大的抽样不一定是有效的政策目标，因此这样做将不是度量目标。或者官员们可以决定，全国各区域的比例抽样更能满足他们的目标。这就导

致产生第二种解决方案。

在国家以下地区不需要结果同样可靠时，第二种解决方案适用。此时相反，将设计方案出台之前先审查预期的抽样结果以比较各区域或其他有关分地区的相对可靠性，如果抽样按比例分配给各地区。例如，如果农村地区占全国人口的 33%，那么将把全国抽样的 33% 分配给农村领域并在那里选定。如果东北区域占人口的 20%，那么该区域的抽样也将按比例占总抽样的 20%。采用这种方法，相对于全国估计数，这些地区的结果的可靠性将按比例降低。按照抽样，在农村地域，残疾统计资料的抽样误差将比全国统计资料的对应抽样误差高约 74%，按比率 $(1 \div 0.33)$ 的平方根计算；就东北区域而言，抽样误差将大致高出 2.23 倍，或为比率 $(1 \div 0.2)$ 的平方根。

如所提及，这种抽样变差分析可在调查前完成，因为它只是比较各地域（区域、城市/农村等）与总抽样（全国）的相对抽样规模。如果发现有关地域产生的结果极不可靠，无法加以分析利用，那么如有必要可增大这些地域的抽样规模。因此，第二种解决方案可能牵涉增大全国抽样规模，按 2. (b) (一) 和 2. (b) (二) 分节的说明计算，其途径是按某个因素增加某些重要地域的抽样住户，通常以调查总预算而定，以便使地域估计数能达到希望的可靠程度。此种增大的一个副作用将是全国总体估计数的可靠性也将提高。

（五） 抽样规模的考虑因素：摘要

如第 2 节开头所解释，在流行率基本上为主要的度量目标时，抽样规模问题也许是设计可靠和负担得起的残疾调查的主要考虑因素。由于多个原因，所需的抽样规模会很快变得难以置信地大。例如，多数国家统计的“残疾流行率”通常即使不是罕见也是少见的现象，而且需要大的抽样来可靠地度量。而且单靠流行估计数不能提供充足的信息量，因此调查几乎总是谋求包括关于残疾分布、类型和原因的大量补充信息，而这甚至更加需要大的抽样规模。最后，许多国家将全国调查日益视为范围过大，除非它们也能提供包括地理区划在内的重要国家以下分组的必要的估计数；对国家以下估计数的需要会使已经庞大的抽样规模增大若干数量级，特别是如果想要同样可靠的地区数据。

因此，重要的是应设法提高抽样设计的效率，以便能够比较容易地找到和访问抽样残疾人。下面三节介绍的一些技术能够和应当用于残疾调查以提高效率和在某些情况下降低成本。

3. 抽样基础的最佳利用

抽样基础——从中选定抽样的材料——的质量对任何住户调查都有举足轻重的作用。抽样基础应始终尽量遵守某些基本原则。基础与调查的目标人口必须一一对应，以便实现概率抽样。这通常意指基础必须尽量准确和完整。它还意指基础应是当前的，或另行规定在抽样选定前予以更新补充。

除了基础质量的这些基本原则外，还有特殊的程序可加有利地采用以为残疾调查形成更有效

的抽样基础。这些程序涉及利用两种或多种基础。下面从地区基础和名单基础的角度说明这些基础。

除罕见的情况外，住户调查如随机数字拨号电话访问等，总是以地区抽样作为出发点。地区抽样意味着使用地区基础，可将一国完整和不重叠的地理区域清单用于抽样。典型的地区基础可能是一组在最近的人口普查中形成的查点区。此种地区基础几乎始终包含各种信息如每个地区人或住户的普查计数，它能用来确定选择第一阶段抽样单位的概率。

地区概率抽样能以各种方式选择，它在理论上产生残疾流行情况的无偏差的估计（或任何其他有关的社会、人口统计资料）所需的一切。由于这里那里的变差，在典型的情况下，此种抽样利用多阶段、依靠系统 *pps*（与规模相称的概率）选择的地理分层和规模范围自 5 至 50（有时更多）户的最后阶段聚类等方法选择。此种一直用于并继续用于几十个国家众多社会人口调查的抽样设计是典型的地区抽样设计。

如上所说，仅仅依靠基于地区的抽样的困难是，它对于研究罕见的现象或属性效率可能非常低。典型的残疾调查——许多国家的流行率可能为 5% 或更低——就属于此种类别。它效率低的原因是，平均下来必须访问许多住户才找到一个残疾人。如上所述，如果总比率是 5%，抽样中受查的 20 人中只有 1 人将患有残疾。从访问人现场工作量的立场看，观察这种情况的另一种方法是如果访问人的分配区域是一个 40 户（或 160 人，如果每户约 4.2 人）的聚类，他（或她）在抽样中预计将只发现 8 个残疾人。

这里的症结是必须抽出成千上万户进行调查，以找到足够数量的有残疾人的住户可供作可靠的分析。在前例中，流行率约为 5%，将需要调查 4 500 户，但在抽样中将只产生约 950 名残疾人。这是最低数目，因为它未顾及分类型研究残疾或产生可靠的国家以下估计数所需的较大的抽样。

（a）机构作为名单基础的利用

为提高残疾抽样的效率，应特别考虑将一个或多个名单基础与基于地区的基础结合起来使用：不是替代，而是增加。打算进行残疾调查的国家始终应加利用的一种名单基础是养老院机构和提供长期护理的其他保健机构的名单。与生活在常规居住单位的人相比，居住在这种机构中的残疾人显然比例不对称。应编制此类机构的完整的名单以构成残疾调查中抽样选择的独立自主基础。要了解关于收集这些机构中残疾数据的进一步的详情以及拟包括基本类型机构的清单，见下文 D 节。依据此类机构的数目和规模而定，可能需要分两阶段选择抽样：首先，采用与规模相称的概率选择机构抽样；其次，在选定的机构中选定人的抽样。

应当作为辅助名单基础坚决予以考虑的另一类机构是孤儿院，因为它们也可能收容不成比例的大量各类残疾儿童。应当指出，养老院、孤儿院和长期保健机构的居民无论如何将不会被地区

基础覆盖，只要地区抽样的住户名册使用事实上的做法（关于这一点的更多论述见下文）。

（b） 名单基础与地区基础结合使用的利弊

除了机构外，其他名册也可用来补充地区基础：就覆盖面而言，这些名册实际上与地区基础发生重叠。这类名册将是全国或地方的已知残疾人名册。它们可能是专注于特定类型残疾的专业登记簿，例如某个全国盲人协会保持的登记簿。

如上文提示，来自此种登记簿的抽样可能具有增加抽样中残疾人数目的优点，因为其中很高比例的人——虽然不一定全部——实际上都将患有残疾。不过，并不是所有的残疾人都将登记（在各种名册上），所以完整的覆盖需要地区抽样。因此，名单基础高效但不完整，而地区基础低效但覆盖面较为完整。²⁸

尽管如此，利用补充名册存在着某些弊端，在设计残疾调查抽查时应当考虑到。例如，名册的利用要求做准备工作，例如检查是否准确和近期。如果已知潜在的名册已经严重过时，将它作为辅助或补充基础可能不足以证明需要投入成本尝试——经常徒劳无益地——跟踪到从中抽样的人。准备工作可能需要在抽样前将名单基础计算机化。还可能需要在抽样前以各种方式分类，例如按地理分类。由于不可能根据登记簿建立“聚类”，抽样方案将不得不是系统的随机抽样。这种方案有着扩大调查的旅行部分并从而增加成本的劣势。差旅费可能导致调查费用大幅上升；因此，应当利用抽样最优化，从在名单基础和地区基础之间适当分配总体抽样规模的角度找出合适的“混合”。

利用补充名册的另一个劣势是，为正确计算概率（因此也计算调查加权因素），就需要“不重复”名单基础和地区基础。执行不造成重复的必要程序的一个方法是在地区基础抽样调查表上加一个问题，询问从地区基础认定的任何残疾人是否也列入了特定的登记簿（用于补充名单基础的登记簿）。在给出肯定答复时，就必须调整此人的总权数说明选择的多种概率。另一个劣势是地区基础覆盖的某些残疾个人不一定知道他们是否被列进了名单基础内，在这种情况下可能不得不进行两个基础的匹配作业以避免覆盖偏差。在向人口分配个人识别号的国家，有时候通过匹配避免重复的过程能够得到帮助。在这种情况下，在调查访问期间将需要问清个人识别号，并在日后利用这种编号帮助匹配工作。无论如何，进行匹配作业将大大增加调查的业务复杂性和成本。

对于从上述机构（养老院、孤儿院或长期保健机构）名单选定的人来说，将不必避免基础重复。这是因为机构基础与地区基础是相互排斥的，而且机构居民将不会列进地区基础。必须确保的是，在填写调查表时，地区抽样的住户名册只应包括住户事实上的成员而不是实际居住在所述机构中的法律上的成员。

4. 两阶段抽样和后分层的利用

提高残疾调查抽样效率的一种方法是两阶段抽样。如名称所暗示，它的特点是分两阶段选择

抽样。第一阶段主要在于认定残疾人，而第二阶段意在通过访问分抽样中认定的个人来收集关于他们的相关信息。

程序涉及利用常规的调查抽样技术如分层、选择阶段、聚类 and 系统随机选择等在初始阶段选择一个较大的住户抽样。然后检查第一阶段的抽样，并甄别抽样的住户及其占住人，利用一个比较简短和简单的调查表只收集足以使第一阶段的住户或个人抽样能进行后分层以便以第二阶段作进一步的抽样和访问的信息。如所提及，用于第一阶段的简化调查表主要是一种甄别手段。因此除了基本的住户名册数据和地址定位信息外，它将只包含构成用来甄别某人有一种还是多种残疾的问题系列。

依靠在第一阶段大型抽样中得来的答复，然后将所有原始住户分为两层。第一分层将包括至少有一名成员对一个或多个残疾甄别问题作肯定回答的任何住户。第二分层将包含所有其他住户。在多数国家，除残疾流行率较高的以外，绝大多数住户将经分类进行第二分层。备选的战略将是同样的方式对人而不是对住户进行分类或分层。

抽样作业的下一步将涉及在两个分层的每一层选择一个子抽样。在许多情况下，谨慎的做法可能是选择第一分层中百分之百的抽样住户（或人），这取决于对最终抽样规模的总体要求而定。在第二分层中，从比例上说将选择一个小得多的子抽样，也许小至 10 取 1 或 20 取 1。无论如何，两个分层之间子抽样的最佳分配可以利用标准的技术计算。²⁹

重要的是对于第一阶段的甄别和后分层应记住两件事。首先，分入第一分层的多数人最终证明将患有某种残疾（在第二阶段调查表填写、编码和分析后），但其中有些人将不会有任何残疾，因为按定义看甄别调查表是不完善的。其次，第二分层中认定为没有任何残疾的有些个人，一俟执行第二阶段抽样实际将证明患有某种残疾，原因也是甄别手段以及因此分层本身不完善。无论如何，必须在第二分层中选择一个某种规模——即使非常小也无妨——的子抽样，以便对残疾流行率作出无偏差的估计。这是分层抽样法的性质和理论所固有的，它要求为调查构成的每个分层选择抽样单位。

采用这种方法，第一阶段的抽样成为一种费用较低的实地作业，靠它快速检查一个大的住户抽样，通常达数千户之多，以便依凭第一阶段的甄别和后分层，找出有着很高的残疾概率的人。然后将实施费用昂贵得多的详尽访问主要限于此种人，但不排斥他人。这样，两阶段的抽样有助于实现抽样作业的高效率，它意在更好地认定残疾人。

在适当利用人口普查数据时，可以有利地利用残疾调查抽样两阶段技术的一种变异形式。普查本身不是获取残疾信息的特别有用的手段，因为这样做所需问的问题十分详尽，因而给用于许多其他目的的一种手段施加过重的负担。不过，貌似有理的是如上段所指出将一两个甄别问题列入普查问卷。然后可将残疾甄别问题的答复以与上文相同的方式后分层以用于子抽样，然后再在普查后的某个时点进行后续残疾调查。这样，普查本身将不提供关于残疾的数据，但它将构成执

行两阶段抽样法的一个极好的基础。以这种方式利用普查记录的一个困难是普查经常是保密的，因为姓名和地址不能供日后用来为后续调查选择抽样。由于残疾随年龄增加，因此尽管有分层和聚类，系统随机抽样在老年组如 65 岁以上组中将给出大的比例。建议对老年人口进行子抽样，以便就固定的抽样规模而言，包括较高比例的较年轻的残疾人。

5. 大聚类用于抽样设计的潜在可能性

上文 2. (b) (一) 分节探索了聚类并因而也包括抽样规模对一般调查和特别是残疾调查的可靠性的影响问题。未提及的是为什么首先使用聚类，因为它们有着降低调查结果精确性的负面效应。理由很简单——旅差成本。这样考虑再次只同通常在发展中国家进行的那类亲自访问调查相关；在严重依赖于邮政访问或电话访问调查的发达国家，旅差费及因而利用聚类设计的问题不适合。

如果进行亲自访问调查的某个调查组织想要一个 5 000 住户的抽样，在 100 个地点中的每个地点调查 50 户比在 200 个地点中的每一个地点调查 25 户要省钱。这就是简单随机抽样从不用于需要亲自访问的住户调查的原因。出差到 5 000 个不同的和也许是极其分散的点去进行 5 000 次访问，费用上不允许。因此，抽样设计人员在设计住户调查抽样时始终必须对降低聚类抽样成本和它造成抽样误差增加二者兼顾。

上文 2. (b) (一) 分节提示，对于残疾调查而言，设计效果即 *deft*——它度量凡使用聚类抽样时抽样误差增加的情况——对于主要为了估计残疾流行率的调查来说实际上可能并不非常大。由于据认为残疾人并不一起“聚类”在同一些住户或街区，那么级内相关——计算 *deft* 的两个相乘因素之一——应是很小的。³⁰ 设想它可能小至 0.005 并不是难以置信的。

因此，另一个因素 $\hat{n}$ 即平均聚类规模，也许可以允许比为住户调查通常提议的规模大得多。多数住户调查使用规模范围约为 10-35 住户的聚类，因此设计效果可限于约为 1.5 至 3.0 的范围。这方面差异的余地相当大，取决于度量的特定特点而定。

2. (b) (一) 分节提供的例子提示，人员中的 δ 可能约为 0.02，在这种情况下约为 76 人（或 18 户，如果每户平均人数 4.2 人）的聚类规模将产生设计效果为 2.5。但如果级内相关性低得多时情况怎样？表 6 给出一些比较值：

表 6. 各种设计效果 (*defts*) 和级内相关性 (δ) 的聚类规模的比较^a

级内相关性 (δ)	<i>deft</i> = 1.5	<i>deft</i> = 2.0	<i>deft</i> = 2.5	<i>deft</i> = 3.0
.005	010	201	301	401
.01	51	101	151	201
.015	34	68	101	134
.02	26	51	76	101
.025	21	41	61	81

^a 本表内部各值表示对应于设计效果的聚类规模和适用于抽样设计的级内相关性。例如，在 *deft* 为 2.0 和级内相关性为 .01 时，聚类的规模必须是 101。

表 6 的结果以每聚类的人数表示。它们表明，如果人员中残疾的 δ 非常小时，那么在残疾调查中使用大到数百人的聚类是不合理的。不过，由于级内相关性的经验主义的值实际上可能得不到，因此持保守的态度并满足于较小也许是成人的聚集规模是最明智的做法。依据特定国家住户的平均规模而言，每聚类 150 人这个数目可转换为每聚类 30 至 50 户。

对残疾调查的抽样设计和调查成本的影响是颇大的。例如，它们表明，1 万住户抽样的传统的抽样调查通常可能分散在抽样规模为 25 户的 400 个聚类中（采用两阶段设计），而对于残疾调查而言，这种相同的抽样规模可有利地仅限于大约一半多的聚类。在住户平均规模较小的国家，然后将抽样规模翻番至 50 户，而且该抽样仍将产生颇为可靠的结果。访问 200 个点而不是 400 个点所节约的调查成本将是可观的。因此，在设计残疾调查抽样时，应当仔细考虑这种做法。此外，每当可以获得关于设计效果和级内相关性的实际值的信息例如来自先前的残疾调查时，就应将统计资料用于设计新的残疾调查。甚至包含残疾问题的以前的多用途调查，也可用于这个目的，如果已为残疾统计资料计算了设计效果和级内相关性。

6. 残疾调查抽样的一般原则：摘要

本节关于抽样问题的主要但不是排他性的重点，是国家一级而不是地方一级的调查和度量残疾流行率，而不是已知残疾人特点的抽样技术。强烈提议不论采取何种抽样战略，在选择每个阶段都应采用概率抽样技术。这对于确保能将抽样调查结果用来对抽样代表的较大的人口群体作出无偏差的推理是至关重要的。

由于多数国家残疾率低，通用的抽样设计可能产生极少的残疾人作为分析的对象，除非抽样非常大。因此论证说抽样计划应涵盖某些专用于处理残疾度量问题的技术，以便提高设计的效率。例如，必须将地区抽样基础用于确保度量残疾流行率时完整覆盖的目的，但在地区基础首先以长期护理设施、养老院和孤儿院中机构人员名单基础作补充，和其次，以来自各种类型已知残疾人

的登记簿的其他名单基础作补充时，从增加抽样中残疾人数的角度衡量的抽样效率能够得到提高。

现已证明，每当残疾流行率低（约为 5%）和不想进行详尽的再分析时，全国残疾调查貌似可信的抽样规模在 4 500 户上下。否则，如要得到国家以下级和（或）分组级的可靠的估计数，可能需要 3、4 或 5 倍于它的抽样住户。

将第一阶段大的抽样与后分层技术结合使用，以认定可能患有残疾的人，然后再进行子抽样用于详尽的访问，这是度量残疾流行率和残疾人特点的行之有效的地区抽样战略。也能将人口普查用于这个目的，其做法是对残疾进行甄别，接着再在普查后的残疾调查中跟踪一个子抽样。在这种情况下，普查充当抽样基础。异常大的聚类，包含 50 或更多户，在残疾级内相关性非常低的国家使用可能是一种明智的抽样技术，因为从可靠性角度看，结果将不会受很大的损害，然而调查成本可大幅度降低。

7. 国别经验：抽样方案

许多国家已进行了各种类型的残疾调查和研究。其中许多限于对已知残疾人进行抽样和访问的研究。此类研究对于研究残疾人的特点、态度和需要来说是有益的，但不能依靠它们来提供残疾率或流行率的估计数。此外，由于它们按定义限于已知残疾人（列在各种登记簿上的残疾人），这些研究或调查并不代表未知残疾人的特点或需要，因而造成固有的偏差。

有些国家已进行了旨在估计残疾流行率，按原因和类型列示的分布情况和残疾人口其他特点的残疾调查。有益的做法是说明已用于其中有些调查的抽样设计以便说明所覆盖的某些专题。不过，选择的实例未必意在说明最佳做法。

在博茨瓦纳，1983 年初级保健调查的概率抽样为近 8 800 户约有 4.6 万人——虽然列入调查范围的健康状况基础广泛，但其中有些调查项目直接涉及残疾。调查的抽样设计作了精心构思，但它是一种通用设计，意在用于博茨瓦纳各种各样综合的住户调查，其中第一个是健康调查。抽样是一种多阶段、分层和聚类式的设计，将 1981 年的人口普查作为基础，其中选择了大约 200 个初级抽样单位。调查发现，4.5%至 5.0%的人口患有某种残疾。这项抽样提供了关于国家一级残疾人口规模的有用结果，因此有力地说明通用的抽样设计可用于专用（残疾）专题，即使接受研究的人口比较稀少也是如此，只要可靠的国家以下级估计数不是主要关心的对象。未将任何特殊的程序引入抽样设计以更具体地专注于残疾人口，也未为该子人口增大抽样规模，这还是因为调查的主要目标是整个总人口的健康状况。

印度进行的一项调查，即通过特殊的设计来对残疾人抽样，是对抽样方案的一种鲜明对照的说明。抽样计划需要一项两阶段的抽样战略。第一阶段利用常规的抽样方法在选择农村和城市街区的与规模相称的概率抽样前先对各邦、县和城乡地区分层。对抽样的全部村或街区进行检查和

列表，并挨家挨户询问住户是否至少有一名成员在视力、交流（5岁及5岁以上）和（或）运动技能方面至少有一种生理残疾。然后将答复后分层为两层：对于残疾甄别至少有一项肯定答复的那些住户（第一分层）和余下的住户（第二分层）。在第一分层中，100%的住户列入调查的第二阶段，而第二分层的农村部分和城市部分分别包括12选1和14选1的子抽样。这样，我们有一个极好的例子可以说明如何能够设计和实施带后分层和来自两个第二阶段分层不同抽样率的两阶段抽样。

两阶段抽样设计的另一个例子出现在大不列颠，但它也涉及使用两种基础。这是1986/1987年度的失明和弱视成年人调查。调查利用两阶段抽样，其中第一阶段包括由人口普查和调查办公室随机选择的10万住户。将调查表寄给了抽样住户。然后在第二阶段进一步访问了回答者中的一个子抽样，连同来自一个名单基础的人员抽样，该名单基础包括地方当局保持的失明和弱视人员的登记簿。合起来扣除无答复后，最后的地区抽样包括符合视力标准并同意受访的338人，而来自地方当局名册的312人也按相同条件包括在内。除了说明与双重基础连用的两阶段抽样外，这项抽样计划还说明残疾调查抽样的另一个特色：就罕见的特点如失明而言，可能不得不甄别极其巨大的初始抽样。

美国也将双重基础用于其1994/1995年度全国健康访问调查（健访调查）的残疾补充部分。地区基础包括大约200个初级抽样单位，聚类规模为8户，利用全国住户调查的常规抽样调查方法选择（多阶段、分层和聚类式抽样技术）。名单基础包括全国残疾人社会保障行政记录，为了增加此种人员调查对象数的目的而抽样，以便增大用于分析的抽样规模。美国调查的一个不同的特色是健访调查是以随时间增加的抽样为基础进行连续不断的周调查。因此，就残疾补充部分而言，调查访问的对象数目在两年期内积累起来以确保抽样规模大到足以对残疾人口进行可靠的分析。除了说明双重基础的利用外，这种调查还表明利用连续调查的国家如何能够通过积累周、月或季度的调查对象以增大稀少人口（例如重残人）的抽样规模。

上文提及的英国调查的一个令人感兴趣的特色，是它在选择目标（“有残疾人”）人口时使用随机而不是聚类的抽样方法。对英国来说这是一项成本效益高的战略，因为访问通过邮政进行而不是登门进行。由于一个不同的原因，以色列也以成本效益高的方式利用了随机抽样，以便研究幼儿和老年人的残疾。该项调查旨在研究3岁儿童中的残疾问题，对象全部从名单基础选出。该基础包括1980年出生并在家庭保健中心登记的所有犹太儿童。据认为这些中心占到目标人口的95%。抽样规模接近9500名儿童。以色列还在1985年进行了一次生活在住户中的60岁和60岁以上人员的调查。这项调查基于1983年的人口普查，利用分层的系统抽样法从中选出了包含目标（老年）人口的大约4000户。即使这是一项亲自访问调查，也未使用聚类方法。这两项调查表明以色列如何能够基本上使用随机的住户抽样而未承受过大的调查成本，因为该国境内的旅行距离不大。这些调查还分别说明：（a）名单抽样的有效利用，特别是如果名单覆盖接近100%的目标人口；和（b）人口普查用作残疾调查的抽样基础。

D. 收集机构中的残疾数据

在许多国家，大量的残疾人居住在机构环境中，例如慢性病护理医院和精神病机构。举例说，澳大利亚 1988 年残疾和老年人调查得出的结论表明，8%的残疾人生活在保健建制单位中，而且生活在保健建制单位中的人 93%患有残疾。³¹ 不过，机构环境中的调查研究提出了各种挑战，从业务考虑到道德问题都有。

1. 包括的机构的类型

各种各样的机构可以考虑，这依所覆盖的人口而定。可以包括下列基本的机构组群：

儿童方面：

- (a) 急病护理医院；
- (b) 慢性病护理医院；
- (c) 精神病机构；
- (d) 残疾儿童治疗中心；
- (e) 寄宿的特殊学校，例如聋哑儿童学校；
- (g) 私立和非私立的儿童之家；
- (h) 孤儿院。

成年人方面：

- (a) 急病护理医院；
- (b) 慢性病护理医院；
- (c) 精神病机构；
- (d) 生理残疾人治疗中心；
- (e) 寄宿的特殊学校；
- (f) 私立和非私立的集体之家；
- (g) 特殊护理之家；
- (h) 刑罚机构和拘留中心；
- (i) 军事建制单位。

老年人方面：

- (a) 急病护理医院；
- (b) 慢性病护理医院；
- (c) 精神病机构；
- (d) 私立和非私立集体之家；

- (e) 疗养院；
- (f) 特殊护理之家；
- (g) 私立和非私立老年公民住所；
- (h) 老年病机构。

并不是所有的机构都适于列入在内。将依据研究的目标选择各类机构。重要的是应认识到，各种专题研究将得出不同的比率和结论，这取决于包不包括某些类型的机构。

加拿大统计局 1991 年进行的健康和活动受限调查包括六个基本的机构组群：疗养院、老年公民住所、全科医院、慢性病护理医院、精神病机构和生理残疾人治疗中心。人口普查办 1985-1988 年在大不列颠进行的残疾调查将医院、院所和其他公共机构的基本组群包括在设计中。其中每个组群都包括各类机构，既有私立儿童之家，又有女修道院和寺院。

找到机构名册来源和编制机构名册是一项艰巨而且经常颇费时间的工作。获得保健相关机构当前可靠的名册的可能选择方案将因国而异。有些可能性包括从下列方面获得名册：参与向残疾人提供服务的国家各部；区域或市政当局及社区或社会服务当局；残疾人协会；以及保健领域的研究人员。如果利用各种来源的组合，研究人员将必须利用收到的各个名册编制一份名册，而且务必使所采用的覆盖面和类别相兼容。

人口普查通常也产生可用来确定居住地的机构名册。这些名册的优点是完整，经常实现了计算机化，而且提供机构分类。不过，如果调查不在普查后紧跟着进行，这些名册可能过时。

2. 建立机构和回答人的抽样

有关包括在调查中的机构类型的决定一旦作出，就必须选择机构抽样。经常根据机构的规模（即永久居民的数目）对它们进行分层，因为各种规模的机构将有着不同的人口；将根据居民人数确定规模起点。可取的做法是使研究选定的所有机构类型都具有适当的代表性，以及不同规模的机构也有适当的代表性。

根据机构提供的所有居民的名单，从每个规模组的每个选定的机构提取回答人抽样。选进抽样的回答人数目应取决于对于设施行政负责人和工作人员的回答负担的考虑。一般说，大机构与小机构相比拥有更多的人员可用来协助研究人员和访问人员。在加拿大统计局 1991 年健康和活动受限调查中，将抽样规模定为小机构访问 8 人，中机构访问 15 人，而大机构访问 45 人。由于每个省人口数量差异巨大，机构的规模类别因省而异。在人口普查办 1986 年对生活在大不列颠公共建制单位中的成人残疾进行的调查中，采取了稍有不同的做法。在永久居民为 80 人或更少的机构中，访问四分之一的居民；因永久居民超过 80 人的机构中，12 人中选定 1 人进行访问。

必须向机构的工作人员简要说明哪些居民作为调查的对象。例如，必须向工作人员提供“永

久居民”的定义，以便如果调查意在只从机构永久居民收集数据，他们能够协助选择抽样。

可由机构的工作人员负责编制合格居民的名单，因为机构的文件是保密的。这在某些机构可能构成负担。应向联系人提供关于各种变量如出生日期和性别等的明确说明，选择抽样将需要这些变量。对于工作人员短缺的机构来说，可能需要研究班子的协助。应当考虑备选的方法，例如责成访问人协助机构作必要的文书准备工作，或在机构允许的情况下责成访问人亲自完成调查前的所有工作。

3. 谋取机构的支持

联合王国和加拿大的经验证明，采用书面形式与机构进行初步接触非常重要。应在研究人员或访问人员开始口头联系前向首席行政官发出一个关于调查及其目标的信息包。信息包可内装介绍信、调查目标和方法说明书、拟用的调查表的样品，以及在可能的情况下，内装介入长期提供护理的其他设施的协会或保健部门的同意书。

信息包发出后，应安排对机构行政首长的初步走访以谋取合作。这种初次走访还应用于解答任何问题或疑虑，以及认定机构内将负责协助选择抽样的联系人。

由于机构关注其居民的福利，它们可能会对参与调查持保留态度，将它视为带有侵扰性或参与人构成负担。为帮助缓解此种情况，好的做法是在设计研究方案时让某些机构或协会参与讨论。例如，加拿大统计局通过制定出消除疑虑的解决方案，设法克服了部分协会一开始对其健康和活动受限调查所持的沉默态度。由于协会强烈反对披露任何关于收益水平或其居民来源的信息，从表格上删去了这些问题。还利用匿名表格消除对数据保密性的疑虑。在与医院和长期护理机构行政首长协会讨论调查目标时，各协会认为有可能获取将对它们有利的数据并因而同意赞同调查。

4. 访问机构居民时的考虑

机构的多数永久居民都患有可能排除使用长调查表的健康状况和某种程度的残疾。最好将问题数量限制到尽量少的程度。虽然在某些情况下可能允许后续走访，但最好设法用一次会面进行访问。

在数据收集活动前，访问人应接受广泛的培训。他们应吃透调查表的内容；问题的意图，以便问题遭误解时他们能够恰当提示回答人；问题的流程；以及跳答问题的格局，如有的话。他们还应对回答人的反应具有敏感性，其中有些人可能很快就疲倦或可能对参与调查感到局促不安。还应在语言、备选交流方法和其他方面提供应对残疾人的敏感性培训。例如，可能需要口语和手势语译员，而且应在出现需要时提供此类服务。

访问的时机和地点应与机构工作人员磋商后再决定。目标是尽量谨慎小心和尽量少打乱居民

和机构的常规。

在机构居民的调查中，使用代理回答人的情况非常多；由于各种状况或残疾，有些回答人不一定能提供问题的答案。年老的居民颇能回答问题，但由于记忆力下降或糊涂而可能给出不可靠的信息。最好与机构工作人员核对，征求他们对是否需要进行代理人访问的意见。这是一个敏感的领域，因为有些居民可能感到有能力提供答案，如果不允许他们这样做可能会有被人轻视的感觉。也可能工作人员在估计居民的能力时太保守。如果居民的愿望与工作人员的意见不一致，最好访问居民并向代理回答人核实数据的准确性。

代理回答人可以是家庭成员或日常接触居民的机构工作人员。有些代理回答人很可能答不上有些问题，特别是关于以往发生的事件的问题。在这种情况下，好的做法是在答案类别中包括“不明”类别。有些问题不能提给代理回答人；例如，如果调查包括一些征求意见的态度问题，就不应问代理回答人，并应在调查表格上提供“不适用”的选择。

在访问居住在机构中的儿童时，研究人员应确保向父母通报调查情况，并在访问前先征得他们的同意。有些机构可能坚持访问期间让父母在场，或让父母本人回答调查问题。

注

¹ 《人口普查的方法》（联合国出版物，出售品编号：1949.XIII.4）。

² 《人口和住房普查的原则和建议，第一修订本》（联合国出版物，出售品编号：E.98.XVII.8）。

³ 联合国统计司残疾统计网站为<http://esa.un.org/unsd/disability>。

⁴ 《人口和住房普查的原则和建议，第一次修订本》（联合国出版物，出售品编号：E.98.XVII.8）

⁵ 同上。

⁶ A. D. Furrie, 《1986年普查和居住在住户中的残疾人的健康和活动受限调查的结果的比较》（渥太华，加拿大统计局，1989年）。

⁷ A. de Bruin、H. S. V. Picavet 和 A. Nossikov, 《健康访问调查：实现方法和手段的国际统一》，卫生组织区域出版物，欧洲辑：第58号（哥本哈根，世界卫生组织，欧洲区域办事处，1996年）。

⁸ 《国际功能、残疾和健康分类——ICF分类》，最后草案，全文版本（日内瓦，世界卫生组织，2001年）。

⁹ 荷兰统计局, 《荷兰人口的生理残疾，1986/1988年》（海牙，1990年）。

¹⁰ M. S. Durkin 等人, 儿童期残疾的十问题甄别的有效性：孟加拉国、牙买加和巴基斯坦基于人口的研究的结果”，《流行病学》，第5卷，第283-289页。

¹¹ 关于多指标类集调查的补充信息可从因特网<http://www.childinfo.org>上获得。

¹² Mary Chamie, “儿童期残疾能在调查中简单查明吗？”，《流行病学》，第5卷，第3期，第273-275页。

¹³ 同上。

¹⁴ J. Kennedy 和 M. P. LaPlante, 《日常生活活动需要帮助的成年人概况，1991-1992年》（华盛顿特区，

编制残疾统计资料的准则和原则

第三章 单元：残疾数据收集的方法

美国教育部国家残疾和康复研究所，1997 年）。

¹⁵ Joshua M. Wiener 等人，“度量日常生活活动：国家调查间的比较”，《老年病学杂志：社会科学》，第 45 卷，第 6 期，第 S229-237 页。

¹⁶ D. Duckworth，“度量残疾：《ICIDH 分类》的作用”，《残疾与康复》，第 17 卷，第 7 期（1995 年）。

¹⁷ A. de Bruin 、H. S. V. Picavet 和 A. Nossikov，《健康访问调查：实现方法和手段的国际统一》，卫生组织区域出版物，欧洲辑；第 58 号（哥本哈根，世界卫生组织，欧洲区域办事处，1996 年）。

¹⁸ 同上，第 66 页。

¹⁹ Mary Chamie，“残疾研究的调查设计战略”，《世界卫生统计季刊》，第 42 卷，第 3 期（1989 年）。

²⁰ 大会 1982 年 12 月 3 日第 37/52 号决议通过的《关于残疾人的世界行动纲领》。《行动纲领》可在联合国残疾问题网站www.un.org/esa/socdev/enable/diswpa00.htm 上查阅。

²¹ 《残疾人机会均等标准规则》（联合国出版物，出售品编号：E.DPI/1454）。

²² 《疾病和有关健康问题国际分类：第十次修订本（ICD-10）》（日内瓦，世界卫生组织，1992 年）。

²³ 国际标准化组织，国际标准 ISO 9999，“残疾人的技术器具”（日内瓦，ISO，1992 年）。由技术委员会 ISO/TC173 编写，《残疾或残障人的技术系统和器具》。

²⁴ 《国际功能、残疾和健康分类——ICF 分类》，最后草案，全文版本（日内瓦，世界卫生组织，2001 年）。

²⁵ 编制残疾人统计资料专家组的报告，维也纳，1984 年 4 月 2 至 6 日（ESA/ST/AC.18/7）。

²⁶ Turner，“特殊问题住户调查的抽样和调查设计战略”，《统计学》，第 42 卷，第 139 期（圣地亚哥，Instituto Interamericano de Estadística，1990 年）。

²⁷ R. Tortora，“关于多项人口抽样规模估计的说明”，《美国统计学家》（弗吉尼亚州亚历山德里亚，美国统计协会），第 32 卷（1978 年），第 100-102 页；“选择抽样”，《监测实现儿童问题世界首脑会议目标的进步：多指标调查实用手册》第 4 章（纽约，联合国儿童基金会，1995 年）。

²⁸ 《对稀少和逃避人口抽样》，全国住户调查能力方案（纽约，联合国统计司，1993 年）。

²⁹ G. Kalton，《调查抽样入门》，社会科学定量应用辑，第 35 卷（贝弗利希尔斯和伦敦，Sage 出版社，1983 年）；L. Kish，《调查抽样》，威利出版社，（纽约，1965 年）；M. Hansen W. Hurwitz 和 W. Madow，《抽样调查方法和理论》（纽约，1953 年）。

³⁰ 不应将住户中残疾人的聚类与机构中此类人的聚类相混淆。机构中的残疾人将不利用地区基础抽样，而是通过先选择机构抽样然后再从选定的机构中选择人员名册抽样的方式选定。遵循这种程序将最大限度减少“聚类”对机构中人员调查可靠性的影响。

³¹ 澳大利亚统计局，《残疾和障碍》，类目第 4120.0 号（堪培拉，澳大利亚统计局，1990 年）。

第 四 章

残疾数据的传播和利用

导 言

在收集的信息以适合用户需要的形式提供给它们以前，普查或调查工作没有完成。产品开发时应与用户协商以便了解它们的需要。潜在的用户包括一般公众和媒体、残疾人及其倡导组织、非政府组织、研究人员、残疾人服务组织和决策者。用户的范围将很广，既有经验丰富的数据分析人员，也有只是对残疾人的数目感兴趣的普通公众。不同用户群体关心的专题包括：

- (a) 男女两性残疾率的简单差别；
- (b) 残疾人口与非残疾人口服务利用方面的差异；
- (c) 对辅助性技术的需要和当前的利用情况；
- (d) 获得教育和就业的机会和参与情况。

规划数据的传播和产品的格式时，一个重要的考虑是使不能利用标准产品的残疾人可以利用数据。¹ 这可能需要大号字体、布莱尔盲文和声频格式，包括声像盒式磁带，以及特殊的计算机程序和与智力损伤人的接口。

不管利用何种手段传播结果，对统计机构来说重要的是应查明用户在如何利用它的数据和在利用过程中遇到了什么问题。多数用户能够为想要某些种类的信息提供充足的理由，但要说明如何实际利用却困难得多。

为提供数据的利用效果，数据收集机构还应向潜在的用户通报数据和出版物的存在情况及如何获取它们。应当编写有关材料以促进利用它们。以下给出某些例子：

1. 提供数据亮点的简单情况表。这些表产生起来不难，而且可以通过残疾组织的简讯和在因特网上分发，以及在主管残疾人所面临的问题的组织和协会的年度国内和国际会议上分发；
2. 概述可利用数据情况的小册子、产品和服务清单及如何获取数据或出版物的说明书；
3. 概述数据情况的用户指南，包括所提问题清单、数据收集所用的表格、数据收集方法评论、定义、同数据有关的产品和服务清单及如何申请数据的说明。这种指南对研究人员将特别有用，而且统计机构可能想进行某些二次分析，因为它将载有关于有关研究的背景信息。

关于数据产品，由于用户经验丰富的程度参差不齐，在列示和传播结果时采用不同的详细度和分析深度是可取的做法。数据可采用不同类型的报告或出版物、分发范围有限的未公布的汇总

表、通过微数据文件或在线数据查阅等方式传播。

A. 计划的汇总表

典型的情况下，在规划阶段经与用户协商后，编写出有关计划的汇总表的规定。计划的汇总表在设计上应服务于尽量广泛的用户对象，因为许多一般的数据用户没有所需资源自行开展适合本身需求的分析。²第二章载有关于计划汇总表的更多信息。

作为一项基本要求，有关残疾状况的数据应按年龄和性别列示。如果数据不按单一年龄组或不按标准 5 岁年龄组分类，建议不论采取何种年龄分类，都应使得能够区分下列年龄类别：0-14 岁（儿童）、15-59 岁（成人）和 60 岁及 60 岁以上（老年人）。在产生残疾人汇总表时应考虑的其他特殊问题将在以下各节中讨论。这些问题包括：

- (a) 残疾人数与残疾数；
- (b) 残疾人的社会经济概貌；
- (c) 残疾人与非残疾人的比较。

1. 残疾人数与残疾数

在表述残疾人数据时，重要的是应明确数据代表什么，代表残疾还是代表残疾人。例如，在关于残疾类型的汇总表中，由于某人可以报告一种以上类型的残疾，横行或纵列的合计可以超过列入研究范围的人数。代表残疾总数而不是残疾总人数的纵列或横行的合计将会大于残疾人的总数，而且二者之差将取决于多种残疾的人数。显示残疾类型的汇总表还应表述信息所指的对应的残疾人总数。此外，报告残疾类型的每种汇总表还应有一项否认说明，提醒用户注意，由于多种残疾的发生，横行或纵列的合计可能大于残疾人的总数。

为说明多种残疾的程度，可按残疾数对残疾人分类。例如，如果某人在“提起和搬运物体”和“从事单一任务”领域活动受限，在派生变量“残疾数”中记录的数目将是 2。如果某人在“说话”、“学习阅读”、“思考”和“自行移动”方面活动受限，派生变量此人“残疾数”中记录的数目将为 4。然后可将此派生变量与其他变量如年龄、性别和就业状况等交叉制表。

2. 残疾人的社会经济概貌

为向决策者和计划人员传递富有意义的信息，汇总表应从残疾人的残疾体验以及他们的社会经济属性和环境属性的角度表明他们的特点。汇总表也可表述按居住地区如按农村/城市居住地分列的残疾人口。鼓励覆盖残疾人体验的补充汇总表，特别是关于社会和社区参与及生活质量的数据。依据在特定国家的相关性而定，此种表可包括上街购物或上剧院看戏和参加公民及娱乐活动的频次。

还应考虑界定分析单位，它可提供方法在众多的概念层面研究残疾问题：通过患有残疾的个人的体验；通过至少有一名成员残疾的住户的体验；或甚至在可以获得数据时通过社区特点。³

下面是可用来说明残疾人社会经济概貌的汇总表的例子：

（a） 教育特点与年龄、性别及残疾类型的交叉汇总表将揭示不同类型残疾人在教育程度、上学率或识字率方面的任何差异；

（b） 在与年龄、性别和残疾类型交叉制表时，关于就业的数据能够度量不同类型残疾的任一性别的人进入劳动力市场的程度；

（c） 如果收集，按年龄、性别和残疾类型交叉制表的收入数据能够说明收入保障情况；

（d） 在与年龄、性别和残疾类型交叉制表时，关于婚姻状况和生活安排的数据能够度量残疾人独居还是与他人共同生活的程度。

残疾人和非残疾人在教育和就业方面的可比性问题怎么强调也不过分。在人们出现残疾时，社会经济状况的这些方面经常首当其冲受到影响。例如，某人可能具有专业资历，但由于身有残疾而从未受雇于该专业。如果社会经济地位的确定就如通常情况那样只取决于目前的职业，将不可能将富有意义的社会经济分类分配给此人。因此，残疾人的社会经济情况不应基于单一指标；还应考虑补充方面。

3. 残疾人与非残疾人的比较

如果数据收集活动包括非残疾人，那就应按社会经济特点，如教育、就业和婚姻状况，以及其他变量，如生活安排、收入和服务利用等，表述残疾人口和非残疾人口的数据。这种类型的信息将使得能对两个人口群体进行比较性的分析，以便评估各种国际政策文件所说的机会均等的程度，例如《残疾人机会均等标准规则》。⁴ 还有，如果收集了关于参与的数据，此种信息将有利于审查残疾人口与非残疾人口在介入生活情况，如参与教育、工作和就业、社会关系、社区和社会及公民生活等方面是否存在差别。

在国家及地方两级，普查提供一次机会可以审查残疾人口和非残疾人口双方的社会、人口和经济特点。全国调查特别是多用途调查也能为这类比较提供机会，特别是鉴于可能调查的专题的范围和详尽程度。在残疾人详尽的特殊调查中，可能没有关于非残疾人口可比较的数据。在这种情况下，重要的是应在调查中列进其他一般性人口调查或普查采用的部分问题，以便获取可用于比较的数据。

两个人口群体之间的任何比较应控制可能影响分析的那些变量。研究表明，这些变量包括诸如地理位置（城乡地区）、年龄和性别等变量。例如，发展中国家的残疾流行率农村地区可能高

于城市地区，因为残疾人将更可能留在农村地区和不向城市迁移。还有，数据一般表明，残疾率随年龄增加，而且老年组的人比儿童或年青人更可能有导致活动某种程度受的慢性健康问题或状况。⁵

最后，性别平等问题是全球议程上重要的项目，而且在考虑残疾人时也有相关性。由于残疾妇女会面临双重障碍，分析度量机会均等的社会和经济因素时应将性别列为控制变量。因此，重要的是应在磋商过程中认出为一国情况所特定并可能影响分析的这些因素，和如民族群体等其他因素。

4. 建议的汇总表

在《人口和住户普查的原则和建议，第一次修订本》中，⁶ 联合国编制了一组表，能够依靠按性别、年龄和城乡居住地列示的残疾流行率的普查数据产生。这其中包括：

(a) 按残疾类型、地理区别、城乡居住地（不论生活在住户中还是机构中）、年龄和性别列示的总人口；

(b) 按类型、住户规模和城乡地区列示的有一个或多个残疾人的住户；

(c) 按残疾类型、婚姻状况、城乡地区、年龄和性别列示的 15 岁及 15 岁以上年龄的总人口；

(d) 按残疾原因和类型、城乡地区、年龄和性别列示的残疾人口；

(e) 按上学、残疾类型、城乡地区、年龄和性别列示的 5 至 29 岁年龄的人口；

(f) 按教育程度、残疾类型、城乡地区、年龄和性别列示的 5 岁及 5 岁以上年龄人口；

(g) 按活动状况、残疾类型、城乡地区、年龄和性别列示的 15 岁及 15 岁以上年龄的人口。

这组表也适用于调查。靠调查可能编制的补充汇总表包括有关下列专题的数据：(a) 残疾严重程度；(b) 发生时的年龄/持续时间；(c) 技术器具的需要和利用；(d) 促进或阻碍参与的环境特点；(e) 职业培训；(f) 收入和消费；(g) 社会参与；和 (h) 服务和支助的获得和利用。

B. 报告和出版物

为满足各种用户需要，需要规划不同形式的报告和出版物。应对报告的复杂性和详尽度进行调整以适合原定的对象类型，而且报告应包括适用于非技术读者的概述。

各种报告发布的时机很重要。建议在数据收集后尽早发布一份主要针对决策者的先期报告，尽快提供目前关心的数据。这种报告的技术性不应过强。它应简明扼要并表述研究的重点。它还应包括关于数据收集方法的信息及关于数据覆盖面和有效性的注意事项。

更详尽的数据及关于研究的信息应在日后的报告中提供。在这些详尽的报告中，可以提供有关数据及分析，对残疾人与非残疾人的人口统计属性及社会经济属性作比较。通常，这些报告和出版物还说明使用的方法，包括定义、分类、研究范围、调查表和数据可靠性的估计，以及抽样设计和抽样方法（如果相关的话）。

此外，报告还应解释用来说明残疾的变量是如何从问题导出的。它也将有助于表明各个变量如何借助于对应表与《ICF-2 分类》联系起来。

下文说明可用来传播残疾数据的各类报告和出版物：

（a）先期报告：数据的简要实质性分析或表述，主要为了传播调查的初步结果或预报数据。先期报告可包含下列方面的图表和数据的简要分析：

- （一）按年龄和性别和按主要区划列示的残疾人和非残疾人的数目；
- （二）按年龄和性别和按残疾类型列示的残疾人数目；
- （三）按年龄和性别和按残疾原因列示的残疾人数目。

（b）详尽的报告：数据内部相互关系的回顾，包括人口统计、社会经济和地理组群之间的比较。应为了人口分组（例如男女、残疾人口与非残疾人口、成人与儿童）之间的具有统计意义的差别和一段时间内的趋势，利用合适的统计测试对此类报告中的表进行分析。

理想的情况下，详尽的报告将提供未列入先期报告中的信息以及以前先期报告中未公布但详尽度提高的某些信息。可提供的信息包括：

- （一）按年龄和性别，以及按居住地区列示的残疾人和非残疾人的经济特点（列示有关人口的残疾类型）；
- （二）按年龄和性别，以及按居住地区列示的残疾人和非残疾人的教育特点（列示有关人口的残疾类型）；
- （三）按年龄和性别，以及按居住地区列示的残疾人和非残疾人的婚姻状况（列示有关人口的残疾类型）；
- （四）同残疾人情况有关的其他类型的信息，例如残疾原因和严重程度、技术器具的利用及支助的需要和可获性。

适度详尽的出版物一般将包括以下各节：

- a. 摘要节
- b. 审议具体专题的章或节
- c. 图形图表
- d. 技术附件
- e. 详列的表。

(c) 专门的/特殊专题的报告：这些报告大多经常在初始出版物推出后才完成，不仅可以利用正在分析的数据，而是可以利用从同手头专题相关的其他来源得来的信息。目标是从整个系列的统计资料中发现简明扼要地描述有关情况的量度。⁷ 一类专门报告可论述关于残疾人状况的社会和经济指标的编制问题。指标专题在本章后面单列一节讨论。特殊专题报告的另一个例子将是儿童残疾问题的深入讨论。

1986 年加拿大健康和活动受限调查产生了下列特殊专题报告：

- (一) 加拿大老年残疾人面临的障碍；⁸
- (二) 加拿大妇女残疾的部分社会经济后果；⁹
- (三) 加拿大的失明和视力损伤；¹⁰
- (四) 加拿大残疾人的休闲和生活方式；¹¹
- (五) 听力受损的加拿大人。¹²

(d) 面向政策的分析报告：由于残疾统计的主要目的之一是指导决策及其执行，因此进行这种分析很重要。例如，数据可以表明残疾与非残疾儿童的入学率存在差异。发现所报告的情况的原因及其对方案和政策的影响是在数据收集机构管辖或权力范围之外可能需要作进一步分析、解释和判断的问题。还有，在面向政策的分析报告中，还需要作多变量分析，以便能够比较容易地认识各类残疾之间的某些关系，包括进一步研究多种残疾对残疾人状况影响的程度。

C. 其他形式的传播和利用

为满足各种用户需要，还应考虑报告和出版物之外的其他格式以确保数据的战略传播和利用，其中包括：

- a. 提供未公布的数据；
- b. 应请求编制特殊汇总表；
- c. 在计算机媒体上传播微数据文件；
- d. 提供在线传播和计算机存取数据。

下面详细说明这四种格式。

1. 提供未公布的数据

通常，由于所涉的成本和问卷篇幅有限或由于公众对所表述的数据的某些方面兴趣减弱，制表的结果并不全部公布。不过，有些未公布的结果对特定的用户可能具有很大的关系和价值。满足这些需要的一种方法是以某种非正规的格式向此种用户提供未公布的数据，例如工作单、汇总表复制件或计算机打印输出的复印件。

以这种方式传播的信息应限于至少达到最低可靠性标准的数据，而且数据收集机构应订定关于用户公布数据的某些限制规定。数据收集机构可以或者另外要求在实际发行前审查用户打算出版的任何材料。

2. 应请求编制特殊汇总表

统计机构编制的汇总表在详细程度、问题的交叉分类或其他方面将不一定满足所有用户的需要。在规划汇总表时必须始终与用户磋商；不过，有些表明的需要可能成本太高或耗费时间而不可行。此外，在规划日期后可能出现补充需要，而且在开始时有些潜在用户可能受到了忽略。

鼓励统计机构响应对特别汇总表提出的申请，但应考虑到所需的资源。提供服务的效率及数据收集后提供的时期将取决于资源的可获性。

提供关于残疾人的特殊汇总表应遵守保密和抽样可变性的制约规定。数据收集机构应确保不违反个人保密规定和不损害数据可靠性，当数据有关一个非常小的地理区域或人口的一个小和颇为具体的部分时将会出现这种情况。

应向申请方提供指导原则，以便作出关于汇总表所需的详尽规格。这将消除误解并确保提供的表格能满足用户的需要。另一方面，数据提供方应提供研究的数据项清单。就清单上的每项而言，应有数据项名称、该项目包含的类别数和类别的说明。数据收集机构应在数据收集后尽快编制这一清单。

在制表申请要求方面，加拿大健康和活动受限调查提供了关于用户指导原则的下述例子。¹³

制表申请应包括两部分：

- (a) 说明拟用于表内的所有变量或数据项；
- (b) 有关表的实际规格。

在说明变量时，必须列出用于一组表的所有变量。变量名称后应跟随加括号的数目，表明变量细分的类别的数目，包括合计和小计。然后应列出变量“存根”。存根指各个类别的标签或说明，它们将出现在表中。数据表的申请必须包含有关各表的下列信息：

- (a) 表的标题;
- (b) 计数单位(全域);
- (c) 数据拟取的地理区域。

编制作作为数据传播形式的特殊汇总表所涉的任何计划都应认识到,特别是在发展中国家,许多有关的基层团体不一定具有专门知识为汇总表提供所需的详尽资料。因此,应当根据当地的情况而定,尽量探索传播数据的其他形式。

3. 不能在计算机媒体上传播微数据

还有一种日益普及的数据传播形式是通过软盘、磁带或光盘向用户发放载有个人数据结果的计算机数据文件或微数据。它们可以是完整的数据集或各种子抽样。这种做法减轻数据收集机构编制特殊汇总表的压力,同时又促进最大限度地利用数据。这种数据传播形式在研究人员中颇受欢迎,他们主要是利用这些数据撰写文章供学术和专业刊物发表。

不过,由于数据收集机构无法控制数据将如何被利用,因此在传播前必须删除数据的所有个人标识符,以避免无意中披露信息。例如,对于想自己产生汇总表和进行分析的用户,澳大利亚统计局提供载有 1993 年残疾、老龄化和护理人调查的未标识的记录的文件。¹⁴ 为保守个人和家庭秘密,如果没有几个项目可用于数据单元,有些数据就可能不予发布。

4. 提供在线传播和计算机存取数据

有的时候分析人员通过远程存取终端直接存取存储在计算机中的数据。存取数据要求获得许可,而且需要口令或其他类似的安全措施以防止未经授权的用户擅自存取数据。在线传播一般要求建立一个慎密开发和充分文献化的数据系,可以据此查明系统中每项信息的位置和标识。

一个新兴的事物是利用因特网和万维网在线传播信息,包括统计信息。¹⁵ 鉴于用户广泛,因特网是宣传研究重点的理想工具,其中包括百分比和图表,以及残疾数据出版物的摘要。因特网提供巨大的潜力,可以以残疾人可查阅的格式提供残疾信息。在因特网上传播数据时,必须提供关于使用方法的信息,如问题、定义和人口覆盖面,以便帮助解释所提供的数据。对因特网网站来说,还有一点重要的是应提供联系人姓名以便进一步查询。

除了传播数据外,还可将因特网用于与用户的其他交流形式,包括在线订购出版物和申请未寄存在网站上的任何补充数据。

联合国统计司保持着一个因特网网站,它载有各种专题的全球统计资料和指标,以及关于该司主要出版物的信息。它还包括一个残疾问题具体网站。这个网站即残疾统计网站,是各国残疾数据资料来源的统计参考指南。¹⁶ 它还载有基本残疾流行率和用来认定残疾人的指导原则。

D. 指标

统计指标是各国决策过程的一个重要工具，因为可用它们评估盛行的情况及对具体政策目标量化。¹⁷许多类型的指标能够根据残疾人的数据产生。可将这些指标聚类在从简单到比较复杂的三大类别中，其中包括（a）度量人口中残疾存在的指标；（b）度量残疾人在社会内部体验机构均等的程度的指标；和（c）通过整合死亡率和残疾信息度量健康预期和生活质量的指标。关于残疾指标的补充信息，见《残疾方案和政策统计信息编制手册》。¹⁸

在解释残疾统计指标时，数据收集期间如何界定和度量残疾的问题仍然是一个重要的考虑因素。重要的是应在出版的材料中详细说明所用的度量手段，包括问题的措辞。此外，应就产生所使用的数据抽样基础（特别是关于列入保健相关机构中的人口）的调查以及调查类型和答复率作出说明。另外，重要的是应以尽量不作判断的方式表述所有指标和审慎地考虑措辞以避免产生残疾人价值较低的错误含义。¹⁹

1. 度量残疾存在的指标

关于残疾存在的指标一般导自关于各种人口统计特点的按残疾状况也按残疾类型列示的人口分布的数据。这种信息不仅对显示人口残疾流行率很重要，而且也对规划基于社区康复（社基康复）方案很重要。根据这种信息可以编制下列方面的指标：

- （a）依照年龄和性别及居住地区（城市和农村地区）按残疾类型分列的残疾人数目；
- （b）每 100 或 1 000 人口的流行率（男、女和总人口，以及城市和农村地区）；
- （c）依据每个年龄组内男女人数，按居住地区（城市和农村地区）分列的残疾年龄性别群体；
- （d）按年龄和居住地区（城市和农村地区）分列的残疾人性别比率或男性残疾人与女性残疾人的比率。

为了第三次监测实现在全球一级发布的人人享有健康目标所取得的进展，世界卫生组织与联合国统计司协作，建议认定下列类型的残疾以便包括在内：²⁰

- （a）视力
- （b）听力
- （c）说话
- （d）活动
- （e）学习/理解
- （f）其他（待定）。

为了评估实现儿童问题世界首脑会议目标所取得的进展，联合国儿童基金会（儿童基金会）制定了下列指标：²¹

以 15 岁以下报告患有某种生理或心理残疾的儿童的比例表示的儿童残疾总比率。

2. 度量机会均等的指标

《残疾人机会均等标准规则》为产生度量残疾人在其社会中体验机会均等的程度的指标提供了一个框架。社会内部日常生活的所有方面，包括教育、就业和收入保持及社会保障，都是平等参与的目标领域。²² 同样，《ICF-2 分类》在参与方面包括用于评估某个人是否参与一个生活领域，是否被接受或是否有机会获得需要的资源的生活情况类别。包括下列生活领域：

- (a) 学习和应用知识；
- (b) 一般任务和要求；
- (c) 交流；
- (d) 活动；
- (e) 自理；
- (f) 家庭生活；
- (g) 人际互动和关系；
- (h) 主要生活领域；
- (i) 社区、社交和公民生活。

在多数研究中，残疾人与非残疾人的比较基于传统的社会经济特点如教育和就业。例如，度量教育机会均等的指标可以从“教育程度”变量产生。同样，就业均等的指标可从“就业状况”变量产生。更为具体地说，教育程度和就业状况变量应按残疾状况（残疾人和非残疾人）制表，而在残疾状况之内，应按年龄组、性别和地理位置制表。然后将审查产生的汇总表以确定每个年龄组、性别和地理位置内部残疾人口与非残疾人口在教育程度或就业状况方面是否有任何明显的类别。

利用为其收集了数据的其他社会经济变量可以进行类似的计算，而且可以评估产生的结果以便看出残疾人在多大程度上拥有与非残疾人相同的机会。

3. 无残预期寿命

人口健康的简易量度代表另一组指标，这组指标在过去 30 年内取得突出地位。这些旨在度量健康生活的岁数。关心度量健康预期和生活质量的指标关系到预期寿命延长对（健康）生活质量的影响。例如，在平均预期寿命延长的同时无残疾生活的时间和无慢性疾病生活的时间延长了吗？为了回答这个问题和其他类似问题，制定了无残疾预期寿命（DFLE）和关于健康预期的其

他指标。本节只审议无残疾预期寿命，因为它是健康预期指标中最常见的一项，而且从多数国家可获的数据看也许是最易于编制的指标。

（a）无残疾预期寿命的一般信息

无残疾预期寿命（DFLE）是人口在无残疾情况下生活的平均岁数的简易度量法。这个指标利用生命表技术导自死亡和残疾信息。²³ 作为一个健康指标，无残疾预期寿命表示人口在无残疾情况下生活的平均岁数，如果目前的死亡和残疾状况保持不变。²⁴ 1985 年，有人提议将它作为一个任选的区域指标，可用来监测欧洲实现 2000 年人人享有健康目标取得的进展。²⁵

无残疾预期寿命可以或者利用苏利文法根据导自截面调查的按年龄列示的残疾流行率计算，或者靠更先进的算法计算，例如双重减量生命表法或多状态生命表法。后两种方法利用关于导自纵向研究的不同残疾状态之间的转移率的信息。由于纵向研究产生的数据往往得不到，苏利文法是最常用的方法。

（b）计算程序

苏利文法涉及在生命表中取存活数（b），然后计算每个年龄间的生活岁数（c）。残疾生活岁数（e）通过（c）和（d）相乘计算。从每个年龄间生活的岁数（c）减去残疾生活岁数，得出活动（无残疾）岁数（f）。然后根据任何给定年龄 x 计算这些岁数的累计总数（a），并用该年龄存活者总数（b）相除以得出年龄 x 的活动预期寿命（g）。在提供的实例说明中，从 65 岁算起的无残疾总岁数是 1 087 635。用 65 岁的存活人数除以这一总数以估计 65 岁的无残疾预期寿命；1 087 635 用 100 000（b）相除得出 10.9 岁（g）。

表 7. 用苏利文法计算无残疾预期寿命（DFLE）的说明

年龄 x (a)	Sx 存活者 (b)	x 与 x+a 之间的生活年数 (c)	x 与 x+a 之间的残疾流行率 ^a (d)	x 与 x+a 之间的残疾岁数 (e)	x 与 x+a 之间的无残疾岁数 (f)	来自 x 的 DFLE (g)
65	100 000	463 715	0.078	36 170	427 545	10.9
70	85 486	376 533	0.137	51 585	324 948	7.7
75	65 127	266 085	0.243	64 659	201 426	5.1
80	41 307	147 690	0.310	45 784	101 906	3.2
85	17 769	59 025	0.615	36 300	22 725	1.8
90	5 841	19 043	0.522	9 940	9 103	1.6

资料来源：由 Lawrence Haber 为联合国统计司编写，依据 L. D. Haber 和 J. E. Dowd 的论文“残疾人力开发议程：统计考虑”（1964 年）。

编制残疾统计资料的准则和原则

第四章 残疾数据的传播和利用

^a N. Brouard 和 J. M. Robine, “适用于法国老年人纵向调查的健康预期算法”, 载于《健康预期》, J. M. Robine 等人所编, 人口普调办, 伦敦, 1992 年。

表 8 给出利用苏利文法计算的 36 国无残疾预期寿命的概况。除了关于无残疾预期寿命的信息外, 该表还包括一个相对长度指标, 即无残疾预期寿命与总预期寿命的比率 (DFLE/LE)。这种比率允许在预期寿命差异很大的国家之间和一国之内不同年龄间进行比较。跨年龄和男女两性之间这种比率的升降或稳定使人全面了解两性之间在不同年龄时残疾的形成和保持方面的差异情况。在随时间跟踪时, 这种比率给预期寿命正在提高的那些国家的这样一个问题“我们生命延长但残疾增多吗?” 提供答案。这意味着在一段时间内进行残疾研究必须利用相同的调查表和协议。不过, 应当指出, 解释跨国家无残疾预期寿命的比较与解释残疾流行率的比较应同样谨慎小心。用户必须记住, 各国之间用来度量残疾的手段差异巨大, 而且这种情况明显地影响所度量的流行率。

表 8. 预期寿命 (LE)、无残疾预期寿命 (DFLE) 和无残疾预期寿命与预期寿命的比率

	调查年份	年龄	性别	预期寿命 (岁数)	无残疾预期 寿命 (岁数)	预期残疾 岁数	DFLE/LE 比率
澳大利亚	所有残疾 1988	出生	男	73.1	58.4	14.7	84
			女	79.5	63.4	16.1	80
	严重损伤 1981	出生	男	73.1	69.9	3.2	96
			女	79.5	73.4	6.1	92
奥地利	1986	出生	两性	74.6	62.8	11.8	84
巴林 ^a	1981	出生	男	64.7	62.9	1.8	97
			女	67.8	66	1.8	97
博茨瓦纳	1991	出生	两性	59.8	56.4	3.4	94
巴西	1986	15 岁	两性	52.9	51	1.9	96
保加利亚 ^a	1990	出生	两性	58.2	36.3	21.4	63
			男	54.7	35.4	19.3	65
			女	61.3	38.1	23.2	62
加拿大	1986	出生	两性	76.4	63.7	12.7	83
			男	73	61.3	11.7	84

编制残疾统计资料的准则和原则

第四章 残疾数据的传播和利用

	调查年份	年龄	性别	预期寿命 (岁数)	无残疾预期 寿命(岁数)	预期残疾 岁数	DFLE/LE 比率
中国	1987	出生	女	79.8	64.9	14.9	81
			男	66.4	61.6	4.8	93
			女	70	61.4	8.6	92
古巴	1981	20 岁	两性	60.3	59.2	1.1	98
			男	59	52.3	6.7	89
			女	61.9	61.3	0.6	99
埃及 ^a	1976	出生	男	53.1	52.8	0.3	99
			女	55.9	55.8	0.1	100
芬兰	1986	15 岁	两性	60.4	48	12.4	79
			男	56.3	47.1	9.2	84
			女	64.4	48.8	15.6	76
法国	1982	出生	男	70.7	61.9	8.8	88
			女	78.9	67.1	11.8	85
德国	1991	出生	两性	75.7	68.9	6.8	91
			男	72.2	64.5	7.7	89
			女	78.9	72.9	6.0	92
匈牙利	1988	15 岁	两性	56.5	54.4	2.1	96
印度尼西亚 ^a	1977	出生	男	51.8	47.5	4.3	92
			女	54.8	50.3	4.5	92
爱尔兰	1981	15 岁	两性	58.9	56.5	2.4	96
			男	56.3	53.5	2.8	95
			女	61.7	59.9	1.8	97
日本	1987	出生	两性	79.1	76.9	2.2	97
科威特	1980	出生	两性	69.5	68.9	0.6	99
			男	67.8	67	0.8	99
			女	72	71.4	0.6	99

编制残疾统计资料的准则和原则

第四章 残疾数据的传播和利用

	调查年份	年龄	性别	预期寿命 (岁数)	无残疾预期 寿命(岁数)	预期残疾 岁数	DFLE/LE 比率
马里 ^a	1976	出生	男	48.6	45.7	2.9	94
			女	52.2	48.9	3.3	94
毛里求斯	1990	出生	男	65.5	62.0	3.5	95
			女	73.3	67.9	5.4	95
荷兰	1986	15岁	两性	62.3	51.8	10.5	83
			男	59	51.2	7.8	87
			女	65.6	52.3	13.3	80
荷兰 ^a	1990	出生	男	73.9	60.4	13.5	82
			女	80.1	59.9	20.2	75
新西兰	1980	15岁	两性	59	49.8	9.2	84
挪威	1991	15岁	两性	62.9	49.2	13.7	78
			男	59.8	50	9.8	84
			女	66	48.4	17.6	73
巴基斯坦 ^a	1981	出生	男	60.2	59.8	0.4	99
			女	59.9	59.3	0.6	99
波兰	1988	出生	两性	71.4	62.6	8.8	88
			男	67.1	59.8	7.3	89
			女	75.7	62.6	13.1	83
葡萄牙	1981	15岁	两性	58.9	55.4	3.5	95
			男	55.5	52.5	3.0	95
			女	62.3	58.6	3.7	95
新加坡	1985	出生	两性	72.8	72.5	0.3	99
西班牙	1986	出生	两性	76.7	62.7	14.0	82
			男	73.2	61.6	11.6	84
			女	79.6	63.6	16.0	80

编制残疾统计资料的准则和原则

第四章 残疾数据的传播和利用

	调查年份	年龄	性别	预期寿命 (岁数)	无残疾预期 寿命(岁数)	预期残疾 岁数	DFLE/LE 比率
瑞典 ^a	1987	16岁	男	57.9	45.1	12.8	78
			女	62.1	45.1	17.0	73
瑞士 ^a	1988-89	出生	男	74	67.1	6.9	91
			女	80.9	72.9	8.0	90
中国台湾省 ^a	1989	出生	男	57.6	44.4	13.2	77
			女	62.9	52	10.9	83
泰国 ^a	1981	出生	男	64.3	63.5	0.8	10
			女	71.3	70.6	0.7	99
特立尼达和多 巴哥 ^a	1980	15岁	两性	55.1	55	0.1	99
			男	54.1	53.2	0.9	98
			女	57.5	56.8	0.7	99
大不列颠及北 爱尔兰联合王 国	1986	出生	两性	74.9	65.2	9.7	87
			男	71.9	63.9	8.0	89
			女	77.8	66.1	11.7	85
联合王国 ^a	1988	出生	男	72.4	58.5	13.9	81
			女	78.1	61.2	16.9	78
美利坚合众国	1985	出生	男	71.2	51.9	19.3	73
			女	78.2	57.9	20.3	74
美利坚合众国	1990	15岁	两性	61.5	42.8	18.7	70
委内瑞拉	1981	出生	两性	58.2	53.8	4.4	92
			男	55.9	44.6	15.5	72
			女	60.7	58.1	2.6	96

资料来源：生命表死亡率数据库文件，《世界卫生年度统计》（世界卫生组织，1993年）。残疾流行率来自联合国残疾统计数据库（DISTAT）。

^a 预期寿命、无残疾预期寿命的值和无残疾预期寿命与预期寿命的比率来自 REVES 1993 年。

苏利文法表明残疾的流行率而不是发生率。使用这一方法对于给定年份每个年龄进入残疾的概率或对开始时的非残疾人口不向我们提供任何情况。在老年人和高龄老年人不断增加的国家，这种信息特别有用。对于保健服务的未来需要，进入残疾的概率（无残疾生存概率）的确切估计将是不可或缺的。²⁶ 通过持续至少一年的纵向研究能够获得这种信息。

通过采用期间（当前）流行率计算健康预期，这种方法假定在假定分组的整个一生中这些残疾率保持不变。这种方法还假定变成残疾的人一生都处于残疾状态。但在现实生活中，情况并非如此，因为并不是所有的残疾都是永久的。还有，用于苏利文法的流行率部分地反映每个年龄分组过去的健康经历，而且不只是目前的发生率。例如，在某些国家今天老年人中部分残疾可能由遥远过去发生的事件所造成，例如第二次世界大战。这些老年人的残疾率将包括在用于计算本年度出生无残疾预期寿命的残疾率中。很显然，没有理由预期今天出生的婴儿在老年期间将有类似的战争相关残疾。因此有人论证说，这种方法不适于预测未来和在一段时间内进行比较。²⁷ 不过，模拟研究表明，苏利文法能够可靠地估计“真实的”期间值，如果在一段时间内残疾发生率变化较慢，就如通常的情况那样，但战时或发生其他巨大灾难时除外。²⁸

有时候，残疾率只能从对不包括生活在机构如养老院中的人们的调查中得到。由于住在机构中的人口很大部分可能身有损伤、残疾或有障碍，如果残疾流行率只是基于来自住户调查的数据，这种流行率将被低估。因此，必须为生活在机构中的人口的比例调整这些比率。通常假定生活在保健机构中的人全都身有残疾、损伤或有障碍。

最后，应当提及，用语“无残疾预期寿命”被人批评为缺乏敏感性，因为该用语暗示残疾是一种坏事，而且健康和残疾是相互排他性的。

注

¹ 《残疾方案和政策统计信息编制手册》（联合国出版物，出售品编号：E.96.XVII.4）。

² F. McGlone F. 和 L. Clarke, “残疾和护理人：非专家政策用户和服务提供方的信息需要”，载于《残疾和护理：考虑的问题和需要》（伦敦，国家统计局）。

³ 《残疾人统计资料编制和传播问题国际讲习班的报告》，1992年10月13至16日（渥太华，加拿大统计局；联合国统计局）。

⁴ 《大会正式记录，第四十八届会议，补编第49号（A/48/49）》，大会，大会1993年12月20日第48/96号决议。

⁵ 《住户调查残疾问题统计概念和方法编制》（联合国出版物，出售品编号：E.88.XVII.4）。

⁶ 《人口和住房普查的原则和建议，第一次修订本》（联合国出版物，出售品编号：E.98.XVII.8）。

⁷ 《住户调查手册，修订本》，统计文件，F辑，方法研究第31号（联合国出版物，出售品编号：E.83.XVII.13）。

⁸ 《健康和活动受限调查》，特殊专题辑，第1卷，加拿大残疾老年人面临的阻碍因素（渥太华，加拿大统计局，目录第82-615号，1990年）。

编制残疾统计资料的准则和原则

第四章 残疾数据的传播和利用

- ⁹ 同上，第 2 卷，残疾对加拿大妇女的部分社会经济后果。
- ¹⁰ 同上，第 3 卷，加拿大失明和视力损伤情况。
- ¹¹ 同上，第 4 卷，加拿大残疾人的休闲和生活方式（1991 年）。
- ¹² 同上，第 5 卷，听力损伤的加拿大人（1992 年）。
- ¹³ 《健康和活动受限调查-1991 年用户指南》（渥太华，加拿大统计局，1991 年），第 48 页。
- ¹⁴ 《残疾、老龄化和护理人调查，1993 年》（堪培拉，澳大利亚统计局，数据参考包，目录第 4432.0 号）。
- ¹⁵ 《人口和住房普查的原则和建议，第一次修订本》（联合国出版物，出售品编号：E.98.XVII.8）。
- ¹⁶ 联合国统计司残疾统计资料网站：<http://esa.un.org/unsd/disability>。
- ¹⁷ 秘书长关于联合国各次主要会议和首脑会议统筹和协调一致的执行情况和后续行动的报告：对会议后续行动方面指标研究工作的评论（E/1999/11）。
- ¹⁸ 《残疾方案和政策统计信息编制手册》（联合国出版物，出售品编号：E.96.XVII.4）。
- ¹⁹ 同上。
- ²⁰ 2000 年人人享有健康战略的执行情况，第三次监测进展：共同框架（日内瓦，世界卫生组织，1993 年，WHO/HST/GSP/93.3）。
- ²¹ 联合国儿童基金会，十年末评估——全面评估进展的指标，行政指令（CF/EXD/1999-03）。
- ²² 关于《标准规则》内目标领域的完整说明，读者应查阅《残疾人机会均等的标准规则》（联合国出版物，出售品编号：E.DPI/1454）。
- ²³ Jean-Marie Robine 和 Isabelle Romieu，“健康活动老龄化：世界不同地区 65 岁健康预期”（REVES，第 318 号文件，1998 年）。
- ²⁴ 健康预期国际网 REVES（Reseau Esperance de vie en Santé）概念统一小组委员会建议，在适合时，应按《ICIDH 分类》将健康预期区分为无损伤、无残疾和无障碍。他们还建议应将无残疾预期寿命区分为功能不受限和活动不受限预期寿命。（功能受限指身体功能具体减少，例如视力、听力或爬楼梯，而活动受限指日常活动具体减少，例如穿衣、洗澡或使用电话。二者都在人身一级说明，与损伤形成对照，它在某个器官或器官系统一级说明）。
- ²⁵ 人人享有健康的目标：支持 2000 年人人享有健康欧洲区域战略的目标，欧洲人人享有健康，卫生组织欧洲区域办事处辑，第 4 号（日内瓦，世界卫生组织，1985 年）。
- ²⁶ A. Colvez，“监测实现健康取得的进步的最低限度指标组：健康访问调查的残疾领域”，Institute Nationale de la Santé et de la Recherche Médicale（INSERM），U.164。
- ²⁷ N. Brouard 和 J. M. Robine，“适用于法国老年人纵向调查的健康预期的计算方法”，载于《健康预期》，J. M. Robine 等人合编（人口普调办，伦敦，1992 年）。
- ²⁸ Mathers C. 和 Robine J. M.（1993 年），通过健康预期变化度量得病率的压缩或扩张，载于健康预期的计算：统一实现的共识和未来展望，Robine J. M. 等人合编，（巴黎，INSERM，和伦敦，John Libbey Eurotext 有限公司，1993 年）。

附 件 一

《ICF 分类》限定值

《ICF 分类》的所有代码都以中性语编写，而且只有附带表明该类别功能或残疾大小或程度的“限定值”时才意义完整。如果没有限定值，代码就没有意义。限定值在小数点后以一位、二位或多位数进行编码，小数点前为表明组分的字母和归属领域的数字。有两类限定值：（a）第一类限定值也称“通用限定值”，用于《ICF 分类》的各组分，和（b）第二类限定值，可用来获得有关某些组分的补充信息。例如，“能力”可以作为第二限定值与活动和参与的组分合用。

按通用限定值规定，《ICF 分类》各组分，即身体功能和结构、活动和参与及环境因素，采用相同方式编码。下文列在括号内的有关定量用语应按相关的分类组分选择。有问题可能意指损伤、受限、限制或障碍，依组分不同而定。

XXX.0	没有问题	（无，缺乏，忽略为计……）	0-4%
XXX.1	轻度问题	（略有一点，低……）	5-24%
XXX.2	中度问题	（中度，一般……）	25-49%
XXX.3	重度问题	（高，极度……）	50-95%
XXX.4	完全问题	（全部……）	96-100%
XXX.8	未订定		
XXX.9	不适用		

如属环境因素，第一个限定值表示某个因素在多大程度上为促进因素或阻碍因素。小数点表示阻碍因素；如为促进因素，使用加号而不是小数点。例如，代码 *e125.2* 表示交流产品不可获得性为中度，而 *e125+2* 则意指这些产品的可获性为中度。

编制残疾统计资料的准则和原则

附件一 《ICF 分类》限定值

表 A.一.1. 《ICF 分类》组分、限定值和第一及第二限定值的部分例子^a

组 分	第一限定值	第二限定值
身体功能(b)	通用限定值使用负性度量法来表示损伤的程度或大小 例子: b168.3 表示语言的具体智力功能严重损伤	无
身体结构 (s)	通用限定值使用负性度量法表示损伤的程度或大小 例子: s730.3 表示上肢严重损伤	用来表示各自身体结构变化的性质 0 结构变化 1 完全缺失 2 部分缺失 3 附属部位 4 异常难度 5 不连贯 6 偏位置 7 结构的性质改变, 包括积液 8 未订定 9 不适用 例子: s7300.32 表示上肢部分缺失。

编制残疾统计资料的准则和原则

附件一 《ICF 分类》限定值

表 A. — .1. (续)

组 分	第一限定值	第二限定值
活动和参与 (d)	活动表现 通用限定值 人目前环境中的问题 例子: d5101.1 表示利用在当前环境中可获的辅助设备清洗全身有轻度困难。	能 力 通用限定值 无帮助下受限情况 例子: d5101.2 表示清洗全身有中度困难, 而且意味着不利用辅助设备或人的帮助有中度困难。
环境因素 (e)	通用限定值使用负性度量法来分别表示阻碍因素和促进因素的程度。 例子: e1320.2 表示教育产品是中度阻碍因素。反之, e132+2 将表示教育产品是中度促进因素。	无

资料来源: 《国际功能、残疾和健康分类——ICF 分类》, 最后草案, 全文版 (日内瓦, 世界卫生组织, 2001 年)。

^a 例子中的代码指组分 (字母)、领域 (小数点前数目) 和限定值 (小数点后数字)。

附 件 二

认定儿童中的残疾的问题：各国调查的例子

A. 新西兰统计局 1996 年住户残疾调查

1. ……失明或……视力有问题而且未用普通眼镜或隐形镜片矫正吗？
2. ……耳聋或……听力有困难而且目前未矫正吗？
3. 由于长期状况或健康问题……说话和让人听懂有任何困难吗？
4. …… 利用任何下列设备吗：
 - (a) 特殊小孩车或手推车？
 - (b) 站立构架？
 - (c) 牙齿矫正架以外的任何类型的托架？
 - (d) 轮椅？
 - (e) 支架、手杖、行走构架或任何其他类型的行走器具？
 - (f) 人造腿、臂、手或脚？
5. 由于已持续或预期持续 6 个月或更长时期的状况或健康问题……使用任何种类设备吗？不算气喘吸入器、牙齿矫正架或垫圈。
6. ……有任何长期的情感、行为、心理、神经或智力健康问题而使他（或她）在家中、学校或游戏时能够从事的活动种类或量受到限制吗？
7. ……有使其活动受到限制的长期肺部状况或疾病吗？
8. ……有使其活动受到限制的长期心脏状况或疾病吗？
9. 有使其活动受到限制的肾状况或疾病吗？
10. 有癌症吗？

11. 有癫痫吗？
12. 有大脑性麻痹症吗？
13. 有长期慢性肠胃状况吗？
14. 是否发育受阻或不能健壮发育？
15. 是否有智力残疾或障碍，或智力发育迟延？
16. 是否有学习残疾？
17. ……是否有任何其他状况或健康问题你还未对我说，他（或她）在学校、游戏或从事任何其他同龄儿童通常能够从事的活动时会因此而受到限制？
18. ……上特殊学校或上正规学校特殊班组吗？
19. 由于学习或发展困难……有任何个人教育计划（IEP）、个人发展计划（IDP）或个人化的方案吗？

**B. 大不列颠及北爱尔兰联合王国人口普查和调查办公室
（人口普调办）1985-1988 年大不列颠残疾调查**

你住户内有任何儿童……

- （a） 由于健康、发展或行为问题而不能做多数同龄儿童能做的事吗？
- （b） 在进食、穿衣、如厕、行走、上下楼梯或从事其他日常活动方面需要通常比同龄儿童更多的帮助吗？
- （c） 由于健康或行为问题、残疾或学习困难而上特殊学校或上普通学校特殊或补助班吗？
- （d） 由于健康或行为问题或残疾而上普通学校但参加学校活动受到限制吗？
- （e） 的健康、行为或发展使人担心他（或她）可能有长期的健康问题、生理或心理残疾或障碍吗？

C. 美利坚合众国全国健康统计中心 1994 年全国健康访问调查

1. 你认为{18 岁以下人的名字} 生理发育有什么显著的问题或延迟吗？
2. {18 岁以下的名字}现在有生理、心理或情感问题而定期服处方药吗？
3. {18 岁以下的名字}因仍然有或随时出现的生理、心理或情感状况而曾经在医院过夜吗？
4. 你认为{1-17 岁的人的名字}现在理解事物有任何问题或延迟认知或智力发展延迟吗？
5. 你认为{1-17 岁的人的名字}现在说话或语言发展有任何问题或延迟吗？
6. 你认为{1-17 岁的儿童的名字}情感或行为发展有任何问题或延迟吗？
7. 由于生理、心理或情感问题，{2-17 岁儿童的名字}与其他同龄儿童相比现在参加紧张活动（例如跑步或游泳）有任何困难吗？
8. 由于生理、心理或情感问题，{2-17 岁儿童的名字}现在与其他同龄儿童游戏或相处有任何困难吗？
9. {5 岁以下人的名字}现在有任何（生理、心理或情感）问题而使他难以咀嚼、吞咽或消化吗？
10. {5 岁以下人的名字}现在需要特殊的医疗设备协助吃饭或如厕吗？

D. 甄别儿童期严重残疾的十个问题

1. 与其他儿童相比，该儿童坐、站或行走有任何严重延迟状况吗？
2. 与其他儿童相比，该儿童白天或夜间视力有困难吗？
3. 看起来该儿童听力有困难吗？
4. 在你告诉儿童做某事时，他（或她）看起来理解你说的事吗？
5. 该儿童行走或手臂活动有困难或他（或她）手臂或腿软弱无力和（或）僵直吗？
6. 该儿童有时会有痉挛、变得僵硬或失去知觉吗？
7. 该儿童象其他同龄儿童一样学会做事吗？

编制残疾统计资料的准则和原则

附件二 认定儿童中的残疾的问题：各国调查的例子

8. 该儿童说话吗？（他 / 她能用言语表达让人听懂吗？他 / 她能说任何可辨认的字眼吗？）

9. 对于 3 至 9 岁儿童，问：“这个儿童说话与正常情况相比有什么不同（其清晰度不足以使直系亲属以外的人们理解）吗？”

9a. 对于两岁儿童，问：“他（或她）至少能叫出一样东西的名字（例如，动物、玩具、杯子、汤匙）吗？”

10. 与其他同龄儿童相比，该儿童在任何方面显得智力上落后、呆笨或迟钝吗？

M. S. Durkin 等人编写，“儿童期残疾十问题甄别的有效性：孟加拉国、牙买加和巴基斯坦基于人口的研究得出的结果”，《流行病学》，第 5 卷，第 3 期（1994 年）。

附 件 三

度量认知和心理功能的手段

本附件所载的手段由荷兰统计局和世界卫生组织欧洲区域办事处合编，作为组织一系列国际磋商发展健康访问调查的共同方法和手段的努力的一部分。所提供的手段用于下列主要慢性认知和心理功能问题：痴呆、智力迟钝和心理失调。还包括一个补充手段用以认定儿童的心理健康问题。

A. 痴呆的评估¹

现将测试方法介绍如下：

我们想了解老年人对于若干问题的看法并调查一些简单任务的完成情况。每个人不时会遇到如下麻烦，记不起熟人的名字，难学新东西，或时不时犯糊涂。不过，你记忆或学习的能力有任何持续不断的问题吗？（是/否）我想就此向你提一些问题。

1. 度量时间定位

然后访问人提以下三个问题并就答复作下述评分。

1. 你能告诉我今天几号吗？（要求对象给出年月日）
2. 你能告诉我今天星期几吗？
3. 请不要看表。你能告诉我现在是几点吗？（访问人务必不能让对象看表或钟）

评 分

星期几：与正确日期相差一天为 1 分，最多 3 分。

几号：与正确日期相差一天为 1 分，最多 15 分。

月份：与正确月份相差一月为 5 分，最多 30 分（限定条件为：如果说明的日期在正确日期 15 天以内，月份不正确不加分，例如把 6 月 2 日说成 5 月 29 日得 4 分）。

年份：与正确年份相差一年为 10 分，最多 60 分（限定条件为：如果说明的日期在正确日期 15 天以内，年份不正确不加分，如将 1993 年 1 月 2 日说成 1992 年 12 月 26 日得 7 分）。

一天中的时间：与正确时间相差 30 分钟为 1 分，最多 5 分。

得分 0: 时间定位正确无误。

得分 1-3: 定位正常。

得分 $\geq$ 4: 定位低下。

2. 受控口说单词联系测试

现将这种测试介绍如下:

我想知道你在 1 分钟内能够说出多少以某个字母开头的单词。不要说专名或数目或结尾不同的同一个词。字母为 F; 你可以开始了。

如果对象难以理解任务, 可以举例说明, 使用一个非指定的字母。在第一个 (F) 测试完成后, 再进行 A 和 S 测试。访问人对访问对象的口头答复作记录。

评 分

记录 3 个 1 分钟测试期间正确单词总数, 它构成原始分, 并依据教育程度、性别和年龄等作调整。校正得分 22 分或低于 22 分列为有缺陷 (97% 的正常对象超过这个成绩)。如果测试采用英语以外的语言, 应谨慎使用调整公式和分界点。理想的情况下, 应与其他 (非英语) 语言制定可比较的标准化数据。

表 A. 三. 1. 教育、性别和年龄的调整公式, 受控口说单词联系测试

受教育年数	男		女	
	55-59 岁	60-64 岁	55-59 岁	60-64 岁
9 或少于 9	+15	+17	+10	+10
9-11	+7	+9	+7	+9
12-15	+5	+7	+5	+7
16+	+1	+3	+1	+3

资料来源: A. de Bruin、H. S. V Picavet 和 A. Nossikov, 《健康访问和调查: 实现方法和手段的国际统一》, 卫生组织区域出版物, 欧洲辑, 第 58 号 (哥本哈根, 世界卫生组织出版物, 欧洲区域办事处, 1996 年)。

3. 本顿视力保持测试

建议将本项测试作为度量视觉和图案短期视力记忆的尺度。测试包括 15 幅图案，每幅展示 10 秒钟，紧接着对象必须从一组四幅图案中将它挑出。得分（正确数）范围 0 至 15。所有不同的形式都有规范表。反常得分范围从低于 6 分（7 岁儿童）至低于 10 分（成人）。

要了解正式手册和版权信息，请联系：心理学公司，555 Academic Court, San Antonio, Texas, 78204，联系部门：客户服务部；或查阅其网站<http://www.psychcorp.com>。

在向代理信息提供人甄别痴呆时，应提下列问题：

1. 对象通常知道今天几号吗？（是/否）
2. 对象通常知道今天星期几吗？（是/否）
3. 对象的记忆力有问题吗？（是/否）

如果答“是”，对象过几分钟后忘记应记住的事吗？（是/否）

4. 对象能够完全自理吗？（是/否）

如果问题 1、2 或 4 的任何答案为“否”，或如果问题 3 的答案是“是”，应提下列问题：

5. 保健专业人员作过痴呆或阿耳茨海默氏病的诊断吗？（是/否）

如果问题 5 的答案是“是”，就能确定痴呆的诊断。如果答案为“否”，只能作出可能痴呆的诊断。

B. 智力迟钝

智力迟钝只应对教育程度低（小学或低于小学程度）和 55 岁以下的人评估。不将教育程度较高的人假定为智力迟钝，而且不提问 55 岁或以上岁数的人以避免与痴呆诊断相混淆。

1. 甄别

在正式评估智力迟钝前可提问下列甄别问题：

1. 你完成学业了吗？（是/否）
2. 你在学校的成绩如何？（好/差）
3. 你在学校不得不不止一次复读一学期或一学年（即留在同一年级）吗？（是/否）
4. 学校或保健专业人员曾对你说你有学习困难吗？（是/否）

如果问题 1 的答案是“否”，或问题 2 的答案为“差”，或问题 3 的答案为“是”，或问题 4 的答案为“是”，那就应对此人进行详尽的智力迟钝测试。

2. 手段：小型智力状况考试

建议进行小型智力状况考试以评估 14-55 岁的人的智力迟钝。

评 分

访问人将每个项目评为正确或不正确。拒绝答复特定项目或“不知道”评为不正确。将正确答案数加起来。得分范围为 0-30 分。将得分 17 或低于 17 的对象视为智力迟钝。

编制残疾统计资料的准则和原则

附件三 度量认知和心理功能的手段

小型智力状况考试

定 位	分数
1. 现在是哪一	年? (1)
	季? (1)
	日? (1)
	天? (1)
	月? (1)
2. 我们在哪里?	州? (1)
	国家? (1)
	镇或市? (1)
	医院? /这个地址? (1)
	层? (1)
登 记	
3. 说出三样东西的名称（苹果、桌子、硬币），每样花一秒钟。说完后再问对象所有三样东西。每个正确答案得 1 分。重复答案直至病人学会所有三样。	(3)
注意和计算	
4. 连续事件。每个正确答案给 1 分。5 个答案后停止。 或者：倒拼 WORLD 的字母。	(5)
回 忆	
5. 问第 3 题中学会的三样东西的名称。每个正确答案给 1 分。	(3)
语 言	
6. 指向一支铅笔和一只表。要求对象随指点说出其名称。	(2)
7. 要求对象重复 “Not ifs, and or buts”	(1)
8. 要求对象服从一个三阶段命令： “右手拿纸。将纸对折。将纸放到地板上。”	(3)
9. 要求对象读出和服从下列指示： “闭上双眼”。（用大字母写下）。	(1)
10. 要求对象写下自选的一句话。	(1)
11. 将印在下面的图案扩大到每边 3 厘米，并让病人复制。	(1)
(合计 = 30)	

3. 代理信息提供人问题

1. 你认为对象的智力能力如何？（好/差）
2. 他（或她）看上去什么都理解吗？（是/否）
3. 他（或她）能读、写和计算吗？（是/否）

如果问题 1 的答案是“差”，或问题 2 或问题 3 的答案是“否”，应问下列问题：

4. 对象曾被诊断为智力迟钝吗？（是/否）

如果问题 4 的答案为“是”，可以作出智力迟钝的诊断。

C. 心理损伤

心理损伤包括焦虑失调、精神分裂症和感情（情绪）的失调。

为对心理损伤进行甄别，建议采用一般健康调查表（GHQ）12 项版本，然后再增加两个甄别问题以检测慢性心理状况。² 一般健康调查表特别适合于在人口调查中检测感情（情绪）失调。对一般健康调查表的一个担心是它是否适于慢性病病人的调查，因为问题只涉及最近数周的变化。有人论证说调查对象可能会对若干措辞消极的项目回答“并不异常”。为补救这种情况，应增问两个甄别问题。

由于一般健康调查表涉及思想和感情问题，多数情况下不为对象以外的人所知，因此没有代理信息提供人版本。

编制残疾统计资料的准则和原则

附件三 度量认知和心理功能的手段

一般健康调查表——12 项版本				
导言： “我们想了解，在过去数周中，你是否有什么病痛，以及你的总体健康状况如何。请回答所有的问题，只需在你认为最接近适用于你的答案下方划线。记住我们想了解目前和最近的病痛，不是你过去曾经有过的病痛。”				
你最近：	得分 0	得分 0	得分 1	得分 1
1. 因忧虑而严重失眠？	一点也不	未见异常	颇为异常	十分异常
2. 时刻感到紧张？	一点也不	未见异常	颇为异常	十分异常
3. 能集中精力做你正在做的事吗？	强于正常	与正常一样	差于正常	大大差于正常
4. 感到你对事情起着有益的作用？	超过正常	与正常一样	有益程度低于正常	大大低于正常
5. 能够直面你的问题？	超过正常	与正常一样	差于正常	远远不能
6. 感到能够决定事情？	超过正常	与正常一样	差于正常	远远不能
7. 感到不能克服困难？	一点也不	未见异常	颇为异常	大大低于正常
8. 总体考虑，感到相当幸福？	超过正常	大体正常	不大正常	远远不正常
9. 能从正常的日常活动中得到快乐吗？	超过正常	大体正常	不大正常	远远不正常
10. 感到不快和沮丧？	一点也不	未见异常	颇为异常	大大低于正常
11. 对自己失去信心？	一点也不	未见异常	颇为异常	大大低于正常
12. 认为自己没有价值？	一点也不	未见异常	颇为异常	大大低于正常

资料来源：A. de Bruin、H. S. V. Picavet 和 A. Nossikov，《健康访问和调查：实现方法和手段的国际统一》，卫生组织，区域出版物，欧洲辑，第 58 号（哥本哈根，世界卫生组织出版物，欧洲区域办事处，1996 年）。

将一般健康调查表-12 的得分为 3 或 3 以上的回答视为可能的患者，而且对于得 2 分或 2 分以下的人应再问以下两个问题：

1. 你因神经问题服用任何片剂或药剂吗？（是/否）
2. 你认为你患有神经系统疾病吗？（是/否）

甄别精神病的问题需要包括症状、自我报告、医生诊断报告、口服药物和注射药物。由于存在着否认的倾向，所有这些情况者都需问到。建议使用下列问题并回答“是”、“无把握”或“否”。将每个问题最后部分任何“是”答案甄别为肯定。

1. 在过去一年中，你有时一连数天不间断地确实感到非常快活吗？
 - (a) 有任何明显原因吗？
 - (b) 你的亲友认为这种情况奇怪或对此有怨言吗？
2. 在过去一年中，你曾感到你的思想受某种外界力量或局外人干扰或控制吗？
 - (a) 这种情况以许多人将会认定难以相信的方式如通过心灵感应发生吗？
3. 在过去一年中，你有时感到有人同你作对吗？
 - (a) 你有时感到有人故意伤害你或损害你的利益吗？
 - (b) 你有时感到有一帮人密谋给你造成严重伤害或损害吗？
4. 在过去一年中，你有时感到周围发生奇怪的事情吗？
 - (a) 你感到十分奇怪以致于其他的人认为极难相信吗？
5. 在过去一年中，你有时听到或见到其他人不可能听到或见到的事情吗？
 - (a) 你在任何时候听到声音说一些字句而当时周围无人可能说这些话吗？

D. 心理健康和社交残疾

与对一般损伤或心理损伤所作的研究相比，对评估与心理损伤联系在一起的社交残疾工作所作的研究较为欠缺。造成这种情况的主要原因是缺乏关于数据收集和分析的适当的指导原则，以及缺乏富有意义的概念框架。³ 因此，使用了许多不同的数据收集技术，包括关于利用保健服务的统计资料（通常是行政和付款手续的副产品）和机构（长期护理）的行政记录。机构能够提供关于社交残疾特别是关于依赖程度的信息。

已开发多种手段来评估社交残疾。下面一个例子是根据 1991 年加拿大健康和活动受限调查（HALS 调查）改编的社交残疾甄别问题：

由于长期的情感、心理、神经或精神状况——即持续了或预计持续 6 个月或更长时间的状

况——你在所能从事的活动的类型或量方面受限吗……

- (一) 在住所或机构？
- (二) 在住所或机构以外的其他活动如旅行、娱乐或休闲？

在《ICIDH 分类》的概念框架内设计的评估长期社交残疾的一个手段，是格罗宁根社交残疾表（GSDS 表）。GSDS 表的目标是获得关于某人社交功能的信息并随后在这种背景下评估他（或她）的残疾。⁴GSDS 表在荷兰格罗宁根大学社交精神病学系内编制，以便改进《ICIDH 分类》基本概念在精神流行病学研究中的度量。从关于社会角色功能的文献和从心理测量学分析的结果来看，似乎八个社会角色领域同研究心理疾病的社会后果相关。这八个社会领域提供一个有益和可靠的评分表，而且对每种角色的若干相关行为（方面）进行了分类。相关的领域如下：

自理角色（身体护理和卫生、个人物品的管理）；
住户中的角色（参加住户活动）；
家庭角色（与出身家庭的关系）；
伙伴角色（与伙伴的情感纽带、性角色或性关系）；
父母角色（与子女的接触和对其福利的关心）；
公民角色（关心和参与社会或社区）；
社会角色（休闲时间的社会联系和活动）；
职业角色（职业或行业或正规日常活动中的角色）。

其中每个领域在 GSDS 表中单独评估。精神病理学不加考虑，因为该手段只是为了用图表说明心理损伤的后果。每种角色的残疾按 4 分表评定如下：0 代表无残疾；1 代表轻微残疾；2 代表明显残疾；而 3 代表严重或最大程度的残疾。

此种手段在设计上应为可从有关个人（对象）或可从信息提供人获得信息，因为 GSDS 表处理能由伙伴或其他信息提供人注意到的可观察的行为。

GSDS 表是一种颇为复杂的手段，而且访问培训是必不可少的。参照期为访问前四周，而且访问的总时间是大约 20 分钟（在各部分都覆盖时）。建议将 GSDS 表用于 16 岁或 16 岁以上的人，因为儿童社交残疾的评估几乎千篇一律地意味着测量精神病理学，即人格和行为问题。

由于心理损伤和残疾而度量功能

除了社交残疾这种心理损伤的主要后果外，还需要将可能由精神失调造成的其他类型的功能残疾考虑进去。这包括失业（由于精神损伤不能全日制工作或丝毫不能工作）、丧失管理住户活动的能力和丧失管理财务的能力（财务依赖、领取福利补助金）。

关于其中某些专题的下列问题来自人口普调办大不列颠精神病发病率调查（1993 年）：

某个心理、神经或情感问题同你离开前一个工作岗位有什么关系吗？

如果“是”：你的雇主要你离开还是你主动离开的？

“你目前不工作的原因是……

你的感觉方式使你无法做任何种类的有偿工作吗？

某个生理问题使你无法做任何种类的有偿工作吗？

你没有找到合适的有偿工作？

或因为你不要或不需要有偿工作？”

调查人们心理残疾造成的功能状况的另一种方法是评估他们对自己的看法。可利用下列 5 个简单题度量耻辱感程度。在大不列颠人口普调办的残疾调查（1985 年）中，将 5 个问题嵌进了焦虑和抑郁症自我评估的利兹表中。下列专注于耻辱感的问题这样评定：“是，肯定”、“是，有时候”、“不，不多”和“不，一点也不”。

1. 我这些天规避他人；
2. 我感到古怪和不同于他人；
3. 我感到不自在和窘迫；
4. 我感到不象过去那样受人注意；
5. 我感到这些天人们在避开我。

E. 认定儿童中行为问题的手段⁵

《强点和困难调查表》用来甄别儿童的情感和行为问题。它包括特指不同的情感和行为的 25 个项目，以及一组后续问题用于被认定其情感、注意力集中、行为或与他人关系存在困难的儿童。调查表有数种不同的格式。下列问题取自用于 4-16 岁儿童的调查表。

强点和困难调查表

请根据过去 6 个月中你子女的行为给出答案。

	不真实	有点真实	肯定真实
A1 体谅他人的感受	☐	☐	☐
A2 坐立不定，活跃过度和不能长时间平静	☐	☐	☐
A3 经常抱怨头痛、胃病或恶心	☐	☐	☐
A4 愿与其他儿童共享（乐趣、玩具、铅笔等）	☐	☐	☐
A5 经常发脾气耍性子	☐	☐	☐
A6 颇为孤僻，喜欢独自玩耍	☐	☐	☐
A7 一般顺从，通常成人叫干什么就干什么	☐	☐	☐
A8 心事重重，经常看起来面带愁容	☐	☐	☐
A9 如果有人受伤、心烦或感到有病，乐于助人	☐	☐	☐
A10 经常烦躁不安	☐	☐	☐
A11 至少有一个好朋友	☐	☐	☐
A12 经常与其他小孩打架斗殴或欺侮他们	☐	☐	☐
A13 经常不愉快、情绪低落或眼泪汪汪	☐	☐	☐
A14 为其他小孩普遍喜欢	☐	☐	☐
A15 容易注意力分散，心神不定	☐	☐	☐
A16 遇到新情况精神紧张或缠着大人，容易丧失信心	☐	☐	☐
A17 善待较小的孩子	☐	☐	☐
A18 经常说谎或欺骗	☐	☐	☐
A19 受其他儿童捉弄或欺侮	☐	☐	☐
A20 经常自愿帮助他人（父母、老师、其他儿童）	☐	☐	☐
A21 三思而后行	☐	☐	☐
A22 从家中、学校或其他地方偷窃	☐	☐	☐
A23 与成人相处比其他儿童相处得好	☐	☐	☐
A24 忧虑重重，易受惊吓	☐	☐	☐
A25 执行任务有始有终，能长时间专心致志	☐	☐	☐

总体上看，你认为你的孩子在下列一个或多个领域如：情感、注意力集中、行为或与他人相处能力等方面有困难吗？

无	是，略有困难	是，肯定有困难	是，严重困难
☐	☐	☐	☐

如果你对这个问题回答“是”，请继续回答问题 2-5。

2. 这些困难存在已多久？

不足 1 月	1-5 个月	6-11 个月	1 年或更长
☐	☐	☐	☐

3. 困难使你孩子烦恼或沮丧吗？

一点不	只一点点	不少	很多
☐	☐	☐	☐

4. 困难干扰你孩子下列方面日常生活吗？

	一点不	只一点点	不少	很多
家庭生活	☐	☐	☐	☐
友谊	☐	☐	☐	☐
课堂学习	☐	☐	☐	☐
闲暇活动	☐	☐	☐	☐

5. 困难给你或家庭造成负担吗？

一点不	只一点点	不少	很大
☐	☐	☐	☐

编制残疾统计资料的准则和原则

附件三 度量认知和心理功能的手段

注

¹ A. de Bruin、H. S. V. Picavet 和 A. Nossikov, 《健康访问和调查: 实现方法和手段的国际统一》, 卫生组织, 区域出版物, 欧洲辑, 第 58 号 (哥本哈根, 世界卫生组织出版物, 欧洲区域办事处, 1996 年), 附件 3。

² 要了解正式手册和版权信息, 请联系 NFER-Nelson Publishing Company Ltd., Darville House, 2 Oxford Road East, Windsor, Berkshire, SL4 1DF, United Kingdom。

³ Chamie M., “残疾研究的调查设计战略”, 《世界卫生统计季刊》, 1989 年, 第 42 卷, 第 122-140 页。

⁴ Wiersma D., A. De Jong 和 J. Ormel, “格罗宁根社交残疾表: 编制、与《ICIDH 分类》的关系和心理测量学特性”, 《国际康复研究杂志》, 1988 年, 第 11 卷, 第 213-224 页。

⁵ 本手段用于社会和社区规划研究 (SCPR) 联合健康调查单位和伦敦大学学院流行病学和公共卫生系进行的 1997 年英格兰健康调查和美国全国健康统计中心 1999 年全国残疾问题健康访问调查 (NHIS-D)。

附 件 四

各国有关利用服务支持的调查题的例子

A. 澳大利亚

澳大利亚统计局 1993 年残疾和老年人调查的调查表分为两大部分：

- (a) 残疾和老龄化；
- (b) 对残疾人和老年人的护理。

除了收集关于长期健康状况和功能限制的信息外，调查还收集了关于回答人的帮助需要和这种需要得到满足的程度的信息。这项调查调查了正规和非正规护理这两个方面：“得到的个人帮助”包括说明提供护理的人，所提供护理的类型和提供护理所花的时间。还收集了关于功能不受限制的老年人口、关于他们对家务和交通帮助的需要、他们参与社区活动和他们可能有的任何应急安排的信息。

在有关人口中，调查询问了下列方面需要帮助的情况：“个人护理活动”（即淋浴/盆浴、穿衣、吃饭/进食、如厕和大小便控制）、“活动”（即出门到其他地方，住宅周围走动，上下床或起坐于座椅）、“口头交流”、“保健”（即服药/包扎伤口、护足）、“料理家务和看家护园”、“做饭”、“财务管理/书写书信”、“交通”和“紧急安排”等。对每项活动重复下述问题：

你什么时候需要帮助或监督……吗？（是/否）

如对上述问题答“是”，问“你刚才告诉我你……需要帮助或监督。你总需要帮助吗？”（是/否）

是否通常有人提供这种帮助？（是/否）

如果答“是”，问“谁通常提供这种帮助？”

非正规护理人包括配偶/伴侣、母亲、父亲、女儿、儿子、儿媳、女婿、其他亲属、朋友/邻居。正规护理人包括家庭护理人/家庭佣人/市场杂务工、私人安排的佣人/商业性提供的服务、流动餐、志愿社区援助计划、理疗人员、治鸡眼者/足病医生、语言治疗人等。如果此人接受一人以上的护理，需认定主要提供人。如果主要提供人是正规护理人，就问下列问题：

你是怎么找到（这种护理人/服务）的？

你感到（这种/这些）任务需要（更多）帮助吗？

如果“是”，问，

- （a） 哪项任务你最需要（更多）帮助？
- （b） 你这方面没有得到有组织的服务系统如住宅和社区护理方案（更多）帮助的主要原因是什么？
- （c） 你这方面没有得到家庭或朋友（更多）帮助的主要原因是什么？

B. 加拿大

加拿大统计局 1986 和 1991 年健康和活动受限调查（HALS 调查）包括有关利用服务和他人帮助的问题（调查表 C 部分：“日常活动”）。这些问题的部分例子如下：

C1. 通常谁准备你的膳食？

- 你本人独自
- 你本人和另一人
- 另一人

C2. 这是因为你的状况或健康问题吗？

- 是
- 否

C3. 谁帮忙准备你的膳食？

- 丈夫、妻子或伴侣
- 儿子
- 女儿
- 父母
- 兄弟姐妹
- 其他亲属
- 朋友或邻居
- 志愿组织或机构
- 私营组织或机构

C4. 你得为这些服务支付现金，即你不由任何来源补偿吗？

- 是
- 否

编制残疾统计资料的准则和原则

附件四 各国有关利用服务支持的调查题的例子

C5. 由于你的状况，你准备膳食需要帮助或额外帮助吗？

是

否

对于下列活动提类似的问题：

(a) 采购食品杂货

(b) 日常家务

(c) 家务重活

(d) 个人财务管理

(e) 在自己住所内走动

C 部分最后问下列问题：

C35. 在过去 3 个月中，包括正规医疗、咨询或治疗，你看过_____或与之交谈多少次？

牙医

护士

脊椎指压治疗者

心理学家

物理治疗学家

家庭医生或普通医师

医疗专家

任何其他保健专业人员：请具体说明_____

C36. 你获得这些服务有任何困难吗？

是

否

C37. 你获得这些服务有什么困难？我来念一份清单。请一一回答“是”或“否”。

费用高昂

需要某人协助作出安排或陪伴你同行

没有适当的交通工具

地点离得太远

设施或服务不能利用

体力不支不能前去

其他：请具体说明_____

C38. 过去 12 个月中你作为病人在医院、疗养院或康复院过过夜吗？

是

否

C. 肯尼亚

1981 年肯尼亚残疾人调查问过下列问题。问题向被认定为患有残疾的人提出。

你的残疾需要医疗吗？（是/否）

如果“是”：

- （a） 你多长时间就需要医疗？（探问每周、每月或每年需要医疗几次）
- （b） 通常你从哪里获得医疗？ a. 政府医院； b. 教会医院； c. 流动诊所； d. 医务室； e. 其他：请具体说明_____
- （c） 你去医疗点有多远？
- （d） 你去医疗中心使用什么交通工具？
- （e） 如果你乘坐公共车辆，每次出行车钱多少？

D. 荷兰

荷兰统计局 1986/1988 年健康访问调查中，关于“利用服务和支持”的问题并不是专对残疾人口的，抽样人口中每人都被问及此类问题。调查覆盖下列服务：向普通医师、专家和牙医咨询；服用处方药和非处方药；住院；以及回答人利用其他保健设施的总括一览表。

1. 普通医师（GP）咨询：包括在普通医师开业诊所咨询，普通医师出诊，但也包括电话联系，进行预约除外。

自……以来，在过去 2 个月中你多经常探视你的普通医师或与之谈话？（也包括临时代理的咨询）

如果从未：你能说出上次你在什么时候咨询了你的普通医师吗？

关于过去 2 个月中的咨询：

在这 2 个月中，你在何时第一次/第二次/等等咨询了你的普通医师？

你为何原因咨询你的普通医师？（提及疾病或病痛）

咨询在何地或如何进行：在普通医师开业诊所、在家中，通过电话或其他方式？

将你转诊给专家、医院或其他某个给予协助的机构吗？如果“是”，转诊给谁？

是你主动向你的普通医师咨询的吗？

2. 专家咨询：不算去住院诊所，但确实要算非住院治疗，也包括急救和 X 线透视。

自……以来，在过去 2 个月中你多长时间咨询一次专家？

如果从未：你能说出你上次何时咨询过一名专家吗？

关于过去 2 个月中的咨询：

在这 2 个月中，你何时第一次/第二次/等等咨询过一名专家？

你咨询什么类型的专家？

你因什么样的病痛、疾病或治疗而去看专家？

咨询是在医院、医院的门诊部还是其他地方？

你因这种疾病/病痛治疗第一次看专家还是后续探视？

如果这是第一次，探视是如何安排的？（主动，普通医师提出转诊，专家召请，其他方式）

转诊/召请/请求与这次探视之间相隔多长时间？

3. 药品：不算住院期间用药或（避孕）药丸。

在过去两周内给你开了任何处方药吗？（这里指开处方，不是药品的服用。）

在过去两周内你服用过任何处方药吗？

如果“否”：你上次何时服用过任何处方药？

如果“是”：服用了何种药和处方是谁开的：普通医师、专家或他人？（附 16 种药品单）

在过去两周内你服用过任何非处方药吗？（这里指的是从药房或药商购买的非处方药。）

如果“否”：你上次何时服用非处方药？

如果“是”：你服用了什么类型的药？（附 11 种药品清单）

你服用避孕药丸吗？（只对 16 至 49 岁妇女。）

4. 住院：不包括因分娩住院。

自……以来，你在过去一年内住过医院或诊所吗？

如果“是”：多少次？

如果“否”：你能告诉我你上次何时住的院？

关于过去一年内住院：

你何时住的院？

住进哪家医院？（注明医院名称和地点）

你在医院住了多少夜？

你因何种状况住进医院？

你住院期间接受手术了吗？

5. 牙医咨询

自……以来，在过去 2 个月中你多长时间探视一次牙医？

如从未：你能说出你上次何时看的牙医吗？

关于过去 2 个月内的咨询：

在过去 2 个月内，你何时第一次/第二次/等等看的牙医？

你是因牙痛、定期检查还是长期治疗而去看牙医？

对你的牙做了什么治疗？（只是检查、拨（臼）齿、补（臼）齿、齿冠或齿桥、牙齿校准、涂氟治疗、除牙垢、其他治疗）

如果拔牙或补牙：拔了/补了多少颗牙？

6. 其他保健服务一览表

自……以来，在过去一年中你利用过下列任何保健服务吗？

编制残疾统计资料的准则和原则

附件四 各国有关利用服务支持的调查题的例子

物理疗法（未住院）；

备选医师，不是你自己的医师，例如顺势疗法医生、针灸医生、自然疗法医士、催眠师或超自然医师或其他备选医师；

区域性社区心理保健学会、酒精和毒品成瘾者治疗中心或其他类似的机构；

“跨协会”援助（地区护士、特殊器具）；

家庭寄宿、老年人关怀；

普通社会工作

E. 大不列颠及北爱尔兰联合王国

下面转载的是人口普查和调查办公室进行的 1985-1988 年成人残疾调查的保健和社会服务部分的节选问题。每个问题前面的编号指调查表中的项目。

S 保健和社会服务

S1. 在过去一年中你就健康问题/残疾多长时间探视一次你的家庭医生或普通医师？

包括看合伙人或临时代理人

次数

不包括看医生的探视，例如只是为了取处方

从未

(a) 你一般探视外科医生还是医生到你家中给你看病？

探视外科医生

医生家访看病

S2. 过去 12 个月中你作为住院病人进医院就你的健康问题/残疾接受过治疗或测试吗？

是...

否...

(a) 过去 12 个月你住进医院多少次？

住院次数...

(b) 你住院多久？（总共）

（如果不足 1 月）天数

（如果超过 1 月）多少周

	(a)
0	S2
1 2	
	(a)-(c)
1 2	S3

(c) 你住院时看过本卡上所列的哪些人？

出示卡 S2/S4		是	否
对所有 适用者 编码	会诊医师.....	1	2
	其他医生.....	1	2
	射线照相师.....	1	2
	物理治疗师.....	1	2
	职业治疗师（OT）.....	1	2
	语言治疗师.....	1	2
	听力治疗师或技师.....	1	2
	配镜师或验光师.....	1	2
	治鸡眼师.....	1	2
	营养师	1	2
	心理学家.....	1	2
	精神治疗师.....	1	2
	假肢/器械配制师.....	1	2
	卫生访视员.....	1	2
	医院社会工作人员.....	1	2
	护士.....	1	2
	其他（具体说明）.....	1	2

S3. （除开你刚刚告诉我看医生/住院的情况外），过去一年中你去过医院或诊所或其他地方治疗或检查你的健康问题/残疾吗？

是
否

包括去医院、日夜医院、诊所、私立会诊室
不包括参加日间护理中心或福利工场

(a) 过去一年中你去过多少不同的地方接受治疗或检查？

次数

1	(a)
2	S8
	S4

S4. 就去的每个地方圈出次数，并说明和提问（a）至(d)

圈出次数

说明去的地方（例如，医院/诊所，等等）

（a） 过去一年你去过这家医院/诊所多少次？

次数

（b） 你去时通常在那里停留

持续时间提示
一两个小时
半天
或一整天？

（c） 在这一医院/诊所你通常看其中哪些人？

展示卡 S2/S4

对所有
适用者
编码

会诊医师
其他医生
射线照相师
物理治疗师
职业治疗师（OT）
语言治疗师
听力治疗师或技师
配镜师或验光师
治鸡眼师
营养师
心理学家
精神治疗师
假肢/器械配制师
卫生访视员
医院社会工作人员
护士
其他（具体说明）

1	2	3	4
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3
是 否	是 否	是 否	是 否
1 2	1 2	1 2	1 2
1 2	1 2	1 2	1 2
1 2	1 2	1 2	1 2
1 2	1 2	1 2	1 2
1 2	1 2	1 2	1 2
1 2	1 2	1 2	1 2
1 2	1 2	1 2	1 2
1 2	1 2	1 2	1 2
1 2	1 2	1 2	1 2
1 2	1 2	1 2	1 2
1 2	1 2	1 2	1 2
1 2	1 2	1 2	1 2
1 2	1 2	1 2	1 2
1 2	1 2	1 2	1 2
1 2	1 2	1 2	1 2
1 2	1 2	1 2	1 2
1 2	1 2	1 2	1 2

继续展示卡 S2/S4

(d) 你最经常见卡上哪位专家?

(一) 你每次通常看同一人(个人)?

是 1

否 2

(二) 你每次想看同一人(个人)?

是 1

否 2

不在乎 3

输入代码

(问题 S5-S7 不列入)

S8. 这里是一份上门给人治疗健康问题或残疾的人员名单。其中
任何人过去一年中探望过你吗?

是 1

否 (a)-(e)

(e)

卡 S8	
地区护士	1
护理辅助人员(例如洗澡护理员)	2
社区精神病护士	3
社区心理障碍护士	5
卫生专访员	6
其他社区护士(她作些什么?)	4
物理治疗师	7
职业治疗师	8
治鸡眼师	9
语言治疗师	10
不知他们是谁	11

附件四 各国有关利用服务支持的调查题的例子

		1	2	3	4	5
(a) 给人的号码编代码 (从卡上)						
(b) 如果给 4 或 11 编码, 填人名; 说明该护士作些什么						
(c)多长时间来一次?						
每天或差不多每天	1	1	1	1	1	1
每周 2 至 3 次	2	2	2	2	2	2
每周 1 次	3	3	3	3	3	3
1 周至少 1 次	4	4	4	4	4	4
如果在 (a) 项中给 7-9 编码						
(d) 你向.....支付什么吗?						
是否	1-(i) 2	1-(i) 2	1-(i) 2	1-(i) 2	1-(i) 2	1-(i) 2
如果“是”,						
(一) 你每周支付多少?	£ p	£ p	£ p	£ p	£ p	£ p
金额						
不详	9	9	9	9	9	9

是否

1	S9
2	

139

S9. 这是一份对有健康问题和残疾的人及其家庭有所帮助的服务清单。过去一年中你得到过其中任何服务吗？

是否

1
2

(a)-(e)
S10

展示卡 S9

卡 S9	
社会服务家庭佣人	12
送食服务	13
洗衣服务	14
大小便失禁服务	15
守夜服务	16
盲人活动/技术官员	17
社会工作者	18
志愿工作者	19
探望服务	20
私营家庭帮工	21
私营护理工	22
出入/保安官员	23
其他（请说明）	24

编制残疾统计资料的准则和原则

附件四 各国有关利用服务支持的调查题的例子

如果对任何一项签“是”，在纵列上端圈编号并为每项服务填（a）至（e）项。

	1	2	3	4	5
(a) 圈服务号（从卡上）					
(b) 服务名称/说明					
(c)多长时间来一次？					
每天或差不多每天.....	1	1	1	1	1
1周2至3次.....	2	2	2	2	2
1周1次.....	3	3	3	3	3
1周至少1次.....	4	4	4	4	4
(d) 你为.....支付什么吗？					
是否	1-(i) 2	1-(i) 2	1-(i) 2	1-(i) 2	1-(i) 2
如果“是”					
(一) 你每周支付多少？	£ p	£ p	£ p	£ p	£ p
金额 不详	9	9	9	9	9
如果有一名社会服务家庭佣人（代码12）					
(e) 你一周雇家庭佣人多少小时？					
小时					
如果各周不同，给出平均数					

F. 美利坚合众国

全国健康统计中心进行的年度全国健康访问调查 1994 年补充部分包括关于所得到的帮助的问题。单列的问题审查服务利用、残疾人特殊方案福利和儿童的特殊健康需要等情况。多数问题向住户全体成员提出。

1. 关于所得帮助的问题

调查表的一部分有关个人从事日常生活（手段性）活动所得到和（或）所需的帮助。这些问题向 5 岁及 5 岁以上的人提出。调查表利用两阶段程序。在第一阶段，用下列问题甄别人们：

由于生理、心理或情感问题，……在下列方面得到另一人帮助吗？

- (1) 盆浴或淋浴（是/否）
- (2) 穿衣（是/否）
- (3) 吃饭（是/否）
- (4) 上下床或起坐于椅子（是/否）
- (5) 利用厕所，包括去厕所（是/否）
- (6) 住宅内走动（是/否）

由于生理、心理或情感问题，……需要提醒从事〔其中任何/任何下列〕活动或在从事这些活动时需要某人在近旁吗？

就〔上述〕哪项活动而言……需要提醒或需要有人在近旁？

如果对上述任何问题的答案为“是”，就补充提问使用何种特殊设备从事活动和此人在从事活动时遇到的问题的性质。关于所得到的帮助，提出下列问题：

你说……在〔提及上述 1-6 项活动〕时得到帮助，需要提醒或需要有人在近旁。

谁给予这种帮助？

- (1) 住户成员
 - 亲属
 - 非亲属
- (2) 非住户成员
 - 亲属
 - 非亲属

(3) 任何其他人?

任何此种帮助有偿吗? (是/否)。如果答案为“否”，问是否只从配偶/子女/父母得到帮助。

给哪种帮手支付报酬?

- (1) 住户成员
 - 亲属
 - 非亲属
- (2) 非住户成员
 - 亲属
 - 非亲属

对于此人需要帮助，需要提醒或使用特殊设备的每种活动，问如果……不从另一人得到帮助和（或）不使用特殊设备……，在从事活动时将有多大困难。对于从事日常生活手段性活动问同一组问题，这类活动包括准备自己的膳食，采购个人用品（例如盥洗用品或药品），管理钱财（例如记录费用或支付帐单），使用电话，从事繁重家务劳动（擦洗地板、擦洗窗户和从事繁重的庭院劳动）和轻松家务劳动（洗碗碟、整理、一般清洁工作或清扫垃圾）。

2. 关于利用特殊服务的问题

调查表的另一部分专注于残疾人的特殊服务的利用。

(a) 18岁及18岁以上成年人

一、 有偿工作便利

有些方案帮助残疾人发展有偿就业的技能和机会。在过去的12个月中，……参加过福利工场、过渡性工作培训或补贴性就业吗? (是/否)

如果“是”，……在过去12个月中参加过哪个方案?

……现在列在其中任何方案的候选名单上吗? (是/否)

二、 工作期间的社交活动

在过去的12个月中，……前往在工作时间内提供社交、娱乐和发展活动的残疾人日间活动中心吗 (是/否)

.....现在列在某个日间活动中心候选名单上吗？（是/否）

三、 物理疗法

在过去的 12 个月中，接受过任何物理治疗吗？（是/否）

.....获得物理治疗的状况持续存在或预计至少再持续 12 个月吗？（是/否）

.....获得物理治疗的主要状况是什么？状况清单。

四、 职业疗法

在过去的 12 个月中，接受了任何职业治疗吗（是/否）

.....获得职业治疗的状况持续存在或预计至少再持续 12 个月吗？（是/否）

.....获得职业治疗的主要状况是什么？状况清单。

五、 职业康复

职业康复向残疾人提供设备和服务以提高他们的工作能力或独立生活能力。

.....通过职业康复获得了任何设备或服务吗？（是/否）

在过去的 12 个月中，有问题管理人吗？（是/否）（问题管理人协调有特殊需要的人的个人护理及社会服务或医疗服务。）

如果“是”，在过去的 12 个月中，需要问题管理人以协调个人护理或社会或医疗服务吗？（是/否）

.....有法院指定的法定监护人吗？（是/否）

（b） 儿童（18 岁以下）

.....现在定期去看医生或医疗专家接受例行体检以外的检查吗？

.....现在定期找顾问、精神病学家、心理学家或社会工作人员吗？

在过去的 12 个月中，接受了任何物理治疗吗？

在过去的 12 个月中，接受了任何职业治疗吗？

编制残疾统计资料的准则和原则

附件四 各国有关利用服务支持的调查题的例子

.....现在在家中接受任何物理治疗或职业治疗吗？这包括你、其他家庭成员、朋友、志愿人员或有偿专业人员给予的治疗。

治疗费谁付？

.....在任何其他地方即家中以外的地方接受任何物理或职业治疗吗？

.....在学校、在学校以外的地点或在这两个地方接受这种治疗吗？

除了物理或职业疗法外，.....现在在家中还进行任何（其他的）医疗或健康程序吗？

كيفية الحصول على منشورات الأمم المتحدة

يمكن الحصول على منشورات الأمم المتحدة من المكتبات ودور التوزيع في جميع أنحاء العالم . استعلم عنها من المكتبة التي تتعامل معها أو اكتب إلى : الأمم المتحدة ، قسم البيع في نيويورك أو في جنيف .

如何 购取 联合国 出版物

联合国出版物在全世界各地的书店和经售处均有发售。请向书店询问或写信到纽约或日内瓦的联合国销售组。

HOW TO OBTAIN UNITED NATIONS PUBLICATIONS

United Nations publications may be obtained from bookstores and distributors throughout the world. Consult your bookstore or write to: United Nations, Sales Section, New York or Geneva.

COMMENT SE PROCURER LES PUBLICATIONS DES NATIONS UNIES

Les publications des Nations Unies sont en vente dans les librairies et les agences dépositaires du monde entier. Informez-vous auprès de votre libraire ou adressez-vous à : Nations Unies, Section des ventes, New York ou Genève.

КАК ПОЛУЧИТЬ ИЗДАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ

Издания Организации Объединенных Наций можно купить в книжных магазинах и агентствах во всех районах мира. Наводите справки об изданиях в вашем книжном магазине или пишите по адресу: Организация Объединенных Наций, Секция по продаже изданий, Нью-Йорк или Женева.

COMO CONSEGUIR PUBLICACIONES DE LAS NACIONES UNIDAS

Las publicaciones de las Naciones Unidas están en venta en librerías y casas distribuidoras en todas partes del mundo. Consulte a su librero o diríjase a: Naciones Unidas, Sección de Ventas, Nueva York o Ginebra.
