

残疾儿童少年社区生活样态调查及社区融入 推进策略分析*

关文军 刘菁菁 王春晖

【摘要】运用自编问卷以 393 名残疾儿童少年家长为研究对象,调查和分析了残疾儿童少年社区融入的特点。结果发现,社区居民对残疾儿童少年的接纳态度与残疾类型和年龄高相关,残疾儿童少年参与社区生活的领域有限且便利性程度低,社区交往对象集中于家庭成员且主动性弱,社区康复以医疗康复为主且服务内容单一,社区教育侧重于体育、艺术和教辅培训且通达性低。基于此,本研究提出转变残疾理解模式,提升社区居民对残疾儿童少年的接纳度;改造(进)无障碍环境,提升残疾儿童少年社区参与的便利性;扩展社会关系网络,激发残疾儿童少年社区参与的主动性;健全社区康复体系,满足残疾儿童少年的社区康复需求;完善社区教育资源,保障残疾儿童少年的社区参与通达性等推动残疾儿童少年社区融入的建议。

【关键词】残疾儿童少年;社区融入;生活样态

【中图分类号】G212.2 **【文献标识码】**A **【文章编号】**2095-0810(2022)48-0076-12

Study on the Life Style of Disabled Children and Adolescents in Community and Analysis on the Promotion Strategy of Community Integration

GUAN Wen-jun, LIU Jing-jing, WANG Chun-hui

【Abstract】 By deploying a self-developed questionnaire and taking 393 disabled children's parents as the research subjects, this research investigates and analyzes the characteristics of community integration of disabled children and adolescents. The results show that the acceptance of community residents towards disabled children and adolescents is highly related to the types of their disability and age. The degrees that disabled children and adolescents involved in community life and their life convenience are very limited, while their poor community communication is confined to family members. The community hospitals take the main responsibility for the disabled children's rehabilitation, but the service coverage is not sufficient. The community education focuses on art, sports and school subjects' auxiliary training, however the accessibility is low. Based on this, the research puts forward some suggestions to promote the community integration of disabled children and adolescents, such as to change the understanding of disability from a charity, medical perspective to a social perspective in order to improve the community's acceptance; to renovate the barrier-free environment so as to improve the convenience of their community participation, to expand social relations networks to stimulate the disabled children and adolescents' community participation willingness, to improve the community rehabilitation system so as to meet the needs of disabled children and adolescents, and to improve and enrich community education resources to ensure community participation of disabled children and adolescents.

【Key words】 Disabled children and adolescents; Community integration; Living style

* 基金项目: 国家社科基金一般项目“我国西部地区少数民族残疾儿童少年社会融合研究”(18BMZ086)

作者单位: 新疆师范大学教育科学学院 乌鲁木齐 830017

作者简介: 关文军 博士 副教授 博士生导师; 研究方向: 特殊儿童社会融合

刘菁菁 硕士研究生; 研究方向: 融合教育

通讯作者: 王春晖 硕士 讲师; 研究方向: 特殊儿童早期干预, 儿童心理与教育; 654016854@qq.com

1. 问题提出

消除歧视和排斥,构建包容和谐的社会环境,保障残疾人“平等、充分地参与社会生活,共享社会物质文化成果”^[1],是党和政府残疾人事业发展的基本方向。社区是宏观社会的缩影,不仅是社区成员共同生活的基本场所,也是社区成员进行互动、交往的重要平台。社区融入,即建立在社区成员共同生活的社区基础上的社区成员的适应性状态和各种活动。Wong 等人(2002)总结了心理健康研究文献中社区整合的概念和操作定义,提出了由三个维度组成的社区整合模型,将社区融入分为物理融入、心理融入和社交融入三个维度^[2]。其中,物理融入(physical integration)是指个体参与社区公共活动与事务、享受公共服务的过程,反映为社区生活和服务参与的便利性和通达性;心理融入(psychological integration)是指个体对自身和其他社区成员社区身份的认同,反映为社区成员间的相互接纳程度;社交融入(social integration)则是指个体与社区其他成员在社区交流交往中达成的积极、互惠的情感联系,反映为社区交往对象的广泛性和社交活动的主动性。由于日常出行不便,残疾人的社会活动大多都在其所居住的社区内进行。能否顺利融入其所生活的社区,是残疾人能否达成其他层面融合的基础,也是残疾人最终能否实现社会融合的重要前提。因此,残疾人社区生活的基本样态,很大程度上就能反映该地区残疾人社区融入的基本状况和社区融入的质量。

近年来,随着国家对残疾人事业发展的高度重视、各项保障性法律法规与制度的健全和完善,残疾人参与社区生活的领域在不断扩展,机会在不断增多。相关研究也逐渐开始关注残疾人社区生活和社区融入的诸多方面。从文献分析情况来看,已有的研究主要涉及社区居民对待残疾人的接纳态度、社区参与、社区交往、社区支持、社区康复、社区就业等内容。例如,熊欢等(2020)针对城乡居民对残疾人的接纳态度进行调查,发现城乡居民对残疾人的接纳态度整体比较积极,但依然存在性别、年龄以及接触经验和频率的差

异^[3]。李令岭等(2015)认为“城乡二元社区康复差距大,社区康复资源匮乏,康复保障体系不完整和服务管理薄弱”是当前我国残疾人社区康复的突出问题^[4]。张明杰(2019)针对促进听力残疾人参与社区文化活动开展了社工服务项目实践,并探讨了社会工作介入残疾人社区融合的效能,发现社工介入后,听力残疾人的人际交往能力的改善可以带动其他问题的改观^[5]。王亚文(2021)调查分析了Y市H社区残疾人的就业需求和当前该社区就业服务供给的现状,发现“就业供给数量不足、类型有限、结构失衡、质量不高,就业服务支持主体合作意识淡薄、专业服务人员数量不足”等是社区残疾人就业服务工作中的突出问题^[6]。刘雅丽(2017)、毛雨(2019)等运用社会工作介入的方式,试图帮助残疾人构建自己的社会支持网络,提升其社会交往的信心,取得了较好的服务效果^[7-8]。

这些研究几乎涵盖了残疾人社区生活的各个侧面,既有调查研究,又有干预介入,对于我们分析了解残疾人社区生活的基本情况和社区融入质量、改善残疾人社区生活质量提供了重要资料 and 有效借鉴。但总体来看,已有的研究多以成年残疾人为研究对象,很少关注到残疾儿童少年。对于残疾儿童而言,社区是他们除学校之外最经常活动和交往的场域;对于义务教育结束后的残疾少年而言,他们中除少数继续接受职业教育或高等教育后可以获得职业发展机会外,多数残疾少年并未能实现就业自立,居家养护就成了他们生活安置的唯一出路。因此,社区可能就意味着他们一生生活的最主要区域。从这个角度而言,残疾儿童少年的社区生活样态就能高度反映他们的社区融入质量,甚至可以据此推测他们未来的社会融合质量。基于此,本研究依据Wong 等人(2002)社区整合模型中对于社区融入的划分维度,从社区居民对待残疾儿童少年的态度(心理融入)、残疾儿童少年社区交往的对象和质量(社交融入)以及残疾儿童少年参与社区生活的主要领域及便利性、社区康复的资源和服务水平、社区教育的资源及通达性(物理融入)五个方面出

发，以残疾儿童少年家长为研究对象开展调查，并基于这些调查结论，对残疾儿童少年社区融入的推进策略进行了分析，提出了相应对策和建议。

2. 研究设计

2.1 研究对象

本研究在新疆、浙江、云南、山东等 13 个省份采用目标抽样方式，从特殊教育学校、普通学校、康复机构等部门随机选取残疾儿童少年家长作为研究对象。共发放问卷 447 份，回收有效问卷 393 份，问卷有效回收率 87.9%。其中，残疾儿童父亲 148 名，母亲 164 名，其他抚养人 81 人。涉及残疾儿童少年类型包括视力残疾（87 人）、听力残疾（57 人）、智力残疾（86 人）、精神残疾（主要为孤独症，45 人）、肢体残疾（32 人）、言语残疾（45 人）及多重残疾（主要为脑瘫儿童，41 人）；年龄分布为 6 岁及以下 122 人，7-14 岁 218 人，15 岁及以上 53 人；地域分布为城区 299 人，乡村 94 人。

2.2 研究工具

本研究工具为自编《残疾儿童少年社区融入情况调查问卷》。问卷包括两个部分，第一部分为残疾儿童少年及家庭基本情况，涉及残疾儿童的

类型、年龄、主要抚养人基本信息等；第二部为残疾儿童少年社区生活样态及社区融入情况调查，包含社区居民对残疾儿童少年的接纳态度、残疾儿童少年参与社区生活的主要领域及便利性、残疾儿童少年社区交往的对象和主动性、残疾儿童少年社区医疗的资源及服务水平、残疾儿童少年社区教育的资源及通达性等五个方面。正式调查前，本研究邀请相关领域专家对问卷的结构和题项做了评定和修正，保障了问卷内容的效度。

2.3 数据收集与分析

通过特殊教育学校、康复机构、普通学校等单位委托教师统一面向残疾儿童少年家长采用问卷星发布问卷。问卷使用统一指导语。回收问卷后，采用 SPSS 23.0 对数据进行整理和统计分析，主要采用频数统计、交叉列联表和卡方检验等方法。

3. 研究结果

3.1 家长感知到的社区居民对残疾儿童少年的接纳态度

表 1 显示，社区居民对残疾儿童少年整体接纳态度趋于积极（比较积极和非常积极的总和占 55.2%， $M_{总}=3.5$ ），但社区居民对不同类型残

表 1 社区居民对不同类型残疾儿童少年的接纳态度差异比较（ANOVA）

残疾类型	残疾儿童少年家长感知到的接纳态度（n/%）					$M \pm SD$	F	p
	非常积极	比较积极	一般	比较排斥	非常排斥			
视力残疾	33（37.9）	35（40.2）	16（18.4）	3（3.5）	0（0）	4.1 ± 0.8		
听力残疾	15（26.3）	27（47.4）	11（19.3）	2（3.5）	2（3.5）	3.9 ± 1.0		
智力残疾	10（11.6）	22（25.6）	26（30.3）	10（11.6）	18（20.9）	3.0 ± 1.3		
精神残疾	3（6.7）	5（11.1）	9（20.0）	12（26.7）	16（35.5）	2.3 ± 1.3	50.9***	0.000
肢体残疾	25（78.1）	3（9.4）	2（6.3）	1（3.1）	1（3.1）	4.6 ± 1.0		
言语残疾	30（66.7）	6（13.3）	6（13.3）	2（4.5）	1（2.2）	4.5 ± 0.9		
多重残疾	1（2.4）	2（4.9）	4（9.8）	13（31.7）	21（51.2）	1.8 ± 1.0		
总体	117（29.8）	100（25.5）	74（18.8）	43（10.9）	59（15.0）	3.5 ± 1.4		

疾儿童少年的接纳态度存在显著差异 ($F=50.9$, $p<0.001$)。具体而言,社区居民对视力残疾、听力残疾、肢体残疾、言语残疾儿童少年的接纳态度整体比较积极 (M 值均大于或接近 4),对智力残疾、精神残疾和多重残疾儿童少年整体比较排斥 (M 值均小于 3),呈现出“残疾类型越复杂,排斥程度越高”的特征。

表 2 显示,年龄也会影响社区居民对残疾儿童少年的接纳态度 ($F=23.8$, $p<0.001$),呈现出“年龄增长,排斥程度逐渐升高”的趋势。

3.2 残疾儿童少年参与社区生活的主要领域及便利性

表 3 显示,残疾类型会影响残疾儿童少年参与社区生活的主要领域 ($\chi^2=242.9$, $p<0.001$)。具体而言,视力残疾、智力残疾、精神残疾和多重残疾儿童少年均以居家生活为主,较少参与其他社区生活(如文娱活动、邻里交往、生活购物);听力残疾、肢体残疾和言语残疾儿童少年可参与的社区生活领域相对广泛,呈现出“残疾类型越复杂,可参与社区生活的领域越狭窄”的

表 2 社区居民对不同年龄段残疾儿童少年的接纳态度差异比较 (ANOVA)

不同年龄段	残疾儿童少年家长感知到的接纳态度 (n/%)					$M \pm SD$	F	p
	非常积极	比较积极	一般	比较排斥	非常排斥			
6 岁及以下	62 (50.8)	30 (24.6)	16 (13.1)	10 (8.2)	4 (3.3)	4.2 ± 1.1	23.8***	0.000
7-14 岁	45 (20.6)	54 (24.8)	50 (22.9)	30 (13.8)	39 (17.9)	3.2 ± 1.4		
15 岁及以上	10 (18.9)	16 (30.2)	8 (15.1)	2 (3.8)	17 (32.0)	3.0 ± 1.6		
总体	117 (29.8)	100 (25.5)	74 (18.8)	43 (10.9)	59 (15.0)	3.5 ± 1.4		

表 3 残疾类型和参与社区生活领域之间的交叉列联表

残疾类型	参与社区生活的主要领域 (n/%)						小计	χ^2	p
	居家为主	文娱活动	邻里交往	生活购物	社区康复	其他			
视力残疾	62 (48.8)	15 (11.8)	34 (26.8)	12 (9.4)	1 (0.8)	3 (2.4)	127 (19.0)	242.9	0.000
听力残疾	10 (7.6)	34 (25.8)	25 (18.9)	56 (42.4)	3 (2.3)	4 (3.0)	132 (19.8)		
智力残疾	65 (51.2)	15 (11.8)	22 (17.4)	15 (11.8)	5 (3.9)	5 (3.9)	127 (19.0)		
精神残疾	38 (56.7)	6 (9.0)	8 (11.9)	5 (7.4)	6 (9.0)	4 (6.0)	67 (10.0)		
肢体残疾	22 (38.0)	12 (20.7)	12 (20.7)	8 (13.8)	2 (3.4)	2 (3.4)	58 (8.7)		
言语残疾	4 (4.3)	25 (26.9)	16 (17.2)	36 (38.7)	8 (8.6)	4 (4.3)	93 (13.9)		
多重残疾	41 (64.0)	3 (4.7)	8 (12.5)	1 (1.6)	9 (14.1)	2 (3.1)	64 (9.6)		
总计	242 (36.2)	110 (16.5)	125 (18.7)	133 (19.9)	34 (5.1)	24 (3.6)	668 (100)		

注：本调查中,12 个单元格 (28.6%) 的期望计数小于 5。故不能直接使用渐进法进行皮尔逊卡方检验;且由于计算量大,Fisher 确切概率无法计算出结果,因此使用蒙特卡洛算法计算卡方值。

特征。值得注意的是，所有类型的残疾儿童少年都极少参与社区康复。

表 4 显示，年龄也会影响残疾儿童少年参与社区生活的主要领域（ $\chi^2=126.9, p<0.001$ ）。具体而言，随着年龄的增长，残疾儿童少年居家为主的比例逐渐下降，参加文娱活动、邻里交往、生活购物以及社区康复的比例有所上升，呈现出“随着年龄的增长社区生活领域逐渐扩大，但仍以居家生活为主”的特点。

残疾儿童少年参与社区生活的便利性主要从社区无障碍便利设施的完备程度来考察。本研究结果显示，15.5% 的社区没有任何可使用的无障碍设施，59.0% 的社区只有少量无障碍设施，无障碍设施比较完备和非常完备的，仅占 25.5%，说明“多数社区呈现无障碍设施匮乏”的特征。

3.3 残疾儿童少年社区交往的对象和主动性
表 5，不同类型残疾儿童少年社区交往的对象存在显著差异（ $\chi^2=116.5, p<0.001$ ）。具体而

表 4 年龄和残疾儿童少年参与社区生活领域之间的交叉列联表

不同年龄段	参与社区生活的主要领域（n/%）						小计	χ^2	p
	居家为主	文娱活动	邻里交往	生活购物	社区康复	其他			
6 岁及以下	102（70.3）	10（6.9）	20（13.8）	5（3.4）	4（2.8）	4（2.8）	145（21.7）	126.9	0.001
7-14 岁	118（30.2）	75（19.2）	84（21.5）	88（22.5）	18（4.6）	8（2.0）	391（58.5）		
15 岁及以上	22（16.7）	25（18.9）	21（15.9）	40（30.3）	12（9.1）	12（9.1）	132（19.8）		
总计	242（36.2）	110（16.5）	125（18.7）	133（19.9）	34（5.1）	24（3.6）	668（100）		

注：本调查中，2 个单元格（11.1%）的期望计数小于 5，因此使用皮尔逊卡方检验法。

表 5 残疾类型和社交对象之间的交叉列联表

残疾类型	社区交往的主要对象（n/%）						小计	χ^2	p
	抚养人	邻居	亲友	兄弟姐妹	社区同伴	其他			
视力残疾	82（37.1）	31（14.0）	30（13.5）	53（24.0）	22（10.0）	3（1.4）	221（22.1）	116.5	0.000
听力残疾	34（21.2）	24（15.0）	22（13.8）	40（25.0）	34（21.2）	6（3.8）	160（16.0）		
智力残疾	71（37.2）	16（8.4）	20（10.5）	68（35.5）	12（6.3）	4（2.1）	191（19.1）		
精神残疾	42（43.3）	7（7.2）	9（9.3）	31（31.9）	6（6.2）	2（2.1）	97（9.7）		
肢体残疾	22（21.0）	18（17.1）	15（14.3）	21（20.0）	24（22.8）	5（4.8）	105（10.5）		
言语残疾	25（19.1）	25（19.1）	14（10.7）	24（18.3）	36（27.5）	7（5.3）	131（13.1）		
多重残疾	40（42.1）	8（8.4）	11（11.6）	31（32.6）	3（3.2）	2（2.1）	95（9.5）		
总计	316（31.6）	129（12.9）	121（12.1）	268（26.8）	137（13.7）	29（2.9）	1000（100）		

注：本调查中，5 个单元格（11.9%）的期望计数小于 5，因此使用皮尔逊卡方检验法。

言，视力残疾、智力残疾、精神残疾以及多重残疾儿童少年在社区内的交往对象多集中于抚养人和兄弟姐妹（均超过 60.0%），听力残疾、肢体残疾和言语残疾儿童少年在社区内的交往对象相对多元，呈现出“残疾类型越复杂，社区交往的对象越局限于家庭成员”的特点。

表 6 显示，残疾儿童少年的社交主动性整体较弱，能比较主动或非常主动开展社会交往的人数仅占 25.5%，且不同类型残疾儿童少年的社交主动性存在显著差异（ $F=7.0, p<0.001$ ）。具体而言，言语残疾儿童少年的社交主动性相对较强，肢体残疾、听力残疾和视力残疾儿童少年的社交主动性次之；精神残疾儿童少年的社交主动性最弱，多重残疾和智力残疾儿童少年的社交主动性次之，呈现出“残疾类型越复杂，社会交往主动性越弱”的特点。

3.4 残疾儿童少年社区康复资源及服务水平
被调查的全部残疾儿童少年家长中，有 35 名家长报告所在社区内无任何康复资源（占 8.9%）。其余 358 名家长均报告了不同类型的社区康复资源。

其中，348 名（88.5%）家长报告所在社区有社区医院，55 名（14.0%）家长报告所在社区有康复机构，155 名（39.4%）家长报告所在社区有社工及志愿者，35 名（8.9%）家长报告所在社区有残疾儿童家长联盟。

表 7 反映了各社区康复资源为残疾儿童提供服务的主要内容。其中，社区医院主要提供的社区康复内容集中于常规诊疗（100%）和运动康复（28.4%）；康复机构主要提供的社区康复内容集中于认知康复（57.2%）、言语康复（57.2%）、情绪行为（45.3%）、运动康复（36.3%）及社会交往（34.2%）；社工及志愿者主要提供的社区康复内容集中于护理咨询（20.1%）；残疾儿童家长联盟主要提供的社区康复内容集中于护理咨询（64.0%）。社区康复资源整体呈现出“以社区医院为主，康复机构、社工及志愿者和残疾儿童家长联盟为辅的特点”，其中，康复机构提供的服务内容相对多元，社区医院、社工及志愿者、残疾儿童家长联盟提供的服务内容相对单一。总体来看，社区康复资源的整体服务水平偏低。

表 6 不同残疾类型儿童少年的社交主动性差异比较（ANOVA）

残疾类型	社会交往主动性（n/%）					$M \pm SD$	F	p
	非常主动	比较主动	一般	比较被动	完全被动			
视力残疾	12（13.8）	14（16.1）	14（16.1）	25（28.7）	22（25.3）	2.6 ± 1.4		
听力残疾	8（14.0）	14（24.6）	10（17.5）	18（31.6）	7（12.3）	3.0 ± 1.3		
智力残疾	5（5.8）	9（10.5）	13（15.1）	31（36.0）	28（32.6）	2.2 ± 1.2		
精神残疾	2（4.4）	2（4.4）	6（13.4）	19（42.2）	16（35.6）	2.0 ± 1.0	7.0	0.000
肢体残疾	3（9.4）	8（25.0）	10（31.2）	8（25.0）	3（9.4）	3.0 ± 1.1		
言语残疾	9（20.0）	10（22.2）	10（22.2）	11（24.5）	5（11.1）	3.2 ± 1.3		
多重残疾	1（2.4）	3（7.3）	8（19.5）	20（48.8）	9（22.0）	2.2 ± 1.0		
总体	40（10.2）	60（15.3）	71（18.0）	132（33.6）	90（22.9）	2.6 ± 1.3		

3.5 残疾儿童少年社区教育的资源及通达性

被调查的全部残疾儿童少年家长中，有 90 名家长报告无任何社区教育资源（占 22.9%），其余 303 名家长均报告了不同类型的社区教育资源。

表 8 反映了社区教育的主要内容及其对残疾儿童少年的通达性（即残疾儿童少年可以顺畅获得社区教育的内容和顺畅程度）。其中，体育教育（33.3%）、艺术教育（30.4%）和教辅培训（48.5%）是残疾儿童少年参与社区教育的主要内容。其他领域虽有涉及，但占比均相对较低。从社区教育对于残疾儿童少年的通达性来看，79.2%的社区教育类型通达性较差，也即残疾儿童少年并不能顺畅获得参与这些社区教育的机会。整体而言，残疾儿童少年社区教育呈现出“教育内容侧重于体育、艺术和教辅培训，对残疾儿童少年的通达性较低”的特点。

4. 结论与分析

4.1 社区居民对残疾儿童少年的接纳态度与残疾类型和年龄高相关

本研究结果发现，社区居民对残疾儿童少年的接纳态度整体趋于积极，但类型差异显著，呈现出“残疾类型越复杂，排斥程度越高”的特征。这说明，社区居民对残疾儿童少年的接纳态度与残疾类型高度相关。总的来看，社区居民对于那些“面容、外形和情绪行为不易表现异常”的残疾儿童少年（如听力、言语语言、中轻度视力残疾等）接纳程度较高，而对于“可以明显观察到异常身体特征或表现出情绪行为问题”的残疾儿童少年（如智力、精神和多重残疾等）接纳程度较低。这一结果与以往的研究结论一致，即公众对残疾人的接纳态度通常沿着身体残疾向精神残疾的方向逐渐降低^[9]。例如：甘少杏等人以残疾

表 7 社区主要康复资源及服务内容

康复资源类型	n	主要服务内容（n/%）								整体服务质量（n/%）		
		常规 诊疗	运动 康复	认知 康复	言语 康复	情绪 行为	社会 交往	职业 康复	护理 咨询	较好	一般	较差
社区医院	348	100	28.4	10.3	12.1	8.2	3.9	1.2	10.1	12.2	23.2	64.6
康复机构	55	12.1	36.3	57.2	57.2	45.3	34.2	12.3	19.6	39.3	36.4	24.3
社工及志愿者	155	0	1.2	1.2	0	2.4	10.6	3.8	20.1	15.3	16.2	68.5
残疾儿童家长 联盟	35	0	0	2.9	2.9	4.8	42.9	4.8	64.0	34.3	48.5	17.2

表 8 社区教育的主要内容及通达性

频次	社区教育的主要内容								对残疾儿童少年的通达性		
	体育教育	科学教育	艺术教育	教辅培训	职业教育	技术教育	传统文化	其他	较好	一般	较差
n	101	25	92	147	33	27	25	18	18	45	240
%	33.3	8.3	30.4	48.5	10.9	8.9	8.3	5.9	5.9	14.9	79.2

人图片为实验材料,探讨了残疾人类型对公众态度的影响,结果发现,公众对肢体残疾人的认同度要高于心智残疾人^[10]。究其原因,可能与公众普遍认为心智残疾人的内在能力通常是无法恢复的,进而由对心智残疾人能力的否定发展为对其人格的否定有关^[11]。

本研究还发现,社区居民对于6岁及以下残疾儿童的接纳程度(75.4%)远高于7-14岁组(45.4%)和15岁及以上组(49.1%)。这是以往的研究很少关注到的特征,可能反映了成人对“弱势中的弱势(即幼残)”的同情和关怀。

4.2 残疾儿童少年参与社区生活的领域有限且便利性程度低

本研究发现,不同类型残疾儿童可参与的社区生活领域存在显著差异。相较于听力、言语语言和肢体残疾,那些残疾情况复杂(精神残疾、智力残疾、多重残疾)、户外活动受限(重度视力残疾)的残疾儿童少年可参与的社区生活领域相对狭窄,多数以居家生活为主(均超过50%)。从年龄的角度来看,随着年龄的增长,残疾儿童少年所参与的社区生活领域有逐渐扩大的趋势。这可能与残疾儿童少年随着年龄的增长而社会性需求不断增多有直接关系。另外,本研究还发现,多数残疾儿童少年生活的社区无障碍设施匮乏。这与国内关于社区无障碍设施的调查结论基本一致。例如,2017年“上海大都市社区调查”(Shanghai urban neighborhood survey, SUNS)结果显示:无障碍设施在上海社区层面设置不够完善,使用率低,并且从中心城区到远郊区域,无障碍设施普及率依次降低^[12]。

表面上看,导致残疾儿童少年社区生活领域有限的直接原因是社区无障碍设施匮乏,影响了残疾儿童少年参与社区生活的便利性,实质上却反映出残疾人社区生活保障体系不够完善和支持性环境建设缺位。更深层次的原因,依然还是社区管理者、普通居民对残疾人的歧视和排斥:一方面,因为对待残疾人消极的观念和态度,社区管理者不愿重视社区无障碍环境创设和无障碍设施建设,残疾人因此很难便利、通畅地进入社区

公共生活领域;另一方面,由于担心被社区居民歧视、排斥甚至伤害,家长不敢贸然让残疾儿童少年进入社区公共生活领域。后者可能是更为主要的原因——无障碍设施可以有暂时的替代品,但社区管理者和居民对待残疾人的消极观念却无法在短时间内改变。

4.3 残疾儿童少年社区交往对象集中于家庭成员且主动性弱

社区交往是个体为建立和维系稳定的社会关系,在其生活社区内发生的人际交流与互动,是保证残疾人获取具有支持性关系网络的行为及其过程。本研究结果显示,听力残疾、肢体残疾和言语残疾儿童少年在社区内交往对象相对多元,视力残疾、智力残疾、精神残疾以及多重残疾儿童少年在社区内交往对象比较单一且多集中于家庭成员。另外,从社交主动性来看,所有残疾类型儿童少年均以被动交往为主。有关残疾人社会交往的研究也同样揭示了这一规律。例如冯敏良(2016)等以社会网络分析为视角,从广度、强度、深度和向度四个维度来考察残疾人社会交往的网络,得出残疾人社会交往呈现出窄范围、低主动、强联结和内卷化的特征^[13]。

不同类型残疾儿童少年的社区交往对象存在较大差异的原因可能主要源自残疾儿童少年个体身体机能的限制。例如:听力残疾和言语残疾的残疾儿童少年在外观形象上与普通儿童少年无异且肢体健全、行动方便,因此这两类残疾儿童少年的交往半径相对较大,交往对象也随之变得多元;而精神残疾、智力残疾以及多重残疾儿童少年多数由于认知、语言能力较弱以及生理功能受限,很难与普通儿童少年沟通交往并建立社交关系,因此其社交对象多数只能集中于由“责任、义务、情感以及利益”等维系的家庭成员中。残疾儿童少年之所以在社区交往中呈现被动交往的特点,一方面,可能与残疾人长期遭受歧视和排斥,使得“低能”“无用之人”等标签被残疾儿童少年自身内(强)化,从而出现自卑、自我封闭等消极心理状态有关;另一方面,社交位置不对称也可能是残疾儿童少年社交被动的影响因素。

这是因为自卑心理、资源差距与地位损失等多重劣势的集聚,容易导致残疾儿童少年在社交网络中社会资源十分有限,在社会交往中可用于交换的资源严重不足。

4.4 残疾儿童少年社区康复以医疗康复为主且服务内容单一

社区康复是发展和改进残疾人康复服务,促进其权利保障和社会融入的重要途径,涉及医疗、护理、生活、工作和社交等各个方面^[14]。本研究结果反映出残疾儿童少年社区康复的几个特点:一是社区康复主要集中于社区医院且康复内容以医疗康复为主,无法满足残疾儿童少年的多元化康复需求;二是其他社区康复主体(如康复机构、残疾儿童家长联盟、社工及志愿者等)参与度低;三是社区康复资源的整体服务水平和质量还不高。

这一结果与我国当前社区康复事业发展的国情基本一致。从我国社区康复当前的发展特点来看,第一,由于城乡二元结构下资源配置的不均衡,社区康复事业的发展存在明显的差异,尤其在城乡接合部和广大农村地区,社区康复资源的配置和保障仍比较短缺。第二,多数地区社区康复多主体协同的模式尚未形成,社区康复主要融合于社区卫生服务中,并且集中在医疗康复领域。康复精力也大多放在如何保证残疾人身体康复的问题上,尚未扩展到社区层面的社会康复中^[15],影响了社区康复整体功能的发挥。第三,社区康复人才缺乏。数据显示,我国康复医师占基本人群比例约0.4/10万,而发达国家该数据则达到5/10万,两者相差12.5倍。我国二、三级医院需要康复医师5.8万人、治疗师11.6万人,社区需要综合康复人员90.2万人,总需求是现有康复人才的10倍以上,缺口巨大^[16]。第四,残疾儿童少年的康复过度依赖康复机构,造成残疾人康复的成本太高,残疾人家庭的经济负担过重,且康复服务面过小。

4.5 残疾儿童少年社区教育侧重于体育、艺术和教辅培训且通达性低

社区教育是指“在社区中开发利用各种教育

资源,以社区全体成员为对象,开展旨在提高成员的素质和生活质量,促进成员的全面发展和社区可持续发展的教育活动”^[17]。从当前我国社区教育的实际来看,承担儿童少年社区教育的主体为各类社区教育机构,其开展社区教育活动以办各种类型的培训班、辅导班(站)为主。本研究表明,残疾儿童少年社区教育呈现出“教育内容侧重于体育、艺术和教辅培训,对残疾儿童少年的通达性较低”的特点。一方面,这可能与社区教育机构的课程设置有关。当前我国各类教育培训机构、辅导班(站)的教育对象多数为普通儿童,课程设置也旨在满足普通儿童各类兴趣发展和课业辅导的需要,针对残疾儿童少年的课程资源非常有限,影响了残疾儿童少年参与社区教育的可选择性。另一方面,即便一部分残疾儿童少年可以有机会参与艺术、体育等社区教育活动,但源自普通儿童家长和普通教师的排斥和歧视、社区教育机构无障碍设施设备不完善等因素也很大程度上影响了残疾儿童少年社区教育参与的通达性。

上述结果一定程度上呈现了普通社区居民对待残疾儿童少年态度和行为(资源配置、社交应对等)的复杂关系。基于以上研究结果,我们可以大致从态度(尊重 vs 歧视)和行为(接纳 vs 排斥)两个维度描绘出普通社区居民对待不同残疾类型儿童少年社区融入的基本特点(图1)。其中,第Ⅰ象限呈现出社区居民“弱歧视和强接纳”的特点,占比在20%左右,主要分布的残疾类型可能包括言语残疾、中轻度视力残疾、肢体残疾;第Ⅱ象限呈现出社区居民“弱排斥强歧视”的特点,占比5%左右,可能由于残疾儿童少年(不区分残疾类型)是社区居民的近邻或者亲友,因为亲缘关系的存在,所以社区居民无法完全排斥残疾儿童少年,但歧视态度依然顽固;第Ⅲ象限呈现出社区居民“强歧视和强排斥”的特点,占比30%左右,主要分布的残疾类型包括重度精神残疾、智力残疾以及多重残疾;第Ⅳ象限呈现出社区居民“弱歧视和强排斥”的特点,占比45%左右,主要包括所有类型的低龄残疾儿童

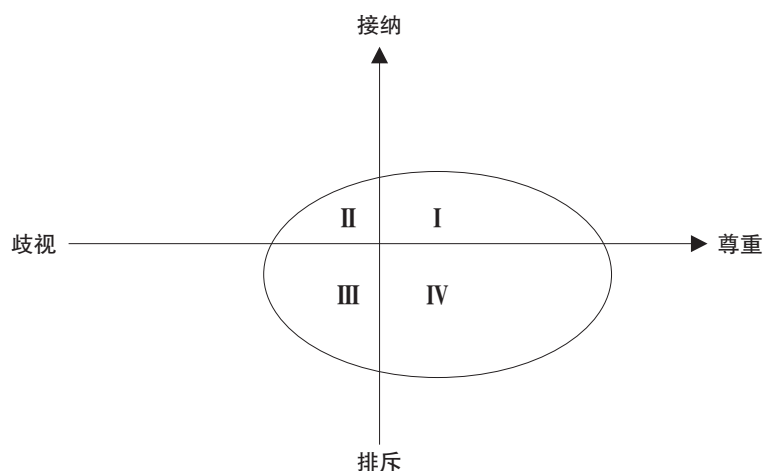


图1 社区居民对待不同残疾类型儿童少年社区融入的态度和行为

少年或轻度残疾儿童少年。

5. 对策建议

党的二十大报告提出要进一步“完善残疾人社会保障制度和关爱服务体系，促进残疾人事业全面发展”以及加强残疾人等困难群体的“兜底帮扶”，体现了党中央对残疾人社会保障和民生改善的高度重视与关怀，成为未来一个时期我国残疾人事业发展的方向。社区作为残疾儿童少年进行社会融合的重要场域，如何切实推进残疾儿童少年首先在其中实现平等融入和全面参与，进而迈向全面的社会融合？结合调查的相关结论，本研究建议在如下方面做出改进。

5.1 转变残疾理解模式，提升社区居民对残疾儿童少年的接纳度

从当前针对残疾人社会融合的各领域研究来看，造成残疾人社会融合的最大阻碍并非资源和条件限制，而是普通公众对残疾人的歧视和排斥。诸多研究也一再指出，造成这一问题，根源依然在于普通公众对残疾理解模式的偏差^[18]。传统慈善模式、医学模式下对残疾本质理解的潜台词是残疾者是一类病态的、低能的、需要同情和怜悯的、难以独立的群体^[19]，他们不能以有意义的方式贡献社会。残疾是残疾者的“个人悲剧”，因此残疾者自己或者家庭应该对残疾负责^[20]。而社会

模式则把关注的焦点放在残疾人正当权利的获得上，认为残疾的产生源自“社会失灵”^[21]，是社会的调整自身结构以满足残疾人需要和抱负方面失能的结果。显然，基于社会模式对残疾的理解更加有助于转变普通公众对待残疾人的态度。因此，社区需要通过教育、宣传和引导，不断破除“残疾无用论”与“个人悲剧”的谬论，树立“残疾亦可发展”“社区应当主动担责”的积极观念；社区也要不断加大环境创设的力度，维护残疾者平等参与社区生活的权利和尊严。

5.2 改造（进）无障碍环境，提升残疾儿童少年社区参与的便利性

无障碍环境和设施是保障残疾儿童少年顺畅参与社区生活的基础条件。从当前普通公众对于无障碍环境和设施的理解来看，多数仍然秉持无障碍环境设施“是一种资源浪费”“普通人很少用到”“为他者而建”等观点。实际上，无障碍环境和设施的服务对象并非只是残疾人，还包含了普通人中有类似体验甚至有潜在障碍的体验者（如孕妇、老年人、患病而行动不便者等）。那么，如何破解普通公众对无障碍设施只服务于残疾人的误解？北美残障研究学者Zola的“普同模式”可以为我们提供一定的启示。“普同模式”强调设计的开放性，以容纳所有不同使用者的需求，并以此回应人类的普遍需求^[22]。在“普同模式”理念下，基于“通用设计”（universal design）理念改造

(进)无障碍设施就可能成为破解这一问题的关键。所谓“通用设计”,即面向所有人群的设计,并非指向特定人群^[23]。它强调遵循公平、灵活、便利以及空间合理利用等原则,是一个建构残疾者和普通人“共通世界”^[24]的过程。具体到操作层面,“通用设计”的无障碍设施环境建设和改造倡导所有“当事者”共同参与,也即社区中的残疾人和有着潜在需求的居民都能够共同参与设计和改造无障碍环境,而非将设计和改造权限仅仅垄断在少数建筑师和技术专家的手中^[25]。

5.3 扩展社会关系网络,激发残疾儿童少年社区参与的主动性

社会关系网络是建构和维系社交活动的基础。个体建构的社会关系网络越多,其在社会交往中所占有的社会资源也就越丰富,可替代的选择也会越多。结构洞理论为分析社交网络提供了新的视角,罗纳德·博特(Ronald Burt)认为“结构洞”是指两个关系人之间的非重复关系,即彼此之间存在“结构洞”的两个关系人向社交网络贡献的利益可以累加而非重叠^[26]。因此,个体在社交关系网络中“结构洞”越多,个体得到的非重复利益也就越多,拥有的战略资源就越多。个体社会关系网络的“结构洞”可以从“网络限制指标”和“有效规模”两个指标来反映^[27]。其中,网络限制指标反映了网络关系节点的受限制程度,其值越大,则存在结构洞的可能性越小;有效规模是行动者的个体网规模减去网络的冗余度。有效规模越大,则拥有结构洞的可能性越大。从“结构洞”理论出发,我们可以考虑扩展残疾儿童少年社交关系网络的两个方向:一是通过康复训练,提高残疾儿童少年的社交能力,从而降低残疾儿童少年的社交网络限制;二是家长主动搭建社交关系网络,引导和激发残疾儿童少年积极参与社交活动的主动性,进而扩大残疾儿童少年社交关系网络的有效规模。

5.4 健全社区康复体系,满足残疾儿童少年的社区康复需求

《“十四五”残疾人康复服务实施方案》提出进一步“加强残疾人康复服务,提升残疾康复服

务质量”的整体部署,这对于增强残疾人保障和发展能力,增进残疾人民生福祉,实现残疾人对美好生活的向往具有重要意义^[28]。社区作为残疾儿童少年生活的主要区域,其康复服务工作质量直接影响着残疾儿童少年的社区康复服务参与水平。在本研究中,残疾儿童少年的社区康复服务呈现以医疗康复为主且服务内容单一的特点。因此,未来的发展须着眼于残疾儿童少年的康复需求,健全社区康复服务体系,满足残疾儿童少年的康复需要。具体可以从三个方面着手:

一是完善服务机制。应充分落实各相关部门主体责任,建设与社区相关部门、街道、机构等多方联动的服务体系。

二是搭建资源桥梁。应采取多种举措做好残疾儿童康复服务、康复机构建设的经费保障工作。同时,应积极推进政府购买残疾人服务,鼓励支持各类社会组织、公益慈善、志愿服务力量开展残疾人康复服务。

三是拓展社区康复内容,提高社区康复精准度。一方面,要拓展社区康复的内容,从单一的医疗康复,逐步走向职业、社交、教育及赋权增能的全方位社区康复;另一方面,要及时做好残疾儿童少年康复服务状况与需求调查,不断做好相关数据的统计与分析工作,为残疾儿童少年提供更加专业、精准的康复服务。最后,还要加强社区康复工作人员教育培训,提升基层康复医疗服务能力,同时大力推动开展“互联网+”康复(辅助器具)服务,创新发展康复服务模式。

5.5 完善社区教育资源,保障残疾儿童少年的社区参与通达性

教育资源是拓展残疾儿童少年社会功能的重要依托。从本研究结果来看,服务主体单一、服务内容局限、运行模式相对封闭是当前残疾儿童少年社区教育资源建设的突出问题。可以从以下三个方面寻求突破:

一是引导建立多元化的社区教育服务主体。除完善各类社区教育机构的功能外,还要考虑充分吸纳社区自治组织、群众性志愿者组织、非营利性社会机构,以及残疾人家庭成员等多元主体,

逐步形成多主体共同参与的教育服务结构。

二是树立包容性的社区教育发展取向。即社区教育的目的不仅仅是满足残疾儿童少年基础教育的需求,更要着眼于为残疾儿童少年提供全方位的服务,努力培育残疾儿童少年独立发展的能力。

三是引入社会化、市场化运行模式。要逐渐打破政府主导的残疾儿童少年服务和保障模式,充分发挥社会化、市场化运行机制的优势,努力构建多组织联合运营、多主体共同参与的教育服务资源体系。

参考文献:

- [1] 全国人民代表大会常务委员会. 中华人民共和国残疾人保障法 [EB/OL]. <http://www.npc.gov.cn/npc/c12435/201811/5eae4f9c3afa432285f04be42e50fc01.shtml>. 2018-11-05.
- [2] Wong Y L, Solomon P L. Community integration of persons with psychiatric disabilities in supportive independent housing: a conceptual model and methodological considerations[J]. *Mental Health Services Research*, 2002 (1): 13-28.
- [3] 熊欢, 申仁洪, 焦静, 等. 城乡居民对残疾人的接纳态度现状研究: 重庆市的调查 [J]. 贵州工程应用技术学院学报, 2020, 38 (2): 113-120.
- [4] 李令岭, 刘焱, 教丽娟. 我国残疾人社区康复存在问题与发展探讨 [J]. 中国康复医学杂志, 2017, 32 (2): 213-216.
- [5] 张明杰. 聋哑人群体参与社区文化活动能力提升的小组工作实践 [D]. 长春: 长春工业大学, 2019.
- [6] 王亚文. 残疾人社区就业服务的社会工作介入研究 [D]. 扬州: 扬州大学, 2021.
- [7] 刘雅丽. 社会工作介入残疾儿童的社会支持网络构建研究 [D]. 武汉: 华中师范大学, 2017.
- [8] 毛雨. 残疾儿童社会交往能力提升的个案研究 [D]. 长春: 长春工业大学, 2019.
- [9] CHAN F, LIVNEH H, PRUETT S, et al. Societal attitudes toward disability: concepts, measurements, and interventions. In: Chan F, Cardoso ED, Chronister JA,

editors. *Understanding psychosocial adjustment to chronic illness and disability: a handbook for evidence-based practitioners in rehabilitation* [M]. New York: Springer, 2009.

[10] 甘少杏, 兰继军, 张银环. 残疾人类型、知名度及品质特征对公众态度的影响 [J]. 中国特殊教育, 2016 (7): 76-83.

[11] 同 [10].

[12] 孙秀林, 等. 中国都市社会脉动: 上海调查 (2017) [M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2018.

[13] 冯敏良, 高扬. 残疾人社会交往的特征: 基于社会网络分析的视角 [J]. 理论界, 2016 (12): 52-59.

[14] 王孝刚, 温晋锋. 论我国残疾人社区康复社会化发展的路径与策略 [J]. 学海, 2016 (6): 28-32.

[15] 郭悠悠, 刘林. 残疾人社区康复的历史与现状 [J]. 中国农业大学学报 (社会科学版), 2011, 28 (1): 154-161.

[16] 吴迪. 康复治疗专业人才不足成短板 专家提议两种模式 [EB/OL]. <https://www.cn-healthcare.com/article/20171113/content-497190.html>. 2017-11-13.

[17] 中华人民共和国国家质量监督检验检疫总局, 中国国家标准化管理委员会. 社区服务指南第3部分: 文化、教育、体育服务: GB/T 20647.3-2006 [S]. 中国标准出版社, 2007.

[18] 关文军, 孔祥渊, 胡梦娟. 残疾污名的研究进展与展望 [J]. 残疾人研究, 2020 (1): 41-51.

[19] 关文军, 颜廷睿, 邓猛. 社会建构论视阈下残疾污名的形成及消解 [J]. 中国特殊教育, 2017 (10): 12-18.

[20] 汪海萍. 以社会模式的残疾观推进智障人士的社会融合 [J]. 中国特殊教育, 2006 (9): 6-10.

[21] 郑雄飞. 残疾理念发展及“残疾模式”的剖析与整合 [J]. 新疆社科论坛, 2009 (1): 44-49.

[22] 杨钰. 残障者的制度与生活: 从“个人模式”到“普同模式” [J]. 社会, 2015, 35 (6): 85-115.

[23] 王国羽. 障碍研究论述与社会参与: 无障碍、通用设计、能力与差异 [J]. 社会, 2015, 35 (6): 133-152.

[24] 杨钰. “正常化”视野下公共性建设之探索: 基于城市社区无障碍设施的利用与改善 [J]. 华中科技大学学报 (社会科学版), 2018, 32 (2): 20-26.

[25] 同 [23].

[26] BURT R S. STRUCTURAL HOLES: The Social Structure of Competition [M]. Cambridge: Harvard University Press, 1992.

[27] 赵健. 基于结构洞理论的教师学习共同体中间人角色分析 [J]. 电化教育研究, 2013, 34 (2): 27-31.

[28] 中华人民共和国中央人民政府. 关于印发“十四五”残疾人康复服务实施方案的通知 [EB/OL]. www.gov.cn/zhuanti/2021-08/20/content_5650192.htm. 2021-08-20//2022-08-22.