

我国有8300多万残疾人，涉及2.6亿家庭人口。为残疾人提供福利，真正实现残疾人的“平等、参与、共享”，是社会各界义不容辞的责任和义务。开展残疾人社会工作，就是为残疾人提供帮助、提升福利的有效介入手法。希望本书能够促使更多的社会工作者介入残疾人群体，也希望本书能够引导更多的残疾人工作者熟悉和运用社会工作手法。二者共同努力，以更好地推动我国残疾人事业的科学发展。我国有8300多万残疾人，涉及2.6亿家庭人口。为残疾人提供福利，真正实现残疾人的“平等、参与、共享”，是社会各界义不容辞的责任和义务。其中，开展残疾人社会工作，就是为残疾人提供帮助、提升福利的有效介入手法。希望本书能够促使更多的社会工作者介入残疾人群体，也希望本书能够引导更多的残疾人工作者熟悉和运用社会工作手法。



社会工作硕士专业丛书

残疾人 社会工作

Social Work With
Disabled People

周 沛 曲绍旭 张春娟 等 著



社会科学文献出版社
SOCIAL SCIENCES ACADEMIC PRESS (CHINA)



社会工作硕士专业丛书

残疾人社会工作

Social Work With Disabled People

周 沛 曲绍旭 张春娟 等 著



社会科学文献出版社
SOCIAL SCIENCES ACADEMIC PRESS(CHINA)

图书在版编目(CIP)数据

残疾人社会工作 / 周沛等著. —北京: 社会科学文献出版社, 2012. 6
(社会工作硕士专业丛书)
ISBN 978 - 7 - 5097 - 3124 - 6

I. ①残… II. ①周… III. ①残疾人 - 社会工作 - 研究生 - 教学参考资料 IV. ①C913. 69

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2012) 第 019948 号

· 社会工作硕士专业丛书 ·

残疾人社会工作

著 者 / 周 沛 曲绍旭 张春娟 等

出 版 人 / 谢寿光

出 版 者 / 社会科学文献出版社

地 址 / 北京市西城区北三环中路甲 29 号院 3 号楼华龙大厦

邮政编码 / 100029

责任部门 / 社会政法分社 (010) 59367156

责任编辑 / 谢蕊芬 童根兴

电子信箱 / shekebu@ssap.cn

责任校对 / 刁海燕

项目统筹 / 杨桂凤

责任印制 / 岳 阳

总 经 销 / 社会科学文献出版社发行部 (010) 59367081 59367089

读者服务 / 读者服务中心 (010) 59367028

印 装 / 三河市尚艺印装有限公司

开 本 / 787mm × 1092mm 1/16

印 张 / 22.25

版 次 / 2012 年 6 月第 1 版

字 数 / 397 千字

印 次 / 2012 年 6 月第 1 次印刷

书 号 / ISBN 978 - 7 - 5097 - 3124 - 6

定 价 / 45.00 元

本书如有破损、缺页、装订错误, 请与本社读者服务中心联系更换

▲ 版权所有 翻印必究



社会工作硕士专业丛书

第一章 残疾人及残疾人社会工作	1
第一节 残疾与残疾人	1
第二节 残疾人社会工作定义及原则、特征	19
第三节 残疾人社会工作与相关学科的关系	25
第二章 残疾人社会工作基本理论与基本价值观	32
第一节 残疾人社会工作基本理论	32
第二节 残疾人社会工作基本价值观	39
第三节 残疾人社会工作知识体系	48
第三章 残疾人事业发展的历史与现状	61
第一节 残疾人事业发展的历史与现状	61
第二节 残疾人社会福利政策与立法	68
第三节 中国残疾人事业发展与残疾人社会工作的历史与现状	82
第四章 致残因素预防与社会工作介入	97
第一节 残疾疾病与病情预防	97
第二节 残疾事故与意外预防	105
第三节 灾害与环境致残预防	110
第五章 残疾人需求与社会工作介入	121
第一节 需要与残疾人需要	121
第二节 残疾人需要满足的社会意义	131

第三节 社会工作在满足残疾人需要中的作用	135
----------------------	-----

第六章 残疾人社会支持网络构建	144
-----------------	-----

第一节 社会支持及网络构建理论	144
第二节 残疾人社会支持网络构建分析	155
第三节 残疾人社会支持的相关政策和法规	165

第七章 残疾人的心理特点与社会工作介入	173
---------------------	-----

第一节 残疾人心理一般特征	173
第二节 残疾人心理特点	178
第三节 针对残疾人心理的社会工作介入	187

第八章 残疾人康复社会工作	204
---------------	-----

第一节 残疾人康复的内涵与特点	204
第二节 残疾人康复社会工作	211
第三节 残疾人分类康复社会工作	217

第九章 残疾人社会工作基本模式	230
-----------------	-----

第一节 优势视角模式	230
第二节 家庭残疾人社会工作介入模式	234
第三节 机构残疾人社会工作介入模式	239
第四节 社区残疾人社会工作介入模式	246

第十章 残疾人社会工作方法与技巧	258
------------------	-----

第一节 专业社会工作三大方法运用	258
第二节 残疾人社会工作资源整合方法	266
第三节 残疾人社会工作技巧	274

第十一章 残疾人社会工作实务过程（上）	286
---------------------	-----

第一节 残疾人社会工作接案	286
---------------	-----

第二节	残疾人社会工作预估	298
第三节	残疾人社会工作计划	308
第四节	残疾人社会工作介入	310

第十二章	残疾人社会工作实务过程（下）	322
------	----------------	-----

第一节	残疾人社会工作评估	322
第二节	残疾人社会工作结案	331
第三节	残疾人社会工作督导	335
第四节	残疾人社会工作实务的特点	341

后 记	347
-----	-----

第一章 残疾人及残疾人社会工作

残疾人是指在心理、生理、人体结构上，某种组织、功能丧失或者不正常，全部或者部分丧失以正常方式从事某种活动能力的人。残疾包括视力残疾、听力残疾、言语残疾、肢体残疾、智力残疾、精神残疾、多重残疾和其他残疾。国家和社会在保障残疾人基本物质生活需要的基础上，为残疾人在生活、工作、教育、医疗和康复等方面提供设施、条件和服务。^① 关心残疾人、做好残疾人社会工作，是社会文明进步的重要标志，也是构建社会主义和谐社会的重要环节。

第一节 残疾与残疾人

一 残疾与残疾分类

有人类就有残疾，有残疾就有残疾人。残疾的概念具有相对性，残疾人的范畴也随着残疾标准的变化而变化。

（一）残疾的概念

1. 残疾概念的界定

残疾现象和残疾问题由来已久，古今中外对此均有所论及。从字义上看，“残”意为“伤”或“废”，而“疾”为“病”也。顾名思义，残疾的意思是因伤病而残废，即因伤或因病而导致器官缺损或功能缺失。由于文化和认识的差

^① 参考《中华人民共和国残疾人保障法》第二条，1990年12月28日通过。

异，残疾的定义也多种多样。国外学者汤逊德（Toashsent）曾将全世界 23 种残疾的定义归纳为 5 大类。^①

（1）畸形或损失：可以是解剖的、身体的或心理的损失；可能是损失某一肢体、某一部分神经系统或某一部分感觉器官。

（2）临床症状：这与改变生理过程、阻碍生理过程或者改变心理过程的疾病有关。关节炎、癫痫、支气管炎、精神分裂症等都属此类。

（3）日常活动功能限制：这与无能或至少与能力受限有关，如不能正常地完成本人的活动或社会工作。

（4）由于异常而造成的残疾：主要包括两个方面，第一，与公认的生理标准和健康标准不符；第二，在行为上与某特定的人物身份不符，或与特定集团社会地位不符。

（5）由于不利条件而造成的残疾：在等级制社会的某些地方，在分配物资时，残疾人得到的份额经常少于与他对应的正常人，这就使残疾的概念扩大了。

目前，最权威的“残疾”概念是由联合国世界卫生组织（World Health Organization, WHO）在 1980 年提出的。根据 WHO1980 年发布的《国际损伤，残疾与残障分类标准》（International Classification of Impairment, Disability and Handicap, ICDH），残疾的概念分为缺陷、残疾和障碍三层含义。

（1）缺陷（impairment）：是指心理上、生理上或人体结构上，某种组织或功能的任何异常或丧失。

（2）残疾（disability）：是指由于缺陷而缺乏作为正常人以正常方式从事某种正常活动的的能力。

（3）障碍（handicap）：由于缺陷或伤残，个体处于某种不利地位，以至限制或阻碍其发挥与本身年龄、性别、社会与文化等因素相符的正常作用。

其中，缺陷是因意外伤害或疾病后遗症而导致人体结构或功能异常，这是残疾的机能损伤要素；残疾是上述病理要素导致的躯体生理功能或精神心理功能的低下或丧失，这是残疾的生理功能障碍要素；而障碍是因机能损伤和生理功能障碍两要素造成的社会角色扮演上的困难，这是社会功能障碍要素。上述三个基本要素相互关联、相辅相成，共同构成了“残疾”的完整含义。

① 迈克尔·奥利弗：《残疾人社会工作》，谢子朴、谢泽宪译，华夏出版社，1990，第 40～42 页。

值得注意的是,作为“残疾”概念第一要素的缺陷,其成因包括遗传、疾病、创伤等。如果缺陷较轻微、不影响个人日常活动,不构成残疾;而如果缺陷较严重(如类风湿性关节炎),即便四肢健全也妨碍个人正常生活的,则视为“残疾”。^①所以,在西方一些发达国家,因疾病造成内脏损伤而植入人工器官的,如人工心脏、人工膀胱等,也列为残疾。而在我国,这类特殊的对象并未纳入残疾的范畴。根据2008年4月24日修订通过的《中华人民共和国残疾人保障法》,残疾人是指在心理、生理、人体结构上,某种组织、功能丧失或者不正常,全部或者部分丧失以正常方式从事某种活动能力的人。从这一定义中,我们可以解读出两层含义:一是心理、生理或躯体的残缺或损伤,即个体层面的功能缺失;二是全部或部分丧失以正常方式应对生活的能力,即社会层面的功能缺失。从这个意义上看,我国政府对“残疾”的界定与世界卫生组织的界定在框架上是一致的,但双方在具体规定上存在着某些差异。出于社会工作实务操作的需要,本书将采纳《中华人民共和国残疾人保障法》中关于“残疾”的界定。

2. 残疾概念的演变

人们对于残疾概念最初的认识仅停留在病理损害与生理功能缺失这一层次上,并将两者直接等同起来。因此,我国早期把残疾人称为“残废”者,意思是社会的“废弃者”,是无用之人。20世纪80年代,我国残疾人事业得到迅猛发展,广大民众意识到残疾人残而不废,逐渐摒弃“残废”的叫法,^②对残疾概念片面的认识也慢慢得以纠正。国外有学者将人们对“残疾”概念的认识过程分为以下三种模式。^③

(1) 医疗模式 (medical model)

“医疗模式”仅将残疾视为疾病,认为只要通过医疗手段或辅助医疗器械,就可以解决病者的困难。在这种模式指导下,社会工作者需要对现代医疗科技的进展有基本的认识,并在适当情况下协助残疾人取得合适的服务,包括转介病人前往有关的医疗机构,在病人有需要时帮助申请经济援助等。但是,单纯的医疗康复显然存在弊端,部分手术成功的康复者,因心理上不能适应残疾引起的限制,可能采取比较极端的方式加以应对,比如自杀。因此,社会工作者不能过分

① 周永新:《社会工作学新论》,商务印书馆,1994,第216页。

② 马洪路:《残障社会工作》,高等教育出版社,2007,第4页。

③ 彭晓霞、王崑:《残疾概念框架演变对残疾调查的影响》,《残疾人社会保障与服务国际论坛暨第三届中国残疾人事业发展论坛论文集》,2010年6月。

关注临床医疗而忽视康复过程中个体的其他需要。

(2) 个人模式 (individual model)

“个人模式”将残疾视为个人的不幸,认为应把康复的重点放在改善或恢复个人状况上,关注因伤病引起的功能性限制和因缺陷引起的心理效应。在这种模式的指导下,社会工作者应致力于协助个人从心理方面接受残疾的现实,并重新适应环境。个人模式的缺陷在于它将个人置于被动位置,把病人对残疾的反应必然化和固定化,忽视了具体的环境因素。倘若社会的文化和价值观念接纳残疾并提供充分保障,病人对残疾的反应便会缓和。

(3) 社会模式 (social model)

“社会模式”将残疾视为“社会问题”而非个人问题,将残疾问题的焦点由临床诊治或个人调适,转移到客观的物质环境和社会环境。在这种模式的指导下,康复工作的重点在于改善残疾人的周围环境;而社会工作者的任务除了要帮助残疾人恢复功能外,还要致力于消除限制残疾人的外在环境和社会因素,协助残疾人获得与其他公民平等的权利和发展机会,以达到自强和自主的境界。

上述三种模式分别代表了从低到高水平不同的三种认识,这一认知过程本质上就是对“残疾”概念不断澄清的过程。通过简单梳理,我们得出表 1-1。

表 1-1 残疾概念的构成

概念界定	构成要素	认识模式	认知水平	处理手法
缺陷	机能损伤	医疗模式	疾病/创伤	药物、手术等
残疾	生理功能障碍	个人模式	个人不幸	康复护理、辅助器械
障碍	社会功能障碍	社会模式	社会问题	心理辅导、社会康复

(二) 残疾的分类

残疾的分类是一个动态的过程,随着经济、社会及科学文化的发展而变化。目前,世界卫生组织和我国,都对残疾的分类做出了新的调整。

1. 世界卫生组织的分类

根据 WHO1980 年发布的《国际损伤,残疾与残障分类标准》(ICIDH),世界卫生组织将残疾概念分为缺陷、残疾和障碍三层含义,将残疾分为以下三类:第一类是功能、形态残疾,一般为伤病后遗症而使人体结构或功能发生缺陷或异常;第二类是丧失功能残疾,即个体因身体的结构缺陷和功能障碍而丧失与其性别、年龄、文化程度和职业等相对应的能力;第三类是社会功能残

疾，主要指个体因身体形态和功能缺陷、异常，影响参加社会活动的能力，或虽具备参加社会活动的能力，但因受歧视而被迫脱离社会（具体的分类见表 1-2）。

表 1-2 世界卫生组织关于残疾的分类标准（1980）

残疾概念	残疾类别	残疾的种类	
缺陷	功能、形态残疾 （痛损分类）	(1) 智力病损	(5) 视力病损
		(2) 心理病损	(6) 内脏病损
		(3) 听力病损	(7) 骨骼病损
		(4) 语言病损	(8) 多种综合病损
残疾	丧失功能残疾 （失能分类）	(1) 行为失能	(6) 精细活动方面的失能
		(2) 语言交流失能	(7) 环境适应方面的失能
		(3) 个人生活自理失能	(8) 特殊技能方面的失能
		(4) 运动方面的失能	(9) 其他活动方面的失能
		(5) 身体姿势和活动方面的失能	
残障	社会功能残疾 （残障分类）	(1) 识别（人、地、时）残障	(4) 职业残障
		(2) 身体残障（生活不能自理）	(5) 社会交往残障
		(3) 运动残障	(6) 经济上自给残障

资料来源：根据《国际损伤，残疾与残障分类标准》整理。

随着残疾人事业的不断发展，人们对残疾概念的理解也不断深入，原先制定的《国际损伤，残疾与残障分类标准》（ICIDH）暴露出诸多问题，迫切需要根据变化的形势做出相应调整。从 1993 年起，WHO 着手建立新的残疾分类标准，并定名为《国际残损活动和参与分类》（ICIDH-2）。ICIDH-2 从身体健康状态（Impairments）、个体活动（Activities）和个体的社会功能（Participation）三个维度去考察残疾的概念，还加入了社会情境这一考量因素，为残疾人工作提供了一个新的理论视角。与 ICIDH 相比，ICIDH-2 对有关残疾性的信息和社会对残疾性的反应做出了更好的说明，从而为残疾人提供了更多平等参与的机会，使残疾人能最大限度地参与社会生活。^①

2001 年 5 月 22 日第 54 届世界卫生大会正式通过了《国际功能，残疾和健

^① 邱卓英、董红、吴弦光：《新国际残疾分类系统研究》，《中国康复》1999 年第 4 期。

康分类》(International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF), 要求中国在内的 190 个会员国结合本国国情酌情使用这一新标准。ICF 从功能、残疾和健康的角度, 评估身体结构 (body structures)、身体功能 (body functions)、活动和参与 (activities and participation)、环境因素 (environmental factors) 以及个人因素 (personal factors) 五项 (见图 1-1), 并应用字母数字编码系统对每一项进行编码, 字母 b、s、d 和 e 分别代表身体功能、身体结构、活动和参与以及环境因素。首字母 d 代表活动和参与。根据使用者的情况, 可以用 a 或 p 替代首字母 d 以分别代表活动和参与。

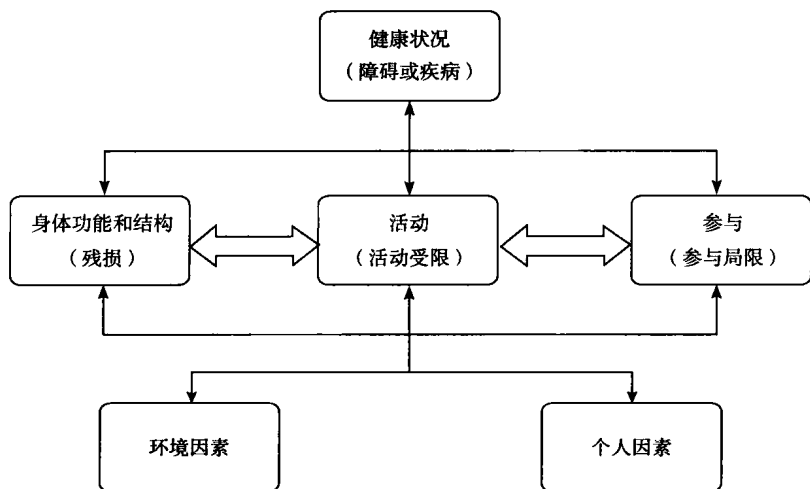


图 1-1 ICF 的概念模型

在 ICF 的概念模型中, 有几个重要的概念需要澄清。^①

(1) 身体功能和结构 (body function and structure): 身体功能是指身体各系统的生理或心理功能, 而身体结构是指身体的解剖部位, 如器官、肢体及其组成部分。它们是两个不同但又平行的部分, 有着各自无法取代的特征。

(2) 活动 (activity): 即个体执行一项任务或行动。活动受限是指个体在完成活动 (如生活自理能力、学习和应用知识的能力、完成一般任务和要求的的能力、交流的能力等) 时可能会遇到的困难, 它具体指向个体整体水平上的功能障碍。

^① 张霞、励建安:《国际功能、残疾和健康分类及核心组合》,《江苏康复医学通讯》2011 年第 1 期。

(3) 参与 (participation): 即个体参与相关社会活动。参与限制是指个体在参与相关活动如人际交往、接受教育、工作就业、家庭生活、社区参与时可能碰到的困难, 它指向个体的社会功能障碍。

(4) 关联因素: 在 ICF 概念模型中, 还包括环境和个人两个背景因素。其中, 环境因素包括某些产品、工具和辅助技术, 其他人的支持和帮助, 社会、经济和政策的支持力度, 社会文化等。有障碍或缺乏有利因素的环境将限制个体的活动表现, 如没有无障碍设施的超市使肢体残疾者无法购物; 有促进作用的环境则可以提高其活动表现, 如盲道的铺设扩大了盲人的活动范围。个人因素包括性别、种族、年龄、健康情况、生活方式、习惯、教养、应对方式、社会背景、教育、职业、过去和现在的经验、总的行为方式、个体的心理优势和其他特征等。

随着 ICF 概念框架的广泛使用, ICF 逐渐成为描述功能、残疾和健康状况的国际通用标准。我国作为世界卫生组织的会员国, ICF 的理念也逐步融入我国残疾的概念之中。

2. 我国对于残疾的分类

1987 年我国进行了第一次全国性的残疾人抽样调查, 同时制定了《中国残疾分类标准》。该标准将残疾分为视力残疾、听力语言残疾、肢体残疾、智力残疾和精神残疾等五大类。

然而, 随着时间推移和残疾概念的不断演变, 上述标准已不合时宜。2006 年, 我国举行了第二次全国残疾人抽样调查并重新制定了残疾的分类标准, 2008 年重新修订了《中华人民共和国残疾人保障法》, 并从 2011 年 5 月 1 日起开始实施《残疾人残疾分类和分级》国家标准。《中华人民共和国残疾人保障法》(2008) 第一章第二条规定, “残疾人包括视力残疾、听力残疾、言语残疾、肢体残疾、智力残疾、精神残疾、多重残疾和其他残疾人”。

(1) 视力残疾

各种原因导致双眼视力低下并且不能矫正或双眼视野缩小, 以致影响其日常生活和社会参与。视力残疾包括盲及低视力。

(2) 听力残疾

各种原因导致双耳不同程度的永久性听力障碍, 听不到或听不清周围环境声及言语声, 以致影响其日常生活和社会参与。

(3) 言语残疾

各种原因导致的不同程度的言语障碍, 经治疗一年以上不愈或疾病程度超过

两年，而不能或难以进行正常的言语交流活动，以致影响其日常生活和社会参与（3岁以下不定残）。包括：失语、运动性构音障碍、器质性构音障碍、发声障碍、儿童言语发育迟滞、听力障碍所致的言语障碍、口吃等。

（4）肢体残疾

人体运动系统的结构、功能损伤造成的四肢残缺或四肢、躯干麻痹（瘫痪）、畸形等导致人体运动功能不同程度丧失以及活动受限或参与的局限。肢体残疾主要包括：a. 上肢或下肢因伤、病或发育异常所致的缺失、畸形或功能障碍；b. 脊柱因伤、病或发育异常所致的畸形或功能障碍；c. 中枢、周围神经因伤、病或发育异常造成躯干或四肢的功能障碍。

（5）智力残疾

智力显著低于一般人水平，并伴有适应行为的障碍。此类残疾是由于神经系统结构、功能障碍，使个体活动和参与受到限制，需要环境提供全面、广泛、有限和间歇的支持。智力残疾包括在智力发育期间（18岁之前），由于各种有害因素导致的精神发育不全或智力迟滞；或者智力发育成熟以后，由于各种有害因素导致智力损害或智力明显衰退。

（6）精神残疾

各类精神障碍持续一年以上未痊愈，由于存在认知、情感和行为障碍，以致影响其日常生活和社会参与。

（7）多重残疾

同时存在视力残疾、听力残疾、言语残疾、肢体残疾、智力残疾、精神残疾中的两种或两种以上残疾。

与1987年的残疾分类标准相比，2011年5月1日起开始实施的《残疾人残疾分类和分级》国家标准的变化主要体现在以下两方面：一是残疾种类增加，从原来的5种扩大到7种，即传统的“聋哑人”被细分为听力残疾和言语残疾两种，并增加了多重残疾这一新类型；二是残疾标准的调整，如将“脑或发音器官的结构、功能轻度损伤，能进行简单会话，但用较长句表达困难”也纳入言语残疾的范畴。虽然这一变化并不十分明显，也未能将许多发达国家已明确列为残疾的不可逆慢性病如内脏缺损、长期失眠等可能带来适应性障碍的致残因素列入其中，但它充分考虑了我国残疾人工作的实际情况，同时借鉴了目前国际通行的分类分级方法，既符合国情，又与国际接轨，具有较强的科学性与可操作性。

二 残疾人与残疾人事业

残疾是人类社会发展过程中必然的社会现象。残疾人是社会弱势群体中最为特殊的一类人,需要国家和社会给予更多的关爱和照顾,而残疾人事业的发展程度,代表着一个国家的文明程度,尤其在构建“和谐社会”、“民生社会”的时代背景下,更要加快残疾人事业的发展。

(一) 残疾人

残疾人是指在心理、生理、人体结构上,某种组织、功能丧失或者不正常,全部或者部分丧失以正常方式从事某种活动能力的人。

1. 我国残疾人的构成

根据国家统计局 2006 年 12 月《第二次全国残疾人抽样调查主要数据公报》,我国残疾人占全国总人口的比例为 6.34%,总数约为 8300 万。根据残疾的分类标准,各类残疾人的人数及各占残疾人总人数的比重如表 1-3 所示。

表 1-3 我国残疾人的类型及构成

残疾类型	人数(万)	比重(%)
视力残疾	1233	14.86
听力残疾	2004	24.16
言语残疾	127	1.53
肢体残疾	2412	29.07
智力残疾	554	6.68
精神残疾	614	7.40
多重残疾	1352	16.30
合 计	8296	100.00

资料来源:根据《第二次全国残疾人抽样调查主要数据公报》(2006)具体数据整理所得。

按照性别、年龄、地区分布、受教育程度等要素分类,残疾人所体现的人口学特征包括以下几个方面。^①

(1) 残疾人口的性别构成

全国残疾人口中,男性为 4277 万人,占 51.55%;女性为 4019 万人,占 48.45%。性别比(以女性为 100,男性对女性的比例)为 106.42。

^① 国家统计局、第二次全国残疾人抽样调查领导小组:《第二次全国残疾人抽样调查主要数据公报》,2007 年 5 月 29 日。

(2) 残疾人口的年龄构成

全国残疾人口中, 0~14 岁的残疾人口为 387 万人, 占 4.66%; 15~59 岁的残疾人口为 3493 万人, 占 42.10%; 60 岁及以上的残疾人口为 4416 万人, 占 53.24% (65 岁及以上的残疾人口为 3755 万人, 占 45.26%)。

(3) 残疾人口的城乡分布

全国残疾人口中, 城镇残疾人口为 2071 万人, 占 24.96%; 农村残疾人口为 6225 万人, 占 75.04%。

(4) 残疾人口的受教育程度

全国残疾人口中, 具有大学程度 (指大专及以上) 的残疾人为 94 万人, 高中程度 (含中专) 的残疾人为 406 万人, 初中程度的残疾人为 1248 万人, 小学程度的残疾人为 2642 万人。15 岁及以上残疾人文盲人口 (不识字或识字很少的人) 为 3591 万人, 文盲率为 43.29%。

(5) 残疾人口的婚姻状况

全国 15 岁及以上残疾人口中, 未婚人口 982 万人, 占 12.42%; 在婚有配偶的人口 4811 万人, 占 60.82%; 离婚及丧偶人口 2116 万人, 占 26.76%。

(6) 残疾人口的残疾等级构成

全国残疾人口中, 残疾等级为一、二级的重度残疾人为 2457 万人, 占 29.62%; 残疾等级为三、四级的中度和轻度残疾人为 5839 万人, 占 70.38%。

从上述数据可以得出以下结论: 其一, 农村残疾人数量占全国残疾人口的 3/4, 应着力推进农村残疾人工作; 其二, 残疾人受教育程度普遍偏低, 大学及大学以上文化程度的仅占残疾人口总数的 1.13%, 应加快推动残疾人的常规学校教育; 其三, 中轻度残疾人占残疾人口总数的 70% 以上, 应大力拓展对中轻度残疾人的服务, 防止其“被边缘化”。

2. 残疾人的需要

残疾人普遍经受着生理、心理和社会问题的困扰。根据马斯洛的需要层次理论, 残疾人的需要主要包括以下几个方面。^①

(1) 治疗康复的需要

无论是先天残疾还是后天致残, 许多残疾人都表现为身体组织构造或生理、

^① 全国社会工作者职业水平考试教材编写组:《社会工作实务》(中级), 中国社会科学出版社, 2007, 第 224~225 页。