



人人都是障碍者，
Everyone is a person with disabilities.

人人都会经历障碍……

Everyone will experience barriers.

读《障碍者支持手册》，做彼此最好的支持者！

Read the Handbook for Supporting Persons With Disabilities, to be the best supporter for each other.



障碍者支持手册

(普及版)

ADI 发展研究所

前言

作为障碍研究专门机构，ADI (Able Development Institute) 发展研究所致力于不同障碍类型的人们在社会中获得与他人一样融合与发展的机会。“接纳源自理解，理解源自了解”，障碍是人类不可避免的问题，每个人在不同年龄和不同生命阶段都会产生不同类型与程度的障碍。正如我们必将老去一样，障碍终将令我们加入到需要特殊支持的社群中。从这个角度来说，人人都是障碍者，人人都要经历障碍。

对障碍者的“支持”至少包括两类，一类是“非直接支持”，例如立法倡导、环境改善、促进教育与就业机会的获得、捐助相关机构或通过相关机构捐助等，另一类是“直接支持”，例如陪同外出、生活协助等。不管何种支持，都应基于对障碍者的了解。

因此，编写此手册，既是为了那些初识障碍的人们，也是为了我们的朋友和家人，为了相关领域工作者，更是为我们自己。我们希望通过本手册，为障碍者提供更好的支持。继本手册之后，ADI 还将针对不同障碍类型陆续推出更加专业化、精细化的知识手册，向读者介绍融合用工、岗位开发、无障碍等各方面的专业知识，使障碍者享受到更加具体完善的支持。

本手册的编写工作历时两年，得到了来自社会各界人士的帮助与支持。在此表示衷心的感谢。感谢联合国国际劳工组织的周海滨先生、中国残联就业指导中心的罗秋月女士、中国企业联合会的马超先生对机构工作的支持，感谢福建师范大学吴燕丹教授提供相关资料参考；感谢特殊教育专家 HELEN MCCABE 教授为自闭症内容提出宝贵建议；感谢王春霞、信任、廖博雅、佟志宸、杨光远、龚佳逸、张莉等编辑团队的同事和志愿者付出的辛勤汗水；感谢克服了身体与环境障碍参与试读会与海报工作的胡菊、郑艳艳、高镜会、王广珍等“二次方”青年融合小组成员，感谢万豪天际国家动漫产业基地的高媛女士与员工的积极参与与意见反馈；感谢担任插图摄影的志愿者孙阳雨小姐、全盲模特儿范少超先生、听障模特儿郑艳艳小姐、陈柳婷家长与张麦欧小朋友（绘图与模特）、张义忱小朋友与家长（模特）、林子彘小朋友与家长（模特）、万文瑾小朋友与家长（模特）、贺滢淋等志愿者，以及来自北京社会管理学院的姚家烙、文雨、田春阳、张静、李江霞同学；太阳语罕见病心理关怀中心的轮椅使用者与天津川渝学联的同学等为本手册插图贡献出宝贵周六日的各位朋友。还要特别感谢来自联合国教科文组织、国际助残、北京青少年社工协会、融爱融乐、爱稀客、欧莱雅、星原手语社等单位的支持者提供扉页照片墙照片。

探索人类发展的道路仍然漫长，障碍者支持手册的编写工作仍需加倍努力。我们诚挚地希望得到多方的意见和建议，在多方共同的努力和支持下，使得手册进一步完善，并为更多障碍者和支持者提供最切实的协助。如有任何建议，欢迎邮件至 ADI@ablechina.org，衷心感谢！

吕飞

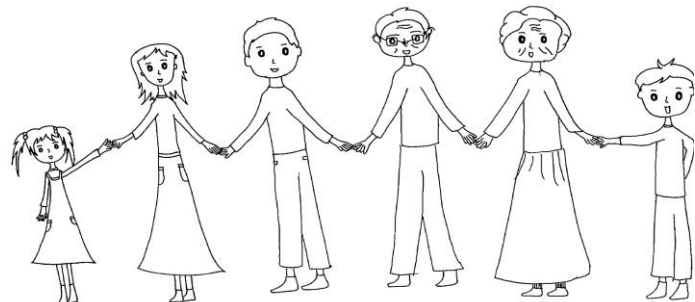
2015 年 3 月 · 北京



目录

前言.....	2
综述.....	6
一. 从“残废”到“障碍”	6
二. 障碍模型的演进.....	7
三. 障碍及障碍者的定义.....	8
四. 国际功能、障碍与健康分类标准.....	9
第一章 视力障碍支持.....	12
一. 视力障碍的定义.....	12
二. 视力障碍的分级.....	12
三. 视力障碍的特点.....	13
四. 视障者的辅助工具.....	13
五. 视障者的活动与社会参与支持.....	16
六. 视障者的无障碍环境支持.....	24
第二章 听力障碍支持.....	27
一. 听力障碍的定义.....	27
二. 听力障碍的分级.....	27
三. 听力障碍的特点.....	27
四. 听障者的辅助工具.....	28
五. 听障者的活动与社会参与支持.....	30
六. 听障者无障碍环境支持.....	33
第三章 言语障碍支持.....	36
一. 言语障碍的定义.....	36
二. 言语障碍的分级.....	36
三. 言语障碍的特点.....	37
四. 言语障碍者的辅助工具.....	37
五. 言语障碍者的活动与社会参与支持.....	37
第四章 肢体障碍支持.....	39
一. 肢体障碍的定义.....	39
二. 肢体障碍的分级.....	39
三. 肢体障碍的特点.....	40
四. 肢体障碍者的辅助工具.....	41
五. 肢障者的活动与社会参与支持.....	46
六. 肢障者无障碍支持.....	52
第五章 智能障碍支持.....	57
一. 智力障碍的定义.....	57

二. 智力障碍的分级.....	57
三. 造成智力障碍的原因.....	58
四. 智力障碍的特点.....	59
五. 智障者的活动与社会参与支持.....	59
第六章 精神障碍支持.....	62
一. 精神障碍的定义.....	62
二. 精神障碍的分级.....	62
三. 精神障碍的特点.....	63
四. 精障者的活动与社会参与支持.....	65
扩展阅读.....	67
一. 失智症.....	67
二. 自闭症.....	68
三. 唐氏综合征.....	70
四. 隐性障碍.....	71
五. 罕见病.....	72
六. 无障碍标识.....	74
后 记.....	78



综述

一. 从“残废”到“障碍”

每个人都有自己的称呼，我们希望他人如何称呼自己，我们又如何称呼他人……

80年代以前，人们一直使用“残废人”称呼障碍者。当人们称“障碍”为“残废”，称呼“障碍者”为“残废人”时，就无形中给人赋予了某种工具属性。如果工具失去了人们对其预设的主要用途，就仿佛这个工具没有了作用，即所谓“因残而废”。此类误区在一定时期内以一种普遍认知的形式出现在社会各个领域，我国1981年就发行了一枚主题为“国际残废人年”邮票。



80年代后，我国逐渐使用“残疾人”取代了“残废人”的称呼。1984年成立的中国残疾人福利基金会和1988年成立的中国残疾人联合会都在一开始就舍弃了“残废人”的称呼，而是使用“残疾人”。

称呼的转变，标志着公众跳出了以工具属性衡量障碍者的思维定式，随着2001年世界卫生组织《国际功能、障碍和健康分类标准》（英文缩写ICF）的发布，人们逐渐意识到“残疾”并非疾病。于是，一个新的称呼——“残障”出现在公众视野中。它标志着越来越多人认识到“障碍”并不仅仅是障碍者的问题，造成障碍的原因还包含着社会和环境因素。

进入21世纪后，越来越多的人开始使用“残障”这个词，“残”表示障碍者的身体状况，或者说是产生“障”的原因；而“障”则表示因此带来的各种障碍，即“因残而障”。“残障”看起来是个不错的词，然而其中的“残”字仍在强调客观存在的器官或者功能缺失，并未将人的本质完整化、正常化，所以常常会在各种场合中听到关于“非（不）正常”的描述。

障碍者与支持者所期待的不仅仅是改变人们对障碍的称呼与定义，更希望可以藉此改变人们关于障碍的认识和态度。改变的发生需要理念的转变，更需要对障碍模型的演进有深入的了解。

二. 障碍模型的演进

“模型”是学者们对其所研究的系统、过程、事物或概念的一种表达形式。人类社会按照障碍者的障碍问题归因将障碍模型分为“个体模型”和“社会模型”。个体模型将障碍问题归因为个体，认为障碍者个体存在先天的缺陷，障碍者应该为此承担责任。社会模型将障碍问题归因为社会，认为需要改变的是社会而不是个体，社会应该为此承担责任。

个体模型在演化过程中经历了道德模型、缺陷模型、社会达尔文主义模型、优生学模型以及医学模型等多个阶段。

在道德模型下，障碍被认为是对不道德行为的惩罚，但社会应当承担照顾障碍者的道义责任。

缺陷模型是医学模型的早期版本，其特点是树立起一个所谓“完美形态”的人的样本。缺陷模型认为随着科学的发展，人们可以找到消除每个人“缺陷”的方法，功能或潜在功能的完美是每个人都可达到的。

社会达尔文主义模型认为，生存需要具备适应环境的积极品质和成功繁殖的能力，需要改变自身以适应有机体生存环境的能力，那些由于某种障碍而无法独立生存的人只能自生自灭。

优生学模型在社会达尔文主义模型“适者生存”的理论基础上，将达尔文进化论的观点进一步推向极端。优生学模型认为，我们不仅应该抛弃那些“不适者”，而且还应将他们与社会中其他人隔离开，并阻止他们繁衍后代。

医学模型是建立在“标准”概念基础上的理论，该理论假设：关于人类是什么、人类的长相和举止应该是什么样、人类能干什么等，均存在一个“标准”，偏离“标准”的人是有缺陷的。当医学的干预无法弥补这一缺陷、无法使障碍者的功能达到“标准”时，这个人便被认为存在永久性的缺陷。

医学模型在今天的障碍领域仍具有较为广泛的影响，并对障碍研究工作产生一定的作用。

随着社会的发展，人们逐步认识到社会障碍对于人的影响，“社会模型”在这一背景下应运而生。社会模型将障碍的原因和责任归于社会，认为需要改变的是社会而不是个体需求。社会模型包括压迫模型、多元主义模型和社会构建模型。

压迫模型认为，当非障碍者把障碍者定义为“另类”时，障碍者在心理、社会和经济方面将受到压迫。压迫会对障碍者个体产生伤害，阻碍障碍者的全面发展，并由此使障碍者的内心滋生自恨和依赖。

在多元主义模型中，障碍者被看作是社会拥有某些共同品质或特质的一群人。所有的少数者群体都会体验到相同的消极体验，如偏见、刻板印象和压迫。但是，所有的少数者群体也都拥有其共同的文化、语言、兴趣、生活经验和世界观。

社会构建模型提出了重新审视个体在社会中的地位 and 作为社会成员的个体权利的要求。根据社会构建模型理论，障碍是社会强行赋予给障碍者群体的。社会强行赋予给障碍者群体的障碍包括从个体的偏见到制度的歧视，从公共建筑的障碍到交通系统的限制，从隔离式的教育到排斥性的工作安排等渗透在社会生活中方方面面的障碍。

三. 障碍及障碍者的定义

2011 年我国《残疾人残疾分类和分级》对残疾的定义为：身体结构、功能的损害及个体活动受限与参与的局限性。为了使在岗的障碍支持工作者能够对接本土情况，手册沿用了部分我国对残疾的分类与定义。

世界卫生组织对障碍（残疾）的描述为：“障碍（残疾）是一个总称，包括损伤活动受限以及参与的限制。损伤是身体功能活结构方面的问题；活动受限是人在执行任务或行动时遇到的困难；而参与的限制是参与个人生活时遇到的问题”。

2011 年世界卫生组织发布的《世界残疾报告》中对社会环境方面的障碍进行了总结和归纳，主要包括以下几点：

1. 不健全的政策和标准。政策的规划常常忽视障碍者的需求，而有关障碍的政策和标准也往往得不到实施。
2. 消极的态度。一些观念和偏见造成障碍者在接受教育、就业、卫生保健、社会参与等方面的障碍。
3. 服务提供环节存在的问题。首先，障碍者很容易因卫生保健、康复、支持和协助方面的服务缺失而受到伤害。其次，服务缺乏协调、人手不足以及工作人员能力不足都会影响对障碍者服务的质量、可及性和适当性。
4. 资金匮乏。缺乏有效的财政支持成为障碍者接受持续服务支持的主要障碍。
5. 无障碍设施缺乏。许多建筑环境、交通系统和信息都没有实现对障碍者的无障碍化。
6. 缺乏协商和参与。许多政策的制定都没有障碍者的参与，不能影响决策。
7. 缺乏资料和依据。缺乏有关障碍的数据、资料，不了解影响障碍者生活的环境因素，将很难采取适当的措施保障障碍者的权利。

《联合国残疾人权利公约》¹对残疾的定义为：残疾是一个演变中的概念，是人的身心功能障碍与阻碍他们在与其他人平等的基础上充分和切实地参与社会的各种态度和环境障碍互相作用所产生的结果。

而《联合国残疾人权利公约》提出的“合理便利 (Reasonable accommodation)”原则，要求在社会障碍消除方面，要根据具体需要，在不造成过度或不当负担的情况下，进行必要和适当的修改和调整，以确保障碍者与其他人在平等的基础上享有或行使一切人权的基本自由，以消除社会障碍。

我国对残疾人的定义为：在精神、生理、人体结构上，某种组织、功能丧失或障碍，全部或部分丧失从事某种活动能力的人。

根据第六次全国人口普查及第二次全国残疾人（障碍者）抽样调查推算，2010年末我国障碍者总人数 8502 万人。各类障碍者的人数分别为：视力障碍 1263 万人；听力障碍 2054 万人；言语障碍 130 万人；肢体障碍 2472 万人；智力障碍 568 万人；精神障碍 629 万人；多重障碍 1386 万人。各障碍等级人数分别为：重度障碍 2518 万人；中度和轻度障碍者 5984 万人。

我国台湾地区《身心障碍者权益保护法》对障碍者定义为：身心障碍者，指身体系统构造或功能，有损伤或不全导致显著偏离或丧失，影响其活动与参与社会生活，经医生、社会工作、特殊教育与职业辅导评量等相关专业人员进行之专业团队鉴定及评估，领有身心障碍者证明。

那么，没有领取证明的身心障碍者是否就不属于这一群体了呢？其实，和内地发放的“残疾证”一样，对障碍者进行颁证主要是方便管理，包括与一些福利制度的运行挂钩。西方更加粗放一些的研究者认为，自我认知和公众认知中均被视为存在障碍，即为障碍者。

四．国际功能、障碍与健康分类标准

2001 年，世界卫生组织推翻了 1980 年制定的医学模型下的《国际缺损、障碍和残障分类》(International Classification of Impairment, Disability and Handicap)，以《国际功能、障碍和健康分类标准》(International Classification of Functioning, Disability and Health, 简称 ICF) 取代。

ICF 关注造成障碍的各种因素如身体、环境、参与能力等，以及用何种方法可以减少这些障碍因素对障碍者的影响。

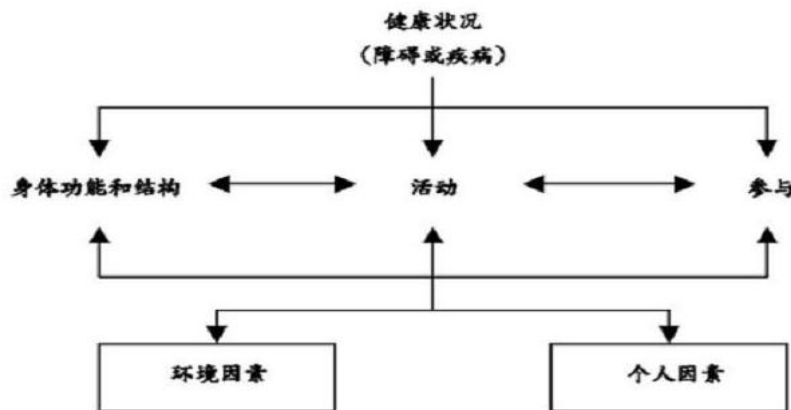
¹ 《联合国残疾人权利公约》（以下简称“公约”）。2001 年联合国成立特设委员会起草公约；2006 年 8 月草拟结束，12 月获得联合国大会通过；2007 年 3 月成员国开始签署；2008 年 5 月联合国宣布公约正式施行；2008 年 6 月中国人大常委会批准公约；2008 年 8 月 1 日中国政府向联合国交存批准书，成为公约第 33 个缔约国；2008 年 8 月 31 日公约在中国生效，并适用于港澳特别行政区。

ICF 包含四大类，分别为身体功能，身体结构，活动和参与以及环境因素。ICF 中一个重要的概念是“功能”，其包括了身体功能和结构、活动、参与三个部分。身体功能和结构指的是人体的生理功能（包括心理功能）和解剖结构；活动是指个体执行一项任务或动作时的具体表现，如爬梯子、搬东西等，是功能的个体方面表现；参与则是个体与生活环境的互动，是功能的社会方面表现。

ICF 中另一个重要的概念是“障碍”。障碍是与功能相对应的，其中包含了损伤、活动限制和参与局限。“损伤”是指丧失或偏离正常的生理功能和结构，如瘫痪是丧失身体某些部位的正常生理功能，截肢则是偏离正常的生理结构；“活动限制”是指个人在活动中可能遇到的困难，比如无法站立行走，或者无法搬运重物；“参与局限”则指个体与生活环境的互动中可能遇到的问题，比如无法上学，无法参加社区活动等。

个体功能的水平和程度（包括活动限制和参与局限）是由背景性因素（环境和个人因素）与个体交互作用决定的。所以在 ICF 架构中，在身体功能、身体结构、活动与参与之外，还有环境因素这一项。在环境因素和个人因素共同作用下，人的身体功能和结构、活动以及参与都会受到影响。

ICF 结构图：



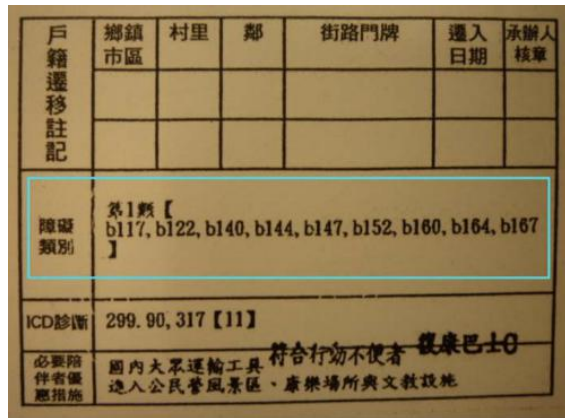
假如有一位全盲视障者，生活在无障碍设施完好的城市，那么，这位视障者能够在日常生活、工作和社会交往中完全独立。按照传统“残疾证”的分类，这位视障者仍属于极重度障碍的归类，但是按照 ICF 的分类，这位视障者领取的只是轻度功能需求的“残疾证”，因为他的身体情况和环境因素综合起来判定他的功能表现为轻度障碍。如果这位视障者，搬到了一个没有无障碍设施的城市，生活、工作和社会交往都不能独立完成，此时他可以将轻度功能需求的“残疾证”换为重度功能需求的“残疾证”，并且要求获得相应的社会服务以及经济补贴。

也就是说，在 ICF 中，“障碍”并不是静态的，而是动态的，它会随着环境和个人因素的变化而变化。ICF 以 1424 个编码来呈现个体的健康状况，不再仅仅依靠疾病名称和障碍程度假设一个人在日常工作生活的功能障碍，而是把人放回到日常工作生活的背景当中，考量产生障碍的原因（个体因素和环境因素）。ICF 已经超越了医疗模型和

社会模型，它避免仅以医学定义（如身体损伤程度：视力值、分贝数、智商值等）或者行政定义（如我国残疾分类：重度残疾，或者一级残疾、二级残疾）来划分人的健康状态，转而把注意的焦点重新放回到面临障碍的当事人及其日常生活工作当中，并以此为基础进行动态的需求评估。

目前，世界上很多国家与地区已经参照 ICF 对障碍者面临的相关问题进行管理和分类，将活动与参与和环境因素列为障碍者鉴定的测量项目。例如，活动与参与中有：能否专心做事 10 分钟、能否长时间站立、能否长距离行走、能否一个人洗澡穿衣吃东西、能否与陌生人互动、能否参加社区活动等。环境因素中有：居家环境的设计和摆设、邻里建筑物或场所的空间设计和摆设、社区中人们对当事人的态度、社区的治安情况等。

如图所示证件中持证者的障碍情况为：ICF 第 1 类【b117, b122, b140, b144, b147, b152, b160, b164, b167】，b117 为智力功能障碍，b122 为整体心理社会功能障碍，b140 为注意力功能障碍，b144 为记忆功能障碍，b147 为心理运动功能障碍，b152 为情感功能障碍，b160 为思维功能障碍，b164 为高水平认知功能障碍，b167 为语言精神功能障碍。



正是由于 ICF 中评定的功能需求等级不是静态的，而是随个人和环境因素变化的，所以需要综合整体来判断。

ICF 整合医学模型和社会模型，同时衡量人体功能在个人活动和社会活动中的表现，从不同角度为健康提供了一个连贯的观点，这也是 ICF 的结构特点。之所以采用整合架构，是由于人的健康状况是个有机整体，所有构成成分都是有用的。例如，某人可能：

1. 出现身体损伤，但是功能没有受到影响。例如外伤导致受伤者容貌损伤，但是对个人功能没有影响。
2. 有功能限制以及活动受限，但是没有显著的损伤。例如严重肺动脉高压患者，没有显著损伤但是个人行动能力（行走及更剧烈的活动）或大大受限。
3. 有参与受限，却没有损伤或者功能受限。例如艾滋病毒携带者、乙肝病毒携带者，在人际交往、工作生活中或会遭受歧视。
4. 在无辅助的情况下有活动参与限制情况，但在现实环境中没有活动限制与参与局限问题。例如，在无障碍设施完好的环境下，轮椅使用者或可达到活动参与无限制。
5. 遭受某种程度的负面影响。例如，肢体缺乏活动引起肌肉萎缩，或者长期生活在封闭的环境中，造成社会生活技能的丧失。

三. 视力障碍的特点



女作家、教育家、社会活动家海伦·凯勒，88年的生命中有87年生活在无光无声的世界中，《假如给我三天光明》为其代表作。

视障的类别非常多，根据眼前呈现出的视线范围，除了全盲和低视力之外，有的障碍者眼前只能看到一个圆圈范围的物品，还有的是只能看到线状范围的物品等，这就是“视野受限”。

由于获得图像信息能力缺失或较弱，空间知觉的形成以及周围环境信息的获取对视障者而言就变得十分重要。同时，视障者的听觉能力、触觉能力以及嗅觉能力一般较强，其听觉记忆和触觉记忆普遍高于非视障者。

视障者在商场或者网络商店选择衣物或者洗浴用品等时，对依靠款式、颜色等特征区别洗发水与浴液有困难，商家、制造商可以通过推广盲文商标、商品读屏介绍等方式提供支持。有的视障者将衣物买回家以后会根据支持者的搭配建议，在衣内缝上小的可触摸标记。

对于身份证等涉及重要信息却缺乏对应盲文辨识的物品则应特殊妥善保管，如放在一个特别的信封中。

四. 视障者的辅助工具

(一) 盲杖

盲杖是视障者日常生活中使用最普遍、最基本的辅助工具。盲杖颜色为白色或银白色，由统一规格的红色反光胶带包裹杖体。（1964年《国际白杖法》规定）

视障者使用的盲杖，在距手柄底部9厘米处缠裹着30厘米宽的红色反光胶带；兼有听障的视障者使用的盲杖，在距手柄底部9厘米处，用三段红色反光胶带缠裹杖体，每段胶带宽11厘米，胶带间距9厘米。

选择盲杖的长度时，视障者自身并足直立，杖尖在两脚中间触地，一般以杖柄顶端抵于心窝处的高度为基准确定盲杖的长度。依此方法计算出长度，制成盲杖，视障者以斜握方式持杖行走时杖尖刚好可探知前方一步地面的距离。

盲杖一般质量为175克左右，折叠式盲杖稍重一些。

(二) 导盲犬

导盲犬是工作犬的一种。经过严格训练后，导盲犬可协助视障者出行，方便视障者的工作和生活。

导盲犬习惯于颈圈、导盲牵引带和其他配件的约束，懂口令，可以带领视障者安全地走路。

当遇到障碍或需要拐弯时，导盲犬会引导主人停下以免发生危险。

导盲犬具有自然平和的心态，会适时站立、拒食、帮助视障者乘车、传递物品，它们对路人的干扰不予理睬，也不会对路人进行攻击。常见的导盲犬犬种有拉布拉多、金毛寻回、德国牧羊犬等。这些犬种体型适中、便于牵引，更重要的是性格稳定、忠诚热爱工作、性情温和，对大人和孩子都很友好，所以支持者无需惧怕视障者的导盲犬。

对视障者来说盲杖、导盲犬就是他们身体的延伸，所以不要随意触碰视障者的盲杖，也不要对导盲犬做出挑逗、抚摸、喂食等分散导盲犬注意力的行为。如果视障者的辅助工具对他人行动造成了影响，请用言语提醒视障者让其重新调整辅助工具的摆放或停留位置，不要私自移动。



折叠式盲杖，方便携带



电影《导盲犬小Q》剧照

（三）低视力视障者的辅助工具

低视力视障者的可视范围远远小于非视障者，通常无法阅读过远、过小的字体，所以低视力视障者的辅助工具主要为放大镜、助视仪等各种字体放大工具。

放大镜是辅助低视力视障者的近距离光学仪器，能够帮助低视力视障者阅读书籍报纸、商品标签、货币金额等信息。



台式放大镜



手持电子助视器

台式放大镜是放大镜的加大版，可以放大整张书页。使用台式放大镜时，使用者可以不用像使用手持放大镜那样频繁移动放大镜，从而达到阅读的时候解放双手的目的。

手持电子助视仪是电子版的放大镜。手持电子助视仪的优点是可以自主调节放大倍数，字体无畸变（普通放大镜都有字体畸变问题）。



台式电子助视仪

眼镜式望远助视器

扩视机，也可称为台式电子助视仪，该仪器利用电子摄像头获取图像，并将其放大投射到显示屏上。

除上述低视力视障辅助工具之外，低视力视障辅助工具还包括特别改装的可以像眼镜一样佩戴的助视仪以及望远镜等。

（四）点显器

点显器又称盲人显示器或点字机，能够将计算机上的信息用盲文（供视障者使用的，利用不同的点状集合形成的具有凹凸手感的文字）同步显示，便于视障者摸读。通过与

读屏软件配合使用，点显器能将读屏软件读出的文字通过盲文显示到点显器上，点显器上的盲文按点会自动凸起，帮助视障者通过触觉来读取文字。



（五）语音识别软件

语音识别软件安装在手机、电脑等电子设备中，将文字与语音进行转换，视障者普遍使用语音识别软件读短信、听新闻等，并且听取的速度较非视障者快很多。目前，在计算机文件中，纯文本文件更容易被识别。语音识别软件只能机械的读取文本信息，因此，大篇幅文字需要用序号区分以便视障者更方便的接收信息。

除此之外，放大屏幕上的文字、加强文字与底纹对比度，设置页面显示为黑底黄字等方便低视力人群使用的通用功能在计算机系统中也有多种体现。

五. 视障者的活动与社会参与支持

在消除视障群体面临的社会障碍方面有许多工作要做。例如为参加高考的视障者提供盲文考卷、大字考卷、语音考卷等。

（一）如何向陌生视障者提供支持

在街头或其它地方遇到视障者时应先观察视障者的行动。如果视障者目标明确，动作没有犹豫或者停顿，通常说明视障者此时不需要支持；如果视障者表现出了明显的犹豫和不知所措，可以上前提提供支持。

提供支持前，支持者应尽量站在视障者的正面，然后与其打招呼并且展示提供支持的意愿，例如：“你好，有什么我可以帮忙的吗？”声音不要过大。不要站在视障者身后，避免对方受到惊吓。

如果打算引领对方，一定要先获得对方肯定的回应，再按导盲技巧引领对方前进，切忌直接拉起视障者就走。

(二) 与视障者沟通技巧

1. 与视障者交流时，不要使用和障碍类型相关的外号等不尊重的歧视性称呼。

2013年6月多地视障者到必胜客餐厅门口进行抗议，原因是必胜客此前在国内各大视频网站投放的一则“虾球”广告。广告中，一个卡通人物问另一人：“你知道虾球为什么总是到处乱滚吗？”另一人呈疑惑状，问的人自答：“因为他是虾——球！”与此同时，屏幕下方配上字幕“（瞎）球”。画面中的虾球戴上墨镜、拄着拐杖，伴随一侧闪现的“虾？”“瞎？”字样，从屏幕中央向外滚出。必胜客随后在其官方网站刊登道歉声明。

2. 与视障者交流时，为了让其获取必要的周边环境信息，应先介绍身边的朋友以及参与谈话者，让其了解周围都有哪些人。

3. 视障者的听觉记忆通常比较强。在多人发言时，请在讲话开始前或者结束后自报姓名，方便视障者将发言者的声音和名字联系起来记忆。

4. 对视障者讲话时，先称呼其名字，提示正在与其讲话。

5. 第一次见面时，尽量多提供对话者的信息，让视障者对交谈对象产生安全感和信任感。

6. 由于视障者无法获取视觉信息或视觉信息获取能力较低，在与其交流时，要注意将习惯的表情与身体语言表达转化为语言表达。同样，来到视障者身边时，要言语示意，离开视障者时，要向对方说明，不要使用眼神或者动作示意离开。

7. 除非有特殊要求，应用正常的语音语调与视障者进行谈话交流。

8. 与视障者交流时不要有不雅或不尊重的小动作。

9. 要及时告诉视障者环境的变化。如告诉视障者有人进来了，来访者是谁。

10. 在向视障者描述新鲜事物时，要从各种角度进行形容，让视障者有个全方位的了解。

11. 视障者的触觉记忆通常较好，在向视障者描述新鲜事物时，可以引导对方对所描述事物进行触摸，以方便视障者形成对事物的触觉记忆，加深其对新鲜事物的了解。

12. 递给视障者物品时，要先用言语说明，如“给你手机”，然后将手机递到对方手中，待其拿稳后再松手。

13. 如果交给视障者多样东西，应该分别说明并让视障者触摸确认，如果交给视障者的为容器（信封，口袋，盒子等），要确定封好封口再交给视障者，或者让视障者确认开口位置自行封口。例如：“这里有个信封，信封里的是你的证件”，并挨个让视障者触摸信封、证件，然后将证件放入回信封中，封好封口并交回给视障者，同时帮助视障者触摸确认封口位置。

14. 与视障者在一起时，非视障者之间不要窃窃私语或者互相用手势交流，否则容易让视障者产生猜疑和不舒服感。

15. 与视障者在一起时，非视障者和他人说话时间不宜过长，避免把视障者长时间的“晾”在一边让其无所事事。（非视障者可以东张西望分散注意力，视障者则无法这么做。）

（三）空间感知支持技巧

1. 空间感知的形成对视障者来说非常重要。所以与视障者出行时，要向视障者介绍周围的地理位置、景物景象等信息，帮助其熟悉周围环境。如果在室内，要向视障者告知室内的格局、家具的摆放位置及大小、桌面陈设。

2. 视障者很难通过视觉信息建立和非视障者一样的整体空间联系。对视障者来说东南西北很难确认，因此支持者最好是使用前后左右来建立其空间感。在引领视障者进入一个新的环境后，要让视障者站定，先帮助其确定前后左右的方向，然后再依据前后左右的位置向其介绍周围环境和事物。

3. 让视障者等待的时候可以让其有所依靠（如墙壁，柱子），通过参考物建立自己的空间感。长时间停驻在无依靠的空间内，容易让视障者产生“无依无靠”的恐惧感。

4. 指示方位要清楚准确。例如，要对视障者说“把水杯放在你的面前”，而不能用动作示意“放在那儿就好了”；要对视障者说“你面前两米的地方有个花瓶”，而不能说“那儿有个花瓶”。

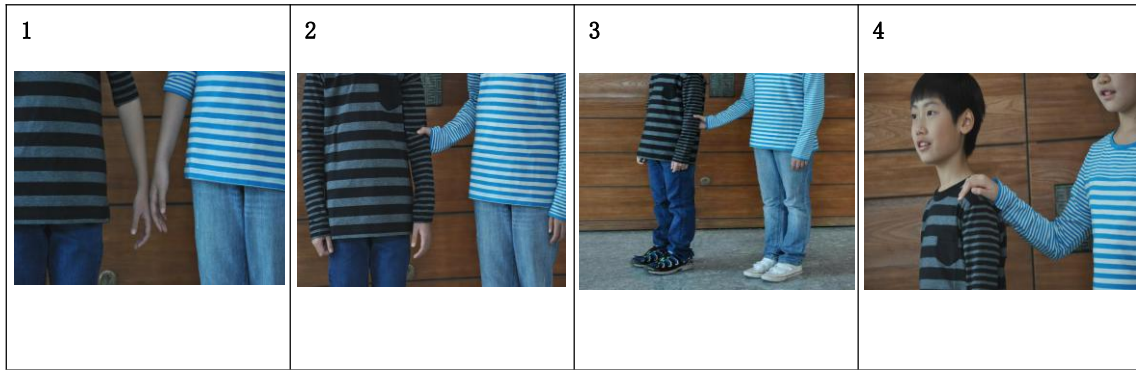
5. 视障者通常对声音十分敏感，因此可以使用声音帮助对方定位，例如可以敲敲玻璃杯，帮助对方找到玻璃杯的位置；在出行的时候，可以告诉视障者有水声的地方是喷泉或者溪流。

6. 由于缺乏视觉信息，很多事物都会给视障者带来危险，所以一定要向视障者提示环境中存在的危险以及位置。例如：蜡烛在燃烧，水杯中的水很满很烫，前面有门槛台阶等。

7. 在视障者熟悉的环境中，如在视障者家中，不要轻易挪动周围用品和摆设，如果有必要移动，一定要告知视障者，并帮其确定物品新的摆放位置。

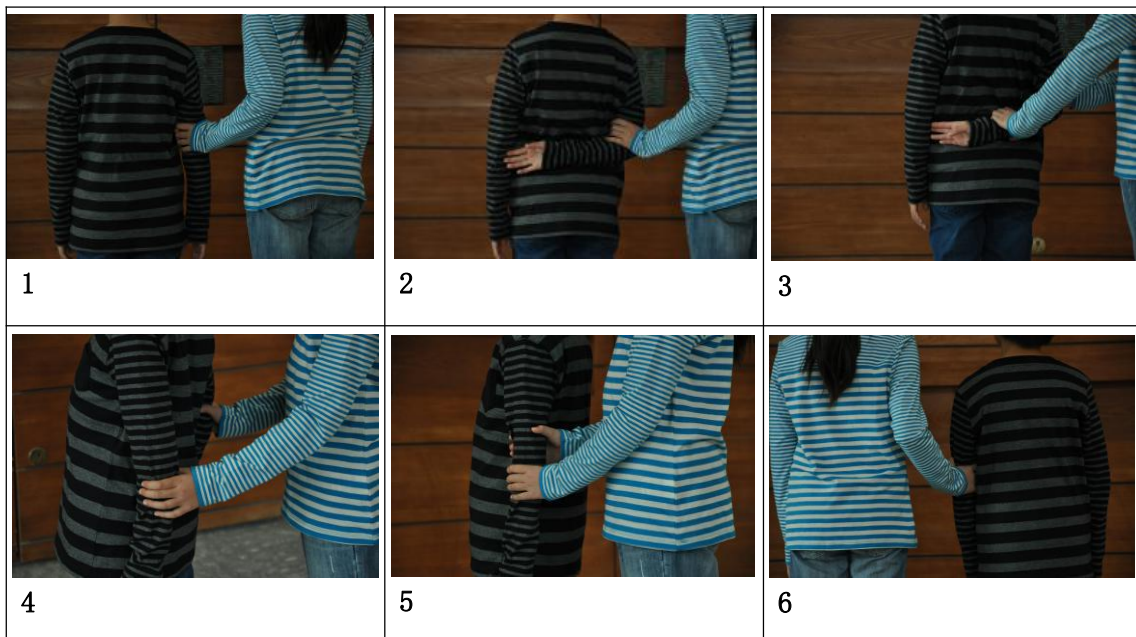
（四）引导行走支持技巧

1. 抓握（如图所示）。在确定视障者愿意接受自己提供的引导支持后，引导者走向视障者，与之同方向并排站立，然后用自己手背轻碰视障者手背，提示视障者自己手臂位置。视障者手沿引导者手臂上行，轻握引导者上臂背部、手肘上方的位置。行走时视障者应处于引导者后侧方半步的位置。如果视障者与引导者身高差距过大，可以视情况让视障者的手搭在自己的肩上引导前行。

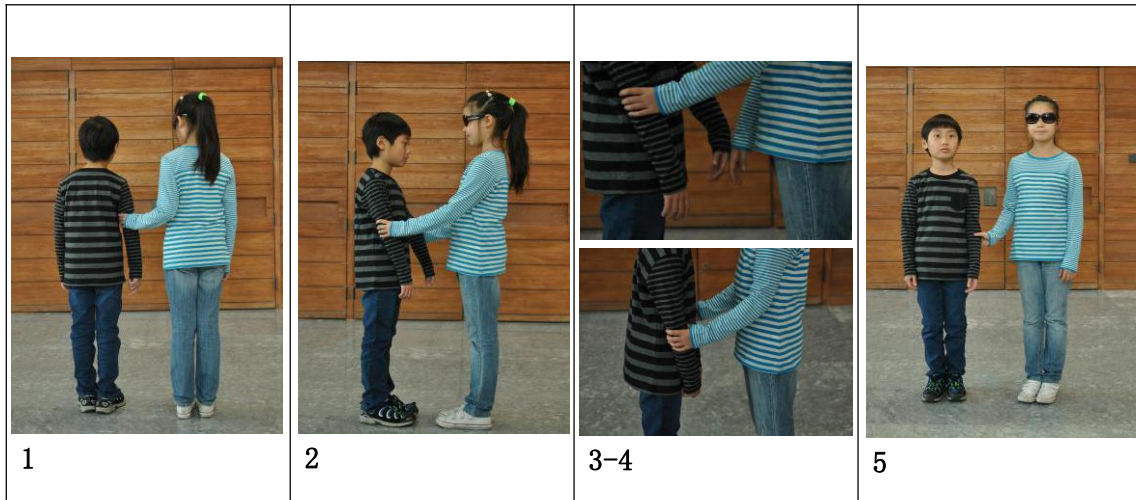


2. 引导视障者行走。引导时以正常速度行走即可，如有需要可配合视障者放缓步速。如果地面平整、行进路线上人流稀少，可以在征得视障者同意后适当加快脚步。行进中要注意随时提醒视障者路面环境（地面不平整，地面湿滑）。

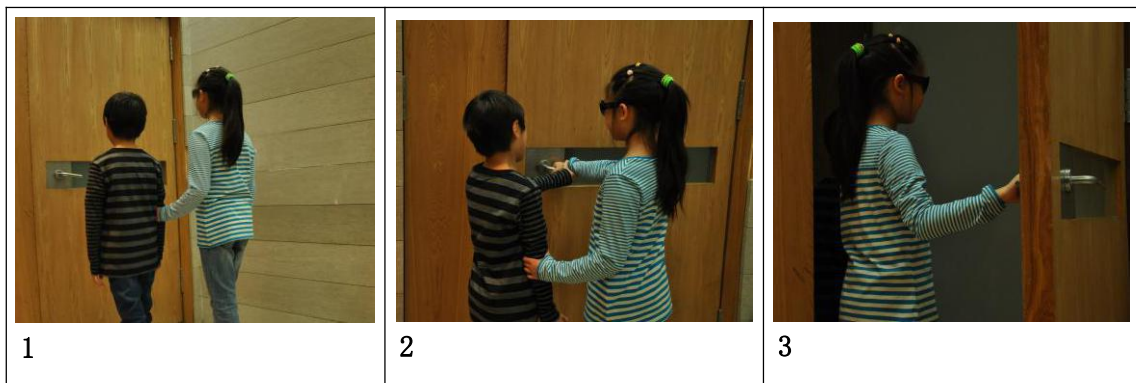
3. 引导视障者换边（如图所示）。一般行走时，引导者在左，让视障者在自己身体右侧，远离车道，以确保其安全。如果需要换边，引导者站立不动，视障者左手松开，以右手接替左手抓握引导者右手臂；左手沿引导者背部滑到左侧，寻找并抓握住引导者左臂；视障者右手松开引导者右臂、寻找并抓握引导者左臂，然后左手松开，身体保持和引导者半步的距离。（视障者从引导者左侧换到右侧，动作步骤相同，左右颠倒）。



4. 引导视障者向后转（如图所示）。引导者先语言提示视障者要进行转向，另一手握住视障者手肘，同时松开最初抓握手，然后两人同时转 90° 成面对面姿势，视障者一手保持与引导者手臂的抓握姿态，另一手抓握引导者另一侧肘关节，同时松开最初抓握手；然后顺着刚才方向同时再转 90°，视障者后退半步，站在引导者后侧方。



5. 引导视障者开关门（如图所示）。到门口时，引导者一定要用言语提示视障者：“我们已经到了门口，门是向内（外）开的，门轴左（右）侧。”然后引导者用非抓握臂握住门把手开门，视障者使用非抓握手抓住门把手，通过门口轻轻把门带上。（注意，开关门时视障者需要在门的轴这一侧，如果不是则需要换边）



6. 引导视障者上下楼梯（如图所示）。引导者在接近楼梯口时先稍作停顿，同时用言语提示视障者要上（下）楼了。当引导者上下楼梯时，视障者会感觉引导者手臂的起伏，而随之上下。无论上下楼，引导者都要先行一个台阶，视障者根据手臂感觉下一级台阶。引导者到达楼梯尽头时，应停顿一下，并用言语提示视障者还有一级就到平地了。如果有楼梯有扶手，可以引导视障者非抓握手握住扶手，助其上下楼梯。

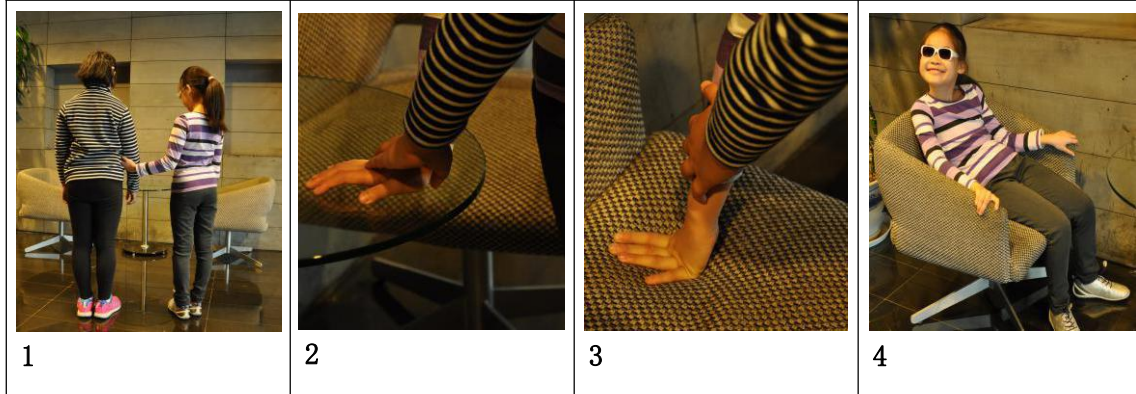


7. 引导视障者上下扶（滚）梯。到达扶梯后，先停下来，与引导视障者上楼梯一样，支持者要协助障碍者用非抓握手触碰到扶梯的扶手带，然后视障者握着扶手，俩人同时踏入扶梯。当扶梯到达顶部或底部时，及时发出信号，俩人同时迈脚离开扶梯。

8. 引导视障者过通道。引导者将被抓握的手移动到身后，手背轻贴后腰；视障者察觉到引导者的动作变化，会将手下移握住引导者前臂，同时身体调整到引导者的正后方，跟随引导者进入通道。



9. 引导视障者坐下（如图所示）。引导者将视障者带到椅子后边，引导视障者一手放在椅背上，另一手放在桌边，视障者自己调整桌椅间距离，并确定椅面没有杂物，自行坐下。



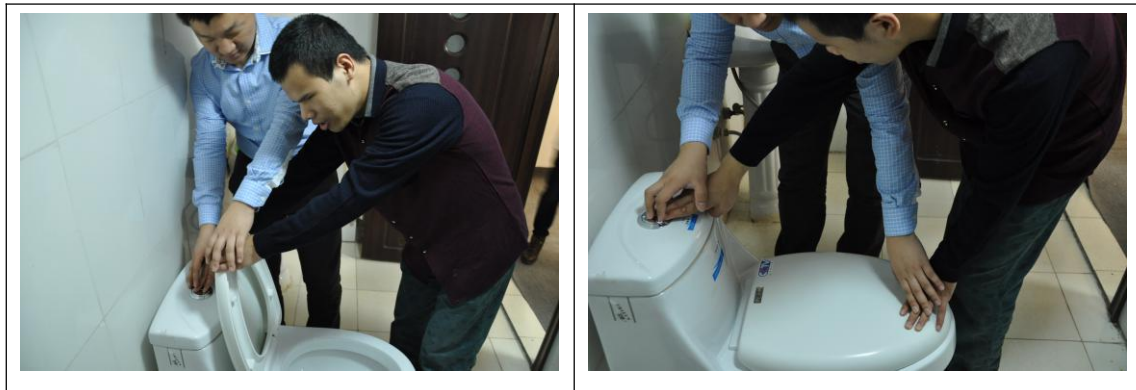
11. 引导视障者乘坐轿车（如图所示）。站在车旁，引导者将视障者的手一只放在车门把手上，另一只手放在车顶上。车门开启后，视障者侧身坐下，同时把放在车顶上的手放开。可以由引导者开关车门，也可以让视障者自行开关。



12. 引导视障者乘坐公共汽车（如图所示）。引导者引导视障者将非抓握手放在车门边上，然后采用上下楼梯的方法带领其上下车。进入车厢后，应立即带领视障者坐下或引导视障者握紧扶手。



13、引导视障者上厕所（如图所示）。引导者带领视障者走到坐便器正前方，引导其摸到冲水把手位置，之后便可离开。如是自动冲水马桶，要向其告知。如厕所为坑式，则需要引导障碍者用脚试探出坑的边缘。



***注意：**在与视障者较熟悉时，一些支持者喜欢将视障者置于自己前方，推行着走，孰不知，此种情况往往令视障者倍感害怕，因为尽管非视障者说明“前面没阻碍”，但视障者在此种紧张状况下，影响到脚步控制也极易跌倒。

(五) 就餐支持技巧

1. 以空间感知支持技巧引领视障者入座。
2. 向视障者介绍周围环境，如就餐人数、走道位置、洗手间（厕所）位置等。
3. 如果视障者不能自行阅读菜单（没有盲文菜单时），请支持者或者服务员为视障者念读菜单，菜名比较抽象的要对菜品进行主要配料的说明。
4. 和视障者用餐时，请小声向其说明筷子、汤匙、碗等餐具的位置及菜的位置。

5. 通常视障者在陌生人面前点餐时总是选择“我要一碗面条”，这样比较不容易撒出食物，此时可以为视障者提供一个小碗，将菜品一一放入碗中供视障者食用，并告知“刚刚吃的这个是‘烧双冬’”以便其日后点菜时选择面大一些。

6. 后天视障者在进餐和了解餐桌上菜品的位置时，常使用的定位方法是“时钟定向法”：



即视障者想像自己坐在一个钟表盘里（如图所示），视障者坐的位置定位在6点钟，面前的食物按照时钟钟点的位置确定方位的一种方法。在说明菜的位置时，只要依据这种定位方法，逐一说明各个菜品在“几点钟”的位置，视障者就能够顺利地找到并且食用它们。例如，支持者说明“鱼香肉丝在2点的位置（说明菜在其右手边上方），香菇油菜在11点的位置（说明菜在其对面左方）”等。

先天视障者使用此法前要确保其已经了解了钟表的表盘分布情况。

7. 在进餐的过程中，如果出现视障者无法夹取菜品，支持者可以询问餐具是否合适，如将筷子换成勺子，或在经得视障者许可后为其夹取。

8. 为视障者倒水盛汤时，切忌倒满，只需七分满即可，而且温度不应过高。若是热茶、热汤，应提醒视障者注意。

9. 为视障者递送水杯时，可先将水杯放在桌上，然后再引导视障者用手去碰触水杯。

10. 与视障者一同就餐时，应主动告知有哪些菜品，然后询问视障者需求。如果有带刺、骨的食物，应提醒视障者注意。

11. 为视障者盛饭时，只需盛六、七分满即可，并且尽量使用可以端起的碗，避免使用不能端起来将饭送入口中的餐具，如组合式的不锈钢餐盘，视障者可能因此趴着进餐。

12. 视障者需要与人敬酒碰杯时，支持者应该视情况给予协助。

六. 视障者无障碍环境支持

（一）盲道

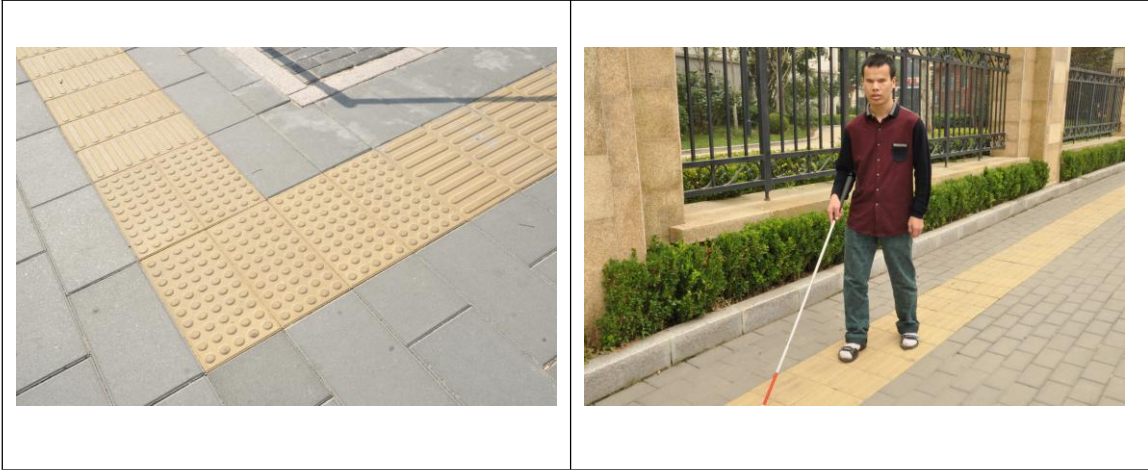
盲道是视障者最主要的无障碍设施（如图所示）。如下几点需要特别注意：

1. 盲道按功能分为行进盲道和提示盲道，提示道砖为圆点状，作用为提示盲道的起点、终点以及拐角；行进道砖为长条状，作用为提示直行。

2. 盲道颜色一般采用中黄色，不宜用灰色等颜色，较方便被低视力者识别使用。

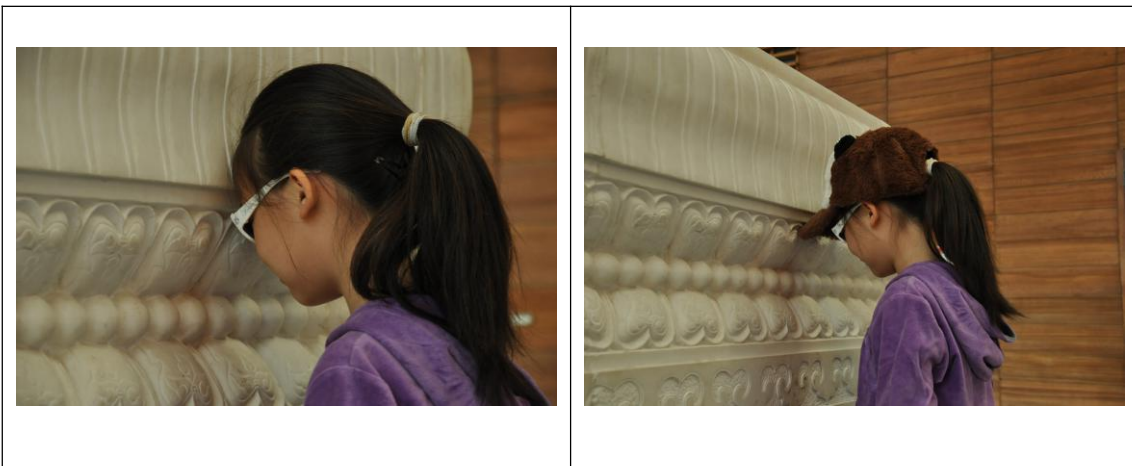
3. 盲道一处不通，全道失败。不应让杂物或设备占用盲道；同样，设置盲道时应避开非机动车停放位置。

4. 盲道修建时应避免切断人流，造成挤撞，如支持者在如地铁等大人流环境中发现视障者逆人流或者切人流而行，可以上前告知，避免其被挤撞受伤。



(二) 障碍物

由于有些视障者视觉缺乏并具有头向前探的特殊行走特点，在行走中对墙壁和天花板突出物无法防范，这些很可能对视障者造成人身伤害，应尽量去除此类突出物，如无法去除，应设蜂鸣有声警报提前告知提醒。如图所示，硬质的帽檐也能够起到一定的头部保护作用。



由于视障者多数情况下需要使用触觉来辨别周围事物，所以，应避免在视障者的触碰范围内放置尖锐、烫热以及光滑易碎的物品。如有必要放置时，也要告知物品准确位置，以利于避险。

低视力者无法有效辨识玻璃窗、玻璃门等透明物，为了避免碰撞发生的危险，应张贴醒目标志。（黑底黄字是低视力者较易辨别的颜色搭配，例如安全警示标识就是使用此种颜色搭配）

(三) 信息传递



视障者无法接受或迅速辨别视觉信号，所以在出现视觉信号时，要尽量将其转化为听觉信号（如电梯报层语音）或触觉信号（如盲文）。应在建筑物入口处安全扶手上设置盲文提示建筑物名称，并在电梯按钮旁配置盲文。如果室内走廊也配置有扶手，可以在房间门口扶手终端配置盲文，提示当前房间号或房间名称。

信息传递中，往往出现虽有视障者专用设施，却无法被视障者知道，找不到设施所在的位置。在这种情况下，支持者不但需要帮助视障者找到设施，还要找到建筑所在物业等负责机构反映情况，使设施得到合理有效的利用。

(四) 导盲犬

导盲犬作为视障者的出行辅助工具，具有更加灵活的特点，它们相当于视障者的双目。导盲犬同缉毒犬、搜救犬同为工作犬，并非宠物，所以不应受到“禁止携带宠物”等出入规定的限制。

***注意：**并不是所有视障者都会使用盲文，所以一些无障碍设施上的盲文、警示说明等可能不能起到很好的作用。而盲道也并非越多越好，关键在于合理性与使用的便利性。

另外，在餐厅等公共场所，尤其是陌生的公共场所，支持者需要观察安全通道等避险设施的位置并告知视障者。支持者也应掌握例如灭火器的用法等基本自救技能并对视障者进行培训。

第二章 听力障碍支持

一. 听力障碍的定义

听力障碍：各种原因导致双耳不同程度的永久性听力损失，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。



音乐家贝多芬，晚年患有重度听力障碍

二. 听力障碍的分级

我国听力障碍分为四级

级别	听力损失（分贝 dB）以测试者听力较好的一耳为准	听力状况	具体表现
一级	>90	听觉系统的结构和功能极重度损伤，不能依靠听觉进行言语交流，在理解、交流等活动上极重度受限，在参与社会生活方面存在极严重障碍。	无法听到很嘈杂的马路、酒吧，电锯锯木头以及更小的声音
二级	81—90	听觉系统的结构和功能重度损伤，在理解和交流等活动上重度受限，在参与社会生活方面存在严重障碍。	无法听到嘈杂的办公室、身边电话铃响、犬吠以及更小的声音
三级	61—80	听觉系统的结构和功能中重度损伤，在理解和交流等活动上中度受限，在参与社会生活方面存在中度障碍。	无法听到街道环境声音、身旁人大声说话以及更小的声音
四级	41—60	听觉系统的结构和功能中度损伤，在理解和交流等活动上轻度受限，在参与社会生活方面存在轻度障碍。	无法听到普通音量交谈以及更小的声音

三. 听力障碍的特点

在传统观念中，很多人认为听障者完全听不到声音，也就学不会说话，并因此用“聋哑人”来称呼他们。实际上，由于听力损失程度不同，听障者群体也呈现出不同的特点，不能一概而论。大部分听障者因为获得声音信息困难，主要依赖视觉感知环境。

由于排除了杂音的干扰,听障者一般会产生超常的集中力。但并不是说听障者是“不怕吵”的一群人,借此把噪音严重的工作安排给听障者也是不合理的,一些低频的声波对非听障者无影响,但对听障者则不然。因此,我们要经常与听障者交流了解他们的感受,不要擅自为他们安排工作。

另外,一些听障者特别是小龄听障者由于内耳压力等原因,往往会出现身体平衡功能较差的问题。

听障者不光通过手语,还通过表情来感受他人态度并表达自己。

在重庆市雇佣了听障者作为服务员的火锅店里,顾客称“无声服务者好像有读心术”。无论是想要点菜还是结账,顾客还没有张口,服务员就已经了解他们的要求并且展开相应的服务。这充分体现了听障者敏锐的观察能力。如图所示,顾客使用的手摇服务牌与听障服务员佩戴的震动指示手环。



四. 听障者的辅助工具



(一) 人工助听设备：助听器

助听器是帮助听障者克服听觉障碍,进而提高听障者与他人会话交际能力的工具。广义上,凡能有效地将声音传入耳朵的各种装置都可以看作是助听器。狭义上,助听器就是一个电声放大器,它将声音放大,使听障者听到了原来听不清或者听不到的声音。

根据工作原理来区分,助听器主要分为模拟助听器与数字助听器两种。目前我国市场上销售的助听器以数字助听器为主。

根据佩戴位置及外形来区分,助听器主要分为耳背式助听器(如图所示)、耳内式助听器,耳道式助听器、完全耳道式助听器以及隐形助听器等。

（二）人工助听设备：人工耳蜗

人工耳蜗是一种电子装置，由体外言语处理器将声音转换为一定编码形式的电信号，通过植入体内的电极系统直接兴奋听神经来恢复或重建听障者的听觉功能。近年来，随着科学技术的不断发展，人工耳蜗已经从实验研究阶段进入临床应用。现在，在全世界范围内，人们已把植入人工耳蜗作为克服重度听力障碍甚至全部听力损失的常规方法。



如图所示，人工耳蜗分为体外部分和植入部分，由体外部分收集声音信息并且转化为电子音响信号，然后发送到植入部分，再由植入部分将电子信号转化为电脉冲，驱动置于耳蜗内的电击刺激听觉神经，由听觉神经直接向大脑发送声音信息。

人工耳蜗与助听器的区别：简单来讲，助听器是一个“声音放大器”，利用电学原理把接收到的声音放大后增加对剩余听力的刺激，从而改善听觉；人工耳蜗是个“神经刺激器”，利用设备将声音转化为电信号，刺激听障者剩余的听觉神经冲动功能（听觉神经冲动功能不等于听觉，有听觉的人，必然有听觉神经的冲动功能，但有听觉神经冲动功能的人，未必有听觉）。人工耳蜗不要求听障者有剩余的听力，只要有能利用的听觉神经冲动功能就行。

***注意：**人工耳蜗很怕进水，所以不要对佩戴人工耳蜗的听障者泼水开玩笑，也应该提示使用人工耳蜗的听障者避免淋雨、佩戴人工耳蜗洗澡、游泳等。

（三）交流辅助工具：笔记本和笔

在与没有学习过手语的人对话时，听障者通常使用笔和笔记本交流。（并不是所有听障者都使用手语交流。）但由于听障者使用手语的习惯，部分听障者使用文字进行表达时并非都按照现代汉语的语法，经常会出现主谓宾顺序混乱的情况，造成理解困难。在使用文字与听障者沟通时要注意避免使用复杂的成语和形容词，直接阐述内容，并适当加入肢体与表情会对沟通产生良好的效果。

（四）交流辅助工具：手机

手机的作用和笔记本一样，听障者可以在手机上写下自己想说的话交给旁边的人阅读。短信、彩信、微信等都是现代听障者与他人沟通非常重要的渠道。除了文字，手机还可以随时调阅图片，更加利于交流。在需要大量沟通的情况下，如商讨“租房”等较为复杂的事宜时，非障碍者往往因耗时较长而不愿意保持短信或者在线沟通，所以支持者可以根据情况给予相应协助。

（五）听力辅助工具

由于接收声音信息存在障碍，听障者的生活中潜藏着诸多不便甚至危险。听力辅助工具通过将声音信息转化为视觉信号或震动信号达到提示听障者注意的目的。例如公共汽车上的报站指示器，就是听力辅助工具的一种。当公共汽车的报站器出现故障产生错误或者不报站时，支持者需要及时告知。

听障者使用的听力辅助工具还有震动闹钟（如图所示）、闪光门铃、火警叫醒器、震动手环等。

震动闹钟的原理是由特殊的震动装置与闹钟相连。睡觉时将震动装置放在枕头下，闹钟响时震动器将会震动，提示听障者时间。

闪光门铃和火警叫醒器的工作原理相同，主要有触发装置（门铃按钮、火警探测器）、闪光提示装置与随身提示装置共同组成。在接收到信号后（有人按门铃或者火警触发），闪光提示装置会发出闪烁的视觉信号提示听障者；而随身提示装置方便随身携带，在有人按门铃或者火警触发时，会产生震动信号提示听障者。



五. 听障者的活动与社会参与支持

一方面，当众受到指责时听障者往往无从辩驳，另一方面，手语有时带给他们飞来横祸，例如在公车上发生了失窃，人们总是先对听障者进行怀疑。当发生此类情况时，手语支持者往往能够更好的帮助听障者说明情况，解除交流困境。此外，支持者应当指出基于听障本身对听障者的怀疑是歧视行为。

消除听障群体的社会障碍需要全社会共同努力，特别在信息接收上，电视剧、新闻要配有清晰可辨的字幕或者有真人手语小窗等。

听障者群体中有一句宣言广为流传——“除了听，我们什么都可以！”不要低估和看轻听障者的能力。有一些人认为听障者爱抱小团，在交流时还有时发出奇怪声音、挤眉弄眼、指手划脚很不雅观，所以对听障者有不友好的表现。遇到这种情况时，支持者需要主动帮助公众理解，消除误解与伤害，积极学习与听障者沟通，让听障者在公众场所交流时能够放松心情，愉快地表达。

另外，在安全设施方面，电子提示牌、闪红色光的警灯等，都可以有效帮助听障者及时逃离火灾等困境。

针对听障者的支持可以参考以下内容：

（一）辨识

对听力障碍者来说，视觉信息、肢体信息、触碰等，比声音信号更加重要。我们可以通过助听器的佩戴来识别部分听障者，但由于助听器的设计与质量缺陷导致的声音失真等问题，使得一些听障者拒绝佩戴助听器或者无法佩戴助听器。而随着科技的发展，助听器也变得越来越小，旁观者很难通过是否佩戴助听器来识别听障者。完全听力丧失者以及重度听障者也可能不会佩戴助听器。一些听障者能够读唇语，在近身情况下可以完全理解对方的意思；比起文字来，大部分听障者更喜欢使用手语进行沟通。

（二）获得注意

在与听障者交流前，先要获得对方的注意，眼神接触就是一种很好的获得注意的方式。如果需要，可以轻轻地挥挥手或者轻轻地触碰听障者。或许我们认为用手拍打对方是一种很不礼貌的行为，但是在听障者严重无察觉的情况下，用碰触对方的方式来获得对方的注意并不会被认为是粗鲁无礼的。如果支持者和听障者不熟悉，那么肩膀是很好的触碰位置，我们可以轻拍两下对方的肩膀来获取对方的注意。

（三）交流

如图所示，交流时，需要保持处在对方的视野区域内。双方或者多方的眼睛要处于同一水平线上，如果听障者坐着，支持者也要坐下；如果听障者处于站立状态，支持者也应站起来，尽量避免交流者之间有太高的水平高度差距。同时，与听障者交流时可以保持比非听障稍远一些的距离，以便交流者将彼此的全部身体语言尽收眼底。在室内交流时，应确保有充足的光线可以让听障者看清支持者表现的动作。



在交流中，眼神和动作起到了非常大的作用。交流时不要戴着太阳镜，可以用面部表情来强调观点和态度。

当有手语翻译帮助听障者进行交流沟通时，也要始终保持和听障者的眼神接触，不论是听障者在表达时，还是手语翻译在表达时。当听障者目光偶尔转向手语翻译时，支

持者也应该保持和听障者的目光接触，而不是只看手语翻译。对很多人来说刚开始这么做时确实“难以适应”，这时只要尽量将注意力放在听障者身上就会自然很多。

使用手势和其他能够辅助理解的视觉工具也能够达到较好的沟通效果，例如拿起或者用手指指向正在谈论的物体。但在听障者将目光转向所指向的物体时讲述者要先停止说话，等到听障者将目光转回到讲述者的面部再继续对话。

如果有其他事情打断谈话（例如电话响了，或者有人敲门），而听障者又注意不到时，支持者要解释需要离开的原因。交谈中如发现对方是听障者，不要立刻就停止对话或者走开，更不应该拿听障者的听力开玩笑。当听障者需要交流对象重复讲话内容时，交流者不应表现得不耐烦或者生气。谈话中要允许对方表达不同的意见和观点，就像对待非听障者朋友一样。

最后，想和听障者进行全面深入地交流沟通，那么学习手语会是最好的方法，如图所示，标准的手语会让交流更加顺畅，听障者感觉更加舒适。手语是一门自然语言，它有着特有的语法和结构。许多国家都有自己的官方手语系统，这些官方手语和官方语言一样，也有着非常大的差异。在中国，有很多民间社团提供基本的手语学习课程，组织手语角、手语小组、手语班等，并将课程上传到互联网络，极大的方便了公众学习手语。



需要帮忙么？- “需要”一手掌心向上伸开，从对方处收回到自己这里，在这句话中同时需要配合疑问（征求对方意见）的表情。另外，在自然地手语中，一些人会将“需要”放到帮助的后面打出。



需要帮忙么？- “帮忙”这个动作在支持者和被支持者之间往返两次，掌心朝向帮助的被提供者，即支持者向被支持者提供帮助时，掌心朝向被支持者。

（四）读唇

如果听障者可以阅读唇语，支持者要用正常的语速、声调和节奏来交流。低声细语或者大声喊叫都会破坏唇形，让对方无法理解所表达的意思。同样，刻意夸大唇形也会加深听力障碍者的理解困难。增大讲话音量只在与轻度听力障碍者交流的情况下有帮助效果，但是这样做有时会影响到周围其他非听障者。当察觉到对方不会读唇语时，可以先尝试用笔和纸来与对方沟通（句子不宜过长）。



关于唇语还要注意，如果蓄留了很长的胡须，可能会影响到听障者的唇语阅读效果，甚至让对方无法阅读唇语。很多重度听障者可以在安静的环境下理解对方的表述，但是一旦进入到了嘈杂的环境中，则无法保持这种状态。在与听障者对话时，也要注意不要遮挡住嘴部（如手），嘴里不要有东西（如嚼口香糖）。

当和会阅读唇语的听障者交流时，要一直面对对方。这一看似平常的动作常被人忽视，在实际交流中非听障者会下意识的做出扭头等动作，这些都会增加听障者理解的难度。

在室外交流时，表达者要面对太阳，这样脸上不会留下让听障者无法看清面部（唇部）动作的阴影。

与听障者交流时也应该寻找安静的地方，这样支持者与听障者（丧失部分听力者）都不会分心。如果交流时中出现重要信息，要书写在纸上，确保听障者没有误解。

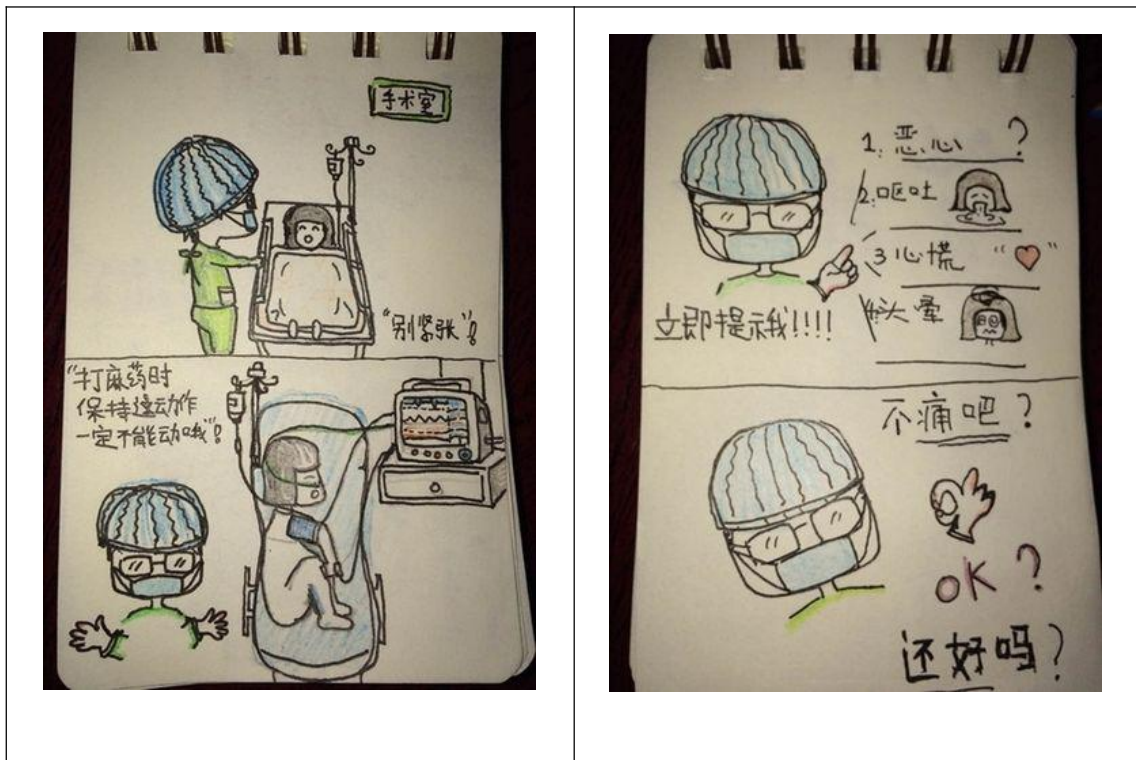
沟通中应注意，一开始就向听障者阐明想要对话内容的要点。让听障者大体了解讲话内容和方向，会使听障者更容易跟上讲话速度。谈话中不要突然改变话题，即便是最好的唇语阅读者也只能理解35%的讲话内容，剩下的内容他们需要用猜测和推测来补充。

在对话中，我们需要不时停顿下来询问对方是否跟上了自己的讲述速度。

六. 听障者无障碍环境支持

听障者的无障碍环境营造，主要在于将听觉信息转化为视觉信息。如在播放电影、电视剧及其他视频时，应配有字幕显示；播放新闻或直播时，配有字幕或者真人同步手语翻译（手语翻译如不配合相应的表情会造成很大程度的理解困难，因此机器人手语翻译并不适合）；话剧、京剧等现场表演，可在舞台上或下方显眼处设置显示屏幕，同步显示演员的台词；而电信部门也有听障者使用手机资费上的优惠。

大多数听障者在就医时会遇到困难，例如无法准确表明患病各种复杂情形，医院应设有图形式就诊辅助交流工具，例如张贴人体内透视图，并以对应症状文字配合使用。如图所示，是一名妇产科医生给听障者做手术的自绘沟通图。



***注意：**听障者在遇到火灾等情况下，如无可视化的报警设备将十分危险，如果陪同听障者在楼房室内活动，需要先找到逃生通道，并确保听障者能够独自前往。

另，尽管听障者对于出现在视野边缘的事物反应能力比非听障者要强，但支持者与听障者同在马路上行走时，仍然要让听障者走在马路的内侧，以防因车辆速度与鸣笛问题出现听障者安全隐患。



1、火。五指微张，上下抖动一下，表示火苗。



2、四处都着火了。双手打火的动作，想象胸前为所处位置，手的位置移动，表示着火的位置。



3、急（需要配合面部表情）



4、别着急（和“急”的动作连起来做），通常在自然手语中，否定词会放到动词的后面打出。



5、你跟我来。一手指自己，一手指对方，然后指向自己的手在前，指向对方的手在后，两手手指向需要到达的位置移动，表示你跟我来，到某地去。



第三章 言语障碍支持

一. 言语障碍的定义



中国著名“无声舞者”邵丽华

言语障碍：各种原因导致的不同程度的言语功能损失。

言语障碍者：经治疗一年以上不愈或病程超过两年，而不能或难以顺利的进行言语交流活动，以致影响其日常生活和社会参与的人。主要症状表现为：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。

言语障碍有可能由听力障碍所致，其本身发声器官的结构和功能没有问题；也有可能是独立存在的，即听觉器官的结构和功能没有问题，只存在言语障碍。上一章已讲述过听力障碍，本章只关注无伴随听力障碍的言语障碍。

二、言语障碍的分级

我国言语障碍分为四级

级别	程度	表现状况
一级	脑或发音器官的结构、功能极重度损伤	无任何言语功能或语音清晰度小于等于10%，言语表达能力等级测试未达到一级测试水平，在参与社会生活方面存在极严重障碍。
二级	脑或发音器官的结构、功能重度损伤。具有一定的发声及言语能力	语音清晰度在11%~25%之间，言语表达能力等级测试未达到二级测试水平，在参与社会生活方面存在严重障碍。
三级	脑或发音器官的结构、功能中度损伤，可以进行部分言语交流	语音清晰度在26%~45%之间，言语表达能力等级测试未达到三级测试水平，在参与社会生活方面存在中度障碍。

四级	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。	语音清晰度在 46 %~65 %之间，言语表达能力等级测试未达到四级测试水平，在参与社会生活方面存在轻度障碍。
----	-------------------------------------	---

三. 言语障碍的特点

通常单纯言语障碍者（无伴随听力障碍）在信息（视觉、听觉）获取上没有问题，只是无法像非言语障碍者一样用语音表达自己想法。也有一些支持者感觉言语障碍者“听不懂”自己的话，一方面可能是讲述的事物超过了其认知的范围，另一方面在陌生环境下，言语障碍者不愿意表达，此时，不要强迫其给予反馈。

四. 言语障碍者的辅助工具

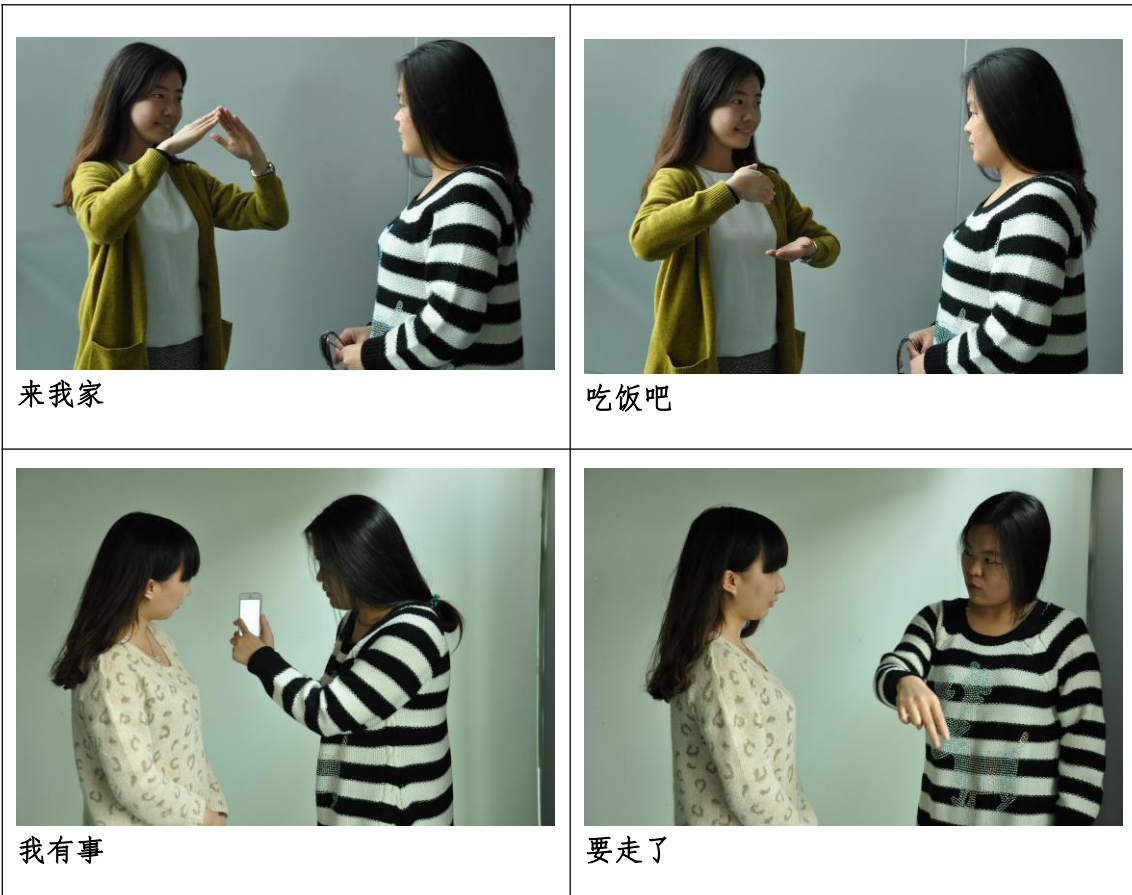
笔和笔记本、手机，都是言语障碍者的有效辅助工具。某些紧急情况下，言语障碍者可能无法快速写字，所以言语障碍者会事先写好一些内容存在随身的沟通本上。熟悉言语障碍者表达习惯的支持者，在其生病就医等情况下，可以陪同前往。

另有其他辅助工具，与听障部分重叠，这里不再赘述。

*注意：并不是所有的言语障碍者都识字，一些农村地区的言语障碍者与听力障碍者可能既不会正确的手语，也不识字，所以在这种情况下也可以考虑使用图片本、实物指认等方法，同时辅以表情动作沟通。

五. 言语障碍者的活动与社会参与支持

由于听力障碍与言语障碍的支持技巧多有重叠，本节内容可参考听力障碍支持部分。言语障碍者相比纸笔更多使用自然手语作为交流沟通的方法。如果想与言语障碍者进行高效无障碍沟通，学习一些手语还是十分必要的。但如图所示，一些生活中的动作表达即使不会使用手语也能够帮助沟通。



*注意：造成言语障碍的原因很多，非发声障碍导致的言语表达困难常常伴有多重障碍的情况，如“自闭症患者”。此外，当某人出现语言翻译方面的障碍，例如不会英语的人去了英语国家，这种情况下产生的沟通障碍，通常称为“语言障碍”。

第四章 肢体障碍支持

一. 肢体障碍定义



科学家霍金，因肌萎缩等症，导致肢体（脊柱和四肢）、言语等多重功能障碍。

肢体障碍是指由于人体运动系统的结构、功能损伤造成四肢缺损或四肢、躯干麻痹(瘫痪)、畸形等从而导致的人体运动功能不同程度的丧失以及活动受限或社会参与受限。

肢体障碍的主要类型有：

- (一) 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；
- (二) 脊柱因伤、病或发育异常所致的畸形或功能障碍；
- (三) 中枢、周围神经因伤、病或发育异常造成躯干或四肢功能障碍。

二. 肢体障碍的分级

我国按人体运动功能丧失、活动受限、参与局限的程度对肢体障碍进行了分级（不佩戴假肢、矫形器及其它辅助器具）。

肢体部位对应名称说明如下：

- 全上肢：包括肩关节、肩胛骨；
- 上臂：肘关节和肩关节之间，不包括肩关节，含肘关节；
- 前臂：肘关节和腕关节之间，不包括肘关节，含腕关节；
- 全下肢：包括髋关节、半骨盆；
- 大腿：髋关节和膝关节之间，不包括髋关节，含膝关节；
- 小腿：膝关节和踝关节之间，不包括膝关节，含踝关节；

- 手指全缺失：掌指关节；
- 足趾全缺失：跖趾关节。

我国“残疾证”上所示的“肢体残疾一级”对应情况为：不能独立实现日常生活活动，如：四肢瘫、截瘫、双上肢或双下肢缺失等。

“肢体残疾二级”对应情况为：基本上不能独立实现日常生活活动，如：双大腿缺失、双上臂或双前臂缺失等。

“肢体残疾三级”对应情况为：能部分独立实现日常生活活动，如：双小腿缺失、单前臂及其以上缺失、单大腿及其以上缺失等。

“肢体残疾四级”对应情况为：基本上能独立实现日常生活活动，如：单小腿缺失、双下肢不等长差距大于等于 50mm、单大拇指全缺失、身材发育障碍（侏儒症）等。

三. 肢体障碍的特点

肢体方面的障碍往往伴随着肢体、脊柱等关节变形或者功能受限，所以也有人称肢体障碍为“动作障碍”或“行动障碍”。身材过于矮小，腿部的长度与楼梯等常规设置不匹配时，行动方面的障碍就会产生。按照 ICF 进行划分，如果公共设施依照身材矮小者的身高标准进行建设，这种障碍就不会存在了。

上肢障碍者的障碍主要为操作上的障碍，例如无法使用需要细巧动作的设施或设备。

而下肢障碍者的障碍主要为平衡、移动、通行上的障碍。一些下肢障碍者因肌肉萎缩腿脚常呈现细小状，上肢由于轮行运动等原因而显得比较壮实。

上下肢各有缺失的障碍者常会遇到平衡的问题。

由于血液循环等问题，肢体障碍者常出现下肢冰冷、知觉感差的情况，所以肢体障碍者通常要注意保暖，避免在没有察觉的情况下受外伤。

在通道狭窄或人多拥挤的地方，持拐者不易观察杖尖状况，他人亦无法察觉杖尖的存在，两种情况都可能造成下肢障碍者失控而跌倒。

使用楼梯时，楼梯过窄、梯级过高、踏面过浅或突出，都可能给下肢障碍者造成障碍。下肢障碍者使用楼梯时更加依赖扶手以保持平衡和辅助前进，因此，下肢障碍者无法安全的使用未设置扶手或扶手过粗的楼梯。

下肢障碍者在开启过重的门时可能存在障碍，通行速度可能比较缓慢；自动门或升降机开关门速度过快，也可能会给下肢障碍者的使用带来障碍。此外，下肢障碍者无法操控半截式双向推门（男用洗手间经常设置此种门），因此，在面对半截式双向推门的进出时，下肢障碍者也会遇到障碍。

由于下肢障碍者行动时比非下肢障碍者更加耗费体力，所以如果道路标示不明或路线设计不当，都会加重下肢障碍者往来奔波的负担，增加行动不便。

四. 肢体障碍者的辅助工具

（一）拐杖

拐杖是下肢行动障碍者的助行工具。腋拐、肘拐和手杖是常见的下肢行动障碍者辅助工具。肢体障碍者会根据自己的身体情况和使用习惯选择使用某种拐杖。

腋拐：顾名思义，支撑在腋下的拐杖。相对于肘拐，腋拐的支撑更加平稳，下肢负重更小，但需要的上半身力量更多。腋拐通常适用于重度下肢障碍者以及下肢骨折病人的愈合前期。

肘拐：利用肘部支撑的拐杖。相对于腋拐，肘拐通常轻便易携带，更易于在生活中使用。肘拐通常适用于障碍程度较轻的下肢障碍者、或者是佩戴下肢支具³的障碍者，以及下肢骨折病人的愈合后期和恢复期。

手杖：手杖通常适合腿脚轻度不便的老年人、轻度下肢障碍者使用。

³下肢支具。固定在下肢不同位置起支撑腿部作用的工具，因为需要利用其完成直立等动作，支具通常为金属材质，所以支具也存在重量的问题。



（二）轮椅

轮椅是长期或暂时代步的辅助工具，也是所有助行辅具中被广泛认识和使用的一种。轮椅使用者主要包括：肢体障碍者、平衡功能障碍者、重要器官损伤障碍者、发育迟缓者乃至植物人。

一般的轮椅宽度约 66 厘米，长度约 107 厘米，座椅高度约 38-45 厘米，扶手高度约 70-75 厘米，手推把高度约 90 厘米，脚踏板高度约 20 厘米，大腿部高度约 65-70 厘米。

需要使用轮椅的情况有：步行能力丧失、步行效率不佳或步行不安全；心肺功能衰竭、骨骼肌肉系统受损或不稳定；使用者意识不清但有坐姿或运送移动的需求。

轮椅按照不同的需求，分为不同类型和功能，如普通的可折叠轮椅、可躺式轮椅、下部带有马桶的座厕式轮椅、电动轮椅、助站式轮椅、运动轮椅等。



(三) 助力车

助力车是下肢障碍者自主出行的重要方式之一，残疾人机动轮椅车（燃油助力车）是最为常见的、使用最为广泛的下肢障碍者助力车，残疾人机动轮椅车的标准和规定由各地政府制定。

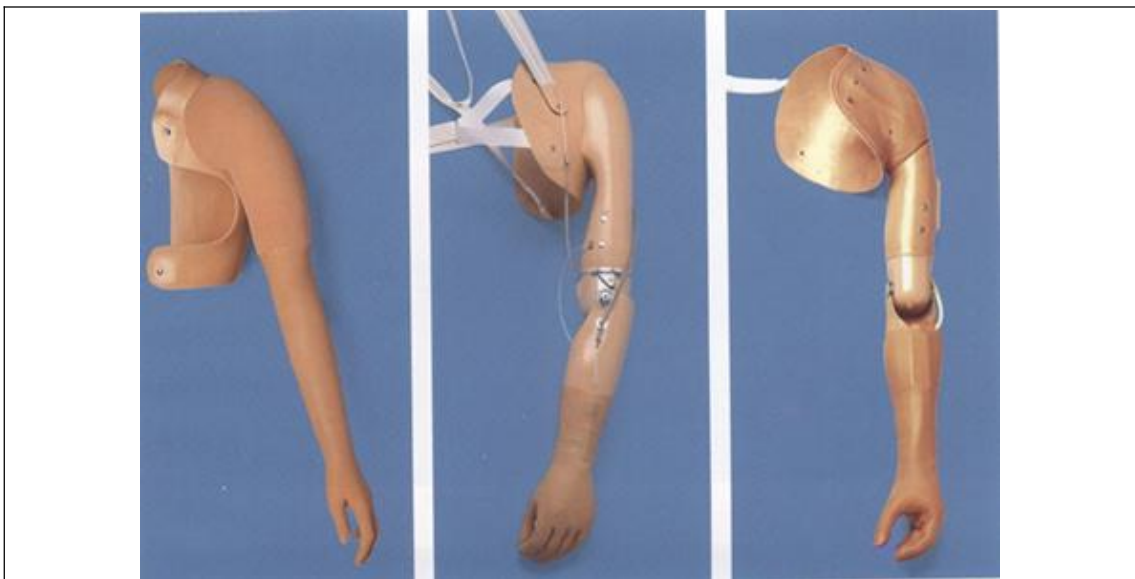


（四）假肢

假肢，也称“义肢”，是供截肢者使用以代偿缺损肢体部分功能的人造肢体。

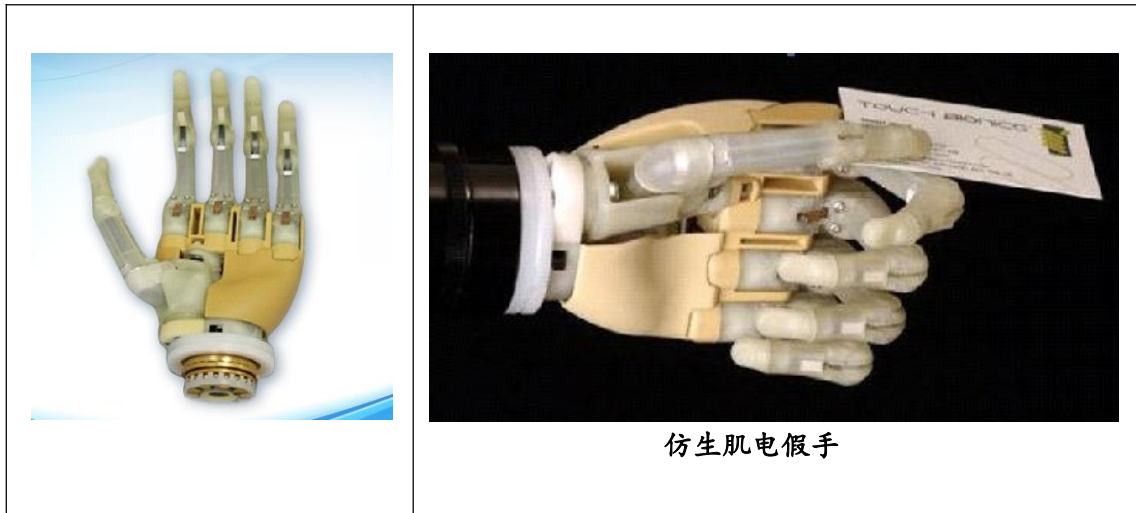
按照身体部位划分，假肢可分为上肢假肢和下肢假肢。按照功能划分，上肢假肢可以分为装饰性假肢，功能性假肢（如铁钩手，就属于功能性假肢），以及装饰性和功能性兼顾的假肢。

装饰性肩关节离断假肢，其肩关节、肘关节、腕关节和指关节可以被动旋转张合，从而达到美容、辅助生活自理和平衡的作用。



目前，功能性假肢主要分为利用身体自身力源控制的机械上肢假肢、利用人体剩余肢肌电信号或其他肌肉的肌电信号控制的肌电上肢假肢以及机械加肌电的混合型上肢假肢。

仿生肌电假手是通过手臂肌肉操纵的仿生机械手，五根手指都可独立运作，并且可以通过思维和肌肉来控制，任意做出打字、拨号码、用钥匙开锁等复杂动作。



下肢假肢主要分为一体化结构假脚以及组件式关节（踝关节、膝关节、髌关节）假脚。一体化结构主要针对的是膝下踝上离断的截肢者，假脚的胫部与脚直接连在一起。组件式关节假肢则是利用机械或者电子元件保证关节的活动性和稳定性。

另外还有一体化结构假脚、踝关节和膝关节的组件式假脚。

除了上述满足日常生活使用的义肢，还有一些其他特殊功用的义肢。如由碳纤维复合材料结合仿生学设计的运动型假肢。辅助器具的科技进步能很大程度的改善障碍者的社会参与情况，现已出现 3D 打印辅助器具的产品，不久的将来，肢体障碍者会更多的获得辅具支持。

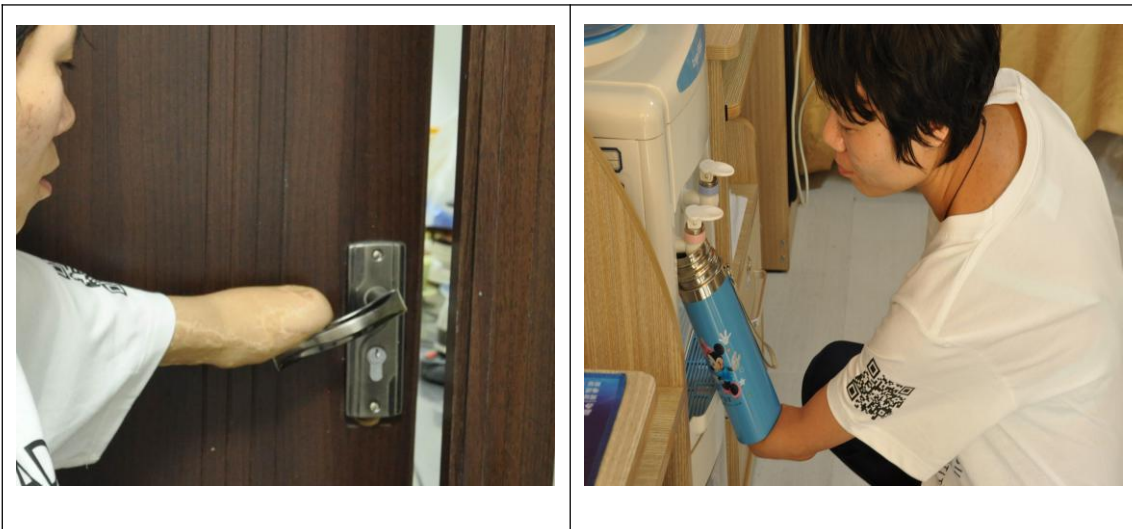


五. 肢障者的活动与社会参与支持

(一) 上肢障碍者的支持技巧

1、支持者可以视情况帮助上肢障碍者开门、点击电梯呼叫按钮、开关水龙头等。支持者如果观察到上肢障碍者日常生活需要帮助，在询问之后，可以帮助其进行拿取物品、开瓶等需要上肢劳作的活动。

2、如果障碍者双手手腕以下缺失，在为其准备水或饮料时，不要使用外壁导热材质或者软材质的杯子，如玻璃杯、纸杯等，因为障碍者可能需要双腕部直接接触杯壁，通过压力与摩擦力抱起杯子；准备杯子的同时可以配备吸管，方便障碍者喝冷水使用。



3、如果障碍者手指部分缺失，但是可以进行简单的劳作，在为其准备水或饮料时可以提供有把手的杯子，在就餐时准备叉子和勺子。

4. 对于双上肢完全缺失的障碍者，或有平衡问题，在其需要使用矮桌，供脚操作等情况下给予相应支持。

(二) 拐杖使用者的支持技巧

1、拐杖被视为拐杖使用者身体的一部分，不要私自触碰或者移动拐杖，如果需要移动拐杖，请问拐杖使用者后再进行移动。

2、一般情况下，不要搀扶拐杖使用者，尤其是上下楼梯时，搀扶可能会造成拐杖使用者因为失去平衡而摔倒。支持者可以在有需要时，在拐杖使用者上下楼梯时站在其身侧下方防护。特殊情况下，如拐杖使用者身体不适或者使用不熟练，可以考虑搀扶。

3、如果拐杖使用者使用的是双拐，手上提东西往往是难办的事，支持者应注意准备背包，有需要时为其开门，在获得允许后帮助其搬运物品。

（三）身材发育障碍者的支持技巧

1、由于身材发育的原因，很多情况下人们将成年身材发育障碍者误认为是儿童。由于不知情产生误会时，支持者应该及时解释获得谅解；一旦了解情况就应避免像对待孩子一样对待身材发育障碍者，不要随便摸他们的头、捏他们的脸或者动他们的身体，如抱起来举高等。

2、在与身材发育障碍者谈话时，应下蹲或坐下，保持视线在同一水平线上。

3、在有环境障碍的情况下，应主动帮助其开门、点击电梯按钮、点击开关。可主动询问，在获得其允许情况下帮助对方拿取高处物品等操作。

（四）轮椅使用者支持技巧

1、使用轮椅并不代表使用者一定有下肢的缺失，有些人使用轮椅是因为其他某种原因而无法长时间站立，或者无法进行中长距离的行走，如患有心脏疾病、肺动脉高压症等。所以，当一位轮椅使用者从轮椅上站起来并且开始行走一段距离的时候，不要惊讶，更不要质疑。

2、轮椅被视为轮椅使用者身体的一部分，如非必要，不要触碰轮椅。如果轮椅使用者离开轮椅，此时又需要挪动轮椅，要先征得轮椅使用者的同意。切忌毫无提醒直接移动轮椅。

3、支持者在进行搬抬支持前，要确定轮椅的活动部位已经被固定好，确认安全后再进行搬抬。因为有些轮椅的侧挡板和踏脚都是可移除的活动部件，如果在没有对其进行固定的情况下搬抬轮椅，不仅有可能会造成轮椅的损坏，更严重的可能造成对轮椅使用者的人身伤害。

4、不要站在轮椅前，或做出其他阻挡轮椅前进或轮椅使用者视线的行为。

5、在与轮椅使用者交谈和问询时，支持者应直接与轮椅使用者对话，而不是只与其陪行的家属或朋友对话。轮椅使用者视线可及高度通常在 110-130 厘米之间，因此，支持者在与轮椅使用者交流时，可以弯腰或者坐下，保持双方视线水平。

6、轮椅使用者受限于坐姿，手的触及范围有限，因此寝具的高度一般需要在 38-45 厘米，轮椅走道宽度需在 100 厘米以上。

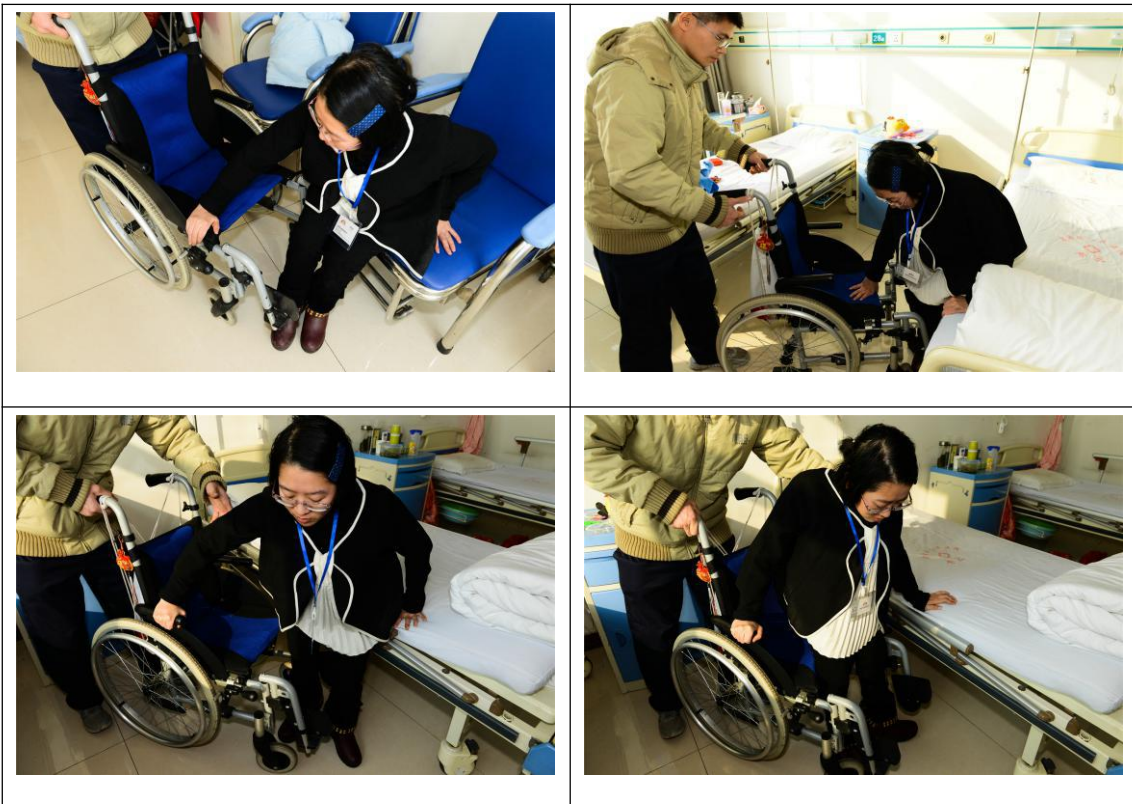
7、支持者陪同轮椅使用者出行前需要事先了解目标场所的无障碍设施位置，出行时留意无障碍标识（如无障碍洗手间的位置），以便在有需求时能够及时引导轮椅使用者到达和使用无障碍设施。如果目标场所没有无障碍洗手间，轮椅使用者可能需要一些特别的帮助，比如依靠支持者从轮椅平移至马桶上，此时如非轮椅使用者要求，支持者一定不要盯着或者守在马桶旁，支持者可以在保证能够听到里面障碍者说话的距离内耐

心等待。许多轮椅使用者因为不想麻烦别人，常常憋尿，久而久之，导致罹患膀胱炎，所以，目前一些老年人或者无法控制尿意者会使用成人尿布。

8、如遇户外活动，支持者可以为轮椅使用者预备一些毛毯。秋天和冬天的时候，在户外久坐会让轮椅使用者双腿倍感寒冷。有经验的轮椅使用者会自己备有毛毯御寒，而暂时性轮椅使用者（骨折、重病）和没有户外长时间活动经验的轮椅使用者，可能并不会注意到这一点，这时一条事先预备好的毛毯会让他们觉得温暖许多。

有些下肢行动障碍者同时也有手部活动受限的情况，他们无法使用双手进行精确动作。当遇到行动障碍者时（如轮椅使用者），不要先入为主的认为他们只有下肢障碍，如果观察到他们同时具有上肢（含手部）障碍时，应适时提供帮助。

如图所示，一些下肢障碍者、腰部活动障碍者因为身体状况对座椅有不同的要求，可以根据障碍者的不同要求提供不同的座椅，如固定的、活动的（老板椅）、硬质的、软质的（沙发）、带后背的，等等。因为下肢障碍者（拐杖使用者、跛行者）和腰部活动障碍者下肢很难发力，会遇到起身困难的情况，这时带有扶手的座椅可以给予他们很好的支撑，帮助他们起坐。如果需要轮椅使用者换乘到座椅或床上，座椅可为无扶手型，方便轮椅使用者移动（要确保能够安全的坐稳）。



9、轮椅推行技巧

(1) 平稳的推车。确定轮椅使用者坐稳、轮椅两侧刹车装置已经松开后，推行支持者双手握住把手，身体与地面垂直，小臂自然弯曲于腰两侧，双腿力量通过身体传达到轮椅，使轮椅向前滑动。移动时要步幅均匀，步伐不宜过大，尽量匀速行进，躯干保持与地面垂直，两眼平视前方，轮椅前两米内不得出现障碍，推行时切忌急停急起。

***注意：**推行时，身体躯干与地面保持垂直，不要弯腰，否则很快就会感觉疲劳。

(2) 停止前进时，切忌急停，首先要放慢速度，并用语言提示轮椅使用者，然后自然停止前进，并保持好起动的姿态。如果情况需要，应主动提示或帮助轮椅使用者启动刹车装置。

(3) 行进时，要遵守当地交通法规，中国为靠右推行。当接近人群或者墙壁时，要提示轮椅使用者并减速。在通过安检门或较小通道时，应保持身体始终处于道路中间位置平稳推行，不要回头或左右张望，眼睛余光目测可通行间距。

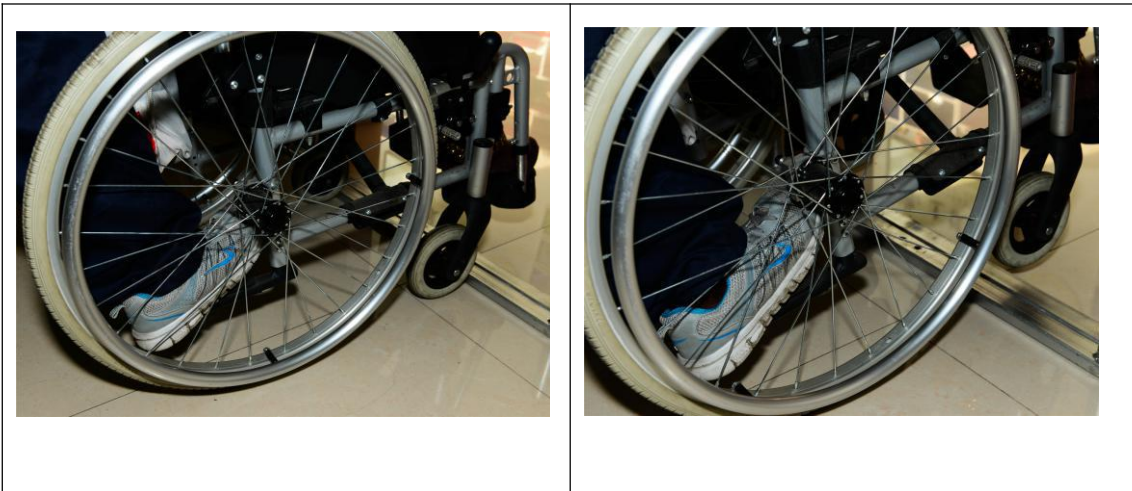
(4) 当需要转弯时，应先用言语提示轮椅使用者并减速。左转时，左手轻拉住车把手，右手慢推通过弧线调整方向，然后继续行进动作，右转时方向相反。不要原地两手前后扭动。

(5) 如图所示，上坡时，要保持平稳推车的方法，蹬地的腿要平稳，慢用力，两臂保持屈位，手持车推把，身体微前倾。切记两臂不得伸直，两腿不要大步前蹬，身体重心不能向前靠在两手上，以避免滑倒和蹬空。不要突然加速发力，要始终保持身体与把手的正常姿态与车同进。

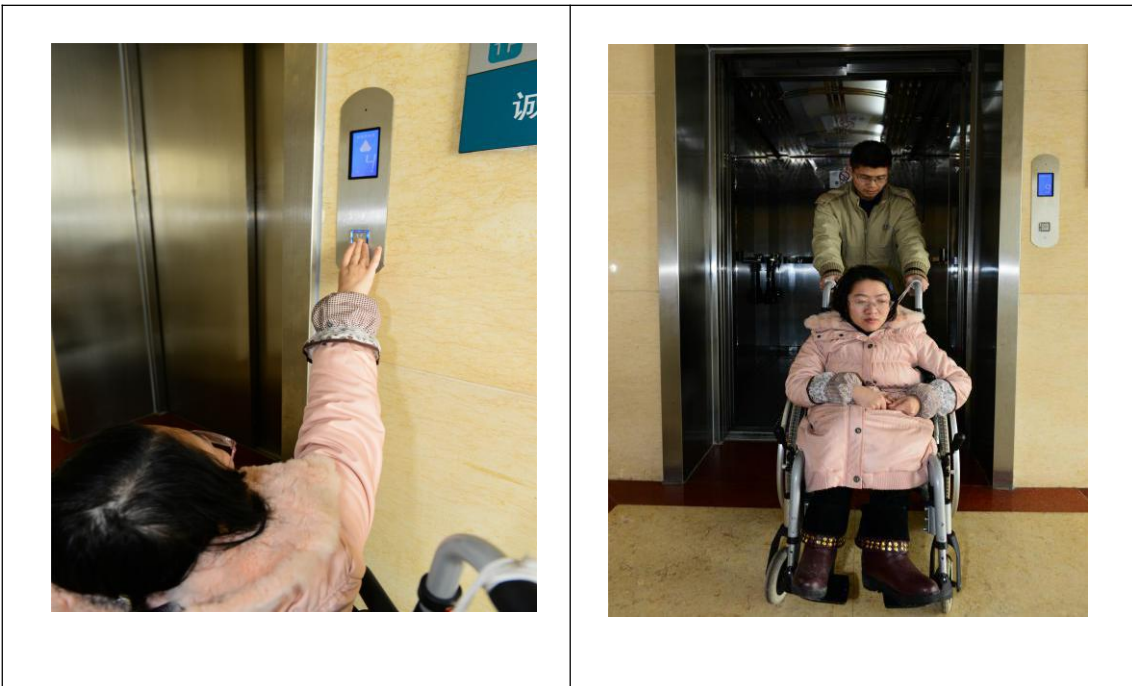


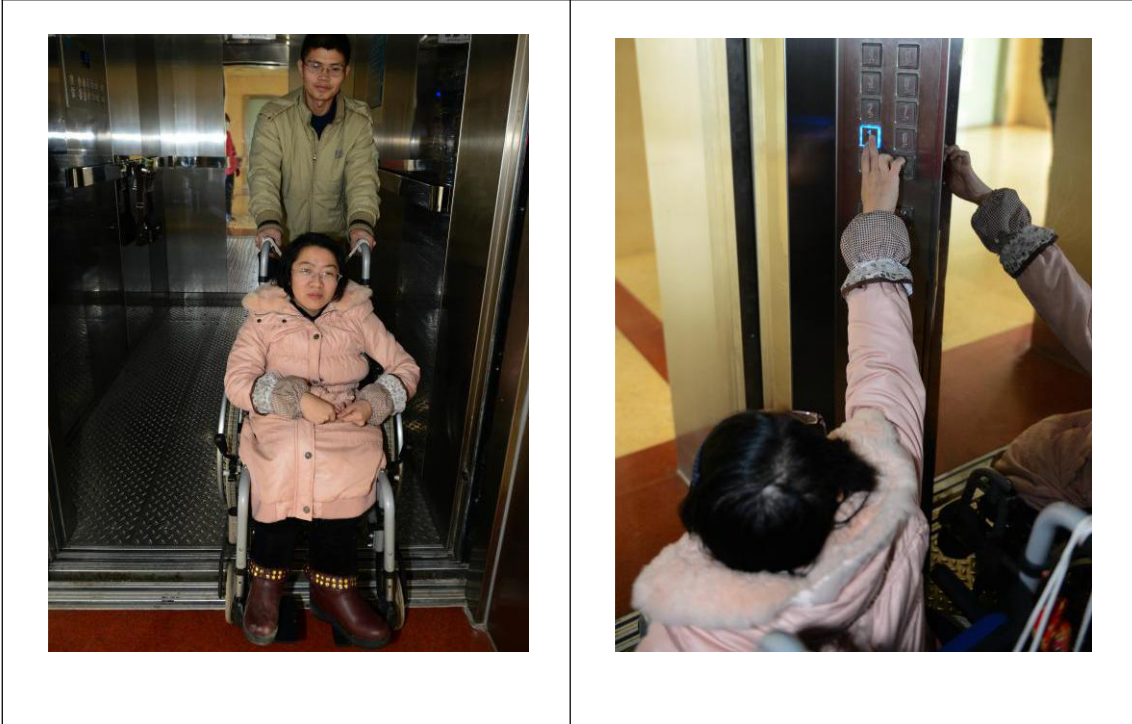
(6) 下坡时手臂弯屈，身体略后仰，双手控制车的前冲速度，保持平稳行进。当遇有较大的坡度时，应采用倒车下坡的技术，缓慢的倒退滑行，一定要控制车速，保证轮椅使用者的安全。

(7) 如图所示，在行进中遇到地面突起或障碍物时，应首先提示轮椅使用者，通过时两手胳膊后压、脚蹬轮椅后部脚踏管，使前支撑小轮抬起通过障碍物，然后双手紧握把手加力上提使后轮越过障碍物，切记不可用力前冲推车。



(8) 如图所示，乘坐电梯时要目测好电梯门的宽度，电梯门开启后，要倒着进入电梯厢，电梯到达后正向推出，进出要慢。如果为无障碍电梯，可以由轮椅使用者自行点击电梯楼层按钮。





(9) 协助轮椅使用者离开或回到轮椅。首先推行者应该把车停到轮椅使用者满意的位置和方向。然后提示或帮助轮椅使用者启动刹车装置，并帮助轮椅使用者翻起脚踏板。如果轮椅使用者可以独立完成所需的动作时，要帮助扶稳轮椅，因为通常这时候轮椅使用者要用手臂支撑轮椅座，保持轮椅车的稳定是极为重要的。当轮椅使用者回到轮椅上后，支持者要帮助轮椅使用者放下脚踏板，并视情况将轮椅使用者的双脚放置在脚踏板上。



(10) 展开和收起轮椅。展开轮椅时，先将折叠的轮椅取出放在平地上，双手握住轮椅把手，将后轮提起，使后轮离开地面同时向两侧轻拉，将左右车架少许分开后放下后轮，然后用手心轻压椅垫两侧，直至轮椅完全展开。向下按压椅垫时切勿将手指放入夹缝中，以免受伤。收起折叠轮椅时，先将左右脚踏板翻起，用两手抓住坐垫两端向上提起，即可折叠。



六. 肢障者无障碍支持

消除肢体障碍者面临的社会障碍的首要任务是无障碍设施的建设与改造,2012年8月我国出台了修订后的无障碍条例。

(一) 上肢障碍

上肢障碍者通常无法进行精细的操作活动，所以在安装门时，应选用压杆式门把手，不应选用球形门把手；安装水龙头时，应选用压杆式水龙头或感应式水龙头，不应选择旋转式水龙头和按压式水龙头。在设置按钮等装置时应尽量放大尺寸，不但能够方便手指使用，还能适用于腕部、肘部等。

（二）下肢障碍者

1. 地面应平整坚固。地面湿滑或者不牢固，会造成拐杖使用者滑倒而受到伤害。如果是私人场所，有下肢障碍者在场，要保持地面的干燥，地面不要留有纸片等会造成滑动的物品，如果地毯是非直接固定在地面上的，应提前移除或告知拐杖使用者潜在危险；如果是公共场所，应主动向拐杖使用者提示地面湿滑等情况，包括地面有电线保护套等阻碍。

2. 楼梯宜选择直线型，不宜选择弧线螺旋型。弧线螺旋型楼梯内窄外宽的造型会对调整步伐困难的障碍者造成额外的困难甚至危险。

3. 楼梯踏面应平整防滑或在踏面前缘设置防滑条，以帮助使用者稳定身体。

4. 如图所示，楼梯不应采用无踢面和直角型突缘的踏面，以防钩绊到拐杖或者人脚。



（三）轮椅

轮椅所需要的通行支持很多，下文为基础支持内容，与严格的无障碍规定有所不同。首先，对轮椅使用者而言，行进常因为宽度、高低差、软质铺面或铺面颠簸、不平整而中断，导致轮椅使用者无法到达目的地。地毯、电线保护套等隆起物都是阻碍轮椅通行的巨大障碍物。此外，确认尺寸是支持者需要学习的必备技能，如不能随身携带尺子，可以以自己的脚、身高、腿长等一些已知尺寸的对象为参照物，进行估算。

1. 无障碍入口、坡道

公共建筑的主要出入口宜设置坡度小于 1:30 的平坡出入口。如果入口有台阶，应同时配备无障碍坡道或者无障碍升降平台。如图所示，支持者陪同轮椅使用者上下地铁时需要提前了解哪个出入口设有轮椅升降机或者直梯等无障碍设备，并且确保整条线路均有无障碍设施可以顺利通达。



无障碍坡道，应同时配备安全扶手和防滑缘（防止拐杖或者车轮滑出坡道）。室外无障碍坡道地面材质防滑强度应为最高等级，安全扶手应采用防滑耐热材质制作。

2. 无障碍入口大门、房门

无障碍入口大门不应为旋转门，如果为旋转门，应同时配备其他可供轮椅通行的出入口。支持者陪同轮椅使用者出行时，应尽量避免使用旋转门。无障碍入口和房门不应采用弹力大的弹簧门，宜采用双向低弹力的弹簧门。门内外应有足够空间供轮椅回转。

3. 无障碍通行宽度

轮椅使用者可通行的最小宽度一般为 80cm，即室内外房门、电梯门净宽度不应小于 80cm，不宜小于 90cm；推行通过双扇门时，要注意每一扇门所留设的通行净宽度不应小于 80cm。

无障碍通道净宽度不应小于 90cm，检票口、结算口轮椅通道也不应小于 90cm，以便轮椅使用者通行。

上述两者区别在于，门的通行是一次性跨越，相对通行宽度要求较低；通道通行是一个连续的动作，还要考虑到缓冲调整空间，所以相对通行宽度要求更大一些。

4. 无障碍电梯

候梯厅应有一定的深度（电梯门与对面墙壁的平行距离）供轮椅回转，深度不宜低于 1.5m 以便轮椅使用。电梯门洞净宽度应符合无障碍通道标准（不应小于 90cm），电梯门开启净宽度应符合门的标准（不应小于 80cm）。电梯内部空间最小规格宽度不应小于 1.1m，深度不应小于 1.4m。

电梯外呼叫按钮、电梯内选层按钮都应为低位按钮，方便轮椅使用者操作，支持者尤其要注意“紧急救援呼叫按钮”是否为轮椅使用者伸手可及，否则需要陪同乘梯，防止被困而无法示警，“紧急救援呼叫按钮”前不应放置障碍物；电梯内应三面设有安全扶手；正对电梯门厢壁，安全扶手至天花板之间应设镜子或使用镜面材料，以供轮椅使用者观察使用。

5. 无障碍厕所

无障碍厕所入口和通道应方便轮椅使用者进入和回转，门应开启方便，地面应防滑无积水。

无障碍厕所有两种类型，一种是加装在公共厕所内的无障碍厕位，一种是独立使用的无障碍卫生间。



公共厕所内的无障碍：女厕所应包括一个无障碍厕位和一个无障碍洗手盆；男厕所内应包括一个无障碍厕位，一个无障碍小便池和一个无障碍洗手盆。

无障碍厕位应方便轮椅到达和进出，方便使用的无障碍厕位尺寸应为 2.0m x 1.5m，最低不小于 1.8m x 1.0m。厕位门开启后应有足够的空间供轮椅回转。坐便器两侧应设置安全扶手（抓杆）。

无障碍小便池应为低位小便池（下口距地面不应大于 400mm），配有安全抓杆。

无障碍洗手盆下部留有足够的空间供轮椅使用者膝部和足部停留（最少为宽 750mm，高 650mm，深 450mm）。无障碍洗手盆上方应安装镜子，镜面宜微前倾以迎合轮椅使用者的低角度视线。无障碍洗手盆应使用杠杆式或者感应式水龙头。

独立的无障碍卫生间：内应设坐便器、洗手盆、多功能台、挂衣钩和呼叫按钮。无障碍卫生间面积一般不小于 4 平方米。坐便器应在一侧和后部设有扶手，如果两侧均有扶手，则一侧扶手应为可活动型，以方便轮椅从侧面进入。紧急呼叫按钮和取纸器应设在坐便器旁 400~500mm 易于操作使用的位置。

如遇到无障碍厕所被锁，在非紧急情况下支持者应试着与管理者联系，提高无障碍厕所的利用率，并提出建议无障碍厕所不要上锁，也可供除轮椅使用者之外的其他有需要的人使用。

6. 低位服务台

如果有服务台、办事窗口等，应同时设置低位服务台和窗口。低位服务台、写字台、餐桌、洗手台台面距离地面高度为标准桌台高度（700mm~850mm），台面下部留有足够的空间供轮椅使用者膝部和足尖移动（最少为宽 750mm、高 650mm、深 450mm）。



低位电子信息查询台



低位自动取款机

第五章 智能障碍支持

“智能障碍”是指同时在智力和适应行为方面明显受限，障碍通常表现在概念、社会和应用的适应能力这些方面上，多发于18岁以前。人们总认为智障者能够上大学是天方夜谭，然而事实证明很多智能障碍者的确拥有这种能力，该类障碍者部分显示智商（IQ）测试分数较高，但在情商（EQ）与发育商（DQ）行动能力测试中分数明显偏低。

由于行为适应障碍存在诸多个体差异，本章着重从智力障碍的方面进行说明与支持。

一. 智力障碍的定义

我国将“智力显著低于一般水平，并伴有行为适应行为障碍”定义为智力障碍。此类障碍由神经系统结构、功能性障碍导致，使得个体活动和参与受到限制。智力障碍者需要环境提供全面、广泛、有限和间歇的支持。

智力障碍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，以及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。



乐队指挥周舟是唐氏综合征患者

二. 智力障碍的分级

我国按“0~6岁”和“7岁及以上”两个年龄段发育商、智商和适应行为对智力障碍进行分级。

“发育商”是用来衡量婴幼儿心智发展水平的核心指标之一，是在大运动、精细动作、认知、情绪和社会性发展等方面对婴幼儿发育情况进行衡量。0~6岁儿童发育商小于72的情况按发育商（DQ）进行分级；发育商在72~75之间的情况按适应行为进行分级；7岁及以上按智商、适应行为分级；当两者的分值不处在同一级时，按适应行为进行分级。

WHO-DAS（WHO Disability Assessment Schedule）是世界卫生组织对智力障碍的评定项目，WHO-DAS II 分值能够反映出18岁及以上各级智力障碍的活动与参与情况。

级别	智力发育水平		社会适应能力	
	发育商 (DQ)	智商 (IQ)	适应行为	WHO-DAS II 分值
	0~6 岁	7 岁及以上	(AB)	18 岁及以上
一级	≤25	<20	极重度	≥116 分
二级	26~39	20~34	重度	106~115 分
三级	40~54	35~49	中度	96~105 分
四级	55~75	50~69	轻度	52~95 分

上表中，适应行为 (AB) 的表现为：

极重度——不能与人交流、不能自理、不能参与任何活动、身体移动能力很差；需要环境提供全面的支持，全部生活由他人照料。

重度——与人交往能力差、生活方面很难达到自理、运动能力发展较差；需要环境提供广泛的支持，大部分生活由他人照料。

中度——能以简单的方式与人交流、生活能部分自理、能做简单的家务劳动、能参与一些简单的社会活动；需要环境提供有限的支持，部分生活由他人照料。

轻度——能生活自理、能承担一般的家务劳动或工作、对周围环境有较好的辨别能力、能与人交流和交往、能比较正常地参与社会活动；需要环境提供间歇的支持，一般情况下生活不需要由他人照料。

三. 造成智力障碍的原因

造成智力障碍的原因分为先天和后天两种。

造成智障的先天原因有：

1. 染色体异常，如：唐氏综合症；
2. 遗传代谢缺陷，如：苯丙酮尿症；
3. 先天发育畸形，如：脑积水；
4. 产前损害，如：宫内感染、缺氧；理化因素，如：害毒物、药物、放射线、汞、铅、吸烟、饮酒、吸毒；孕妇严重营养不良或孕妇患病。

造成智障的后天原因有：

1. 出生时，早产、难产、产伤等其他原因导致的体重不足、婴儿窒息、病菌感染，并因此造成儿童脑部发育不良或者受损；
2. 出生后，因为血糖过低、病菌感染（脑膜炎、黄疸病）、营养不良或外伤影响智力发展；
3. 后天培养不当、后天生长环境不适宜，导致个人的智力发展水平受到影响，典型病案如：狼孩。

四. 智力障碍的特点

认知学习角度：智力障碍者通常感知速度较慢，注意力有不同程度的分散且广度狭窄；记忆力较差，学习持续性短，应用能力低，欠缺抽象思维，理解力较弱。

情感角度：智力障碍者通常思想纯真性格率直，但情感表达方式单一，情绪不稳定，自控能力弱。

沟通角度：智力障碍者通常表达能力差、交往能力差，表现为无法或较难表达自己心中所想的情况。

行为举止角度：某些智力障碍者会表现出异于常人的举动，其中可能包含暴力行为，这通常与教育方法不当以及其所处的社会环境有关。但有研究表明，智力障碍者整体的暴力程度并不比其他社会群体高。

五. 智障者的活动与社会参与支持

（一）与智障者沟通支持技巧

1、与智障者交流最重要的一点，就是像尊重非智力障碍者一样尊重智力障碍者，充满善意地与其交流。

2、部分智障者有监护人陪同，可以先向监护人询问与其沟通的方式方法。同样，如果在与智障者交流中，出现困惑和无法理解的情况，可以向其监护人寻求帮助。

3、与智障者交流时，注意其眼神、表情和举止，要以赞许的态度鼓励对方，这可以让交流沟通更加顺畅。

- 4、像了解其他人一样去了解智障者，可以询问关于他们自己的话题以打开对话，比如：“你喜欢什么颜色？”“你最喜欢吃什么？”
- 5、与智障者交流时，要给他们选择权，不要使用“你必须……否则……”的句式，否则会让它们感觉你是上级或者主管，这会很伤他们的心。
- 6、与智障者交流时，语言要缓慢清晰，应尽量避免连读、吞音、语音模糊的现象。用词尽量简单，避免使用成语，如“很大很漂亮”就比“气势恢宏”更加容易让对方理解。
- 7、与智障者交流要有耐心，不要因为智障者反应慢或者表达难以理解而语气严厉或者提高音量，更不能发脾气。交流时要有充分的思想准备，需要反复用对方适应的方式与其进行交流（图示或口语表达），要耐心等待对方回应，不要催促对方。
- 8、与智障者交流时，要注视对方双眼，让其知道你在关心他们所说的内容。当智障者有意回避与支持者的眼神接触时，支持者可以使用身体语言告诉对方你对他们叙述内容十分关注。
- 9、交流中避免与第三人频繁窃窃私语或长时间背对智障者，这种情况往往会让智障者感到费解。
- 10、智障者的情感感受能力通常很强，对于外界的态度十分敏感，任何人都应给予他们平等与尊重，不要戏弄智力障碍者。
- 11、不要模仿智力障碍者的语音语调，避免增加理解难度。
- 12、在不了解智障者的情况下，不要使用夸张的表情、语言、动作做出突发性的“游戏”或者讲故事般的状态，尤其是用手机里游戏发出的各种“恐怖”声音吸引智障者的注意力。

（二）陪同智障者活动的技巧

1. 支持者要提醒智障者外出活动时随身携带信息联系卡片，卡片上提供紧急联系人的电话。信息联系卡片可以做成胸牌或者放在衣物口袋里。
2. 支持者初次陪同智障者活动时要保持智障者在支持者的视野之内，以便随时关注。
3. 支持者初次与智力障碍者沟通，说话要清晰简洁明了，支持者传达给智障者的信息一次不要超过两个，待一个信息完成后再给予一个新的信息。
4. 智障者可能会无意识的到处乱摸，例如捡拾垃圾等。因此吃东西之前要让他们先洗手。

5. 吃饭时为有需要的智障者提供方便餐具。部分智障者不喜欢使用筷子，可以为其准备勺子；餐具应选取非易碎品。支持者在餐前要了解其饭量并提醒其用餐量，准备的食物尽量避免辛辣、刺激的口味。

6. 智障者通常对于隐私的保护意识薄弱，因此，支持者在智障者如厕前可以提醒其把门关上，穿脱裤子的动作要在进入厕所后才能完成。每到一个新环境要提醒智障者厕所的位置，注意其表情变化，以避免错过如厕时间、或如厕时间过长可能产生的问题。

7. 支持者陪同智力障碍者购物前要沟通好购物目标，防止漫无目的由着智障者行走过长时间，导致智障者疲劳，从而引起各种问题。智障者第一次独立出行购物时，支持者要事先和售货员沟通好。

8. 随时随地根据实景对智障者进行环境认知和设施使用的训练，教会其水、火、电的安全常识。

9. 不要回避智障者的问题（可能问题是反复且简单的），要让他们多接触社会环境，多与人交流，建立起熟识的社区环境支持系统。

10. 智障者有时也会伴随言语障碍，口肌的训练至关重要。例如练习嘴唇的发音，重复说出“啊、衣、乌”，以练习嘴唇张开及向前突出的运动（音韵学上叫做“开口呼”、“齐齿呼”、“合口呼”）。在活动设计上可以玩吹气的游戏，例如吹乒乓球、吹泡泡，练习圆嘴的动作，增强唇部及舌肌的控制及活动能力。

11. 智障者也有自己的喜好，有的喜欢干某件事情，就总是反复做这件喜欢的事，支持者可以慢慢丰富其活动内容，多给予正面支持，不要强行停止。

12. 长期支持者可在智障者的日常生活环境中对不同区域功能进行标示，教其独立使用环境设施。

13. 为了鼓励智障者主动沟通，有时支持者不要急于给予支持，留一点时间让智障者自己表达出来。

14. 系鞋带这样的精细动作对于一些智障者而言有一定的困难，为了出行方便，可以让智障者穿带有魔术贴的鞋子。

15. 智障者的活动时间通常不宜过长，要求专注的活动中间要有间歇。同时，支持者要提醒智障者及时喝水、补充体力等。

*注意：成年智障者同样有性需求，对青春期的自身变化等可能表现出好奇，或伴有自慰的行为。这种情况下支持者不要因此害怕或者排斥责备，要给予其正确的引导，让智障者明白，在哪些环境下做出哪些行为是安全的。尤其，针对女性智障者，支持者可以适当的帮助她们了解自己的身体情况，告诉她哪些部位不可以任意被人看见与触摸等。

第六章 精神障碍支持

一. 精神障碍的定义

精神障碍：患有各类精神疾病且持续一年以上未痊愈。

精神障碍者由于不同程度的存在认知、情感和行为障碍，其日常生活和社会参与会受到不同程度的影响。



撒切尔夫人晚年患严重的阿尔茨海默病

二. 精神障碍的分级

在我国精神障碍分为 4 级，其中 18 岁及以上的精神障碍患者依据“世界卫生组织障碍分类”（WHO-DAS II）分值和适应行为表现分级，18 岁以下精神障碍患者依据适应行为的表现分级。

	WHO-DAS II 分值	适应行为
精神障碍 一级	大于 116	适应行为极重度障碍；生活完全不能自理，忽视自己的生理、心理的基本要求。不与人交往，无法从事工作，不能学习新事物。需要环境提供全面、广泛的支持，生活长期、全部需他人监护。
精神障碍 二级	106~115	适应行为重度障碍；生活大部分不能自理，基本不与人交往，只与照顾者简单交往，能理解照顾者的简单指令，有一定学习能力。能在监护下从事简单劳动。能表达自己的基本需求，偶尔被动参与社交活动。需要环境提供广泛的支持，大部分生活仍需他人照料。
精神障碍 三级	96~105	适应行为中度障碍；生活上不能完全自理，可以与人进行简单交流，能表达自己的情感。能独立从事简单劳动，能学习新事物，但学习能力明显比一般人差。被动参与社交活动，偶尔能主动参与社交活动。需要环境提供部分的支持，即所需要的支持服务是经常性的、短时间的需求，部分生活需由他人照料。

精神障碍 四级	52~95	适应行为轻度障碍；生活上基本自理，但自理能力比一般人差，有时忽略个人卫生。能与人交往，能表达自己的情感，体会他人情感的能力较差，能从事一般的工作，学习新事物的能力比一般人稍差。偶尔需要环境提供支持，一般情况下生活不需要由他人照料。

三. 精神障碍的特点

“ICD-10 国际疾病分类”（international Classification of diseases ,ICD）第十版中将精神和行为障碍划分为 11 大类，以下介绍其中主要的 8 类精神障碍的特点：

1、器质性精神障碍

“器质性精神障碍”是因大脑疾病、脑损伤或其他损害而导致的精神障碍。我们熟知的“阿尔茨海默症”就属于“器质性精神障碍”范畴。我国调查数据显示，“阿尔茨海默病”已经成为老年精神障碍的主体。

2、使用药物、化学物质或酒精引起的精神和行为障碍。

“使用药物、化学物质或酒精引起的精神和行为障碍”是由于药物、酒精、烟草、毒品、致幻剂、有机溶剂等引起的精神和行为障碍。常见类型有：酒精依赖、毒品依赖（毒瘾）等。

3、精神分裂症

“精神分裂症”是指患者在思考、知觉、情感、动作等多方面，发生的持续性的广泛性障碍。患者的自我感与现实感失调，行为表现明显脱离现实，因而呈现人格分裂的精神症状，并逐步产生生活适应能力显著退化。其主要症状如下：



著名数学家约翰·纳什身患严重的精神分裂症。

精神分裂症患者在一个月期间，至少呈现下列两种症状：
妄想（特别是奇异内容的幻想）
幻觉（特别是批评性或对谈性的听幻觉）；言语错乱（语言毫无组织、颠三倒四、前后

左图为纳什本人，右图为以他为原型创作的电影《美丽心灵》剧照

不连贯、脱离现实的言语)；行为错乱或行动僵直(思考紊乱，有怪异行为)；阴性症状(面无表情、情感平淡、思考或语言贫乏、生活退缩等)。

在一般社会生活中，精神分裂症患者的工作及人际关系有明显且长期性的变化，表现为社会交往度降低。

患病周期至少六个月以上。

上述情况并非由其他情绪障碍、智能障碍、“自闭症”、药物滥用或其他身体疾病所引起。

4、情感性精神障碍

“情感性精神障碍”是指一组以情感障碍为原发性症状、呈周期性发作、间歇期内完全正常的精神疾病。其中包括“躁狂症”、“抑郁性障碍”等。

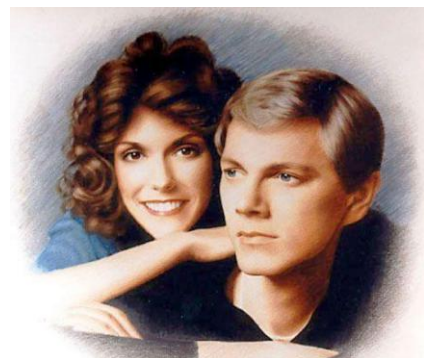
躁狂症患者在发病周期内，通常情感高涨、思维奔逸、意志增强、欢快、喜悦，但是易被激惹而发怒；思潮加快，说话滔滔不绝，随境转移；精力旺盛，睡眠减少，活动增多，爱管闲事，性欲亢进；在情感高涨的背景上，可出现夸大妄想，遇挫时可出现妄想，这些妄想是继发性的，随着情绪恢复正常，妄想也随之消失。



香港著名歌星、演员张国荣，身患抑郁症，于2003年4月1日自杀身亡

“抑郁性障碍”即大家熟知的“抑郁症”，特点为：情绪低落、思维迟缓、意志减弱；病人忧伤、自责、绝望，严重者有自杀观念及行动；脑力迟钝，联想困难，沉默寡言，兴趣索然，犹豫不决，反应缓慢，活动减少，甚至呈木僵状态；在情绪低落的背景上，可出现罪恶妄想、关系妄想和被害妄想。在躯体性症状的背景上，可出现疑病妄想，这些妄想是继发性的，随着情绪恢复正常，躯体性症状消失，妄想也随之消失。

受到“抑郁症”折磨的名人很多，如我国歌手杨坤就曾经身患抑郁症，并且担任世界卫生组织“抗抑郁”大使。



上世纪70年代著名乐队——卡朋特乐队(经典曲目《Yesterday Once More 昨日重现》)中妹妹卡伦·卡朋特因神经性厌食症于事业如日中天时离世

5、神经症性、应激相关的以及躯体形式的障碍

“神经症”主要表现为焦虑、抑郁、恐惧，强迫、疑病症状，或神经衰弱症状的精神障碍。这种障碍有特定人格基础，受社会心理(环境)因素影响。“神经症”包括恐惧性焦虑障碍(又名“恐惧症”，例如“场所恐惧症”、“恐高症”等)、

强迫症（明知不合理却不得不做的行动，例如反复检查门窗是否锁好）、严重应激反应及适应障碍。

6、与生理紊乱和躯体因素有关的行为综合症

该类障碍包括“饮食障碍”（“厌食症”、“暴食症”、“异食癖”等）、“非器质性睡眠障碍”（指各种因心理因素引起的睡眠障碍，如“失眠症”、“嗜睡症”、“梦游症”等）。

7、成人人格和行为障碍

“人格”或称“个性”，是一个人固定的行为模式及在日常活动中待人处事的习惯方式，是全部心理特征的综合。人格障碍是指明显偏离正常且根深蒂固的行为方式，整个人格方面异常。

8. 心理发育障碍

心理发育障碍主要包括关于言语和语言的特殊性发育障碍（发育早期，发音、语言理解或语言表达能力发育延迟或异常）、特定性学习技能障碍（因能力上的障碍导致的学习困难，障碍可能是生理上的也可能是心理上的，其中包括阅读障碍、书写障碍、计算技能障碍等）、特定性运动功能发育障碍（协调性运动发育的严重损害，且不能仅仅以一般智能发育迟滞或任何特定的先天或后天性神经系统疾病加以解释）、广泛性发展障碍（特指以下5种类型障碍：“自闭症”、“阿斯伯格综合症”、“蕾特氏症”、“儿童期崩解症”以及待分类的“广泛性发展障碍症”。除了“蕾特氏症”只发生在女童身上，其他4种障碍在男童身上更常见）。

四．精障者的活动与社会参与支持

大多数人认为对精神障碍者进行支持是非常困难的，主要的困难体现在精神障碍的成因复杂，支持者不知道何种支持是必要的。对于精障者的支持想要达到好的效果，需要建立长期与细致的陪伴式信任模式，如果只能提供短期的支持，可以参考以下内容：

1. 支持者尽可能预先了解个体支持对象的背景情况，如属于何种精神障碍类型，导致其精神障碍的主要原因，哪些言语动作与事物可能诱发精神症状。

2. 对于精障者的协作介入尤其是精神分裂症状，一定要在其康复期或稳定期内进行，在发作期或是不稳定期如需药物支持，须由专业人士介入。支持者不要强迫其服药或作出帮其决定着装与饮食等行为。

3. 通常不要对精神障碍者的症状妄加评论。不要在精障者面前谈论他们的精神状况，更不要擅自就其病情做出不适当的建议。如果精障者主动谈论自己的病情，支持者可以成为安静的听众，观察其意图，不要轻易随意回应。

4. 通常避免过分关心或询问。有些类型的精障者较敏感、猜疑程度较重，出于关心的过度询问反而会遭来他们的反感。

5. 尽量为精障者营造一种轻松自在的环境。通常良好的环境会对其康复起到促进作用。

6. 通常避免精障者进入嘈杂人多的场所。对于前往热闹的街区或是参加集体游园活动，精障者如表现出“不喜欢”的状态，要尽快安排其到安静的休息区缓冲。

7. 通常要避免与精障者一次性进行过长时间的交流。一些精障者很难长时间地专注在某件事上，长时间交流可能导致其出现情绪失控的情况。

8. 交予精障者其力所能及的工作。如果将过于繁杂或艰巨的任务交予精障者完成，他们往往会感到身心疲惫，严重时可能诱发精神症状。

9. 鼓励精障者的自我成长。培养挖掘他们的“主观能动性”与兴趣爱好，提供康复与康乐道具时，应避免尖锐物与易碎物。

10. 与精障者谈话时如发现其情绪波动，可以引导其进行放松练习，如打开双臂、深呼吸……待放松下来再进行其他活动。

***注意：**精神障碍的类型繁多，如：上一节中介绍到的“抑郁症”等。因此不要将“精神障碍”等同于“疯狂”、“暴力”、“危险”，偏见和不理解往往是产生歧视的根源。在判定某人是否患上精神疾病时也不应因其产生过激动表现就将其武断送医，由此带来的后果可能令人追悔莫及。以上内容在我国《精神卫生法》中也有相关规定。

扩展阅读

一. 失智症

失智症，是以阿尔茨海默症、血管性或多次梗塞性失智症和路易氏体型三种疾病为主的、具有较强变异性的脑部疾病和疾患统称。失智症是一种以认知功能和记忆力衰退为特征的症候群，患病后，患者的认知功能和记忆力通常低于先前的水准长达几个月或几年之久。很长一段时间里，这种疾病被称为“老年痴呆”，近年来在香港地区患者与家属努力下，该疾病在华语地区正式更名为“老年失智症”或者“老年认知障碍”。

目前，失智症在我国大陆地区并未纳入“障碍者分级体系”当中。

失智症中占比最大的为“阿尔茨海默症”，其所占比例高达百分之五十五。“阿尔茨海默症”是一种起病隐匿、进行性发展的神经系统退行性疾病，临床上以记忆障碍、失语、失用、失认、视空间技能损害、执行功能障碍以及人格和行为改变等全面性认知障碍为特征，病因迄今未明。“阿尔茨海默症”主要表现为认知功能下降、精神症状和行为障碍、日常生活能力逐渐下降等。该病的主要患病群体为老年人，60~64岁老年人患此病几率为1%，且年龄每增长5岁患病人数也会随之增长一倍，即65~69岁人群的患病率为2%，以此类推，85~90岁人群的患病率将高达32%。

2012年数据显示，我国的“阿尔茨海默症”患病人数为600~1000万人，60岁及以上人群患病率为4.2%。预计到2050年，我国“阿尔茨海默症”患者人数将达2700万。目前“阿尔茨海默症”已成为老年人健康的第三大杀手，仅次于心脑血管病和恶性肿瘤。

对抗“阿尔茨海默症”的方法主要以预防为主，要多鼓励老人进行运动、唱歌、跳舞、下棋、打牌等肢体和大脑运动，并保证高质量睡眠，饮食宜清淡，饥饱适度，养成良好的生活习惯。同时，应格外注意避免脑外伤、过度饮酒吸烟等可能引起脑机能异常的伤害和行为，避免高血压、高血脂、高血糖、肥胖等与“阿尔茨海默症”发病密切相关的疾病。简而言之，预防“阿尔茨海默症”的最好方式就是让大脑动起来，让身体动起来，以延缓脑细胞和身体各项机能的退化。如果子女发现家中老人记忆力明显下降、情绪不稳定，要及时送医就诊，以免延误治疗。

“失智症”患者的支持技巧：

1. 为“失智症”患者佩戴信息联络卡，注明可联系的紧急联系人、紧急电话，必要时附上家庭住址。

2. 在外遇到“失智症”患者，觉察其行为异常、反应恍惚、表达不清时应及时拨打110和120求助，同时请求路人协助看护，防止患者继续走失。

3. 建立社区支持网络，正确面对“失智症”患者问题。提前告知社区内超市、保安、物业人员家中“失智症”患者的基本情况，请相关人员帮忙留意失智者行踪，必要时将联络信息地址告知社区支持网络内的人员。

4. 培养“失智症”患者日常生活中的用脑习惯，帮助其进行阅读等脑力活动。支持者可以读文章给老人听、与老人玩填写游戏等。

5. 注意保护“失智症”患者的人身安全，避免让“失智症”患者独处或单独上街，在家中注意防火、防烫等。

6. 积极为“失智症”患者提供情感支持，亲属或周围人要主动给予关心，帮助其恢复记忆。

7. 帮助“失智症”患者进行意识重建，引导“失智症”患者重新认识环境，与周围的人和环境建立良好关系。

二. 自闭症

“自闭症”（官方名称：孤独症）是一种由于神经系统失调导致的发育障碍（也称发展障碍）。自闭症者通常无法进行正常的言语表达和社交活动，通常行为刻板、有重复性的动作和行为，只限于某些环境或者习惯，如每天上学走的路，因为修路不能走了，要换另一条路，此时自闭症者通常无法接受并大发脾气。某些人们认为的“某人情绪不好把自己关在家里”就是得了“自闭症”，这个观念是错误的。

自闭症一般有如下障碍特征：

（一）社交障碍（人际关系障碍）：在人际交往方面被动，很难用适切的方式与周围人建立联系；

（二）言语交流障碍：自闭症者能够使用语言，通常使用语言时遇到障碍，不能透过语言完全表达自己的需求，他们有时会转用行为表达一些自我需求；

（三）行为障碍：刻板行为是自闭症者的常见表现，刻板的内容可以是言语或是动作；他们通常不能接受突然的改变，需要提前预告某些改变；

（四）认知障碍：通常自闭症者在信息接收和感知统合上存在障碍，但也有一些自闭症者的听觉和触觉特别灵敏敏感；

（五）智能障碍：自闭症者中一部分人存在智能障碍。

与自闭症者的沟通技巧：

1. 建立关系，根据其兴趣和活动，仔细观察特性，以其喜爱的方式尝试沟通。但在尝试的过程中不可忽然打断自闭症者的活动强行要求介入，通常这样做会造成沟通情绪反弹。

2. 建立心理安全机制，提前与自闭症者沟通，告知其可能到来的变化，避免因变化带来的强烈心理刺激。如果是一个自闭症者喜欢的活动，家长或者老师要求一起参加进入他的活动，需要按照自闭症者的做法做。如果要换一个活动（不要玩某某了，要换这个游戏或者任务了），他们需要提前知道。如在还剩 10 分中的时候，提醒他，也可以用图片提醒他，也给他看表，我们 10 分中后要做什么什么。如果下面要做的是数学题，做完了就要出去玩。（进行顺序强化，让自闭症者知道，数学做完了可以出去了）。

3. 与自闭症患者沟通时，通常要排除环境骚扰，以澄清所接收的信息。说话时语速通常不宜太快，可以使用表情、语音语调等加强表达。

4. 如果对自闭症者下达指令，应使用简单、明确、直接的语言；少用复杂句，例如双重否定、反讽的句型、成语等。与自闭症者沟通时可以在语言基础上附加动作或手势提示，帮助其增强理解。可以使用实物、实际情景、照片或图片卡来进行交流，使得指令内容更易接受。

5. 沟通内容应合乎自闭症者的年龄特征、兴趣和习惯，并以自闭症者能够理解的方式及能力所及的程度进行沟通，但我们需要了解其能力与适应能力是可以根据支持程度的不同而改变的。

6. 通常使用“是非题”或“选择题”了解自闭症者的需要或心意，以减少负面情绪反应。如不确定其喜欢什么可以依次拿走某物，问他，你是想要这个吗？促使其用图片或动作进行表达。

7. 建立与自闭症者互动响应的习惯，并给予适当的鼓励以增强他们与别人沟通的动力。

8. 一些自闭症者有自己的感知包围圈，例如“圆周型包围”，他们往往会以自己为中心划定一个圆周区域，当有人进入圆内时会感觉到不安全，提供支持前要尽可能多的了解他们的情况。

9. 当众人一起活动，或有人发言的情况下，自闭症者可能会根据自己的感知，发出叫喊或者不安的表现，这通常是由“场景联系”带来的，只要换一个不同的环境就会好转。

10. 在很多人看来，一些自闭症者只是个性特别一些，例如一些阿斯伯格症者不喜欢说话，但会用绘画等方式表达与人的好感等。

*注意：在初次接触自闭症者时，通常不要过于热情做出一些帮助的行为，应当先通过观察从周边了解其行为习惯。例如一些自闭症者对镜子、眼镜片、打火机类物品非常感兴趣。

三. 唐氏综合征

“唐氏综合征”又名“21-三体综合征”、“先天愚型”或“Down 综合征”。在我国“唐氏综合征”属于智力障碍范畴。

人类共有 46 条 23 对染色体，“唐氏综合征”多由“21 号染色体”异常所致，其中 95%的“唐氏综合征”患者由于多出一条“21 号染色体”（即总共染色体为 47 条）而患病。现代医学证实，“唐氏综合征”的发病几率与母亲怀孕时的年龄呈正相关，孕妇高龄化、卵子老化是生育“唐宝宝”的重要原因。目前，进行产前诊断，是预防“唐氏综合征”的有效措施。

“唐氏综合征”的外貌特征：双眼距宽，双眼外角上斜，内眦赘皮，耳位低，鼻梁低，舌体宽厚，口常半张或将舌伸出口外，舌面沟裂深而多，手掌厚而指短粗，末指短小常向内弯曲或有两指节，40%患者有通贯掌。跖纹重，拇趾球区胫侧有弓状纹，拇趾与第二趾指间距大，关节韧带松弛或见肌张力低。

“唐氏综合征”患者的障碍特征：

1、智力障碍。“唐氏综合征”患者自出生起就伴随有轻、中度智力低下，多数是中度精神发育迟滞，其智力随着年龄的增长而逐步降低。有专家认为，在青少年期“唐氏综合征”患者智商(IQ)相对稳定，以后才降低。大多数研究表明环境因素是影响“唐氏综合征”患者智商(IQ)的重要因素，在良好环境中抚养的患者智商(IQ)相对较高。

2、语言发育障碍。95%的“唐氏综合征”患者发音有缺陷、口齿含糊不清、口吃、声音低哑；三分之一以上的“唐氏综合征”患者语音节律不正常，甚至呈爆发音。

3、行为障碍。“唐氏综合征”患者大多性情温和，常笑，喜欢模仿和重复一些简单的动作，可进行简单的劳动。少数患者易被激怒、任性、多动，甚至出现破坏攻击行为，某些患者则表现出畏缩倾向，伴有紧张症的姿势。

4、运动发育迟缓。“唐宝宝”在出生后的一段时期其运动功能与同龄儿差别可能不大，但随年龄增长差别日益增大。在不同的患者中运动发育的情况也相差很大。先天愚型“唐宝宝”可执行简单的运动，如穿衣、吃饭等，但动作不协调、步态不稳。

5、生长发育障碍。“唐氏综合征”患者母体妊娠期较短，平均为 262—272 天。“唐宝宝”出生时身高较正常新生儿短 1—3cm，头围基本正常，双顶径在正常范围，前后径相对较短，枕部平坦。大多数呈短头畸形。前后囟及前额缝宽，闭合迟，常出现第三囟(后囟上方的矢状缝增宽)。“唐宝宝”睡眠深沉，吸吮、吞咽十分缓慢，甚至完全不能，故唤醒和喂养十分困难。

约有 50%的“唐氏综合征”患者并发先天性心脏病，并易患传染性疾病和白血病。

四．隐性障碍

“隐性障碍”是相对于传统的“显性障碍”而言，“显性障碍”主要以有无显著身体损伤作为划分标准。但正如前文所说，在没有显著损伤的情况下，一个个体仍然会遇到很多功能限制，进而造成活动受限以及参与局限等情况。

如一些慢性病患者，身体没有显著损伤，但行动等能力受到限制。按照传统障碍类型分类，慢性病患者不能算是障碍者，但是根据 ICF 进行鉴别，一些慢性病患者的障碍程度相当高，部分障碍甚至严重影响了他们的正常活动和生活，因此该类障碍也应被划分为重度障碍类型当中，该类障碍者也应享受相应的社会和医疗服务。我国目前从事隐性障碍者支持的组织有如“爱稀客肺动脉高压关爱中心”（肺动脉高压患者自组织）、“中国血友病联谊会”（血友病患者自组织）、爱力重症肌无力关爱中心等。

在 ICF 出现前，“隐性障碍”者只能被认定为“长期患病并且持续接受治疗”的“重病患者”，而不能被认定为“障碍者”。之所以产生这类情况，主要由于医疗模型往往只将“显著损伤”划分为“障碍”，而将“非显著损伤”划分为“需要长期治疗的患病状态”。ICF 的出现，使人们改变了观察视角，不再孤立地从障碍者自身来看待“障碍问题”，而是把障碍者放回到其所处的环境中。观察发现，“显性损伤”和“非显性损伤”在实际生活中所处的情况相似，他们因自身因素在社会中遇到的障碍也基本相同。以其个体功能水平和程度（包括活动受限和参与局限）整体情况来衡量，这两类人群都应被称为障碍者，并享受相同的社会和医疗服务。

“隐性障碍”群体十分庞大，但由于目前我国对“隐性障碍”尚无清晰的概念和界定，因此该群体的具体人数还无法确定。在美国，“ICF”活动数据中最高值显示，大约每五个美国人里面就有一名障碍者，由此看来，“隐性障碍”者的群体是非常大的，如何将这些隐形障碍者纳入到支持体系中，使他们享受社会和医疗服务，是社会发展的努力方向。

五. 罕见病

“罕见病”是指发病率极低的疾病，多为先天性慢性疾病。目前我国对“罕见病”没有明确的定义，世界卫生组织将“罕见病”定义为患病人数占总人口的千分之零点六五至千分之一的疾病。世界各国根据国情不同对罕见病制订了不同的标准，如：美国罕见病的标准为每年患病人数少于二十万人、或发病人口比例小于一千五百分之一的疾病；日本“罕见病”标准则为患病人数少于五万、或发病人口比例小于两千五百分之一的疾病。台湾地区“罕见病”标准则为发病率万分之一以下的疾病。

根据美国国家卫生部统计，目前已有 6500 种疾病被确定为“罕见病”，约占人类疾病总数的百分之十，以下介绍几种因“罕见病”导致障碍的情况。

1. 脆骨病

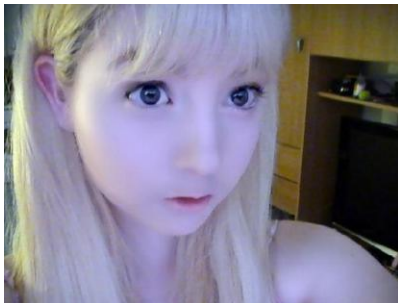
“脆骨病”是一种罕见遗传性骨疾病。“脆骨病”病因不明，即使轻微的碰撞（打喷嚏、拥抱）也可能会造成严重的骨折，因而“脆骨病”患者又被人们称为“瓷娃娃”。

2. 特发性和家族性肺动脉高压

“特发性肺动脉高压”是指由原因不明的肺血管阻力增加，引起持续性肺动脉压力升高导致的疾病。该疾病早期症状不明显容易被误诊，晚期症状为胸痛、胸闷、咯血、气短、晕厥，患者大部分死于右心衰竭。60%的“特发性肺动脉高压”病人病情严重的时候甚至出现心包积液，右心衰竭，无法站立和行走。作为一种罕见的心肺血管疾病，“特发性肺动脉高压”发病率为百万分之一至百万分之二，女性发病几率较高，患者平均年龄在 20-40 岁左右，目前是难以治愈的重度慢性疾病之一。

3. 白化病

“白化病”是一种由于酪氨酸酶缺乏或功能减退引起的一种皮肤及附属器官黑色素缺乏或合成障碍所导致的遗传性白斑病。患者视网膜无色素，虹膜和瞳孔呈现淡粉色；



英国网络红人：白化病女孩维纳斯·巴勒莫

皮肤、眉毛、头发及其他体毛都呈白色或黄白色；易晒伤、大多伴有眼球震颤、怕光、低视力等现象。目前“白化病”尚无有效的治疗方法。“白化病”通常属于家族遗传性疾病，为常染色体隐性遗传，常发生于近亲结婚的人群中。

4. 苯丙酮症

“苯丙酮症”，是一种氨基酸代谢病。这种疾病由于苯丙氨酸代谢过程中的“酶”缺乏产生，使得苯丙氨酸不能转化为酪氨酸，而在体内积聚最终只能通过病人尿液排出体外。苯丙氨酸和酮酸堆积会对神经系统产生毒害，阻碍正常的智力发育。我国新生儿患此病的几率约是五万分之一。

5. 血友病

“血友病”是一组遗传性凝血功能障碍导致的出血性疾病，患者由于活性凝血活酶生成功能发生障碍，导致凝血时间延长，终身具有轻微创伤后出血的倾向。重症“血友病”患者即使没有明显外伤也可发生“自发性”出血。

血友病分为“A”、“B”、“C”三型，由于出血所导致的压迫症及并发症使周围神经受累。“A型”发生率约为85%，“B型”约为15%，“C型”比较少见。以A型为例，病人可能伴有肢体麻木、剧痛、肌肉萎缩症状，易出现上呼吸道梗阻，口腔底部、喉、舌、扁桃体、后咽壁或颈部严重出血等状况，可引起窒息发生。严重的出血状况也可能压迫附近血管，导致可发生性组织坏死。因“血友病”导致的骨骼与关节变化常常令病人终生与轮椅相伴。

6. 运动神经元疾病

“运动神经元疾病”，俗称“渐冻症”，是一组运动神经功能受损造成的进行性肌肉萎缩疾病。其中“肌萎缩性脊髓侧索硬化症”（ALS）最为常见，80%的渐冻人属于此类型。

“渐冻人”患病初期肌肉乏力，逐渐发展为四肢、躯干等全身各部分瘫痪、吞咽困难，平均3~5年后会因呼吸衰竭而死亡。患者在整个患病过程中身体如同被渐渐冻住一样，所以又称“渐冻人”。

“渐冻症”少数为家族遗传，余下案例病因不明。

7. 重症肌无力

“重症肌无力”（MG）是一种由“神经-肌肉”接头处传递功能障碍所引起的自身免疫性疾病，临床主要表现为易疲劳、部分或全身骨骼肌无力。活动后症状加重，经休息后症状减轻。“重症肌无力”发病初期患者往往感到眼或肢体酸胀不适、视物模糊、容易疲劳，天气炎热或月经来潮时疲乏加重。随着病情发展，骨骼肌明显疲乏无力，显著特点是肌无力于下午或傍晚劳累后加重，晨起或休息后减轻，此种现象称之为“晨轻暮重”。

“重症肌无力”患者全身骨骼肌均可受累，可有如下症状：

- (1) 眼皮下垂、视力模糊、复视、斜视、眼球转动不灵活。
- (2) 表情淡漠、苦笑面容、讲话大舌头、构音困难，常伴鼻音。

- (3) 咀嚼无力、饮水呛咳、吞咽困难。
- (4) 颈软、抬头困难，转颈、耸肩无力。
- (5) 抬臂、梳头、上楼梯、下蹲、上车困难。

综上所述，不同种类的罕见病，会带来一种或多种障碍，包含所有障碍类型。罕见病患者在遭遇治疗障碍的同时往往也会遭遇社会参与上的障碍。

治疗上的障碍：由于罕见病发病几率很低，所以药厂对罕见病的研究投入、药品研发、药品引进也非常少；而且因为罕见病案例较少，对罕见病进行疾病研究投入很大，势必造成研发药品成本过高，“天价”药品绝非一般患者所能承受，如“戈谢氏病”（由编码葡萄糖脑苷酯酶的结构基因突变，导致该酶缺乏，致使巨噬细胞内的葡萄糖脑苷脂不能被进一步水解而堆积在溶酶体中，导致细胞失去原有的功能，这些病理性细胞在人体器官中的浸润会造成骨骼、骨髓、脾脏、肝脏和肺部的病变），一年的药费就高达10~30万美元。

社会参与障碍：由于大众对于罕见病认知度低，很容易造成罕见病患者遭到社会忽视并承受社会歧视；恐惧心理也会导致罕见病患者遭到出行、教育、就业等多方面排斥。

六. 无障碍标识

无障碍标识对于无障碍使用者起到了指引指示作用，因此无障碍标识设置应规范、醒目、连贯。

以下为我国标准无障碍标识，支持者应熟知这些标识及其含义，以便能为障碍者提供高质量的快捷支持。

1. 通用无障碍标识





2. 无障碍设施标识

用于指示的无障碍设施名称	标志牌的具体形式	用于指示的无障碍设施名称	标志牌的具体形式
低位电话		无障碍通道	
无障碍机动车停车位		无障碍电梯	
轮椅坡道		无障碍客房	

用于指示的无障碍设施名称	标志牌的具体形式	用于指示的无障碍设施名称	标志牌的具体形式
听觉障碍者使用的设施		肢体障碍者使用的设施	
供导盲犬使用的设施		无障碍厕所	
视觉障碍者使用的设施		—	—

3、用于指示方向的无障碍设施标识

用于指示方向的无障碍设施标识的名称	用于指示方向的无障碍设施标识牌的具体形式
无障碍坡道指示标志	
人行横道指示标志	
人行地道指示标志	
人行天桥指示标志	

后 记

每次结束一本手册的编写工作，总难免留下些许遗憾，想着还有什么内容该放而没有放，什么地方解释得还不到位，这一次也不例外。

从支持的角度来说，一本“小册子”的作用仍然十分有限。无论从立法、文化的层面，还是从教育、就业的层面而言，支持都有着不容忽视的作用，而且各个领域都有着极大的空白等待着人们去填补。

本手册虽针对了不同的障碍者群体进行介绍，但每一位障碍者的具体情况各有不同，如其有自己的沟通方式，觉得更舒服的出行方式，喜欢的称呼等，这与本手册所对应的“普通的接触者”受众，并不冲突，让不了解“障碍”的人拥有一个初步的了解渠道。但我们深知，由于能力和客观条件所限，本手册对于“支持”的阐述仍存在着许多不足之处。我们期待着读者朋友能够在阅读之后亲身参与实践，在体验中加深对“支持”二字的理解，并将感受反馈给我们。

期待能有更多志同道合的朋友一起加入到这项方兴未艾却意义非凡的工作当中，正如前言所说：人人都是障碍者，人人都将经历障碍，让我们做彼此最好的支持者，为每个人都能在社会中享受美好生活贡献自己的微薄之力。

本手册部分辅具图片来源于网络，如有不便请及时联系。

联系我们请致电 010-56261620，或电子邮件 ADI@ablechina.org；如需了解更多信息，欢迎登陆 ADI 发展研究所官方网站 www.ablechina.org。

吕 飞

2015 年 3 月 · 北京

