

专题探索

残疾人体育参与的社会性障碍

——基于社会-文化视角

杨立雄

(中国人民大学 残疾人事业发展研究院, 北京 100872)

摘要: 从社会-文化的视角分析残疾人体育参与的社会性障碍, 包括: 污名化及面子文化导致残疾人及家庭产生社会退却行为, 残疾人参与社会的动力不足; 公共政策将“障碍”局限为特殊人群的体验, 导致在体育参与过程中存在外部环境障碍; “体能主义”导致残疾人身份认同危机, 并形成体育对残疾人身体的排斥。为此, 应以消除社会性障碍为重点促进残疾人的体育参与, 包括: 完善社会支持网络, 重建残疾人及家庭的社会联结; 遵循通用设计原则, 推进无障碍环境建设; 树立融合体育观, 强化对残疾人身体的接纳。

关键词: 残疾人; 体育参与; 社会性障碍; 社会-文化视角

中图分类号: G80-05 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-5498(2022)03-0001-11 **DOI:** 10.16099/j.sus.2021.02.16.0001

参与体育活动既是残疾人娱乐、康复、健身的一种方式, 也是融入和参与社会的一个重要渠道。为此, 联合国《残疾人机会均等标准规则》和《残疾人权利国际公约》均将参与体育活动列为残疾人的一项基本权利。中国在《残疾人保障法》和《体育法》中明确规定了残疾人平等参与文化和体育的权利, 并将残疾人文化和体育事业纳入国家公共文化体育服务体系, 使残疾人文化和体育事业获得了长足发展。然而, 抽样调查研究结果^[1-2]表明, 我国残疾人参与体育活动的主动性不足, 经常参与体育活动的比例整体偏低, 仅为4%~13%。

残疾人体育参与比例偏低的现象早已引起学术界关注。从国外研究^[3-7]看, 其原因可以归结为个体因素(如缺乏自信、个人没有动力、缺乏体能)、社会交往因素(如缺少同伴、害怕社交)和结构因素(如缺少设施设备、交通不便、缺乏时间)。国内研究则多将其归结为结构性因素, 包括硬件设施的短缺(如场所和设施不足、资源配置不当、无障碍设施缺乏)^[8]和服务体系的不健全(如专业指导人员缺乏、公共服务体系不完善、

社会组织参与不足)^[9-11]。还有学者^[12]将其归结为个体因素, 如残疾人对自身体育权利的认知不足以及体育参与的主体意识和内生动力不强等。应当说, 这些原因符合我国公共体育设施匮乏和服务体系滞后的国情, 再加上严格的残疾认定标准, 我国重度残疾人的比例高于发达国家; 同时, 由于社会保障体系不完善, 我国残疾家庭较为贫困, 缺少闲暇时间。近年来, 国家加大了公共体育的支持力度, 体育设施和服务体系得到显著改善; 残疾人社会保障水平逐年提高, 生活水平和参与体育的经济能力得以提升; 受教育程度逐年提高, 闲暇时间亦有所增加, 然而残疾人体育参与比例并没有明显提升。国务院残疾人工作委员会开展的“全国残疾人基本服务状况和需求信息动态更新”(以下简称“动态更新”)的数据显示, 2019年动态更新工作调查的残疾人口规模接近3 500万人; 2016—2019年残疾人文体活动参与比例均低于15%; 对未参与文体活动的原因进行调查发现, 只有1/5的残疾人将其归因于结构性因素(包括没有合适的活动项目、场所和设施等), 4/5的残疾人选择了“其他”原因。因此, 有必要

收稿日期: 2021-02-16; 修回日期: 2021-05-20

基金项目: 国家社会科学基金重大项目(17ZDA116)

作者简介: 杨立雄(ORCID: 0000-0001-9382-1884), 男, 湖南邵阳人, 中国人民大学教授, 博士, 博士生导师; 研究方向: 残疾人事业, E-mail: ylx@ruc.edu.cn

进一步分析影响残疾人体育参与的因素。

基于体育活动的社会属性,本文采用社会-文化分析(socio-cultural analysis)方法探讨主流价值观对残疾人体育参与造成的社会性障碍,并提出消除社会性障碍的对策和建议。社会-文化分析方法即从社会背景(如社会价值观)层面理解个体行为的产生原因及后果,从该意义上说,社会-文化分析方法为分析残疾人的体育参与行为提供了一种分析框架。基于这一框架,本文对残疾人体育参与的社会性障碍因素进行分析,这些因素包括因污名化所产生的社会排斥、因社会价值观而形塑的环境障碍及因体能主义而产生的身体壁垒。从参与过程来看,社会排斥影响残疾人的体育参与意愿,环境障碍决定了残疾人能否走出家门,身体壁垒则影响残疾人体育参与的程度;从分析视角来看,社会排斥是影响残疾人体育参与的宏观因素,环境障碍是影响残疾人体育参与的中观因素,身体壁垒则是影响残疾人体育参与的微观因素。尽管上述3个因素存在过程和视角差别,但均由社会-文化所形塑。

1 污名化与社会退却

残疾人是受污名化影响最为严重的群体,由于其异于常人的身体结构或心理状态,使其遭受社会的孤立、拒绝与排斥,强化了残疾个体在社会交往中的挫败感,导致了个体社会退却行为的产生和群体亚文化的形成。尤其是在体育参与过程中,长期形成的刻板印象和偏见导致残疾人被排除在体育参与之外,而残疾人体育参与的负面经历又使其在参与体育活动时产生退却行为。

1.1 污名、居养与社会关系断裂

对于残疾人污名的成因,社会学家欧文·戈夫曼(Erving Goffman)认为,源于个体异于健全者的特征(如身体残疾和心智异常),社会成员认为其不能扮演既定的社会角色,或不能发挥既定的功能,由此形成对残疾人的排斥^[13]。对残疾人的排斥行为,主要表现为社会成员对异常身体的厌恶或对性格缺陷的显性歧视。在科学技术不发达时期,残疾人被泛灵主义看成是对其罪行进行处罚或是被施以巫术的人,其所承受的痛苦被基督宿命论者看成是上帝的旨意,导致了针对残疾人的溺婴、遗弃、虐待、暴力“治愈”、放逐等行为。随着科学技术的进步及现代医学的发展,残疾逐渐被认为是医疗或遗传基因突变的结果,但身体的残

损和心理的异常仍被看成一种社会危害^[14-15]。即使步入21世纪,现代社会对残疾人的污名化仍然普遍存在,包括:将残疾人视为家庭和社会的负担;认为残疾人难以与他人建立正常的社会关系,更不能承担家庭责任;残疾身体具有“神奇”特性,甚至具有传染性,给他人带来厄运;残疾是对前世今生的惩罚或是一种赎罪……污名不仅给残疾人“丢脸”,也导致其家庭成员甚至亲朋好友“蒙羞”,甚至没脸见人,形成连带污名(courtesy stigma)^[16]。

对残疾人的污名化是一个跨国界、跨文化的现象^[17]。在中国传统文化中存在对残疾人的污名化倾向,残疾人被赋予沟通天地和鬼神的能力,残疾甚至成为一种崇拜。在非洲某些地区,残疾婴儿被视为上天赐予的礼物,必须精心照料,否则就会触怒上天,带来灾难;而在另一些地区,残疾则被视为恶神对人类的惩罚,其是平息恶神怒火、免于伤害他人的体现^[18-19]。随着社会生产力的发展和社会分工的细化,人们对于“身体想象”趋于丰富,对于“异形”身体的认识加入了道德和品质的意象^[20],残疾成因也开始归于对个人前世今生罪孽的惩处,形成道德层面的污名化^[21];残疾人不仅不能与天地鬼神进行沟通,而且等同于“危险”“怪异”“罪恶”,残疾人被视为“残废”甚至等同于“废人”的刻板印象逐步加深,形成身体和智力的污名化。在中国传统文化中,残疾人常被赋予“傻子”“疯子”“瞎子”“驼子”等污名化的称呼,甚至形成类型化的标签,而“面子文化”又是中国文化的核心内容之一,影响着所有人的日常行为和社会关系,表征了身份、地位、角色、声望、荣耀等,成为个体构建社会关系网络的重要“前台行为”^[22]。当残疾人的污名化和“面子文化”相结合后,加快了残疾人及其家庭脱离正常生活世界的步伐,他们不得不构建起脱离外在世界的封闭性生活^[23],出现社会关系网络的解体,甚至出现“社会性死亡”现象^[24],残疾人及其家庭成员的社会参与被迫中断。

不同于西方早期对残疾人的生物淘汰思想,中国基于儒家思想建立了“上收而养之”的居养政策^[25],残疾人的基本生存得到初步保障,部分残疾类型中的少数残疾人实现了社会参与,并为社会作出了贡献。新中国成立后,残疾人的社会和政治地位发生了根本性改变,残疾人建立了自己的组织,成为社会主义国家的主人;通过福利企业实现了就业,为社会主义建设贡献

自己的力量。但是,中国社会几千年形成的居养理念并没有发生根本性变化,隔离性保护机构(如“五保”供养机构、精神病院、麻风病院、特殊学校)快速发展,在保障残疾人基本生活的同时,也加剧了残疾人的社会隔离,并强化了其社会弱者的形象。1988年3月13日,中国残疾人联合会第一次全国代表大会通过《中国残疾人联合会章程》,首次将“促进残疾人平等参与社会生活”写入其中,树立了“平等、参与、共享”的理念,政府和残疾人联合会大力发展残疾人康复、教育、就业、文体等事业,残疾人参与社会生活的环境大为改善,就业人数快速增长,受教育程度持续提高,文化和体育事业也蓬勃发展。应该说,居养模式是“鳏、寡、孤、独、废疾者皆有所养”理念的具体实践,保障了残疾人的基本生存权利,实现了残疾人的初步社会参与。但是,对“养”的重视也强化了残疾人“无能”和“被照顾”的角色定位,加深了残疾人对社会和他人的依赖。

对残疾人的污名化不仅加强了残疾人体育参与的壁垒,导致了残疾人的社会隔离,而且强化了残疾人“无能”的自我认知,降低了他们社会参与的意愿^[26]。在历经角色的“自我”破坏、变形、扭曲和窒息的过程后,残疾人逐步形成遵从和符合主流社会价值标准的行为规范^[22],从体育活动中逐步退出。

1.2 通过社会支持建立社会联结

由上可知,要提升残疾人体育参与程度,前提条件是要降低甚至消除残疾的污名化倾向,修复残疾人及其家庭的社会联结(social tie)。

根据西方国家的经验,社会运动是消除残疾污名的主要途径,并唤醒了残疾人的社会参与意识。20世纪70年代,西方国家残疾人发起残疾人公民权利/独立生活运动(Disability Civil Rights/Independent Living Movement),20世纪90年代提出“没有我们的参与什么也不是”(Nothing About Us Without Us)的口号,最近十多年发起了残障自豪游行(Disability Pride Parade)。残疾人通过社会运动不仅强化了身份认同,也改变了社会对残障的认识,残障的“特殊性”体验逐渐成为一种“普同性”体验,促进了残疾观从医疗模式转向社会模式^[27],并迈向“普同主义”(universalism)^[28]。中国的社会结构未能孕育出残疾人社会运动,再加上残疾人污名化和“面子文化”根深蒂固,残疾人及其家庭“隐匿”于社会保护之下,形成“污名化—社会退却—社会

性死亡”的恶性循环。可以采取以下2种方式打破这一恶性循环:①从前端入手,改变社会;②从末端入手,改变个体。前者是一个被动而漫长的过程,而后者更主动,且能在短期内取得成效。基于中国的社会结构,当前应从末端入手解决残疾人及家庭的社会隔离,加强对残疾人及其家庭的社会支持,让其重建社会联结。

社会支持是在研究精神病学时提出的一个概念,是为精神病患者及其家庭提供的应对压力的措施,后来逐步将边界扩展到为身处困境的人提供安全、自我表达和自我认知、归属等方面的服务^[29],甚至直接或间接与他人进行交流或分享其所看重或关心的日常行为^[30],社会支持人群也从老年人、残疾人、少数民族裔等特殊人群扩大到全人群。社会支持在本质上等同于社会网络的构建,通过互动建立关系网络,让个体获得资源并满足自身发展的一种选择性社会行为^[31-33]。以残疾人为中心,自内向外可以将残疾人的社会网络划分为4个层次:由残疾人家庭成员(包括亲朋好友)组成的社会支持网络、由残疾人生活的社区构成的社会支持网络、由政府各部门组成的正式支持网络和由各种社会组织组成的非正式支持网络。针对残疾人及其家庭的社会退却及社会关系断裂,需要从以下2个方面入手,重构残疾人及其家庭的社会关系网络。

(1)通过支持家庭修复家庭成员的社会关系。家庭支持对残疾人体育参与具有决定性影响。在所有的社会支持网络中,家庭支持网络是最易获得且能提供表达性支持和工具性支持的社会支持网络。但是家庭成员承受着“连带污名”的精神压力,再加上残疾人体育知识的缺乏,并面临沉重的照护压力,家庭成员对残疾人参与体育活动的支持意愿较低。因此,需要加强对残疾人家庭的社会支持:①配备社区体育指导员,为残疾人及其家庭提供专业性体育服务。残疾人及其家庭成员对残疾人体育参与知识的缺乏是影响残疾人参与体育的因素之一^[34-35],提升残疾人及其家庭成员对体育的理解成为关键。为此需要:在社区层面配备体育指导员(或社区残疾人专干),对残疾人及其家庭成员进行培训;组织编写残疾人体育手册,发放到残疾人家庭,并进行指导。社区体育指导员还应发挥专业优势,为残疾人制订体育参与计划,设计体育活动项目,制订训练康复计划,指导他们参与体育活动。②购买社会工作者服务,为残疾人家庭提供福利服务。例如:为残疾人提供社区照护服务,减轻残疾人家庭成员的

照护负担;向家庭成员提供心理干预服务,缓解其心理压力;协助社区体育指导员发放体育宣传册,收集和反馈残疾人体育参与的需求,并为其提供资源链接、转介服务等;向家庭成员说明体育对残疾人的功能恢复的作用,增强残疾人及其家庭成员对体育参与的社会学意义的理解。

(2)通过自组织实现残疾人的再社会化。再社会化主要有2种方式,即自愿的再社会化和非自愿的再社会化。前者是指个体以一种主动、自愿的形式重构新价值观和行为模式;后者是指社会以一种全控机构(total institution)的方式约束个体日常行为,强制个体与过去完全隔离。自愿的再社会化是残疾人实现再社会化的快速、有效途径。以自愿的方式实现再社会化,需要建立外部社会支持体系,其中自组织支持在自愿再社会化过程中起着关键作用。相比政府或残联的其他组织,自组织更了解残疾人最真实的需求,不仅能为残疾人提供有针对性、个体化的工具性支持,还能通过同质性群体的示范作用,为残疾人提供表达性支持。在自组织中,同样的身份、相同或相似的经历能快速消除残疾人的心理隔阂,形成更紧密的同辈社群,构建更积极的自我形象。个体构建的自我概念(self-concept)又对群体成员产生积极作用,并进一步影响自组织的形象。

此外,通过集体行动的方式有利于减轻个体面对污名的压力,增强残疾人与其他社会成员互动时的信心。不仅如此,集体主义的策略方式有利于增强残疾人“呼声”的穿透力,引发社会更多的关注。目前,我国主要是自上而下建立残疾人体育协会,包括中国聋人体育协会、中国弱智人体育协会等各类型体育组织,民间性体育自组织数量少,部分体育自组织因场地、经费等限制处于停滞状态。对此,需要政府出台相关政策支持纯民间性体育组织的发展;同时,整合社区资源,为残疾人体育自组织的发展提供场地、经费、人员等支持。另外,应借助现代互联网技术和通信技术的发展,鼓励和帮助残疾人建立线上体育兴趣社交群体,通过线上、线下的密切互动,快速实现残疾人的再社会化。残疾人体育自组织的发展应坚持开放性原则,实现自组织之间、自组织与他组织、残疾人体育自组织与其他体育组织的良性互动,防止残疾人体育自组织走向封闭。

2 医疗模式与环境障碍

当直面社会歧视和偏见、勇敢走出家门参与体育

活动时,残疾人会面临巨大的物理障碍,包括家庭起居环境中的障碍、社区中休闲生活环境的障碍、交通出行的障碍、体育设施和器材的障碍等。如果说污名化是残疾人体育参与的“软障碍”,那么环境则构成了残疾人体育参与的“硬障碍”。“硬障碍”看似是一种物理障碍,但从本质上看它仍是由社会所建构的。

2.1 “个人体验”与空间排斥

在健全者构建的社会里,残疾人面临的环境障碍被看成是个体的原因,而非社会所造成;由残疾所导致的障碍问题只是少数人群的一种体验,残疾人需要承认自身与环境互动时存在的缺陷并接受它^[36]。随着医疗技术的发展,社会主流价值观认识到残疾或缺陷可以通过治疗或康复得以减轻,甚至达到健全者的标准,于是残疾人的问题转变为医疗问题。医疗模式试图通过治疗康复技术的发展和残疾人对既定环境的适应实现残疾人的“正常化”(normalcy)^[37],即使医疗技术突飞猛进,多数残疾人仍难达到以“健全者中心主义”价值观构建的标准。随着残疾人对外部环境障碍的诉求与日俱增,主流社会开始关注到公共空间对残疾人的驱逐问题,并开始转变为社会实践。20世纪30年代,欧洲少数国家开始在城市建设残疾人专用设施。“二战”结束后,欧洲国家在恢复重建中加强了残疾人便利设施的建设,并产生了广泛的影响;1959年,欧洲议会通过了《方便残疾人使用的公共建设的设计与建设的决议》;1961年,美国制定了《便于肢体残疾人进入和使用的建筑设施的美国标准》;1974年,联合国残疾人生活环境专家会议正式提出了“无障碍设计”(barrier-free design)概念^[38]。

无障碍设计将“残疾”与“障碍”2个概念进行了区分,尝试性突破医疗模式中的个体观,将原来视为个体的障碍问题转移为群体性的社会问题。但是,也仅此于此,这一时期的主流价值观仍然将障碍视为少数人的特殊体验,无障碍改造是对主流价值观塑造的公共空间的一种修补(而非重构),是对残疾人的一种福利补偿(而非权利),无须将其提升为针对所有人的公共政策。因此,1980年世界卫生组织在发布《国际损伤、残障与障碍分类》时,虽首次提出了损伤(impairment)、残障(disability)和障碍(handicap)“三层结构模式”,但其分类法仍然遵循医疗模式理念,强调无障碍使用者的“特殊性”和“便利性”^[39]。

20世纪80年代,我国开始关注残疾人面临的环

境障碍问题。经过30多年的发展,城乡无障碍环境建设由点到面有序推进,信息无障碍建设步伐加快,交通运输无障碍出行服务体系正在完善之中。2012年6月28日,国务院颁布《无障碍环境建设条例》标志着无障碍环境建设转变为一般性公共政策议题。“十三五”期间,国家制定了《“十三五”推进基本公共服务均等化规划》《“十三五”国家老龄事业发展和养老体系建设规划》《“十三五”加快残疾人小康进程规划纲要》《“十三五”旅游业发展规划》《“十三五”国家信息化规划》等规划,均规定了无障碍内容;同时,在《国家信息化发展战略纲要》《关于加强网络无障碍服务能力建设的指导意见》《关于推进老年宜居环境建设的指导意见》《关于进一步加强城市规划建设管理工作的若干意见》《关于加快推进残疾人小康进程的指导意见》《关于加强老年人家庭及居住区公共设施无障碍改造工作的通知》《关于加快发展养老服务业的若干意见》等文件中也对无障碍进行了论述。但是,无障碍发展仍然受制于医疗模式理念,将环境障碍视为少数群体的特殊需要,无障碍设计被视为补偿性的特殊福利政策。《无障碍环境建设条例》将无障碍建设定义为“为便于残疾人等社会成员自主、安全地通行道路、出入相关建筑物、搭乘公共交通工具、交流信息、获得社区服务所进行的建设活动”。这一定义虽未将无障碍限定于残疾人,但是列举法仍明确地传达了如下信息:无障碍即便不只是针对残疾人,也是以残疾人为主。由此,各地将无障碍建设的关注点放在了重点区域(如城市中的商业区域),无障碍建设往往成为地方政府的“形象工程”。这些无障碍设施分布在城市的不同区域,呈现点状分布特征,难以形成出行闭环。当残疾人离开家门参与体育休闲活动时,有可能半途受阻,或者有去难回。

从总体上看,我国无障碍设施建设仍然较为落后。大量城市老旧小区尚未进行无障碍改造,广大农村社区的无障碍建设尚未起步;无障碍交通工具较为匮乏,交通无障碍设施缺乏维护;信息无障碍尚处于发展初期,特定类型残疾人难以无障碍地获得信息。由于生活环境和交通设施存在障碍,残疾人难以便利地使用体育设施。而且,即使残疾人能够接近体育场所,他们仍然面临着体育设施中的障碍,包括缺乏无障碍停车位、无障碍坡道不规范、缺乏无障碍坐席等。2019年“动态更新”数据显示,我国46万个社区文体活动中心,有20%的中心未对出入口进行平整或未建

坡道,接近2/3的中心未建设无障碍厕所或厕位。

从表面来看,无障碍是一种物理障碍,与自然环境或建筑设计关联,但是从本质上来看,障碍的形成是由社会所构建的。从社会模式看,以健全者为标准构建的环境造成了个体的无能或残疾,从而阻隔了残疾人的体育参与。

2.2 基于通用设计理念消除环境障碍

虽然残疾人医疗模式和社会模式均承认残疾在某种程度是人与环境非良性互动而造成障碍的结果,但是与医疗模式不同,社会模式认为残疾人的社会参与困境不是个体造成的,而是社会结构和制度建设造成的,残疾人所遭遇的物理性障碍源于社会性障碍,只有消除了社会性障碍,才能通过技术消除物理性障碍^[40]。由此形成“残疾人正常化”和“正常人残疾化”的障碍解决思路。

基于医疗模式理念的“残疾人正常化”解决思路,采取治疗或康复手段,使残疾人达到健全者的标准,从而消除障碍。对于少数无法通过治疗或康复而消除障碍的人群,则以无障碍设计理念实施环境改造。对此,著名残障学者左拉(Irving Kenneth Zola)认为,从制度结构和外部环境消除障碍虽具有积极意义,但不能从根本上消除社会对残疾人的歧视和偏见;相反,无障碍设计作为一种福利补偿还会造成残疾群体与其他群体的利益冲突和社会对立,例如,有人抱怨盲道不方便健全者行走,无障碍改造增加了纳税人负担。左拉敏锐地看到社会老龄化对老年人带来的影响,提出了障碍的“普同模式”(universalism model)^[41-42]。左拉认为,只有将障碍经验从残疾人的“特殊体验”转向所有人的“普遍体验”,才能真正打破社会对残疾人的歧视,从而促进残疾人的社会参与。左拉的观点得到学术界的认可和主流社会的接受,也得到世界卫生组织的支持^[43-44]。世界卫生组织1980年发布的《国际损伤、残障与障碍分类》将评估身体功能的范围扩大到全人群;2001年5月通过的《国际功能、残障与健康分类》沿用1980年版中的适用人群范围,并认为所有人都会经历一段“障碍”的阶段。消除障碍的公共政策理念也开始由无障碍设计转向通用设计^[45],将无障碍列入相关法案(如美国的残疾人法、英国的平等法)中及将无障碍设施扩展到工作、生活、学习等场所。

目前,我国初步建立了无障碍环境建设法律法规体系,出台了多个无障碍环境建设文件,制定了多项技

术标准,加大了无障碍设施建设力度,推进信息无障碍发展。但是无障碍环境建设水平仍然滞后于社会发展,无障碍设施呈现点状分布,尤其是社区无障碍环境的缺失给残疾人的生活带来了极大不便。为此,需要改变对障碍经验的认知与态度,超越残疾人无障碍的理念,将空间问题上升到普遍性需求,应用通用设计原则将无障碍设施串联起来,形成闭环,提升残疾人对社区资源和公共设施的利用率。尤其要加强社区无障碍改造力度,搭建起残疾人及其家庭迈入社会的桥梁。从发达国家的经验来看,一些国家实施了“社区化”的社会支持政策(如德国的“邻里之家”、英国的“社区照顾”、美国的“家庭服务”等),通过改造社区无障碍环境、整合服务资源、搭建社区服务平台,提升了残疾人生活便利性,从而促进了残疾人的社会参与。自20世纪90年代以来,我国开始打造社区服务平台,近年来在“社区生活圈”理念的指导下,整合并优化了公共服务设施平台,打造“一刻钟服务圈”。一些地区在社区建立了针对残疾人生活照料的“温馨家园”或“残疾人之家”,集社区康复、心理咨询、文体活动、日间照料、托养服务等为一体,为残疾人通过社区参与社会搭建起桥梁。但是,当前存在的主要问题是,由于体制分割,社区层面的残疾人服务、养老服务等未能实现整合,也未能较好地融入社区服务平台。针对北京市肢体残疾人的一项调查研究^[46]表明,由于未消除居家、下楼、社区内公共服务、社区外出行等4个空间层次的障碍,北京市打造的“一刻钟社区服务圈”未能促进残疾人对社区服务的使用。

未来,应将残疾人体育服务融入社区层面的残疾人服务网络和社区体育服务网络,在社区层面实现残疾人体育与一般性体育的融合。更应将残疾人服务网络和社区体育服务网络嵌入整个社区服务平台中,通过社区环境改造、服务体系建设等措施消除残疾人的环境障碍,促进残疾人生活便利化,从而提升残疾人的体育参与程度。

3 体能主义与身体壁垒

体育在其产生之初便注入了智力和体力的竞争,在古希腊时期充斥着血腥的暴力和生死的较量,体育甚至成为淘汰残疾人、疾病患者及失能老年人的手段。尽管现代体育的“社会中的对抗性”有所下降,但是体育中的身体壁垒仍然普遍存在。所以,即使在污

名化现象得到缓解、环境障碍得到消除、残疾人体育参与的意愿有所上升的情形下,他们仍然面临体育参与中的身体壁垒,而这种壁垒的形成不仅仅归因于残疾个体,更应归因于社会因素。

3.1 身体、符号与体能障碍

体育在其产生之初,便被赋予了“优胜劣汰、适者生存”的竞争机制。古希腊文化崇拜人体的“力”与“美”,通过身体和心理的激烈对抗,选出肌肉健美、体格健壮、智慧与形体兼具的优胜者;古希腊时期,体育成为淘汰残疾人的一种方式;雅典创建奥林匹克运动的目的在于克服缺陷,保持活力;斯巴达甚至将残疾婴儿抛弃于野外,以保持强大的战斗力。由此,体育演化为健康和力量的象征,也成为淘汰不合格者的方式。基督教在欧洲兴起后,教义对身体活动的否定将残疾人排除于体育活动之外,直到文艺复兴时期,残疾人身体才开始得到释放^[47]。到了近现代,竞技体育得到快速发展,体育超越个体竞争,被赋予意识形态和民族认同的内涵,但是“更快、更高、更强”仍然是现代体育的核心,对“力”与“美”的称颂没有改变,并且以更加公开和直接的形式展示在公众面前。作为日常生活组成部分的群众性体育,虽然从单一的健身功能转向休闲、娱乐、时尚、社交等多重功能,但是竞争尤其是体能的竞争仍然是不变的核心文化,孔武有力且荷尔蒙旺盛的男性受到崇拜,身体孱弱且被动的男性被淘汰出局或边缘化^[48]。当女性参与体育时,进一步强化了对“美”的崇拜,集美貌和智慧于一体的女性被喻为“美丽神话”,为大众媒体所宣扬^[49]。

进入现代社会后,残疾人参与体育活动被广为接受,残疾人出现在各种运动会上,大众媒体也开始关注这一现象。但是媒体在报道残疾人运动会时,残疾运动员仍被误读成被动的参与者^[50],或出于广告、收视率的需要将某些残疾运动员宣传成“超人”^[51],这不仅降低了大众对体育项目中的体能标准对残疾人形成障碍的关注度,还不切实际地抬高了对残疾人参与体育活动的期望^[52]。即使媒体以一种包容性或褒扬性的意图来解读残疾运动员的事迹,也给大众一种深入人心的暗示——残疾人应努力克服自身的损伤以达到健全者构建的能力标准(ability norm)。健全者构建其能力标准的目的在于强化身体能力及特征,并形成体育活动中的体能主义(ableism)^[53]。体能主义不仅暗含甚至明示了参与体育活动的最低能力,也在社会空间中形塑

了健全者与残疾人的关系。当残疾人置身于体能社会(ableistic society)中并遵从健全者构建的体育规则时,他们的“无能”便暴露于社会“前台”,并为社会秩序所“纠偏”^[54]。于是,体能主义设置的身体壁垒成功地将残疾人排除在外。

随着休闲和群众性体育的发展,由社会建构的身体又被赋予了阶层、性情、生活方式等特征,成为阶层之间的区隔标志^[55],残疾人逐步沉入社会底层,与体育渐行渐远。20世纪中期,西方社会发起“人人皆可体育”(sport for all)运动,适应体育教育得到发展,体育才开始突破身体的限制,残疾人体育参与也逐步被大众体育所接纳。但是,残疾人体育并没有超越健康主义理念,残疾人参与体育活动的目的在于促进残疾的恢复并达到健全者的体能标准。残疾人体育参与过程中的身体壁垒未完全消除^[56-57],残疾人的身体也未被社会接纳。当残疾人参与健全者制定的体育活动并在公共空间展示异于常人的身体时,他们不得不极力掩饰自身的“无能”,遮掩异于常人的身体,承受着社会的异样眼光和嘲讽。为了证明自身的体育参与能力并能融入正常社会中,一些残疾人努力表现得像一个健全者,塑造一个不真实的自我^[58-60],而这只会令残疾人更加痛苦和疲劳,甚至造成更大的伤害,享受体育本源的快乐早已荡然无存。而且,对于大多数残疾人来说,即便愿意伪装自我,融入社会也是一个可望而不可即的目标。在历经多次挫折后,残疾人对自身身体产生排斥,形成自卑心理,出现身份认同困惑。

3.2 以融合理念消除体能主义

中国传统体育强调养生,注重体育的修身养性及塑造内在气质,对人的力量和形体崇拜弱于古希腊和古罗马,也很少出现采取体育方式淘汰残疾人的做法。但是残疾人被当作社会供养对象,被看作不适合从事健全者的活动。随着中医的发展,导引、推拿、按摩等应用于残疾人,以生理功能恢复或维持为目标的健身活动逐步兴起,但是一直未形成现代意义上的残疾人体育。19世纪,西方特殊教育传入中国,现代意义上的残疾人体育运动由此发展起来^[47]。20世纪80年代以后,中国残疾人体育运动得以恢复,特殊体育学科开始受到关注^[61],但是,残疾人体育活动以经验式方式展开,很少在群众性体育中开发适合残疾人身体条件的运动项目,缺乏个体化体育指导。此外,受到中国传统文化及广泛存在的污名化的影响,残疾人难

以跨越心理和文化障碍而在公共场所展示自身的“无能”和残缺的身体。进入21世纪后,适应体育教育引起国内学术界的关注,适应体育成为研究热点^[62-63],但是,适应体育理念在现实中未得到有效应用,缺乏适合残疾人参与的体育项目、体育器材和用品仍然是一个普遍现象。2019年“动态更新”数据显示,全国46万个社区文体活动中心,超过1/3没有无障碍器材和用品,接近一半没有适合残疾人的体育器材。

中国残疾人价值观正在从医疗模式转向社会模式,受此影响,残疾人体育活动的开展也经历了从社会隔离到融入社会的过程,并催生了适应体育的产生和发展^[64]。目前,融合发展理念不仅为社会所认同,而且在竞技体育中已初步实现了融合。自2008年夏季残奥会和2010年冬季残奥会开始,残奥会与奥运会在同一城市的相同场馆举办,残奥会实现了与健全人奥运会的逐步融合。但是,体育运动中的体能主义仍然是阻碍残疾人参与群众性体育的主要因素,对此需要从以下3个方面入手解决。

(1)设计和开发适应残疾人的体育项目,降低残疾人参与的身体门槛。适应体育将关注重点转向残障人“正常地”从事体育活动、享受体育教育的权利及融入社会^[65],构建了指向个体特征并与周围环境相融合的体育规则,将残疾人与健全者的体育活动融合到同一环境中,在一定程度上突破了“健全者中心主义”构建的体能主义壁垒,促进了健全者对残疾人的身体接纳。近20年来,我国适应体育在学科研究和教学层面进行了积极努力^[66-67],但是在应用方面仍然处于探索之中,残疾人和健全者的体育活动“分割状态”尚未取得突破。未来需要进一步加强适应体育项目的设计和推广,尤其要加强适应体育研究的团体合作。适应体育是一个高度个体化的体育活动,需要对残疾人的身心健康做出评估和诊断,提出干预方案,并进行实践和及时调整,因而需要专业团队的支持。加拿大一个研究团队的做法值得借鉴和参考,该团队研究了350名成年肢体残疾人,并与10个残疾人组织和50名健康专家合作,设计了适合不同残疾人参与的体育项目,并制作了宣传册发放到残疾人手中^[68]。宣传册既有专业的体育知识,也有残疾人体育参与的故事,不仅为残疾人体育参与提供了专业指导,更重要的是有助于消除残疾人及其家庭成员对残疾人体育参与的顾虑和偏见。英国的一个研究小组通过可视化手段将残疾人体

育信息和相关知识展示出来,并推送给残疾人及其家庭成员,这一方案获得英国健康长官和英格兰公共健康局(Public Health England)的肯定^[69-70]。为避免体育中的体能主义,在设计体育项目时需要体育专业人员、社会工作者、政策制定者、残疾人士共同完成。

(2)提升健全者对残疾人体育的认知。受媒体报道的影响,社会公众对残疾人体育参与存在认知误区。20世纪80年代,主流媒体以“怜悯和同情”的叙事风格塑造了残疾人体育参与的弱者形象,强化了残疾人“回到家中”的印象,加深了残疾人体育参与的社会排斥;到了20世纪90年代,主流媒体以“自强不息”的叙事风格塑造了残疾人体育参与的强者形象,让公众逐步接纳了残疾人的体育参与,但是也造成社会公众的一种“幻觉”,即残疾人能达到健全者制定的“正常标准”,从而忽视了体能主义对残疾人的身体排斥;自2008年残奥会举办以来,媒体塑造了残疾运动员的“国家英雄”形象,不仅加强了社会公众对残疾人体育参与的“幻觉”,而且也将残疾人体育参与等同于竞技体育和“为国争光”,残疾人体育不仅与大众体育相脱离,也使多数残疾人与体育渐行渐远。目前,主流媒体正在转向“残健融合”的叙事风格^[71],但是,公众对残疾人体育的认知尚待改变,对残疾人体育的接纳程度有待提升。因此,应以2022年北京冬季残奥会为契机,重构媒体“平等参与、融合发展”的叙事风格,让公众全面认知残疾人的体育参与,直面残疾人体育参与过程中的障碍。同时,在群众性体育活动中,应尽可能创造机会,让健全者与残疾人互动,促进相互理解和沟通。残疾人体育活动应尽可能融入一般群众性体育活动中,通过共同参与体育活动让健全者接纳残疾人的身体。

(3)提高残疾人对自身身体的认同。在社会学家吉登斯^[72]看来,身体是一个“实体”,也是一种行动系统。在日常生活中,个体的身体嵌入是实现自我认同的基本途径,而自我认同程度又是引发个体自豪感和尊严感、耻辱感和负罪感的源泉。医疗模式认为残疾是一种疾病或是异于正常标准的病态,因而提倡基于正常化理念对残疾人的身心进行医疗。医疗模式不仅导致了社会对残疾人身体的歧视和偏见,也导致了残疾人对自身身体的排斥,出现身份认同危机。身份认同危机导致了残疾人的耻辱感和负罪感,并影响了残疾人的身体在日常生活中的嵌入。社会模式反对治

疗、脱离接触的叙事方式,认为只有强化残疾人的身份认同,鼓励社会成员(损伤不明显或残疾程度较轻)与残疾身份的相互积极认同^[73],将残疾人从隔离机构化模式转入社会融合模式,才能提升残疾人的社会参与。提升残疾人的身份认同与体育参与互为因果,通过体育参与,可以降低残疾人对自身身体的排斥,消除耻辱感和负罪感,增强身份认同;而自我身份认同的增强又会降低残疾人社会参与的耻辱感和负罪感,加快其融入社会的进程,最终形成“身份认同—体育参与”的良性循环。

4 结束语

社会建构主义认为,现实、知识、价值观乃至社会问题都由社会共同体所建构,而主流价值观则由主流社会所塑造,残疾人作为社会的特殊群体,置身于由健全者构建的“正常”公共空间和“正常”价值观中,因而其行为和思维无时无刻不受主流价值观的影响和形塑。由于异于健全者的特质,残疾人在适应和遵循主流价值观时面临障碍和社会排斥,甚至形成某种“无能”。如果说结构性因素是一种看得见的障碍,那么由社会-文化所建构的价值观则造成了残疾人体育参与的隐形壁垒。从社会-文化的视角看,影响残疾人体育参与的根本原因在于社会性障碍:①污名化和“面子文化”造成了残疾人体育参与的社会排斥,导致残疾人及其家庭产生社会退却;②残疾人医疗模式关注个体的治疗和“正常化”,忽视了残疾人与外部环境的互动,造成残疾人体育参与中的物理障碍;③基于“健全者中心主义”建立的体育规则导致了体育活动的“体能主义”,形成残疾人体育参与中的身体壁垒。

20世纪70年代美国加利福尼亚大学的学生发起残障公民权利/独立生活运动,促进了西方社会的残疾人价值观转向社会模式,社会对残疾人政策制度的缺陷、物理环境的限制、系统性的社会歧视进行反思和批判^[74-75],消除残疾人的社会性障碍和增强身份认同成为公共政策的发展方向。为充分保障残疾人的体育参与,中国在多部法律中规定了残疾人体育参与的权利,并为残疾人开辟体育活动场所,完善了残疾人公共体育服务体系,残疾人体育事业取得显著进步,成功举办多次世界级的残疾人运动会,在世界级残疾人运动会中取得的冠军人次也位居世界前列。但是,在群众性体育方面,残疾人参与的积极性不高,参与比例偏

低。各级政府和组织加大了残疾人体育事业的支持力度,加快了公共体育设施的建设进度,对体育场馆进行了无障碍改造,在社区配备体育指导员,残疾人体育参与状况有所改善。但是,无论是与健全者的体育参与相比,还是与国外残疾人的体育参与相比,我国残疾人体育参与的比例仍然有较大的上升空间。为此,需要转变残疾人价值观,反思基于“健全者中心主义”建构的社会制度,完善支持网络,重建残疾人及家庭的社会联结,从而消除外部环境障碍,将残疾人体育融入一般群众性体育之中。

参考文献

- [1] 桂永锋,杜若飞,李欣,等.残疾人参与体育活动状况及其影响因素研究[J]. *中国康复理论与实践*, 2018, 24(11): 1241-1245
- [2] 苏文涛.城市社区残疾人体育活动的现状与对策:以湖北省为例[J]. *武汉体育学院学报*, 2009, 43(9): 77-80
- [3] CRAWFORD D W, GODBEY G. Reconceptualizing barriers to family leisure[J]. *Lei Sci*, 1987, 9(2): 119-127
- [4] KIRK W D, KIRK S V. Student athletes: Shattering the myths & sharing the realities[M]. Alexandria: American Counseling Association, 1993: 86
- [5] BREWER B W. Psychology of sport injury rehabilitation [M]//TENENBAUM G, EKLUND R C. Handbook of sport psychology. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc., 2012: 404-424
- [6] KEGEL B, WEBSTER J C, BURGESS E M. Recreational activities of lower extremity amputees: A survey[J]. *Arch Phys Med Rehabil*, 1980, 61(6): 258-264
- [7] O'DONOVAN M A, DOYLE A, GALLAGHER P. Barriers, activities and participation: Incorporating ICF into service planning datasets[J]. *Disabil Rehabil*, 2009, 31(25): 2073-2080
- [8] 吴燕丹,王聪颖.资源配置视角下残疾人群体体育的现状、问题与对策[J]. *体育科学*, 2015, 35(3): 3-11
- [9] 刘洋,卢雁,张绍华,等.残疾人体育健身指导员发展的现实困境与对策[J]. *体育文化导刊*, 2017(1): 25-30
- [10] 金梅,马勇.我国残疾人公共体育服务体系研究框架构建[J]. *南京体育学院学报(社会科学版)*, 2017, 31(3): 67-75
- [11] 郎海波,马恒祥,杜娟,等.治理理论视域下残疾人体育公共治理[J]. *西安体育学院学报*, 2013, 30(6): 689-693
- [12] 张盼,吴燕丹,郑程浩.赋权增能理论视角下中国部分残疾人体育参与的困境与破解策略[J]. *首都体育学院学报*, 2020, 32(5): 412-416
- [13] SEEMAN M, GOFFMAN E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity[J]. *Am Sociol Rev*, 1964, 29(5): 770-771
- [14] RADFORD J P. Intellectual disability and the heritage of modernity[M]//MARCIA H R, BACH M. Disability is not measles: New research paradigms in disability. New York: L'Institut Rocher Institute, 1994: 9-27
- [15] BARNES C, MERCER G. Disability[M]. Cambridge: Polity Press, 2003: 32
- [16] BIRENBAUM A. Courtesy stigma revisited[J]. *Ment Retard*, 1992, 30(5): 265-268
- [17] PETERS S. Is there a disability culture? A syncretisation of three possible world views[J]. *Disabil Soc*, 2000, 15(4): 583-601
- [18] MOSTERT M P. Stigma as barrier to the implementation of the convention on the rights of persons with disabilities in Africa[J]. *African Disability Rights Yearbook*, 2016(4): 3-24
- [19] STONE-MACDONALD A, BUTERA G. Cultural beliefs and attitudes about disability in Sub-Saharan Africa[J]. *RDS*, 2012, 8(1): 62-77
- [20] 李生平.“残疾”前史:“异于常人者”与古代早期的“巫者”[J]. *残疾人研究*, 2019(1): 80-86
- [21] 陆德阳,稻森信昭.中国残疾人史[M].上海:学林出版社, 1996: 28
- [22] 黄光国.人情与面子:中国人的权力游戏[M].北京:中国人民大学出版社, 2010: 1-14
- [23] 高宣扬.当代社会理论:上[M].北京:中国人民大学出版社, 2005: 449-479
- [24] YANG L H, KLEINMAN A. "Face" and the embodiment of stigma in China: The cases of schizophrenia and AIDS[J]. *Soc Sci Med*, 2008, 67(3): 398-408
- [25] 杨立雄.从“居养”到“参与”:中国残疾人社会保护政策的演变[J]. *社会保障研究*, 2009(4): 67-77
- [26] 杨立雄.中国残疾人社会政策范式变迁[J]. *湖北社会科学*, 2014(11): 42-47
- [27] OLIVER M. Social work with disabled people[M]. London: Palgrave Macmillan, 1983: 6-32
- [28] BARRY K M. Toward universalism: What the ADA amendments act of 2008 can and can't do for disability rights[J]. *BJELL*, 2010, 31(2): 203-283
- [29] COBB S. Social support as a moderator of life stress[J]. *Psychosom Med*, 1976, 38(3): 300-314
- [30] BARNES M K, DUCK S. Everyday communicative contexts for social support[M]//BURLESON B R,

- ALBRECHT T L, SARASON I G. Communication of social support: Messages, interactions, relationships, and community. Thousand Oaks, CA: Sage, 1994: 175-194
- [31] GRANOVETTER M S. The strength of weak ties[J]. *A J S*, 1973, 78(6): 1360-1380
- [32] WELLMAN B, PETER J, HALL C A. Network as personal community[M]//WELLMAN B, BERKOWITZ S D. Structural analysis in the social sciences, Vol. 2. Social structures: A network approach. Cambridge: Cambridge University Press, 1988: 130-184
- [33] LIN N. Social resources and instrumental action[M]//MARSDEN P V, LIN N. Social structure and network analysis. Beverly Hills, CA: Sage, 1982: 131-145
- [34] MARTIN GINIS K A, MA J K, LATIMER-CHEUNG A E, et al. A systematic review of review articles addressing factors related to physical activity participation among children and adults with physical disabilities[J]. *Health Psychol Rev*, 2016, 10(4): 478-494
- [35] RICHARDSON E V, SMITH B, PAPATHOMAS A. Disability and the gym: Experiences, barriers and facilitators of gym use for individuals with physical disabilities[J]. *Disabil Rehabil*, 2017, 39(19): 1950-1957
- [36] FINKELSTEIN V. The commonality of disability[M]//SWAIN J, FINKELSTEIN V, FRENCH S, et al. Disabling barriers: Enabling environments. London: Sage Publication, 1993: 9-16
- [37] DAVIS L J. Enforcing normalcy: Disability, deafness, and the body[M]. London and New York: Verso, 1995: 23-47
- [38] 厉才茂. 无障碍概念辨析[J]. *残疾人研究*, 2019(4): 64-72
- [39] 杨程. 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
- [40] 杨程. “反精神医学”的谱系: 精神卫生公共性的历史及其启示[J]. *社会*, 2014, 34(2): 60-93
- [41] ZOLA I K. Aging and disability: Toward a unifying agenda[J]. *Educ Gerontol*, 1988, 14(5): 365-387
- [42] ZOLA I K. Toward the necessary universalizing of a disability policy[J]. *Milbank Q*, 1989, 67(Suppl 2 Pt 2): 401-428
- [43] LANG R. The United Nations Convention on the right and dignities for persons with disability: A panacea for ending disability discrimination?[J]. *Alter*, 2009, 3(3): 266-285
- [44] MLADENOV T. The UN convention on the rights of persons with disabilities and its interpretation[J]. *Alter*, 2013, 7(1): 69-82
- [45] 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
- [46] 袁周, 刘田, 邵磊. 北京市肢残人对一刻钟社区服务圈的无障碍需求与满意度研究[J]. *规划师*, 2019, 35(4): 25-31
- [47] 张军献, 虞重干. 残疾人观的嬗变与残疾人体育的历史回顾[J]. *体育科学*, 2007, 27(3): 17-21, 31
- [48] JANSEN S C, SABO D. The sport/war metaphor: Hegemonic masculinity, the Persian gulf war, and the new world order[J]. *Sociol Sport J*, 1994, 11(1): 1-17
- [49] WOLF N. The beauty myth: How images of beauty are used against women[M]. London: Vintage Books, 1990: 132
- [50] PEERS D. (Dis) empowering paralympic histories: Absent athletes and disabling discourses[J]. *Disabil Soc*, 2009, 24(5): 653-665
- [51] VAN HILVOORDE I, LANDEWEERD L. Disability or extraordinary talent: Francesco Lentini (three legs) versus Oscar Pistorius (no legs) [J]. *Sport Ethics Philos*, 2008, 2(2): 97-111
- [52] BERGER R J. Disability and the dedicated wheelchair athlete: Beyond the "supercrip" critique[J]. *J Contemp Ethnogr*, 2008, 37(6): 647-678
- [53] SMITH B, SPARKES A. Disability, sport and physical activity: A critical review[M]//WATSON N, ROULSTONE A, THOMAS C. Routledge handbook of disability studies. London: Routledge, 2012: 336-347
- [54] GOFFMAN E. The presentation of self in everyday life[M]. London: Penguin Books, 1990: 111-121
- [55] BOURDIEU P. Distinction: A social critique of the judgement of taste[M]. Cambridge: Harvard University Press, 1984: 1-7
- [56] TAUB D E, BLINDE E M, GREER K R. Stigma management through participation in sport and physical activity: Experiences of male college students with physical disabilities[J]. *Hum Relations*, 1999, 52(11): 1469-1484
- [57] CHARLES O O, CHINAZA N K. Barriers and facilitators of physical activity participation among youth with visual and hearing impairments in Nigeria: A qualitative study[J]. *Palaestra*, 2018, 32(3): 21-27
- [58] MCVITTIE C, GOODALL K E, MCKINLAY A. Resisting having learning disabilities by managing relative abilities[J]. *Br J Learn Disabil*, 2008, 36(4): 256-262
- [59] PHILLIPS M J. "Try harder": The experience of disability and the dilemma of normalization[J]. *Soc Sci J*, 1985, 22: 45-57
- [60] ZOLA I K. Bringing our bodies and ourselves back in: Reflections on a past, present, and future "medical sociology" [J]. *J Health Soc Behav*, 1991, 32(1): 1-16
- [61] 谭丽清. 我国残疾人体育运动发展历程的思考[J]. *中国特殊教育*, 2005(12): 21-24
- [62] 吴雪萍, 张建华. 我国适应体育研究的发展特征与热点演变[J]. *上海体育学院学报*, 2014, 38(5): 5-11
- [63] 吴燕丹, 黄汉升. 从“保健”走向“调适”: 高校特殊体育课程的定位[J]. *体育学刊*, 2006(3): 131-134

- [64] 刘洋. 变革的“残疾认知模式”影响下的世界残疾人体育教育发展与启示[J]. 杭州师范大学学报(社会科学版), 2020, 42(6): 122-129
- [65] 王涛, 侯晓晖, 慕雯雯, 等. 从课程指向到融合共识: 适应体育的史学考析与理性选择[J]. 广州体育学院学报, 2018, 38(4): 116-120
- [66] 吴雪萍, 金昌龙, 周李莉. 我国特殊体育教师专业化内涵探析[J]. 上海体育学院学报, 2005, 29(3): 72-75, 80
- [67] 舒川, 吴燕丹. 我国适应体育学科建设的基本理论问题探析与展望[J]. 上海体育学院学报, 2015, 39(5): 1-5
- [68] SMITH B, TOMASONE J R, LATIMER-CHEUNG A E, et al. Narrative as a knowledge translation tool for facilitating impact: Translating physical activity knowledge to disabled people and health professionals[J]. *Health Psychol*, 2015, 34(4): 303-313
- [69] SMITH B, KIRBY N, SKINNER B, et al. Physical activity for general health benefits in disabled adults: Summary of a rapid evidence review for the UK Chief Medical Officers' update of the physical activity guidelines[EB/OL]. [2021-02-14]. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/748126/Physical_activity_for_general_health_benefits_in_disabled_adults.pdf
- [70] SMITH B, KIRBY N, SKINNER B, et al. Infographic. Physical activity for disabled adults[J]. *Br J Sports Med*, 2019, 53(6): 335-336
- [71] 贺幸辉, 王轶, 周喜艳. 残疾模式的演变与残奥会报道的新闻话语建构: 以《人民日报》(1984—2018)残奥会报道为例[J]. 成都体育学院学报, 2020, 46(1): 45-52
- [72] 吉登斯. 现代性与自我认同: 现代晚期的自我与社会[M]. 赵旭东, 方文, 译. 北京: 生活·读书·新知三联书店, 1998: 39-79
- [73] BARNARTT S, SCHRINER K, SCOTCH R. Advocacy and political action[M]//ALBRECHT G L, SEELMAN K D, BURY M. Handbook of disability studies. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2001: 430-449
- [74] SCOTCH R K, SCHRINER K. Disability as human variation: Implications for policy[J]. *Ann Am Acad Pol Soc Sci*, 1997, 549(1): 148-159
- [75] SHAKESPEARE T. The social model of disability [M]//DAVIS L J. The disability studies reader. 6th ed. New York: Routledge, 2021: 16-24

Social Barriers of Physical Activity Participation Among Persons with Disabilities:

Based on Socio-Cultural Perspective

YANG Lixiong

Abstract: The social barriers of participation in sports for persons with disabilities are analyzed from a socio-cultural perspective. These barriers include stigmatization and face culture, which leads to the social withdrawal behaviors of persons with disabilities and their families, as well as the lack of physical activity participation motivation. And, public policy limits the "barriers" to the experience of special groups, bringing about the external environmental obstacles in the process of sports participation. Finally, "ableism" in sports causes the identity crisis of persons with disabilities and the rejection to their own bodies. Therefore, it is necessary to focus on the elimination of social barriers to promote the physical activity participation of persons with disabilities, which involves improving the social support network to rebuild the social connection between the persons with disabilities and their families, following the general design principles to promote the construction of barrier-free environment, and establishing the concept of integrated sports to enhance the acceptance of the persons with disabilities to their bodies.

Keywords: person with disabilities; physical activity participation; social barrier; socio-cultural perspective

Author's address: Disability Cause Development Research Institute, Renmin University of China, Beijing 100872, China