

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования «Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского»
Министерство социальной политики Нижегородской области
Министерство здравоохранения Нижегородской области
Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики
по Нижегородской области
Федеральное казенное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Нижегородской
области» Министерства труда и социальной защиты РФ
Российское общество социологов
Межрегиональная общественная организация «Академия Гуманитарных Наук»

Международная научно-практическая конференция
«ИНВАЛИДЫ – ИНВАЛИДНОСТЬ – ИНВАЛИДИЗАЦИЯ»

27–28 сентября 2018 г.

Нижний Новгород
2018

УДК 316
ББК 60.5
И 58

Рецензенты:

Романовская Вера Борисовна д.юр.н., профессор, заведующая кафедрой теории и истории государства и права юридического факультета Национального исследовательского Нижегородского государственного университета им. Н.И. Лобачевского

Боссонг Хорст профессор, декан факультета образовательных наук Университета Дуйсбург-Эссен (Германия)

И 58 **Инвалиды – инвалидность – инвалидизация** / Под общей редакцией проф. З.Х. Саралиевой. – Н.Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2018. – 834 с.

ISBN 978-5-93116-204-1

В сборнике представлены материалы научных исследований, обсуждавшихся на пленарном заседании и секциях международной научно-практической конференции «Инвалиды – инвалидность – инвалидизация» (27–28 сентября 2018 г., г. Нижний Новгород, ННГУ им. Н.И. Лобачевского).

Сборник предназначен для исследователей, преподавателей, аспирантов и студентов, практических работников социальных учреждений и общественных организаций.

ISBN 978-5-93116-204-1

© Издательство НИСОЦ, 2018 г.

В международной научно-практической конференции «Инвалиды – инвалидность – инвалидизация» (27-28 сентября 2018 г., г. Нижний Новгород, ННГУ им. Н.И. Лобачевского) участвовали исследователи, специалисты и практики из *12 стран* (Россия, Сербия, Алжирская Народная Демократическая Республика, Польша, Франция, Украина, Германия, Таджикистан, Швеция, Шотландия, Иранская Исламская Республика, Республика Арцах), социологи, историки, психологи, юристы, педагоги, социальные работники, политологи, философы, медицинские работники *26 городов и сел* Российской Федерации (Арзамас, Балашов, Владимир, Волгоград, Вологда, Дзержинск, Иваново, Казань, Киров, Кстово, Москва, Н. Новгород, Омск, Орехово-Зуево, Пенза, Пермь, Петрозаводск, Подольск, Самара, Санкт-Петербург, Саранск, Саратов, Томск, Уфа, Ярославль; с. Чурапча, Республика Саха), *48 вузов, 42 исследовательских центров, учреждений социальной сферы и НКО*.

ЦЕЛИ КОНФЕРЕНЦИИ: Обсуждение на пленарном заседании и секциях результатов исследований в области социологии, социальной работы, психологии, педагогики, философии, юриспруденции, истории, политологии, медицины. На конференции обсуждены следующие проблемы: структура и динамика инвалидности в современной России; медико-социальные аспекты инвалидности; правовые основы взаимодействия социум – инвалиды; инвалиды и гражданское общество; медико-социальные учреждения для инвалидов; реабилитационные практики для инвалидов; инвалидизация как социальная проблема; проблемы семей с инвалидами; жизненные стратегии инвалидов; проблема инклюзии в системе образования; экономические аспекты инвалидности: пенсионное обеспечение, проблемы трудоустройства и занятости; социальное конструирование инвалидности. Проблемы рассмотрены в международном, национальном и региональном аспектах.

ЧЛЕНЫ РЕДКОЛЛЕГИИ:

Саралиева Зарэтхан Хаджи-Мурзаевна	– зав. кафедрой общей социологии и социальной работы ФСН ННГУ им. Н.И. Лобачевского
Голубин Роман Викторович	– декан факультета социальных наук ННГУ им. Н.И. Лобачевского
Блонин Владимир Александрович	– руководитель Межвузовского центра по разработке концептуальных основ и содержания гуманитарного образования ННГУ им. Н.И. Лобачевского
Сайгин Вадим Викторович	– первый проректор, проректор по экономическому и инновационному развитию ННГУ им. Н.И. Лобачевского
Авралев Никита Владимирович	– проректор по связям с общественностью Нижегородского госуниверситета им. Н.И. Лобачевского
Рыхтик Михаил Иванович	– директор института международных отношений и мировой истории ННГУ им. Н.И. Лобачевского
Цыганов Виктор Иванович	– декан юридического факультета ННГУ им. Н.И. Лобачевского

Расположение материалов в сборнике продиктовано регламентом работы конференции: сначала тексты пленарных выступлений, потом секционных докладов и выступлений.

Редакционная коллегия

СОДЕРЖАНИЕ

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ

<i>Ананьин С.А.</i> Современные проблемы статистической регистрации инвалидности в России	16
<i>Андронов И.В.</i> Нижегородская региональная организация общероссийской общественной организации инвалидов войны в Афганистане и военной травмы – «инвалиды войны»: история и современность	22
<i>Беляева Л.А.</i> Социальное самочувствие инвалидов в России как фактор напряжения социального пространства. Европейский контекст	27
<i>Боссонг Х. (Bossong Н.)</i> Цифровизация социальной работы и цифровизация в социальной работе: повышает ли она шансы на участие в жизни общества?	32
<i>Изабель ванн Акерен (Isabell van Ackeren)</i> Инклюзивный университет, учитывающий студенческое разнообразие	37
<i>Илизабализа Ж.К. (Illyzabaliza J.K.)</i> Французский красный крест: работа с инвалидами	41
<i>Отделкина Н.Т.</i> Оказание уполномоченным по правам человека в Нижегородской области содействия формированию доступной и комфортной среды для маломобильных граждан и граждан с инвалидностью на территории Нижегородской области	46
<i>Романовская В.Б., Есаева Е.А.</i> Правовая регламентация взаимодействия социум – инвалиды на примере Социалистической Республики Вьетнам	49
<i>Ростовская Т.К., Шимановская Я.В., Зубкова Е.М.</i> Проблемные точки трудоустройства молодых людей с ОВЗ	54
<i>Рощина М.А.</i> Проблемы инклюзивного высшего образования инвалидов по зрению	61
<i>Толвайшич Л.Л.</i> Социальные аспекты инвалидности в Сербии: проблемы выбора между медицинской и социальной моделями инвалидности ...	66
<i>Фирсов М.В.</i> Практика становления ранней помощи в Российской Федерации: тенденции, перспективы, проблемы	70
<i>Чикишев В.Н.</i> «Школа-театр-дом». Программа развития МКОУ «Школа-интернат для глухих детей». Проект театра «Пиано»	79

СЕКЦИЯ 1

СТРУКТУРА И ДИНАМИКА ИНВАЛИДНОСТИ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

ДОКЛАДЫ

<i>Балавин А.А., Семисынов С.О.</i> Медико-организационные подходы к профилактике инвалидности	85
--	----

<i>Безаева О.В.</i> Микроперепись населения 2015: отдельные итоги и состояние здоровья населения Нижегородской области	88
<i>Воронин Г.Л., Крамер А.Д.</i> Динамика инвалидизации населения постсоветской России: по данным RLMS-HSE 2003-2016 гг.....	92
<i>Григорьева И.А.</i> Право на работу и пенсионная реформа: инвалиды и инвалидность в России	97
<i>Дуленкова Л.Н.</i> Медико-социальное учреждение для инвалидов государственное бюджетное учреждение «Центр социальной реабилитации инвалидов и ветеранов боевых действий «Витязь».....	101
<i>Савинов Л.И.</i> Реализация институционального подхода в социологическом исследовании семьи с ребенком-инвалидом.....	106
<i>Смирнова А.В., Каратаева О.А., Дроздова Э.Е.</i> Уровень и структура первичной инвалидности в Нижегородской области в 2013-2017 годах, в сравнении с показателями по Российской Федерации и Приволжскому Федеральному Округу	110
<i>Соловьев А.К.</i> Проблемы формирования пенсионных прав инвалидов в страховой пенсионной системе.....	113
<i>Сучков Ю.А.</i> Психическая инвалидность в системе психиатрического обслуживания (на примере КПБ №1 г. Н. Новгорода).....	117
<i>Ярцева Э.А.</i> Комплекс медико-психолого-педагогической помощи по реабилитации и абилитации детей-инвалидов и детей с психическими и физическими отклонениями в развитии на базе учреждений социальной защиты	121

ВЫСТУПЛЕНИЯ

<i>Абдрашитова А.Х.</i> Основные факторы и тенденции, влияющие на формирование здоровья казахстанской молодежи.....	125
<i>Арутюнян А.Г.</i> Проблема инвалидности в Республике Арцах: правовое регулирование и практика	130
<i>Афзали Мехди (Afzali Mehdi)</i> Политика в области народонаселения в Иране.....	134
<i>Балыкин Д.Г.</i> Особенности реализации права инвалидов на жилище.....	152
<i>Бикметов Е.Ю., Сизоненко З.Л., Юлдашева О.Н.</i> Моделирование в управлении процессом социализации детей с ограниченными физическими возможностями	156
<i>Бистайкина Д.А., Соловьева Т.В.</i> Анализ деятельности бюро медико-социальной экспертизы по Республике Мордовия.....	160
<i>Borkowski Mirosław (Борковски Мирослав)</i> Dictate or dogma – a brief reflection on the rights of people with disabilities (Диктат или догма – краткая рефлексия на тему прав людей с инвалидностью)	164
<i>Васляева М.Е.</i> Совершенствование практики реализации в Российской Федерации положений конвенцией ООН о правах инвалидов	173

<i>Воронков К.И.</i> Ресоциализация инвалидов в России: теоретико-правовой аспект	176
<i>Голдовская А.В.</i> Постинтернатное сопровождение воспитанников домов-интернатов для умственно отсталых детей: возможности и ограничения	181
<i>Голубева И.Г.</i> Семья с ребенком-инвалидом: проблемы внутрисемейного взаимодействия	184
<i>Голубин Р.В., Коротышев А.П.</i> Кризис украинской системы здравоохранения как угроза национальной и региональной безопасности	187
<i>Доброхлеб В.Г., Махрова О.Н.</i> Правовой аспект решения проблем инвалидов	191
<i>Евсая Ю.Н., Чернецкая А.А., Шibaев А.Н.</i> Особенности коммуникации сотрудников социально-правовых организаций с клиентами, имеющими ограничения здоровья	196
<i>Егорова Н.Ю., Рябинская Е.С.</i> Репродуктивные возможности российской семьи: фактор здоровья	200
<i>Ермилова А.В., Барсукова Е.В.</i> Поддержка семей, имеющих детей с ОВЗ: государственный и частный аспект	204
<i>Задорожникова Е.Б.</i> Инвалид и его семья в современном обществе: проблемный аспект	208
<i>Заречнова Н.В.</i> Адаптация семьи к появлению инвалида: роль медицинского персонала на этапе реабилитации	212
<i>Захаркина Т.Н.</i> Самосохранительная функция семьи как основа здоровьябережения ее членов и профилактики инвалидизации	216
<i>Зверев Ю., Озерова А.</i> Оптимизация двигательной активности женщин пожилого возраста II группы здоровья	219
<i>Иудин А.А., Привалов И.В.</i> Социальное самочувствие и политическая рефлексия: проблемы депрессии	222
<i>Коголовская А.С.</i> Особенности психологической работы с детьми с особыми нуждами на базе ивановского ОБУСО «Центр психолого-педагогической помощи семье и детям»	227
<i>Кутявина Е.Е.</i> Семейные практики питания	230
<i>Ловцова Н.И., Склярова Т.В.</i> Доступная среда в вузе: анализ нормативно-правового поля	234
<i>Ломакина К.</i> Инвалид в системе ФСИН	238
<i>Лымарь Н.А.</i> Деятельность служб социальной помощи и опеки на примере Гданьска	240
<i>Мигунова А.В.</i> Сети социальной поддержки семей с детьми-инвалидами	247
<i>Панькова Е.Г.</i> Нормативно-правовая база обеспечения доступности социальной среды для лиц с ограниченными возможностями здоровья	251
<i>Петрушков М.Г.</i> Анализ ситуации в сфере социальной защиты и поддержки лиц с ограниченными возможностями в Республике Таджикистан: современное состояние и перспективы	255

<i>Праводелов С.В.</i> Гендерный аспект психического заболевания	260
<i>Серова И.А., Ягодина А.Ю.</i> Мультидисциплинарное сопровождение семей с тяжелыми наследственными заболеваниями	263
<i>Сорокина А.М.</i> Взаимосвязь внутрисемейных отношений и жизненной стратегии инвалида	267
<i>Судьин С.А.</i> Семья как фактор психической инвалидизации	271
<i>Хаддад Э. (Haddad E.)</i> Государственная помощь инвалидам в Алжирской Народной Демократической Республике	276
<i>Черкасова Т.В.</i> Проблемы инклюзии детей с ОВЗ в общеобразовательные школы	280
<i>Широкалова Г.С.</i> Право на жизнь дать каждому?	284
<i>Юмашева Т.А.</i> Социальная адаптация инвалидов по зрению в условиях некоммерческих общественных организаций	288

СЕКЦИЯ 2 ИНВАЛИДЫ И ГРАЖДАНСКОЕ ОБЩЕСТВО

ДОКЛАДЫ

<i>Бесчасная А.А., Фадеева И.М.</i> Право на город детей-инвалидов	292
<i>Буланов А.С.</i> Практика работы общественной организации инвалидов в сфере социальной реабилитации	297
<i>Винокурова У.А., Алексеева Г.Г.</i> Помощь социальных волонтеров семьям с детьми – инвалидами (на примере села Чурапча Республики Саха (Якутия))	299
<i>Жильцов А.В.</i> Добровольческие практики в СО НКО, работающих с людьми с инвалидностью	305
<i>Лымарь А.Б.</i> Совместная работа местного самоуправления и общественности города Гданьска по обеспечению равных возможностей для граждан	309
<i>Максимова М.Н., Ильясов М.М.</i> Анализ сотрудничества государственных социальных служб и СО НКО в конкурсах на гранты для оказания услуг социального обслуживания инвалидам	313
<i>Петрова Т.Э.</i> Поддержка благотворительности в России	318

ВЫСТУПЛЕНИЯ

<i>Амбарцумян Р.М.</i> Инвалидность в пространстве социально-образовательных проектов	322
<i>Антипов К.А.</i> Отношение граждан к интеграции инвалидов в общество	325
<i>Болтаевский А.А.</i> Безбарьерный туризм как показатель качества жизни людей с особенностями развития	328
<i>Готовцев Н.Г., Слепцов А.И.</i> Волонтерская деятельность как средство социализации инвалидов	332

<i>Деларю В.В.</i> Туберкулез, благотворительность и социально ориентированные некоммерческие организации (региональный аспект).....	339
<i>Казаков М.А.</i> Гражданское общество и инвалиды: нормы, цели, практики ...	342
<i>Кострова Ю.А.</i> Роль общественных организаций в социальной поддержке молодых семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья.....	345
<i>Кремнева Ю.В., Солдаткин А.Е., Варыгина А.А., Фейгельсон Дж. (J. Fagelson)</i> Роль НКО в социальной интеграции и адаптации семей с детьми-инвалидами	349
<i>Максимов Д.С.</i> Ресурсы взаимодействия государственных социальных служб и СО НКО для оказания услуг социального обслуживания инвалидам.....	354
<i>Руденко А.И.</i> Качество жизни людей с ограниченными возможностями здоровья в современном городе (на примере города Ярославля)	359
<i>Симонова М.М.</i> Стигматизация лиц с ограниченными возможностями здоровья в современной России	363
<i>Фатенков А.Н.</i> Общество-инвалид (к социальной характеристике постсоветской России).....	367
<i>Ходырева Е.Б.</i> ЮНИСЕФ как флагман оптимизационных процессов в сфере защиты прав инвалидов	372
<i>Шинкаренко Е.А.</i> Интернет-сообщества инвалидов.....	377

СЕКЦИЯ 3

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ПРАКТИКИ И ИНКЛЮЗИЯ ИНВАЛИДОВ

ДОКЛАДЫ

<i>Буйлова Т.В., Северова Е.А.</i> Реабилитация инвалидов с травматической болезнью спинного мозга.....	380
<i>Ивченко С.Г.</i> Молодые инвалиды в инклюзивной среде высшего образования (на примере города Саратова)	382
<i>Калиникова-Магнуссон Л.</i> Онтология непротиворечивости социальной конструкции специального и инклюзивного образования.....	387
<i>Курникова М.В., Стрельцов Л.Н.</i> Уровень социального самочувствия членов семьи ребенка-инвалида, участвующих в расширении его двигательной активности	392
<i>Magnusson Magnus (Магнуссон Магнус)</i> Alternative and augmentative communication (AAC). pedagogical reflections upon teaching and learning language in the AAC field (Альтернативные способы коммуникации (АСК). Педагогические размышления о языке преподавания и обучения в области АСК).....	397
<i>Сизикова В.В., Аникеева О.А.</i> Абилимпикс как ресурс в развитии инклюзивного профессионального образования	408

<i>Цыганов В.И., Романовская Л.Р.</i> К вопросу о подготовке педагогов к инклюзивному образованию в сфере юриспруденции	412
<i>Шпилев Д.А.</i> Реабилитационные практики для инвалидов: опыт Германии ..	414

ВЫСТУПЛЕНИЯ

<i>Аверина Е.А., Волкова К.Э.</i> Организация безбарьерной среды как условие развития инклюзивного образования (на примере НИ ТГУ)	419
<i>Анненкова Г.Б., Корогодова Н.П., Чернецкая А.А.</i> Социальный запрос на реабилитационную технику для маломобильных детей с учетом индивидуального подхода	423
<i>Башук Е.Н., Орлова О.М., Шкатина П.А.</i> Особенности профессиональной рефлексии и отношения к труду педагогов школы для слабовидящих.....	427
<i>Бистайкина Д.А., Соловьева Т.В., Коломенцева Н.М.</i> Формирование модели инклюзивного образования в Дубенском муниципальном районе Республики Мордовия	430
<i>Галушкин П.А., Исаева Е.Д.</i> Психолого-педагогическое сопровождение самореализация личности с ограниченными возможностями здоровья в инклюзивных практиках.....	436
<i>Глазунова Н.А.</i> Барьеры на пути инклюзивного образования в современных вузах России и Великобритании и меры по их устранению	440
<i>Глушкова Е.В.</i> Условия и проблемы реализации инклюзивного образования детей с ограниченными возможностями здоровья в дошкольных образовательных учреждениях (региональный аспект).....	443
<i>Григорьева С.А.</i> Ресурсы фотографии в преодолении коммуникативных трудностей людей с ограниченными возможностями здоровья и пожилых	447
<i>Ермаков А.А., Лаптева М.В., Климец Е.О.</i> Меры поддержки профессионального развития обучающихся с инвалидностью. Опыт университета Лобачевского.....	451
<i>Ермилова А.В., Шахин Е.И., Герасимова Е.О.</i> Специфика реабилитационных практик, осуществляемых с лицами с ограниченными возможностями здоровья в Германии (на примере kirchenkreis aktion menschenstadt Essen).....	456
<i>Ивченко М.С.</i> Дистантное образование как технология инклюзивной среды в системе высшего образования в ракурсе общественного мнения инвалидов	460
<i>Каширина Ю.Д.</i> Бобат-терапия в комплексном применении средств физической реабилитации у детей 5-7 лет с церебральным параличом	468
<i>Корнилова Л.А., Шаповалова Ю.В.</i> Трудности внедрения инклюзивного образования в практику работы общеобразовательных учреждений....	472

<i>Корогодова Н.П.</i> Обеспечение доступности социальных услуг в контексте инклюзии детей-инвалидов: на примере Саратовского региона.....	476
<i>Крухмалева О.В.</i> Реализация инклюзивного подхода в образовании: проблемы и пути решения.....	480
<i>Лакомова А.А.</i> Социальное самочувствие инвалидов (региональный аспект).....	484
<i>Лукина М.В., Курникова М.В.</i> О новой классификации методов реабилитации и абилитации с помощью лошади	488
<i>Мельник Ю.В.</i> Характеристика методических основ включения нетипичного учащегося в инклюзивный образовательный процесс	492
<i>Михина Н.В.</i> Социокультурный проект «Культура без границ».....	496
<i>Морозова О.Н., Афлетонова А.М.</i> Социально-трудовая реабилитация как процесс интеграции инвалидов в обществе	499
<i>Оринчук В.А., Оринчук А.В.</i> Организационные основы паралимпийского движения в России	503
<i>Орлов А.В., Орлова О.М., Заладина А.С.</i> Забота об инвалидах как форма социального капитала	507
<i>Парандий В.П.</i> Социомедицинская работа по реабилитации детей-инвалидов в России	511
<i>Придатченко М.В., Веселова П.В.</i> Игра в социальном развитии инвалидов ..	515
<i>Прохода В.А., Клейменова Е.В.</i> Включенность лиц с инвалидностью в получение дополнительного профессионального образования	519
<i>Пушина В.Н.</i> Интегрированное обучение детей с ОВЗ.....	521
<i>Рыхтик П.П.</i> Особенности призыва на воинскую службу лиц с ограниченными возможностями в условиях милиционного принципа формирования вооруженных сил на примере Черногорской армии в 1903 году	524
<i>Седлецкий А.В.</i> Применение креативных практик по формированию мотивации инвалидов к занятию физической культурой и спортом.....	528
<i>Серова Е.В.</i> Особенности временной перспективы у подростков, страдающих тяжелыми онкологическими заболеваниями.....	532
<i>Ситникова И.В., Морзавченкова Е.В.</i> Инклюзия в системе высшего образования: проблемы и перспективы	536
<i>Ушакова Я.В.</i> Проблемы и потребности студентов с ОВЗ в рамках инклюзивного образования	540
<i>Фомичева Е.Н.</i> Проблемы организационно-содержательного обеспечения физкультурной деятельности обучающихся специальной медицинской группы	544
<i>Фролова А.В.</i> Народно-медицинская практика севернорусского населения Архангельского севера: способы лечения больных	547
<i>Чалдаева Д.А.</i> Профессиональная реабилитация инвалидов в Германии.....	552
<i>Шенгальц Е.В.</i> Тенденции развития школьного инклюзивного образования в Омском регионе.....	556

СЕКЦИЯ 4
ИНВАЛИДИЗАЦИЯ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

ДОКЛАДЫ

<i>Аникеева О.А., Максимова Е.В.</i> Концепции партнерства в социокультурной интеграции инвалидов в общество: активные и пассивные модели.....	560
<i>Бегинина И.А., Шахматова Н.В.</i> Взаимосвязь депривации и инвалидности в современном российском обществе	564
<i>Козлова Т.З.</i> Дети-сироты. их движение к инвалидности	570
<i>Оберемко О.А., Резяпова Д.А.</i> «Серебряные волонтеры»: обоснования участия в добровольчестве	574
<i>Саралиева З.Х.</i> Инвалидизация: макрофакторы и микропрактики	577
<i>Стегний В.Н., Топеха Т.А.</i> Социальное управление процессом инвалидизации российского общества	584
<i>Ярская-Смирнова В.Н.</i> Инвалидность как форма социального неравенства..	588

ВЫСТУПЛЕНИЯ

<i>Добрынина В.И., Колодина А.А.</i> Особенности процесса инвалидизации в разрезе возрастных когорт населения России.....	594
<i>Егорова С.В., Папанин С.Ю.</i> Предпринимательство как жизненная стратегия людей с инвалидностью	598
<i>Исакова И.А.</i> Интернет-зависимость как путь к инвалидизации подростков	601
<i>Кочетков П.Н.</i> Мотивации на профессию как проблема.....	605
<i>Курамшиев А.В.</i> Инвалидизация как форма дискриминации	608
<i>Курносова Л.С.</i> Социальное конструирование статусов и социальное неравенство	611
<i>Макарова Е.А.</i> Инвалидность в пространстве социальной рекламы	614
<i>Махнева Е.В.</i> Из практического опыта воспитания самостоятельности слабовидящего ребенка	617
<i>Мокрова К.С.</i> Хобби как способ интеграции инвалидов в общество	621
<i>Мухаметзянова А.Р.</i> Интеграционный потенциал лиц с инвалидностью: к обоснованию понятия	624
<i>Мухарьямова Л.М.</i> Справедливость здравоохранения для инвалидов в публичных дискурсах	627
<i>Петухова И.С.</i> Пространственное включение/исключение пожилых с инвалидностью	631
<i>Прохода В.А.</i> Социальный капитал инвалидов в России и других европейских странах	635
<i>Соколенко В.Г.</i> Особенности активизации пожилых людей в современном российском обществе.....	638

<i>Соколовский С.В.</i> Индуцированная обществом социальная инвалидизация	642
<i>Чилипенко Ю.Ю., Данилова Л.С.</i> Предпосылки к инвалидизации работников в малом бизнесе	645
<i>Шалотина Н.В.</i> Использование образа инвалида в коммерческой рекламе.....	649
<i>Шорыгин Е.А.</i> Психоаналитический взгляд на инвалидность: фрейд-лакановская оптика	653

СЕКЦИЯ 5
**ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНВАЛИДНОСТИ:
ПЕНСИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ,
ПРОБЛЕМЫ ТРУДОУСТРОЙСТВА И ЗАНЯТОСТЬ**

ДОКЛАДЫ

<i>Александрова О.А.</i> Занятость инвалидов и пенсионная реформа: неучтенные взаимосвязи	661
<i>Иваньковский С.Л.</i> Аспекты проблем трудоустройства и занятости в современных условиях	665
<i>Медведева Е.И., Крошилин С.В.</i> Динамика инвалидности населения в трудоспособном возрасте	669
<i>Нацун Л.Н.</i> Возможности улучшения положения людей с инвалидностью на региональном рынке труда.....	673
<i>Неахова Ю.С.</i> Навстречу – и мимо: проблемы трудоустройства людей с инвалидностью	677
<i>Носенко-Штейн Е.Э.</i> “Инвалиды, а туда же – работать!” Некоторые проблемы трудоустройства людей с ограниченными возможностями здоровья в России (на примере незрячих).....	682
<i>Сизова И.Л.</i> Занятость лиц пенсионного возраста в г. Санкт-Петербург	686

ВЫСТУПЛЕНИЯ

<i>Аникеева О.А., Баусов Ю.Н.</i> Компетентностная модель интеграции инвалидов на рынке труда.....	690
<i>Аринушкина Н.С., Зайцев Д.В.</i> Интернет-занятость людей с инвалидностью: анализ социальных и психологических проблем.....	694
<i>Барсукова С.А.</i> Ценностные ориентации инвалидов в сфере труда.....	698
<i>Беляева Е.С.</i> Молодежная политика для лиц с ограниченными возможностями здоровья, инвалидностью как один из факторов развития системы образования современного общества	701
<i>Волченкова Е.В., Лучинина М.И.</i> Трудоустройство выпускников вузов с инвалидностью: результаты мониторинга.....	705

<i>Кефели В.Б., Горина Т.И.</i> Проблемы экономической защищенности инвалидов: трудовое законодательство и реальная практика	710
<i>Клепичина Ю.В.</i> Отношение российских работодателей к людям с инвалидностью	716
<i>Кошарная Г.Б., Каримова Л.Ф., Корж Н.В.</i> Основные направления социальной работы адаптации инвалидов на рынке труда.....	720
<i>Кошарная Г.Б., Каримова Л.Ф., Корж Н.В.</i> Профессиональное обучение молодых людей с ограниченными возможностями здоровья как важнейший фактор адаптации на рынке труда	724
<i>Крошилин С.В.</i> Моделирование индикаторов оценки положения инвалидов на рынке труда.....	728
<i>Кузнецова И.Ю.</i> Инновационные методы дистанционного взаимодействия при трудоустройстве инвалидов.....	732
<i>Кузнецова Н.М.</i> Проблемы реализации правовых гарантий обеспечения занятости при трудоустройстве инвалидов	738
<i>Лазукова Е.А., Селеткова Г.И.</i> Занятость и образование российских инвалидов	744
<i>Леонова И.С.</i> Трудоустройство людей с ограниченными возможностями vs организационная культура.....	748
<i>Макаров В.Е.</i> Современные направления деятельности по трудоустройству инвалидов как важного фактора повышения качества и уровня их жизни	753
<i>Никольская А.В., Костригин А.А.</i> оценка динамики личностных особенностей и аспектов профессиональной деятельности у людей с ОВЗ в рамках программы трудоустройства (на базе ЦЗН и предприятий г. Уфы).....	757
<i>Никонова А.А.</i> Ответственные организации и трудоустройство людей с инвалидностью	761
<i>Птицына Н.А., Маркова Е.К.</i> Профессиональная социализация молодых инвалидов	765
<i>Рушева А.В.</i> Социальное предпринимательство для инвалидов: возможности и перспективы	770
<i>Тарханова Е.С.</i> Особенности социально-трудовой адаптации женщин-инвалидов на региональном рынке труда.....	776
<i>Терешенкова Е.Ю.</i> Сопровождение инвалидов при содействии их занятости	782
<i>Федотова Т.А.</i> Использование квотирования при трудоустройстве лиц с ограниченной трудоспособностью.....	784
<i>Ходюк А.В., Вакуленко Р.Я.</i> Проблемы трудоустройства студентов и выпускников с ОВЗ	788
<i>Щелина А.К.</i> Барьеры в системе занятости лиц с ограниченными возможностями здоровья.....	793

МАСТЕР-КЛАСС

ДОКЛАДЫ

<i>Бекарев А.М., Пак Г.С.</i> Инвалидизация общества как проблема техноэтики.....	796
<i>Наберушкина Э.К.</i> Эволюция дискурса безбарьерной городской среды	799
<i>Петрова И.Э.</i> Конструирование инвалидности в пространстве конфессиональной социальной работы	803

ВЫСТУПЛЕНИЯ

<i>Алтухова А.Н.</i> Инвалидность как перформанс: стратегии самопрезентации подопечных в проектах сопровождаемого проживания	806
<i>Клетикова А.А.</i> Семьи с детьми с особенностями интеллектуального развития в России: стратегии родительского активизма	810
<i>Козырьков В.П.</i> Инвалидность в социокультурном контексте: ретроспектива и перспектива.....	814
<i>Панкратова Е.В., Смирнова И.Н.</i> Социальное самочувствие инвалидов (на материалах г. Иваново)	818
<i>Сорокин А.С.</i> Трудоустройство инвалидов как аспект социальной безопасности России.....	822
<i>Танатова Д.К., Королев И.В.</i> Профессиональная интеграция людей с инвалидностью (по результатам социологического исследования)	827
<i>Янак А.Л.</i> Социальная «инвалидизация» отцовства и отцовско-детских отношений.....	830

**СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ СТАТИСТИЧЕСКОЙ РЕГИСТРАЦИИ
ИНВАЛИДНОСТИ В РОССИИ**
**MODERN PROBLEMS OF STATISTICAL REGISTRATION
DISABILITY IN RUSSIA**

С.А. Ананьин

*Приволжский исследовательский медицинский университет
Министерства здравоохранения РФ*

*S.A. Ananyin
Privolzhsky research medical University
of Russian healthcare ministry*

Статистика инвалидности в России рассмотрена в соответствии с Конвенцией ООН о правах инвалидов. Проведено сравнение российского и международных подходов к определению инвалидности. Представлены статистические данные о первичной инвалидности, количестве инвалидов и распределении их по группам инвалидности. Определены задачи по улучшению качества получения статистических данных по инвалидности.

Disability statistics in Russia dealt with in accordance with the UN Convention on the rights of persons with disabilities. Comparison of Russian and international approaches to the definition of disability. Provides statistics on persons with disabilities, the number of primary disability, and distribution of their disability groups. Set objectives to improve the quality of statistics on disability.

Ключевые слова: инвалидность, статистика инвалидности, Конвенция о правах инвалидов, положение инвалидов

Keywords: disability, disability statistics, the Convention on the rights of persons with disabilities, the situation of persons with disabilities

Ратификация Россией в 2012 г. Конвенции о правах инвалидов накладывает на страну ряд международных обязательств, в т.ч. регулярной подготовки докладов об их социально-экономическом положении [1]. В основе любой программы действий по реализации их прав лежит информационное обеспечение – сбор, разработка, анализ и распространение данных. Конвенция обязывает страны-участницы создавать национальные системы мониторинга. Сложившаяся система статистики инвалидности в России фрагментарна, противоречива и непрозрачна, не соответствует международным стандартам.

Национальная система мониторинга положения инвалидов должна основываться на трех составляющих: данные государственной статистики, сплошных и выборочных наблюдений. Имеющиеся в России государственные статистические формы (ПФР и МСЭ) предназначены для решения узковедомственных задач, так же, как и отраслевые формы – основные

источники информации о контингентах инвалидов [2]. Надежность оценок числа инвалидов переписями населения невысока, а ее расхождения с данными статистического учета огромны [3]. Крупномасштабные выборочные обследования не ставили своей целью исследование положения инвалидов. Они оценивают численность только тех, кто официально оформил инвалидность. Кроме того при опросе даже в крупные выборки попадает небольшое число лиц с инвалидностью, не позволяющее проводить детальный анализ этой социальной группы.

Главное отличие системы мониторинга положения инвалидов в России от международных стандартов в том, что она опирается на собственное определение инвалидности. Инвалидом признается человек, обратившийся в бюро экспертизы и получивший соответствующий статус после освидетельствования. Первая при этом проблема в том, что измерение инвалидности базируется на статистике обращаемости. Число обратившихся за официальным статусом далеко не полностью пересекается с реальным контингентом инвалидов. Вторая проблема – экспертиза при назначении статуса базируется на модели инвалидности, отличной от принятой в Конвенции ООН.

Бюро МСЭ при назначении инвалидности опирается на определение, данное в законе «О социальной защите инвалидов», которое не вполне соответствует концепции инвалидности «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» (МКФ) [4]. На практике установление инвалидности зависит от конкретных правил (устанавливаемых Постановлениями правительства), от классификаций и критериев. В настоящее время происходит модернизация процедур экспертизы для более полного учета концепции МКФ, приказом Минтруда введены новые классификации [5].

Задача изменения критериев назначения инвалидности стояла давно. С 2012 г. разрабатывались новые классификации и критерии при осуществлении экспертизы. Приказ Минтруда РФ от 17 декабря 2015 г. N 1024 н "О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями МСЭ", конкретизировал формулировки клинико-функциональных характеристик стойких нарушений функций организма. Это должно было снизить субъективность проведения экспертизы и установления инвалидности. Изменился сам принцип ее определения переходом к полностью медицинской модели.

В полном соответствии с МКФ была введена классификация по 6 группам нарушений структур организма человека. Степень выраженности стойких

нарушений функций стала оцениваться в процентах и в диапазоне от 10 до 100 устанавливаться с шагом в 10%. Неизменным остался набор категорий жизнедеятельности, и снова отсутствует классификация факторов среды. Это наиболее значимое отклонение от модели МКФ и определения инвалидности в Конвенции [6]. Да и сама классификация приводится по МКБ-10, а не по списку МКФ. В результате отсутствует центральное звено – взаимодействие со средой.

Современный уровень инвалидности взрослых в России есть результат ее роста в 2004-2006 гг., причем наиболее быстрого в 2005 г., в год проведения «монетизации льгот». В последние годы уровень первичной инвалидности взрослых снижается: в 2007 г. он составлял 95,9 на 10 тыс. населения, а к 2018 г. снизился до 56,6. За последние годы коэффициент первичной инвалидности снизился во всех возрастах, особенно значимо – в пенсионных.

Стандартизованный коэффициент первичной инвалидности подтверждает тенденцию к ее снижению среди взрослых. Этот коэффициент по группам инвалидности подтверждает выводы данных по контингенту: растет доля назначений более легкой инвалидности. Если в 2007-2011 гг. наиболее высокий показатель был у инвалидов 2^{ой} группы, то с 2012 г. уровень инвалидности с незначительными нарушениями стал выше такового с умеренными нарушениями.

В России на начало 2018 г. проживало 12,11 млн. официально зарегистрированных инвалидов, в т.ч. 11,46 млн. в возрасте 18 лет и старше (9,6% взрослого населения). В общей численности было 12,8% инвалидов 1^{ой} группы, 48,4% – 2-й и 38,8% – 3-й [7]. Вместе с тем, Минтруда оценивает реальный масштаб целевой группы социальной политики в отношении лиц с ограниченными возможностями здоровья в 40 млн. человек (все маломобильные группы граждан). Официально зарегистрированные инвалиды претендуют на меры по развитию доступной среды, социальной поддержке, денежные и сервисные. Для совершенствования политики в отношении инвалидов необходимо иметь ясное представление о том, как меняются риски наступления инвалидности по возрасту и полу, насколько молода российская инвалидность, много или мало инвалидов в России, как меняется их число, и как оно изменится в будущем.

Перепись населения рассматривается ООН как самый важный источник информации выявления инвалидности. Однако Россия не последовала рекомендациям ООН, ни в 2002 г., ни в 2010 г. в программы Переписи не были включены стандартные вопросы, связанные с оценкой функционального статуса инвалидов. Инвалидность в переписи определяется по единственному вопросу – о получении пенсии по инвалидности в перечне источников средств к существованию. Его надежность крайне низка из-за искусственности

официальной трактовки самой категории «пенсии по инвалидности», которая имеет косвенное отношение к инвалидности как состоянию и явлению.

Половозрастная структура инвалидов показывает, что в трудоспособных возрастах она одинакова в обеих переписях. В пенсионных возрастах перепись 2010 г. учла значительно больше пенсий по инвалидности по сравнению с 2002 г. То есть, вопрос о пенсиях по инвалидности как источнике средств к существованию ошибочно трактуется населением и интервьюерами. Анализ полноты учета пенсий переписями говорит о том, что социально - экономические характеристики лучше рассматривать только для трудоспособных возрастов.

Сравнение коэффициентов распространенности пенсий по инвалидности в двух переписях показывает их сильный рост в старших возрастах, в которых она должна быть весьма умеренной, т. к. инвалиды 2^{ой} и 3^{ей} групп, достигая пенсионного рубежа, переходят на пенсию по старости. В этих возрастах получают пенсию по инвалидности те немногие, кто имеет право на две пенсии. В трудоспособных возрастах точность переписей по оценке распространенности инвалидности достаточно высока. Однако, тот факт, что обе переписи фиксируют больше пенсий по инвалидности, чем в административных регистрах, говорит о том, что в их число попадают инвалиды с детства и другие «нелегитимные» по отношению к официальному определению пенсии по инвалидности. В старших возрастах оценка точности переписи затруднительна из-за потери в официальном определении понятия «пенсия по инвалидности» населения этого возраста.

Наконец, несмотря на необходимость изучения инвалидности по международной методологии, в программу выборочного федерального статистического наблюдения «Микроперепись населения 2015» соответствующие вопросы включены не были. Был предложен вопрос о наличии хронических заболеваний, ограничивающих жизнедеятельность (а далеко не все ограничения связаны с заболеваниями), и только в случае положительного ответа задавался вопрос о необходимости помощи в осуществлении ежедневной деятельности.

В отличие от переписей населения, инвалидность взрослых неплохо учитывается в выборочных обследованиях. Полученные в обследованиях оценки общего уровня инвалидности населения хорошо согласуются с данными ПФР. Однако почти все крупные выборочные обследования также опираются только на вопрос об официальном статусе инвалида или, что еще менее корректно, на вопрос о получении пенсии по инвалидности. Ни в одном случае публичные данные о численности инвалидов не опираются на оценки по функциональному статусу.

Обобщение результатов выборочных обследований путем взвешивания по структуре населения в целом показывает, что российские и международные подходы к определению инвалидности в целом согласованы на 44%. Чем можно объяснить такое расхождение? Функциональный подход содержит субъективную составляющую, отражающую уровень оптимизма и общее состояние удовлетворенности жизнью человека. Важно, как давно индивиду назначена группа инвалидности, удалось ли ему адаптироваться к новому состоянию здоровья, произошли ли какие-либо изменения в последнее время. Если группа назначена давно или недавно улучшилось здоровье, люди будут склонны отмечать, что ограничения стали меньше. На ситуацию влияет возраст индивида, семейное положение, факт инвалидности, потери супруга или одиночество [8].

Таким образом, каждый метод сбора данных об инвалидах имеет свои достоинства и недостатки, которые не позволяют опираться только на один из них для достижения всех стоящих перед государством целей. Как сказано во Всемирном докладе об инвалидности, его главная цель – выработка стратегии по улучшению их положения [9]. В соответствии с этим сбор данных должен идти в трех направлениях:

Мониторинг уровня функционирования населения (нарушение функций и структур организма, ограничение активности и участия), который служит для оценки круга и приоритета проблем, связанных с инвалидностью, а также эффективности мер, направленных на предупреждение или минимизацию функциональных нарушений, ограничений активности и участия.

Мониторинг равенства возможностей (в том числе доступ к социальным институтам), он служит для оценки положения инвалидов и нахождения наиболее узких мест, т.е. средовых барьеров.

Мониторинг потребления услуг и неудовлетворенного спроса на услуги, который нужен для планирования и осуществления программ обеспечения услугами инвалидов.

Отслеживание изменений в этих областях позволяет оценивать прогресс в осуществлении положений Конвенции, планировать и оценивать эффективность программ, способствующих улучшению положения инвалидов. Для ее полноценной реализации необходимо введение новых гармонизированных между собой форм учета инвалидов в ПФР, бюро МСЭ и для других регистров. Изменения формата ведомственной отчетности по услугам учреждений соцзащиты (интернаты, дома ребенка, дома престарелых и др.) должны учитывать задачи, стоящие перед государством в рамках мониторинга прав инвалидов в соответствии с Конвенцией. Необходимо

включить стандартный модуль вопросов об инвалидах в выборочные обследования Росстата и переписи населения.

Без построения надежной базы сведений о численности, структуре и динамике контингента инвалидов и в дальнейшем об их социально-экономическом положении государство и общество не могут оценить продвижение в решении многообразных задач – таких как повышение эффективности их реабилитации и абилитации, обеспечения равенства прав и возможностей, преодоление социальной исключенности.

Список литературы

1. UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. United Nations. Режим доступа: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml (дата обращения: 14.06.2018).

2. Васин С.А., Горлин Ю.М., Гришина Е.Е., Елисеева М.А., Малева Т.М., Рагозина Л.Г., Рамонов А.В., Тындик А.О. Организация и проведение комплексного мониторинга положения инвалидов в России в свете Конвенции ООН о правах инвалидов. РАНХиГС. Москва, 2014. Режим доступа: <http://ssrn.com/abstract=2443895> (дата обращения: 14.06.2018).

3. Тындик А.О., Васин С.А. Положение детей-инвалидов и их семей в зеркале переписей населения // Журнал исследований социальной политики. 2016. № 2. С. 167-180.

4. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 07.03.2018) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» Режим доступа: <http://legalacts.ru/doc/federalnyi-zakon-ot-24111995-n-181-fz-o/> (дата обращения: 14.06.2018).

5. Приказ Минтруда России от 17.12.2015 № 1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» (Зарегистрировано в Минюсте России 20 января 2016 г. № 4065020). Режим доступа: <http://base.garant.ru/71309914/> (дата обращения: 14.06.2018).

6. Международная классификация функционирования, инвалидности и здоровья (МКФ). Краткая версия, 2002. Режим доступа: D:\Read_Disab\ICF_МКФ\mkf\shortversionICF_RUS_Done.docx (дата обращения: 14.06.2018).

7. Положение инвалидов. Электронный ресурс Росстата. Режим доступа: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/disabilities/ (дата обращения: 14.06.2018).

8. Бурдяк А.Я., Тындик А.О. Измерение инвалидности и положение инвалидов: российский и международный подходы // ВЕСТНИК НГУЭУ. 2016. №1. С. 22-43.

9. World report on disability 2011. World Health Organization, The World bank. Режим доступа: <http://documents.worldbank.org/curated/en/665131468331271288/Main-report> (дата обращения: 14.06.2018).

**НИЖЕГОРОДСКАЯ РЕГИОНАЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ОБЩЕРОССИЙСКОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
ИНВАЛИДОВ ВОЙНЫ В АФГАНИСТАНЕ И ВОЕННОЙ ТРАВМЫ –
«ИНВАЛИДЫ ВОЙНЫ»: ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ
NIZHNY NOVGOROD REGIONAL ORGANIZATION WITH THE
ALL-RUSSIAN PUBLIC ORGANIZATION OF WAR INVALIDS
IN AFGHANISTAN AND OTHER MILITARY CONFLICTS –
“WAR INVALIDS”, HISTORY AND MODERN TIMES**

И.В. Андронов

*Нижегородская региональная организация Общероссийской общественной
организации инвалидов войны в Афганистане и военной травмы –
«Инвалиды войны»*

I.V. Andronov

*All-Russia public organization of Afghan war invalids and military trauma
“War invalids”, Branch in Nizhniy Novgorod Region*

Дается характеристика многогранной деятельности Нижегородской общественной организации «Инвалиды войны», ее история и направления оказания помощи и защиты прав и интересов инвалидов войн.

The paper describes multiple activities carried out by Nizhniy Novgorod public organization “War Invalids”, its history and directions to provide assistance and protect the rights and interests of war invalids.

Ключевые слова: инвалиды войны в Афганистане и военной травмы, ветераны войн, защита прав и интересов инвалидов войны

Keywords: war invalids in Afghanistan and war injuries, war veterans, protection of the rights and interests of war invalids

От имени правления нашей общественной организации я приветствую всех участников конференции и выражаю слова благодарности организаторам за их безразличие к судьбам людей, имеющих инвалидность. Поставленные организационным комитетом цели конференции четко дают понять, что вопрос интеграции инвалидов в общество – это не столько проблема конкретных людей, сколько всего общества. И решить ее возможно только совместными усилиями. Выражаю глубокую уверенность в том, что в рамках мероприятий конференции будут выявлены и рассмотрены наиболее острые проблемы в жизни инвалидов, изучены причины их возникновения и намечены пути решения. Надеюсь, все мы получим ценную информацию об опыте решения этих проблем в разных странах, городах, узнаем, какую роль в этом играет научный подход.

Я представляю некоммерческую организацию в организационно правовой форме общественной организации. Наша организация – не просто

общественное объединение инвалидов, это сообщество людей, которые потеряли здоровье, защищая интересы своего государства и его граждан. В законе дается определение общественной организации как объединения граждан, связанных общими интересами, целями, а главное проблемами. Именно эти основания 25 лет назад, 17 декабря 1993 г., объединили молодых ребятах, получивших на войне в Афганистане ранения, травмы, контузии, прошедших долгие месяцы и годы лечения в госпиталях и вернувшихся домой. Было создано Нижегородское отделение Российского Фонда инвалидов войны в Афганистане. В те далекие годы общество неоднозначно приняло их. Какое-то время государство принимало активное участие в судьбе своих героев. С годами это внимание угасало, а количество покалеченных войной наших соотечественников росло. Различные военные конфликты глубокими «шрамами» отразились на судьбах тысяч военнослужащих, прошедших горячие точки. В 2010 г. в силу того, что ряды организации пополнились ветеранами-инвалидами Закавказских событий, а также в связи с внесенными в законодательство изменениями, наша организация получила новое название: Нижегородская региональная организация Общероссийской общественной организации инвалидов войны в Афганистане и военной травмы – «Инвалиды войны».

Нижегородская региональная организация – одно из самых крупных, работоспособных объединений ветеранов не только Нижегородской области, но и в стране. Представительство организации есть почти во всех районах области. Организация сплотила в своих рядах людей разных возрастных и социальных категорий. Членами организации являются и совсем молодые ребята, получившие инвалидность вследствие ранений и контузий в ходе выполнения боевых задач, и уважаемые ветераны Великой Отечественной войны. Есть в наших рядах бывшие военнослужащие рядового и сержантского состава, есть и генералы, командующие крупными воинскими соединениями и прошедшие не одну войну. Принцип равенства во взаимоотношениях, в способах и методах решения проблем этих людей является основополагающим в нашей работе с ними. Все они честно исполняли свой воинский долг в Афганистане и Чечне, Нагорном Карабахе и Армении, Эфиопии и Алжире, Вьетнаме и во время Грузино-Южно-Осетинского конфликта, несли службу на Кубе и в Египте, Ливии и Монголии, участвовали в урегулировании конфликтов в Югославии и Приднестровье. Особого почета заслуживают участники Великой Отечественной войны. Более половины из них награждены орденами. Медалями награждены практически все члены организации. Вернувшись с войны, инвалиды продолжают жить активной жизнью. Они освоили рабочие профессии и бизнес, государственную службу и активную общественную

деятельность. 12 членов организации являются директорами предприятий, учреждений, фирм. 5 человек защитили диссертации и получили ученые степени.

Уставом нашей организации четко определены цели. Основными из них являются содействие:

- защите прав и интересов инвалидов войны, а также членов их семей, оказание им правовой, материальной и моральной поддержки;
- медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов войны, укреплению их физического и психологического состояния;
- обеспечению инвалидам равных с другими гражданами возможностей участия во всех сферах жизни общества.

Достижению поставленных целей способствует деловое сотрудничество с органами исполнительной и законодательной власти, силовыми структурами, с коммерческими фирмами и общественными организациями области. Без лишней скромности могу сказать, что организация каждодневным, порой неблагодарным трудом заработала авторитет. Она представлена во многих общественных институтах, в том числе:

- в Координационном совете по патриотическому воспитанию граждан Нижегородской области, Совете общественных объединений и Совете по делам ветеранов и инвалидов при Губернаторе Нижегородской области,
- в Общественных советах при нескольких областных министерствах и Приволжском территориальном управлении Росграницы.

Организация поддерживает постоянные контакты с Правительством и Законодательным собранием Нижегородской области, администрациями Нижнего Новгорода, городов и районов области. Наши Представители периодически участвуют в заседаниях комитетов, министерств и ведомств области и города, где решаются вопросы ветеранов и инвалидов боевых действий, рассматриваются меры их социальной поддержки.

Инициировав в 2002 г. создание Ассоциации общественных объединений ветеранов боевых действий области, Нижегородская региональная организация установила крепкие партнерские отношения с большинством ветеранских и других некоммерческих общественных организаций области. Наши согласованные действия в интересах ветеранов и инвалидов боевых действий дают положительные результаты.

В последние годы наблюдается тенденция роста количества членов нашей организации. Этот факт для нас имеет как положительное, так и отрицательное значение. Положительно то, что мы укрепляем ряды нашего общественного объединения, что о нас стало больше известно в ветеранской среде. Мы стали более востребованы как организация. Одновременно этот факт

можно отнести и к числу тревожных сигналов. К нам все чаще обращаются ветераны, инвалиды боевых действий, члены семей погибших с проблемами, которые не в полном объеме или совсем не могут решить органы власти. Часто причиной такого явления является несовершенство нормативно-правовых актов. Этот факт признают и органы власти, и население. Ярчайший пример – печально знаменитый Федеральный Закон № 122 о монетизации льгот.

С 2006 г. Нижегородская региональная организация в рамках действующего законодательства принимает активное участие в законотворческой деятельности. Это выработка предложений в проекты региональных законов, областных целевых программ, других нормативно-правовых актов, предусматривающих меры социальной поддержки и защиты ветеранов и инвалидов боевых действий. Коллективными усилиями, используя ресурсы Общероссийской организации, мы добились того, что вступил в законную силу Федеральный закон № 306 от 7.11.2011 г. Люди, потерявшие на войне здоровье и своих близких, стали получать денежную компенсацию в виде возмещения вреда здоровью.

Защищать интересы инвалидов и ветеранов боевых действий в судебных инстанциях нам помогает консультационно-правовой центр «Ветеран». С его помощью десятки ветеранов и инвалидов смогли реализовать свои права. Ежемесячно в центр, а также на прием к председателю организации и его заместителям за помощью и консультацией обращаются десятки людей по самым разнообразным вопросам. Многие из них даже не члены организации и не ее сторонники. Они просто верят в то, что активисты НРО помогут найти верное решение возникших у них проблем.

К сожалению, число инвалидов среди ветеранов боевых действий с каждым годом увеличивается. И это на фоне того, что в последнее время получить группу инвалидности или подтвердить ее становится все сложнее. В связи с этим перед организацией стоит очень сложная задача – поддержание здоровья наших ветеранов, их реабилитация и восстановительное лечение. В этом нам огромную помощь оказывает уникальное лечебное учреждение – Центр восстановительной терапии им. М.А. Лиходея, расположенный на берегу Рузского водохранилища в Подмосковье. Только за последние 3 года на лечение в центр мы отправили более 570 человек. Протезные мастерские центра изготовили высококачественные протезы для 70 нижегородцев. В процессе решения совместных задач тесные деловые контакты установились с тремя областными госпиталями для ветеранов войн.

В 2010 г. в Нижнем Новгороде мы создали Центр реабилитации и интеграции инвалидов войн. Как показало время, очень нужное учреждение. Но

отсутствие его регулярного финансирования мешает организовать его стабильную, плановую работу.

Продолжая тему здоровья наших ветеранов, хочу сказать словами медицинского работника «...болезнь легче предотвратить, чем вылечить». Одним из важных направлений нашей деятельности стало проведение мероприятий, пропагандирующих здоровый образ жизни. Регулярно организуются и проводятся окружные и областные спартакиады ветеранов и инвалидов боевых действий, турниры по рукопашному бою, акции «Небо доступно всем», соревнования по мини-футболу. туристические слеты инвалидов-колясочников. 15 сентября 2018 г. в рамках реализации социального проекта мы успешно провели первый в нашей области турнир инвалидов и ветеранов по адаптивным видам спорта.

С первых дней существования Нижегородская РО ООИВА – «Инвалиды войны» уделяла огромное внимание работе по военно-патриотическому воспитанию населения и, прежде всего, молодежи. Мы прекрасно понимаем, что традиции наших легендарных предков, подвиги ветеранов Великой Отечественной, самоотверженность героев-интернационалистов и защитников целостности России нужно не только свято хранить, но и приумножать, передавая молодому поколению. Такая работа не только поднимает моральный дух наших инвалидов, возрождает в них чувство востребованности обществом, но и способствует, на наш взгляд, развитию толерантности в обществе, рождает у ребят желание оказать помощь инвалиду.

Разрабатывая новые направления своей деятельности, подготавливая проекты для участия в конкурсах грантов федерального и регионального уровня, Нижегородская РО ООИВА – «Инвалиды войны» нередко становится победителем этих конкурсов. Эти победы позволяют нам уделять больше внимания социокультурной реабилитации ветеранов и инвалидов боевых действий, членов их семей и семей погибших военнослужащих. Мы являемся организаторами и исполнителями общественно значимых мероприятий федерального, регионального и муниципальных уровней.

Анализируя пройденный путь, критически оценивая достижения и вскрывая недостатки, мы видим сегодня, что организация многое сделала для нижегородских инвалидов-ветеранов. Еще больше работы у нас впереди, потому что не прекращаются военные конфликты. Уходят ветераны Великой Отечественной войны, их место занимают те, кто прошел Афганистан и Чечню. Стареют родители наших погибших боевых друзей. Все чаще наших соратников беспокоят боевые раны и травмы. Им нужны наши дружеская помощь и поддержка.

**СОЦИАЛЬНОЕ САМОЧУВСТВИЕ ИНВАЛИДОВ В РОССИИ КАК
ФАКТОР НАПРЯЖЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА.
ЕВРОПЕЙСКИЙ КОНТЕКСТ***

**THE SOCIAL WELL-BEING OF DISABLED PEOPLE IN RUSSIA
AS A FACTOR OF SOCIAL TENSION. EUROPEAN CONTEXT**

Л.А. Беляева

Институт философии Российской академии наук, г. Москва

L.A. Belyaeva

Institute of Philosophy of the Russian Academy of Sciences, Moscow

Использовано понятие «напряженность социального пространства» для характеристики положения инвалидов в российском обществе. Основанием для такой характеристики является социальная депривация этой группы: абсолютная и относительная. Проанализированные данные опросов инвалидов показывают недостаточную инклюзию этой группы в российском обществе.

The term "social space tension" is used to describe the situation of disabled people in Russian society. The basis for this characteristic is the social deprivation of this group: absolute and relative. Analyzed data from surveys of disabled people show a low inclusion of this group in Russian society.

Ключевые слова: напряжение социального пространства, депривация, инклюзия, инвалиды, социальное самочувствие нетрудоспособных, Европейское социальное исследование (ESS)

Keywords: tension of social space, deprivation, inclusion, invalids, social well-being of disabled people, European Social Survey (ESS)

Сегодня проблема социальных напряжений/напряженностей широко представлена в общественных науках, в частности, в социологии и политологии. Отмечается активное нарастание числа публикаций по этой проблеме в российских журналах и в выступлениях на конференциях [1]. Это свидетельствует об обострении этой проблемы в обществе и активном реагировании на эту ситуацию российских обществоведов. При этом социальная напряженность трактуется весьма широко и рассматривается как в теоретическом аспекте, так и в качестве практических проблем общероссийского и регионального масштаба, отраслей (чаще других, угольной промышленности) и экологии, проблем распределения и социальной защиты населения, справедливости, безопасности, отношения общества и власти.

В отличие от многочисленных имеющихся подходов, я рассматриваю эту проблему с более общих позиций, как возникающую в связи с неравным положением акторов в социальном пространстве страны, региона, других

* Подготовлено в рамках проекта РФФИ № 17-03-50073 «Социальное пространство современной России».

территорий, которая может вести к его напряжению [2]. Такое напряжение нарушает равновесие в обществе, если оно не устраняется тем или иным способом. Оно может копиться долго, а может выливаться в открытый конфликт в короткое время от своего возникновения. Одна из наиболее частных причин напряжения социального пространства – неравномерное распределение капиталов – экономического, социального, культурного, символического, вызывающая в обществе противоречия и столкновение интересов социальных групп и слоев, воспринимаемая частью общества как социальная депривация. Депривированные группы ощущают дефицит в удовлетворении своих основных потребностей – материальных, социальных, культурных, политических, испытывают дефицит общения, социального признания, политического влияния, имеют низкую самоидентификацию. У них отсутствует уверенность в стабильности своей жизни.

Различают абсолютную и относительную депривацию. Абсолютная связана с невозможностью удовлетворять основные экономические и социальные потребности индивида. Относительная депривация порождается, как правило, в процессе сравнения своего положения с положением других членов общества, особенно когда демонстрируется недостижимый уровень потребления, или при утрате имевшихся ранее благ. В России относительная депривация широко распространена во многих слоях населения в связи со стремительным переходом к новой структуре общества с резкой материальной и социальной дифференциацией. Не являются исключением и слабые, зависимые от государства социальные группы, к которым относятся инвалиды. Относительная социальная депривация имеет часто латентный характер, концентрируется на скрытых, неявных препятствиях для удовлетворения важных для индивида потребностей. Растущий разрыв между уровнем ожиданий и возможностями реализации потребностей ведет к усилению относительной депривации как на личностном, так и на групповом уровнях, что способствует росту социального напряжения, возникновению конфликтных зон. Яркий пример перехода латентного напряжения в открытое – реакция в стране на предполагаемое увеличение пенсионного возраста.

Напряжение не становится автоматически результатом наличия социальной дистанции между бедными и богатыми, простыми людьми и элитами, здоровыми людьми и инвалидами. Оно возникает как психологическое переживание от ощущения неравенства и депривации у индивидов и отражает состояние социальных отношений между группами общества, между ними и государством, общественными организациями, способное порождать реальные конфликты. Напряжение социального пространства не только негативное явление, могущее спровоцировать открытые

конфликты, оно имеет и положительный потенциал: мобилизует когнитивные ресурсы общества, чувство взаимной ответственности, содействует выявлению скрытых и потенциальных конфликтов, при разрешении которых устраняются существенные препятствия для развития общества, для гуманизации общественных отношений и общественного сознания.

Сегодня, по данным министерства здравоохранения России, в стране 13,2 млн. инвалидов, из них 66% пенсионеров, 4 % детей. Только 26% инвалидов трудоспособного возраста работают [3]. Основная масса инвалидов имеет инвалидность второй и третьей группы, в совокупности они составляют 84% всех инвалидов. На каждую тысячу человек в России приходится 83,5 инвалидов [4]. Существует множество организаций инвалидов, в том числе местных и региональных. Всероссийское общество инвалидов (ВОИ), созданное 17 августа 1988 года, объединяет сегодня более 1,5 млн. человек, 24 300 первичных организаций, 2 100 местных и 83 региональных организаций. В 1998 году ВОИ присвоен Специальный консультативный статус при Экономическом и Социальном Совете ООН. Основные вопросы, которые пока не решены для обеспечения полноценной социализации инвалидов в России, были сформулированы председателем ВОИ М. Терентьевым: медико-социальная экспертиза; обеспечение техническими средствами реабилитации; трудоустройство; профессиональная подготовка; доступная среда; обеспечение санитарно-курортным лечением; материальное обеспечение и социальное обслуживание [5]. Перечень этих проблем соответствует некоторым основным положениям Конвенции о правах инвалидов, принятой ООН в 2006 г. [6], и первого Всемирного доклада об инвалидности, который был подготовлен ВОЗ в 2011 г. [7].

Учитывая имущественный, трудовой, социальный статус инвалидов, можно предположить наличие специфического социального пространства этой группы. Ее представители нуждаются в интенсивной инклюзии в основное социальное пространство страны. Для этого необходимо решать их насущные проблемы, помочь каждому инвалиду реализовать свои возможности социализации и удовлетворения материальных, социальных и культурных потребностей и менять, гуманизировать отношение к этой группе всего общества.

Многие проблемы требуют длительного времени для своего решения и немалых финансовых средств и организационных усилий. Но создание рабочих мест для инвалидов и организация их посильного труда не относится к проблемам такого рода [8]. Между тем уровень безработицы среди инвалидов в возрасте 15-72 лет составляет 18,3 %. Только 39% инвалидов, обратившихся в службу занятости в 2016 г., получили работу. При этом 59% инвалидов в этом возрасте имеют профессиональное образование, в том числе 17% высшее, 42%

среднее профессиональное. Но нужно отметить, что уровень образования инвалидов старше трудоспособного возраста выше, чем у тех, кто сейчас находится в трудоспособном возрасте. Высшее образование имеют на 5% больше представителей старшей возрастной группы. Следовательно, желание и возможности для получения высшего образования в этой группе сократились, соответственно больше стало лиц, имеющих только общее среднее и основное среднее образование, особенно в сельской местности. По сравнению с остальным населением инвалиды имеют меньшие ресурсы для своей трудовой реализации и занятия места на рынке труда.

Такие же меньшие возможности инвалидов фиксируются и при анализе активности в посещении культурных мероприятий – театров, кино, концертов, выставок и т.п. Только в частоте посещения церкви инвалиды близки к остальным респондентам - 23,7 % были в церкви в 2016 г. От основной массы инвалидов отличаются те, кому 15-29 лет – они более активно участвуют в развлекательных мероприятиях и реже посещают церковь. У этой возрастной группы инвалидов практически такие же возможности для выхода в Интернет, как и в среднем у жителей России (около 70 % в 2016 г.), чего нельзя сказать о лицах старше трудоспособного возраста и даже о тех, кто находится в трудоспособном возрасте: только 28 и 54% соответственно имели доступ в Интернет. Инвалиды более активны в Советах ветеранов, религиозных общинах, чем в других общественных организациях и движениях по сравнению с остальными респондентами.

Как видим, в России довольно низок уровень инклюзии этой категории граждан, необходимо существенно преобразовать производственную среду для реализации их профессиональных интересов, сделать доступными учреждения культуры, более активно помогать в реализации потребности в профессиональном образовании и доступе к современным средствам информации, осуществлять качественное медицинское и социальное обслуживание. Тем самым социальное пространство инвалидов будет все больше совмещаться с социальным пространством всего общества и люди с ограничениями по здоровью не будут ощущать себя депривированными.

Особую группу в любом обществе составляют люди, которые являются инвалидами или хронически больны и вследствие этого нетрудоспособны. Такая группа в базе данных Европейского социального исследования (ESS), по итогам 7-ми волн опроса за 2002-2014 гг., составила 10516 респондентов из 32 стран, в том числе 315 респондентов из России [9]. В выборке представлены 10 бывших социалистических стран и 22 страны не относившихся к социалистическим. Некоторые данные сравнительного анализа социального самочувствия нетрудоспособных в этих странах представлены ниже. Во-

первых, при оценке материального благосостояния своей семьи только в одной стране из бывших социалистических стран – Словакии, более 50 % респондентов сказали, что дохода семьи хватает на все или почти на все. В остальных странах большинство отметили, что на доход семьи жить трудно или очень трудно. В России к группе более благополучного населения отнесли себя только 22% респондентов, 77% сказали, что на доход семьи жить трудно или очень трудно. Меньшее число благополучных только в Украине (9%) и в Болгарии (11%). В странах, не входивших в соцлагерь, максимальное число неблагополучных оказалось в таких странах, как Турция (77%), Греция (75), Португалия (74), Кипр (66), Израиль (60).

В отличие от низких оценок материальной обеспеченности и несмотря на них, в России этой группой выше оцениваются качество взаимоотношений между людьми и удовлетворенность жизнью. Так, Россия оказалась в середине списка из 32 стран при ответе на вопрос: «По Вашему мнению, в большинстве случаев люди стараются помогать друг другу или они чаще всего заботятся только о себе?», опередив многие страны. В оценке удовлетворенности своей жизнью средняя оценка по 10-ти балльной шкале составила в России 4,6 балла, что выше, чем в 8-ми странах Европы, в том числе даже во Франции (4,4 балла). Но при ответе на вопрос, – «Счастливы ли Вы», респонденты в России не были слишком оптимистичны – с баллом в 5,1 они заняли только 8^{ое} место. Самыми счастливыми (с оценкой более 7 баллов) оказались, как и ожидалось, нетрудоспособные в Швеции, Норвегии, Исландии, Дании, где проводится сильная социальная политика, учитывающая экономически справедливое распределение, и где законодательно закреплена роль государства в его обеспечении.

Депривированные группы часто становятся субъектами напряжения социального пространства, хотя это напряжение не обязательно имеет явные, открытые формы, а часто существует латентно, когда оно не выходит длительное время во вне, а копится и формирует до времени скрытые причины будущих конфликтов. Носителями латентного напряжения являются чаще всего «слабые» социальные группы, не объединенные во влиятельные институциональные структуры, уступающие другим группам потенциалом организованного заявления о своих правах и эффективностью форм протеста. К таким «слабым» группам относятся инвалиды. Их «тихие» протесты, может быть, не очень видны, но они чувствительны для общества – для его экономики и его гуманитарного состояния, для оценок государства как социального института, поддерживающего слабые социальные слои. Как отмечал проф. Стивен У. Хокинг, «наш моральный долг – устранить барьеры на пути к участию инвалидов в жизни общества и инвестировать достаточный объем

средств, знаний и опыта, чтобы раскрыть огромный потенциал людей с инвалидностью» [10].

Список литературы

1. В российской системе e-library за 2001-2017 гг. зарегистрировано 118 публикаций, содержащих в названии словосочетание «социальная напряженность», в том числе за 2001-2005 гг. 13 публикаций, 2006-2010 гг. - 27 публикаций, 2011-2017 (неполный год) – 78 публикаций.
2. Беляева Л.А. Преодоление напряжений социального пространства – путь к консолидации общества //Философские науки. 2014. № 6. С. 8-22.
3. <https://doorinworld.ru/stati/251-czelevaya-programma-ldostupnaya-sreda-20112015r-dlya-invalidov>
4. Социальное положение и уровень жизни населения России. Стат сб. М., 2017. С. 160.
5. http://www.voi.ru/news/naha_poziciya/23_marta_2018_goda_predsedatel_voi_mihail_terentev_vystupil_s_dokladom_na_rashirennom_zasedanii_kollegii_mini_sterstva_truda_i_socialnoj_zashity_rf.html
6. http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtm
7. http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/ru
8. Далее используются данные Комплексного наблюдения условий жизни населения, осуществленного Росстатом в 2016 г. // Социальное положение и уровень жизни населения России. 2017. С. 168, 170, 177, 179.
9. Исследование проводится в странах Европы с периодичностью в 2 года, начиная с 2002 г. Россия участвует в исследовании с 2006 г. См.: <http://www.ess-ru.ru>.
10. http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/ru/

ЦИФРОВИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ И ЦИФРОВИЗАЦИЯ В СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ: ПОВЫШАЕТ ЛИ ОНА ШАНСЫ НА УЧАСТИЕ В ЖИЗНИ ОБЩЕСТВА? DIGITALIZATION OF SOCIAL WORK AND DIGITALIZATION OF SOCIAL WORK: CAN IT INCREASE THE CHANCES OF SOCIAL PARTICIPATION?

Хорст Боссонг
Университет Дуйсбург-Эссен, Германия
Horst Bossong
University of Duisburg-Essen, Germany

Анализируется процесс внедрения цифровых технологий в практику социальной работы, исследуются сопутствующие риски, возможности и выгоды. Показаны существующие достижения компьютерных технологий в сфере социальной работы в

Германии, а также дан обзор направлений дискурса цифровизации социальной работы в научной литературе.

Process of digital technologies implementation in social work practice is analyzed, the accompanying risks, opportunities and benefits are investigated. The existing achievements of computer technologies in the sphere of social work in Germany are shown and also the review of the social work digitalization discourse in scientific literature is given.

Ключевые слова: информационные технологии в социальной работе, социальное участие, инклюзивные практики

Keywords: digitalization of social work, social participation, inclusive practices

Внедрение цифровых технологий в практику социальной работы является объективной тенденцией, которая со временем будет лишь нарастать. Социальная сфера и, в частности, социальная работа, не могут оставаться в стороне от этого процесса, отдавая на откуп информационным технологиям все больше задач, роль человека в выполнении которых раньше даже не ставилась под сомнение. Факт, что этот процесс имеет две стороны и может оцениваться неоднозначно, очевиден. В рамках нашего доклада мы поговорим о тех рисках и возможностях, которые несет в себе внедрение цифровых технологий в практику социальной работы с инвалидами, постараемся обсудить роль технического прогресса в повышении их шансов на социальное участие.

Наш доклад будет строиться вокруг следующих основных пунктов:

1. условия для участия в жизни общества;
2. текущий дискурс проблематики в Германии;
3. возможности и шансы;
4. состояние практического использования в Германии;
5. риски и вызовы;
6. стратегические направления развития информационных технологий.

Первая часть – это необходимые инфраструктурные, финансовые и технические ресурсы, обеспечивающие возможность социального участия инвалидов. К ним можно отнести:

- безбарьерный доступ (т.е. подходящая инфраструктура в аналоговом и виртуальном пространстве);
- передачу информации понятным и доступным способом (например, азбукой Брайля, языком жестов, символами и пиктограммами);
- эффективную защиту данных, наличие серьезных санкций за ее нарушение;
- важный элемент социального участия – легкий и надежный доступ к индивидуализированным, легкоуправляемым и качественным сервисам и услугам, обеспечивающим всестороннюю помощь и содействие: роботам-

помощникам, IT- поддержке в повседневной жизни, умение работать с цифровыми технологиями и мультимедиа, интерес к их развитию и новинкам.

Еще одно условие для социального участия – профессионализм, надежность и скорость оказания индивидуально ориентированных услуг, что может быть достигнуто при помощи создания:

- алгоритмов программной поддержки для улучшения качества услуг;
- портала для оценки качества оказанных услуг (до / после);
- IT-технологии для (при необходимости) самодиагностики состояния и лечения пациентов, в результате чего произойдет неизбежное повышение их компетентности и уровня требований к качеству обслуживания, лечения, социальной терапии;
- оптимальной сети учреждений и услуг.

Риски, вызовы, а также безусловные выгоды, сопровождающие внедрение информационных технологий в практику социальной работы, находят отражение в сознании профессионального сообщества, которое, разделяясь на несколько лагерей в зависимости от своего отношения к данному процессу, формирует дискурс исследуемой проблематики. Представим его в виде нескольких основных сюжетных линий.

Сюжетная линия 1: «...Как нас это касается? Мы ничего не можем с этим поделать». Данная совокупность взглядов отражает признание объективного характера процессов информатизации социальной работы и неуверенность в собственных способностях как-то адекватно среагировать на происходящие изменения. Сюда же относятся опасения, связанные с потенциальным высвобождением значительных трудовых ресурсов, занятых в сфере социальной работы вследствие развития искусственного интеллекта, роботов и иных технических решений.

Сюжетная линия 2: «... Чем делать что-то неправильное, лучше давайте ничего не делать и посмотрим, как это будет развиваться». Данное дискурсивное направление отражает общую скептическую позицию части профессионального сообщества, стремящейся занять выжидательную позицию относительно перспектив внедрения IT в пространство их рабочих задач. Подобная установка более чем оправдана в силу необходимости «живого» контакта между специалистами и клиентами, занимающего львиную долю рабочего времени и практически не поддающегося замещению искусственным интеллектом. Очевидно, что риски процесса информатизации очень велики и застраховаться от них легче всего с помощью подобной консервативной стратегии.

Сюжетная линия 3: «...Информатизация – порочный неолиберальный путь, достойный критики». Это наиболее агрессивная позиция, основанная на

комплексном восприятии проблемы, заключающейся в неоправданном стремлении к максимизации прибыли и минимизации издержек. Социальный работник — это достаточно высокооплачиваемый служащий бюджетной сферы, расходы на которого растут по мере приумножения социальных проблем. Возможность автоматизации его труда позволит экономить огромные финансовые ресурсы из фондов оплаты его труда и различных форм социального страхования. Судьба оставшихся не у дел социальных работников мало волнует либерально настроенное руководство, «заточенное» под совершенно другие показатели эффективности.

Сюжетная линия 4: «...На всякий случай, мы подключимся к процессу, независимо от того, куда он приведет». Данная позиция представляется нам наиболее взвешенной, поскольку содержит в себе не только трезвую оценку ситуации, но и субъектный компонент, предполагающий активность индивидуальных и коллективных акторов в процессе освоения новых технологий и подходов к работе.

Какие возможности и шансы несет нарастающая информатизация социальной работы? Это необходимо анализировать в отношении различных социальных групп, вовлеченных в процессы социальной работы.

Для клиентов социальной работы можно спрогнозировать следующие выгоды:

- возрастание прозрачности структур, процессов и качества результатов;
- повышение компетентности клиентов, рост их способности к определению форм необходимой помощи и, как следствие, возможная «деклиентификация»;
- улучшение возможностей для повседневного социального участия (например, ИТ-программы поддержки, роботы-помощники и др.);
- появление перспектив роста собственной ответственности клиентов и индивидуальной самопомощи благодаря появлению ИТ-курсов и тренингов, форумов самопомощи и др.

Для организаций:

- повышение профессионализма социальных служб благодаря распространению доказательной практики социальной работы в рамках сетевых структур;
- ускорение темпов реагирования на ситуации и вмешательства в их решения;
- повышение точности диагнозов и прогнозов;
- «аутсорсинг», т.е. освобождение сотрудников от ряда задач, на решение которых будут способны ИТ и роботы.

Для социальных работников:

- «заточка профиля» специалиста за счет фокусировки на конкретных задачах и технологиях;
- облегчение рабочего процесса;
- обеспечение качества работы.

Рассмотрим имеющиеся достижения цифровизации практики социальной работы в Германии, позволяющие определять основные направления развития процесса.

- Консультативные онлайн-сервисы для реальных и потенциальных клиентов;
- Информационные интернет-инструменты для самодиагностики;
- Интернет-инструменты для самопомощи и активации социального участия в реальном и виртуальном пространстве;
- Роботы-помощники.

Все эти цифровые инструменты разрабатываются как в государственном, так и в коммерческом секторе, в большей степени ориентированном на конкретные экономические выгоды. Следовательно, интерес к этим продуктам со стороны бизнеса можно считать индикатором перспективности разработок.

В результате их внедрения наблюдаются следующие эффекты:

- постоянное улучшение сетевого взаимодействия как по вертикали (внутри иерархических структур), так и по горизонтали (между секторами, отделами, позициями сотрудников) в процессе профессиональной диагностики и планировании вмешательств с помощью прогнозов, использующих цифровые алгоритмы;
- внутриорганизационная поддержка документационных процессов;
- замещение определенных задач ИТ и ИИ (например, контроль за передвижением в процессе оказания услуги, сбор и сравнение данных).

Каковы же риски развития цифровых технологий в социальной работе?

• *Скандалы.* Социальные сети, интернет-форумы дают почти безграничные возможности для придания огласке реальных или мнимых жалоб, негативных событий или шельмования деятельности политических или социальных институтов. Анонимность, предоставляемая интернетом, дает возможность для преувеличений, искажения действительности и распространения фейковых новостей, раскрытия личных секретов и нередко ведет к ненависти и травле: возникают риски остракизма и социального исключения.

• *Нечестное использование цифровых технологий.* Развитие цифровых компетенций у «продвинутых» пользователей в сравнении со всеми остальными провоцирует появление и распространение новых форм социального неравенства и ограничений социального участия. Необходимы ИТ-программы

для помощи в социальном участии, например, «простой язык», роботы-помощники, технические инструкции, доступные для самостоятельного изучения.

• *Самоинвалидизация и самостигматизация.* „Чем больше индивид присматривается к себе, тем больше он находит в себе недостатков, пороков и всяческих отклонений от нормы, которые нуждаются в исправлении и переработке (Х.Боссонг, 2018: 317). С «цифровой революцией» связана и «революция различий» (Bertsche/Como-Zipfel, 2016: 242), т.е. всевозможные особенности, отличия, отклонения от традиционных представлений становятся видимыми и очевидными, как никогда прежде. Принимает ли их общество? Или, напротив, оно видит в них угрозу сложившемуся социальному порядку? Возникает вопрос, как мы станем вести себя с различиями, отклонениями и недостатками? В зависимости от обстоятельств можно ожидать или взрыва спроса и предложения на тренинги и прочие корректирующие программы, или появления новых форм социальной дифференциации, сегрегации, эксклюзии и интолерантности.

Дальнейшее развитие процессов цифровизации социальной работы невозможно без ответа на целый ряд вопросов:

- Какие группы задач могут быть заменены ИТ/ИИ?
- Какие группы задач могут поддерживаться ИТ/ИИ?
- Какие задачи требуют личного контакта, физического присутствия, чье решение не может быть передано ИТ/ИИ?
- Как можно обеспечить и повысить способность принимать осмысленные решения в практике социальной работы? Для этого, прежде всего, необходимы исследования, образование и обучение.

Ответить на эти вопросы куда сложнее, чем может показаться на первый взгляд.

ИНКЛЮЗИВНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ, УЧИТЫВАЮЩИЙ СТУДЕНЧЕСКОЕ РАЗНООБРАЗИЕ

INCLUSIVE UNIVERSITY REGARDING THE STUDENTS' DIVERSITY

Изабель ван Акерен
Университет Дуйсбург-Эссен, Германия
Isabell van Ackeren
University of Duisburg-Essen, Germany

Анализируются факторы формирования студенческого многообразия, становление системы diversity management и внедрение практик инклюзивного образования в Университете Дуйсбург-Эссен.

The factors of students' diversity, forming of diversity management system and inclusive education implementation in the University of Duisburg-Essen are analyzed.

Ключевые слова: студенческое многообразие, инклюзивное образование, diversity management, современное высшее образование

Keywords: students' diversity, inclusive education, diversity management, modern higher education

Одним из ключевых явлений, определяющих современный облик высшего образования в Германии, стало *многообразие*, нуждающееся не только в теоретическом осмыслении, но и в развитии подходов к управлению им с целью выравнивания образовательных шансов и возможностей всех групп студентов.

Прежде всего, необходимо разобраться в понятиях. Говоря о *многообразии* мы, прежде всего, констатируем гетерогенность студенческого контингента по целому ряду параметров, составляющих личностную индивидуальность: возраст, пол, происхождение, цвет кожи, вероисповедание, принадлежность к определенному социальному слою, способности и прочее. Очевидно, что в ряде случаев эти особенности могут ограничивать возможности получения высшего образования, например, инвалидность по какому-либо заболеванию. Практической стороной *многообразия* является *инклюзия*, цель которой — предоставление равных возможностей для получения высшего образования всем, имеющим на это право.

Многообразие студенческого контингента Университета Дуйсбург-Эссен могут продемонстрировать следующие данные. Из 43000 студентов, обучающихся в настоящее время, свыше 60% первыми в своих семьях получают высшее образование, т.е., ни у кого из их родителей и представителей старших поколений не было даже опыта обучения в университете. Наши исследования показывают, что такие студенты нуждаются в особых интеграционных мероприятиях по сравнению с теми, кто воспитывался в семьях с большим образовательным потенциалом. Свыше 36% студентов имеют миграционный бэкграунд, 6% – хронические заболевания (сахарный диабет, ревматизм, бронхиальную астму, психические заболевания, зависимости, нарушения зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата) или инвалидность. Разные факторы многообразия могут накладываться друг на друга, актуализируя потребность в выработке комплексных интеграционных мероприятий.

Совет по науке — федеральный консультативный орган — уже в ближайшие годы прогнозирует увеличение численности студентов и, следовательно, рост многообразия студенческого контингента. Это, в свою

очередь, потребует выработки адекватных подходов к пониманию многообразия.

Дискурс многообразия в современном высшем образовании в Германии двойственный; с одной стороны, внимание исследователей и практиков концентрируется на дефицитарных аспектах многообразия: культурных стереотипах, недостаточной подготовленности, социальной дезадаптации студентов. Однако, в последние годы получает распространение новый взгляд, акцентирующий внимание на положительных аспектах многообразия. Среди таковых — экономические эффекты мультикультурализма в стратегической перспективе и рост социальной справедливости системы высшего образования. Понимание студенческого многообразия как *шанса* дает импульс развитию системы административных мероприятий, обозначаемых как *diversity management* – т. е., управление многообразием.

Проследим институционализацию *diversity management* в Университете Дуйсбург-Эссен.

- 2008 г.: создание первого в Германии проректората по управлению многообразием, отвечающего, в том числе, за инклюзивное образование. Управление многообразием становится общей задачей обучения, науки и университетской инфраструктуры.

- 2009 г.: введение систематических опросов студентов с целью оценки ситуации и потребностей студентов с инвалидностью и хроническими заболеваниями

- 2010 г.: учреждение центрального офиса уполномоченного по правам студентов;

- 2011 г.: учреждение консультационного пункта по вопросам инклюзии в случаях инвалидности и хронических заболеваний. Уполномоченные по правам студентов с инвалидностью и хроническими заболеваниями и представительство по делам работников высшей школы с тяжелой инвалидностью работают в сотрудничестве с различными организациями и государственными органами.

- выпущено руководство для председателей экзаменационных комиссий по выравниванию шансов студентов с инвалидностью;

- создана образовательная программа по безбарьерной среде и особенностям инвалидности и хронических болезней для всех групп сотрудников Университета Дуйсбург-Эссен;

- 2012 г.: деятельность проректората поддерживается рабочей исследовательской группой «Инклюзивный Университет»;

- назначение ответственных за работу с многообразием на факультетах;

- выдача стипендий студентам с инвалидностью и иными ограничениями;

- 2014 г.: выдача премий сотрудникам Университета Дуйсбург-Эссен, в том числе, за их вклад в инклюзивную работу;

- регулярная ревизия соответствующего оборудования в лекционных залах и семинарских помещениях;

- участие в тематических встречах на уровне федеральной земли (Северный Рейн-Вестфалия);

- создание университетского портала по проблемам инклюзии и инвалидности: <https://www.uni-due.de/inklusionsportal/>;

- 2015 г.: принятие «Университетской концепции по развитию безбарьерной среды и повышению социального участия студентов с инвалидностью и долговременными ограничениями». Цели и планы Концепции инклюзии ориентируются на пять стратегических направлений работы: создание доступной и безбарьерной инфраструктуры, предоставление равных шансов и возможностей равноправного участия в университетской жизни при помощи специальных консультативных и поддерживающих структур, включение инклюзивной тематики в структуру учебных курсов, шансы и справедливое участие в трудовой жизни, наука и исследования.

Перспективы развития инклюзии связываются, прежде всего, с развитием цифровых технологий, открывающих широкие возможности для образовательного процесса. Стратегия цифровизации Университета Дуйсбург-Эссен последовательно ставит в центр проблему студенческого многообразия. Обучение и преподавание с использованием цифровых и медиатехнологий дают возможность большей временной и пространственной свободы. В 2015 г. Университет Дуйсбург-Эссен стал лауреатом премии Немецкого союза работодателей в сфере образования за успехи в развитии инклюзивных мероприятий.

Еще одной перспективной тенденцией становится обучение преподавателей. С 2016 г. в учебные планы всех немецких университетов, осуществляющих подготовку педагогов, законодательно введены блоки, касающиеся инклюзии и управления многообразием.

Необходимо остановиться на двух основных вызовах, с которыми сталкивается diversity management в системе высшего образования. Прежде всего, проблемой остается доступность целевых групп. Учитывая заявительный принцип предоставления мероприятий, многие студенты, не имеющие видимых ограничений, но нуждающиеся в дополнительных инклюзивных мерах для повышения социального участия, оказываются не охваченными ими,

фактически консервируя свое положение. Второй вызов — это риск дополнительной стигматизации и без того депривированных студентов, которая может возникнуть вследствие необходимости акцентирования внимания на болезнях, инвалидности, ограничениях социально-экономического и культурного характера. Преодоление существующих проблем и противоречий является основной задачей на текущем этапе развития инклюзии и управления многообразием в системе высшего образования Германии.

ФРАНЦУЗСКИЙ КРАСНЫЙ КРЕСТ: РАБОТА С ИНВАЛИДАМИ **FRENCH RED CROSS: WORKING WITH PEOPLE WITH DISABILITIES**

Ж.К. Илизабализа
Юрист-консультант Французского красного креста в Гренобле,
Франция
J.K. Ilyzabaliza
Lawyer and consultant for the French Red Cross in Grenoble,
France

Рассказывается о социальной политике французского Красного Креста в отношении людей с ограниченными возможностями. Приводятся конкретные нормативные акты, регулирующие статус лица с инвалидностью, его права, обязанности государства по оказанию поддержки инвалидам.

The author talks about the social policy of the French Red Cross in relation to people with disabilities. Provides specific regulations governing the status of persons with disabilities, their rights, and the obligations of the state to provide support to persons with disabilities.

Ключевые слова: Франция, Красный Крест, инвалид, социальная помощь
Keywords: France, Red Cross, disabled person, social assistance

Французский Красный крест на службе инвалидам

Ежегодно во Франции 3600 детей и взрослых с ограниченными возможностями получают помощь и соответствующее сопровождение от французского Красного Креста [1]. На всей же территории Франции в настоящий момент проживает почти два миллиона человек с ограниченными возможностями.

В этом году Красный Крест постарался вывести рассмотрение проблемы детей с инвалидностью на национальный уровень. Сегодня во Франции 44 специализированных и специально подготовленных учреждения и службы способствуют социализации школьного образования и профессиональной интеграции детей и подростков-инвалидов. В 16 специализированных учреждениях и службах многодисциплинарные команды предлагают соответствующую помощь и сопровождение гражданам независимо от их

возраста, степени и вида инвалидности (интеллектуальные нарушения, моторные нарушения, сенсорные нарушения, полиомиелит и др.).

Французский Красный Крест занимается борьбой за признание прав лиц с ограниченными возможностями. Такая деятельность может проводиться на основе, в частности, Международной конвенции Организации Объединенных Наций о правах инвалидов, закона о реформе медико-социального сектора от 2 января 2002 г. и закона о равных правах и возможностях и гражданстве инвалидов 2005-102 гг.[2]. Рассмотрим их подробнее:

1. Международная конвенция о правах инвалидов [3].

Модель, в рамках которой в настоящее время действует государство, а также подход на ее основе по-прежнему носят, в большей степени, медицинский характер, затрагивают и рассматривают, в первую очередь, лиц с ограниченными возможностями по причине их дефектов, а не их возможностей и способностей в тех или иных сферах. Именно по этой причине французский Красный Крест в этом году обратил внимание на положение детей и инвалидов. Для этого Красный Крест провел ряд встреч, мероприятий с детьми-инвалидами с полиомиелитом, аутизмом, с нарушениями интеллектуального развития, а также детей с редкими заболеваниями. Результаты этих встреч были отражены и конкретизированы в Пакте здоровья 2018 под названием "Детство и инвалидность [4]".

В данном Пакте Красным крестом были сформулированы новые принципы отношения к людям с ограниченными возможностями. Во-первых, Пакт подчеркивает, что все инвалиды причисляются к народу Франции. Таким образом, французский Красный Крест считает, что все эти люди должны иметь доступ к достоянию и благам республики, как и все граждане: эти люди должны иметь доступ к школе, учреждениям культуры и искусств, возможности для общения, рабочие места и т.д.

Во-вторых, французский Красный Крест борется за инклюзивное и широкое участие общества, которое включает в себя некие обязательства, которые общество берет на себя по отношению к людям с ограниченными возможностями, чтобы в итоге удовлетворить их ожидания, чтобы построить завтра общество, адаптированное к их потребностям.

Наконец, Красный Крест считает, что инклюзивность должна касаться не только общества, но и окружающей среды, которая должны быть адаптирована к нуждам и положению людей с ограниченными возможностями.

2. Закон от 2 января 2002 года, где выражена необходимость реформирования социально-медицинского сектора[5].

Закон от 2 января 2002 г., помимо обновления в социальной и медико-социальной деятельности, также ставит инвалида или пожилого человека в

центр социальной и медико-социальной реконструкции, превращая его в полноценного гражданина.

Таким образом, закон предполагает усиленную заботу о потребностях пожилых людей, лиц с ограниченными возможностями и лиц, находящихся в уязвимом положении или в нищете.

С этого момента инвалид или пожилой человек занимает активную позицию.

Закон регламентирует пять направлений деятельности:

- Утверждение и поощрение прав бенефициаров и их окружения;
- Диверсификация миссии и предложения путем адаптации структур по мере необходимости;

- Совершенствование управления путем планирования. Программирование, модернизация бюджетного процесса и бухгалтерского учета, диверсификация тарифов и оценка;

- Создание координации между различными заинтересованными сторонами, создание скоординированной сети и открытого взаимодействия со сферой здравоохранения и принимающего решения учреждения;

- Обновление статуса государственных и медико-социальных учреждений путем создания технического комитета по восстановлению полномочий совета директоров и собственной роли директора.

Закон учитывает основные права человека, интегрируя ассоциацию людей со своим окружением и семьей в разработку и осуществление проекта. Он подчеркивает уважение достоинства, неприкосновенность частной жизни, конфиденциальность и безопасность личности.

Также он указывает на свободный выбор между пособиями по месту жительства или, например, учреждением. Особое внимание уделяется индивидуальному и качественному сопровождению в соответствии с осознанным согласием.

Кроме того, в нем подчеркивается важность конфиденциальности информации о пользователе, а также важность доступа к информации об основных правах и возможных средствах правовой защиты в случае нарушения его прав.

3. Закон от 11 февраля 2005 года предусматривает расширение участия инвалидов в строительстве общества[5].

Цель этого закона заключается в обеспечении равных прав и возможностей для инвалидов. Он построен на реформировании в следующих направлениях:

– гарантия инвалидам свободного выбора их жизненных проектов путем компенсации последствий их инвалидности, которая в итоге способствует их самостоятельной жизни;

– обеспечение эффективного участия людей с ограниченными возможностями в общественной жизни путем организации города на основе принципа всеобщей доступности, будь то школа, рабочие места, транспорт, учреждения культуры и отдыха.

В рамках осуществления данного закона Французский Красный Крест каждый год сопровождает почти 600 работников, находящихся в неблагоприятном положении, через 8 учреждений по оказанию помощи и услуг на рабочем месте и 2^{yx} соответствующих предприятий.

Существует комиссия по правам инвалидов – обеспечивает доступ к труду для лиц с ограниченными возможностями, признавая их в качестве работающего инвалида.

Трудящийся-инвалид не имеет статуса сотрудника, поэтому он не может быть уволен. В течение месяца после его приема на работу его контракт передается в ведомственное учреждение людей с ограниченными возможностями. В договоре определяются права и обязанности лица с инвалидностью, принимаемого на полный или неполный рабочий день. Работа оплачивается в размере от 55% до 110 % от почасовой SMIC в пределах установленного законом срока работы.

Учреждение и служба помощи в рамках Красного Креста имеет двойное предназначение:

– обеспечивает доступ к профессиональной деятельности и рабочим местам;

– оказывает медико-социальную и образовательную поддержку лицам с ограниченными возможностями.

Следует подчеркнуть, что создание рабочих мест для инвалидов и оказание помощи по труду тесно связаны с местной экономикой. Эта деятельность может принимать разнообразные формы: речь идет о восстановлении зеленых насаждений, производстве лекарственных и ароматических растений, от оцифровки репрографии и архивирования до складывания и упаковки электрических приборов и др.

Что касается предприятий, связанных с Красным Крестом, они имеют статус предприятия доступной среды, где по меньшей мере 80% работников являются людьми с ограниченными возможностями либо находящимися в неблагоприятном положении.

Их работники ориентированы на комиссию по правам и автономии инвалидов, они получают вознаграждение, по крайней мере равное SMIC,

которое соответствует шкале заработной платы, применимой в бизнес-отрасли компании, в зависимости от занимаемой должности и квалификации нанимаемого лица.

Целью этих компаний является способствование появлению такого профессионального проекта среди работников, который позволил бы сопровождать их в процессе адаптации к обычному миру труда.

С 2002 г. французское государство создает социальную систему, которая позволяет всем слоям общества осуществлять локальную интеграцию с помощью инклюзивных движений. Несмотря на то, что по-прежнему существуют недостатки, связанные с системой, важно подчеркнуть политическую волю и ассоциативное участие Красного Креста в учете интересов всех и лиц с особыми ограниченными возможностями.

Список литературы

1. Personnes en situation de handicap (Люди с ограниченными возможностями) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://pourvous.croix-rouge.fr/personnes-en-situation-de-handicap> (дата обращения 20.08.2018)

2. Boissel Anne. «Introduction aux lois de 2002 et 2005», *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 2006/1 (n° 63), p. 93-96. DOI: 10.3917/lett.063.96. URL

3. Конвенция о правах инвалидов, принята Генеральной Ассамблеей ООН 13 декабря 2006 г. и вступила в силу 3 мая 2008 г.

4. Croix Rouge Française. «Pacte Santé 2018, «enfance et handicap»: un enfant en situation de handicap est avant tout un enfant!», 2018 (Пакт о здоровье – «детство и инвалидность»: ребенок с инвалидностью – это прежде всего ребенок!) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.croix-rouge.fr/Espace-presse/Communiqués/Pacte-Santé-2018-Enfance-et-Handicap-un-enfant-en-situation-de-handicap-est-avant-tout-un-enfant> (дата обращения 20.08.2018)

5. Boissel Anne. «Introduction aux lois de 2002 et 2005». *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, vol. no 63, no. 1, 2006. P. 93-96.].

**ОКАЗАНИЕ УПОЛНОМОЧЕННЫМ ПО ПРАВАМ ЧЕЛОВЕКА
В НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ СОДЕЙСТВИЯ
ФОРМИРОВАНИЮ ДОСТУПНОЙ И КОМФОРТНОЙ СРЕДЫ ДЛЯ
МАЛОМОБИЛЬНЫХ ГРАЖДАН И ГРАЖДАН С ИНВАЛИДНОСТЬЮ
НА ТЕРРИТОРИИ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ**
**OMBUDSMAN'S CONTRIBUTION INTO CREATING AN ACCESSIBLE
AND COMFORTABLE ENVIRONMENT FOR PEOPLE WITH LIMITED
MOBILITY AND PEOPLE WITH DISABILITIES
IN NIZHNY NOVGOROD REGION**

Н.Т. Отделкина

Уполномоченный по правам человека в Нижегородской области

N.T. Otdelkina

Commissioner for Human Rights in Nizhny Novgorod Region

Освещается участие Уполномоченного по правам человека в Нижегородской области в оказании услуг маломобильным гражданам, создании безбарьерной среды, более подробно – об опыте работы Избирательной комиссии в содействии в реализации «права избирать и быть избранным» для всех граждан области.

The paper highlights the contribution of the Commissioner for Human Rights in Nizhny Novgorod region into providing services to people with limited mobility, creating a barrier-free environment. The paper also examines the performance of the Election Commission in enabling the “right to elect and be elected” for all citizens of the region.

Ключевые слова: уполномоченный по правам человека, доступная среда, маломобильные граждане, избирательные участки

Keywords: ombudsman, accessible environment, people with limited mobility, polling stations

Одной из объективно сложных проблем, с которой приходится сталкиваться людям с инвалидностью при реализации своих прав, является проблема обеспечения беспрепятственного доступа к объектам инженерной, транспортной, социальной и информационной инфраструктур. Невозможность самостоятельно перемещаться в современном городском пространстве, неготовность к посещению инвалидами социально значимых учреждений, существенно затрудняет жизнь людей с инвалидностью.

В соответствии с Конвенцией ООН о правах инвалидов, Конституцией РФ, другими действующими нормативно-правовыми актами, государственными стандартами и техническими регламентами, людям с инвалидностью необходимо обеспечить возможность вести независимый образ жизни и всесторонне участвовать во всех сферах жизни общества. Для этого нужно принимать надлежащие меры для обеспечения инвалидам доступа наравне с другими к зданиям и сооружениям, транспорту, информации и связи, включая информационно-коммуникационные технологии и системы, а также к

другим объектам и услугам, открытым или предоставляемым для населения как в городских, так и в сельских районах.

Сегодня в нашей стране уже многое делается для обеспечения беспрепятственного доступа инвалидов к социально значимым объектам. Обеспечение доступной среды для маломобильных групп населения является одним из приоритетных направлений государственной политики. Ратифицирована Конвенция ООН о правах инвалидов, реализуется государственная программа «Доступная среда», в субъектах РФ приняты региональные законы о безбарьерной среде.

Одним из заслуживающих внимания направлений деятельности Уполномоченного по правам человека в Нижегородской области в 2017 г. стало участие в мониторинге правоприменения Закона Нижегородской области от 05.03.2009 г. №21-З «О безбарьерной среде для маломобильных граждан на территории Нижегородской области» (далее – Закон о безбарьерной среде), проведенном Законодательным Собранием Нижегородской области.

Закон о безбарьерной среде является базовым региональным законом, направленным на создание условий для беспрепятственного передвижения, пользования информацией, доступа к объектам социальной, инженерной и транспортной инфраструктур. Мониторинг проводился с целью определения основных критериев эффективности действия Закона о безбарьерной среде, способствовало ли его принятие созданию условий для беспрепятственного передвижения, доступа маломобильных граждан и их пользования информацией, объектами социальной, инженерной и транспортной инфраструктур Нижегородской области. Одной из целей мониторинга стала разработка предложений по совершенствованию законодательства в части нормативного правового регулирования в сфере создания доступной среды для инвалидов, маломобильных групп населения и внесение изменений в Закон о безбарьерной среде. Как было отмечено по итогам мониторинга, в регионе сделано много по обеспечению доступности инвалидов, но, к сожалению, остаётся и ряд нерешённых задач.

Несмотря на то, что вновь построенные и реконструированные объекты торговли и услуг имеют входные группы с учетом потребностей инвалидов, большинство объектов торговли, общественного питания и бытовых услуг, построенных ранее, все же остаются не приспособленными для посещения инвалидами и иными маломобильными группами населения. Кроме того, постройки прошлого века, проектировавшиеся без учета потребностей инвалидов, создают объективные сложности для безбарьерной среды, поскольку вмешательство в конструктивные элементы может привести к значительным разрушениям самих исторических зданий.

Серьёзные трудности для маломобильных групп населения представляет передвижение по улицам и пользование общественным транспортом – отсутствуют пешеходные переходы, оборудованные для слабовидящих граждан, невелик процент низкопольного транспорта, специализированных светофоров.

В настоящее время в регионе достаточно широко развивается культура организации парковочных мест для инвалидов у объектов инфраструктуры.

Особая проблема состоит в обеспечении должных условий для маломобильных граждан в многоквартирных домах. Даже при наличии пандусов в подъезде выход на улицу для инвалидов затруднителен и без сопровождающего лица невозможен, поскольку монтаж пандусов произведен с нарушением строительных норм и угол их наклона слишком высок для самостоятельного спуска.

Вместе с этим, в ходе мониторинга произведен анализ состояния дел по формированию безбарьерной среды и в других субъектах РФ. Отмечается, что Нижегородская область находится в русле государственной политики, направленной на защиту прав маломобильных инвалидов и их социальную поддержку.

В качестве примера ответственного и, в хорошем смысле «правильного», отношения к проблемам инвалидов хочется в обязательном порядке отметить Избирательную комиссию Нижегородской области, которая долгое время планомерно, системно и профессионально занимается деятельностью, направленной на соблюдение прав инвалидов и обеспечению условий для их полноценного участия в процессе голосования, показывая положительный пример организации работы с лицами с ограниченными возможностями.

По оценкам Избирательной комиссии Нижегородской области, каждый восьмой избиратель-нижегородец в числе граждан с ограниченными возможностями. Для слабовидящих избирательная комиссия направляет персональные приглашения к участию в голосовании, выполненные шрифтом Брайля, выдаются трафареты для избирательных бюллетеней, выполненные шрифтом Брайля или крупным шрифтом. В координации с обществом глухих организована смс-рассылка с оповещением о предстоящем голосовании. Многие избирательные участки оснащены специальными удобными для инвалидов-колясочников кабинками для голосования. Отмечается положительная динамика и в оборудовании избирательных участков пандусами. Если в 2011 г. пандусы были лишь на 3% избирательных участках, то в 2016 г. пандусами было оборудовано 28% УИКов, в 2017 г. доступны стали более 50% избирательных участков, в том числе за счет перевода их на первые этажи зданий.

В единый день голосования 10 сентября 2017 г. Уполномоченным был проведён мониторинг доступности избирательных участков для инвалидов. К этой работе активно подключились общественные помощники Уполномоченного в городских округах и муниципальных районах. Координатором работы выступило министерство внутренней региональной и муниципальной политики Нижегородской области. Рассчитываем, что анализ проведённого исследования приведёт к созданию «дорожной карты», в рамках которой заинтересованные структуры и ведомства приступят к реализации согласованного плана действий с целью реализации в наиболее полной мере для всех «права избирать и быть избранным».

Говоря о формировании безбарьерной среды в целом, необходимо понимать, что работа по созданию благоприятных условий для маломобильных граждан требует объединения усилий и государства, и негосударственного сектора, а также широкого общественного участия. Всем вместе нам еще многое предстоит сделать по формированию доступной и комфортной среды для маломобильных граждан и граждан с инвалидностью на территории Нижегородской области.

**ПРАВОВАЯ РЕГЛАМЕНТАЦИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СОЦИУМ –
ИНВАЛИДЫ НА ПРИМЕРЕ СОЦИАЛИСТИЧЕСКОЙ
РЕСПУБЛИКИ ВЬЕТНАМ**
**THE LEGAL REGULATION OF INTERACTION BETWEEN SOCIALLY
DISABLED PEOPLE ON THE EXAMPLE OF THE SOCIALIST
REPUBLIC OF VIETNAM**

В.Б Романовская, Е.А. Есаева
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
V.B. Romanovskaya, E.A. Yesayeva
Lobachevsky University

Анализируются основные нормативно-правовые акты Социалистической республики Вьетнам, регламентирующие правовой статус инвалида, обязанности государства по отношению к гражданам с ограниченными возможностями и другие особенности взаимодействия социум – инвалид.

The article analyzes the main regulatory legal acts of the Socialist Republic of Vietnam, regulating the legal status of the disabled person, the state's obligations to citizens with disabilities and other features of social-disabled society interaction.

Ключевые слова: инвалиды, Вьетнам, люди с ограниченными возможностями, правовой статус

Keywords: disabled people, Vietnam, people with disabilities, legal status

Каждый год число людей с ограниченными возможностями увеличивается. Причинами этого являются: дорожно-транспортных происшествия, несчастные случаи на производстве, неврологические заболевания, растет количество инвалидов с рождения. Эта проблема остро стоит в тех государствах, которые являются или являлись зонами военных действий. Одним из таких государств является Социалистическая Республика Вьетнам. Проанализируем основные законы государства СРВ, касающиеся взаимодействия социума и инвалидов.

По статистике Национального комитета по делам инвалидов Вьетнама, в настоящее время насчитывается около 8 миллионов человек с инвалидностью (7,8% от населения). Поэтому проблемам инвалидов во Вьетнаме уделяется большое внимание. Так, 5 июня 2018 г. в реабилитационном центре самой большой провинции Вьетнама Нгеан, Департамент здравоохранения Вьетнама, в рамках реализации программы социальной защиты инвалидов открыл учебные курсы для медицинского персонала. Восемьдесят два стажера из разных провинций и районов Вьетнама были направлены на обучение «по реабилитации и координации людей с ограниченными возможностями и членов их семей для обеспечения равенства возможностей и наиболее полного включения инвалидов в общество через медицинские услуги» [1].

На всех уровнях ведутся работы по усовершенствованию и исполнению законодательства в сфере людей с ограниченными возможностями. Министерство труда, социального развития и по делам инвалидов Социалистической Республики Вьетнам (СРВ), Министерство образования и подготовки кадров, Министерство здравоохранения, Министерство культуры, спорта и туризма и другие учреждения обеспечивают надлежащее исполнение законодательства, касающегося инвалидов. Народные комитеты на провинциальном, районном и общинном уровнях непосредственно осуществляют политику, связанную с людьми с ограниченными возможностями [2].

Статьи 59 и 61 Конституции СРВ закрепляют обязанность государства создавать равные возможности для граждан пользования социальным обеспечением, развивать систему социального обеспечения и принимать политику поддержки пожилых людей, людей с ограниченными возможностями и создавать подходящие условия для людей с ограниченными возможностями для получения ими образования и профессиональной подготовки [3].

Согласно статье 2 «Закона об инвалидах», принятого во Вьетнаме в 2010 г. инвалидами признаются лица с дефектом одного или многих органов, а также лица, имеющие стойкие расстройства функций организма, приводящие к трудностям в работе, жизни или учебе.

Тип и степень инвалидности определяется согласно положению №: 37/2012 / TTLT-BLDTBXH-BYT-BTC-BGDDT от 28 декабря 2012 г. «Об определении степени инвалидности Советом по определению степени инвалидности». В положении выделяются две категории лиц по методам определения типа и степени инвалидности:[4]

- дети до 6 лет, при определении типа и степени инвалидности проводятся собеседование с законными представителями детей, наблюдения и заполняется «Идентификационная карта детей до 6 лет», содержит информацию о пяти признаках; дефекты корпуса, дефекты рук и ног, слепота, приступы. Таким образом, у детей до 6 лет члены Совета оценивают только следующие три типа инвалидности: моторные нарушения, ухудшение зрения и умственную и психическую отсталость;

- 6 лет и старше, при определении типа и степени инвалидности проводятся собеседование с инвалидом и его законными представителями. Заполняется «Идентификационная карта для инвалидов 6 лет и старше», содержащая информацию о восемнадцати признаках. Они позволяют определить 6 различных типов инвалидности: моторные нарушения; нарушения слуха; нарушения зрения; умственная отсталость, психические заболевания и другие нарушения.

После определения типа устанавливается степень инвалидности. Граждане, получившие инвалидность, имеют соответствующие права и обязанности. Статья 4 «Закона об инвалидах» устанавливает право на равное участие в общественной деятельности, самостоятельное проживание, сокращение государственных взносов, получение медицинской помощи и реабилитации [5].

Государство ежегодно выделяет средства для осуществления политики в отношении инвалидов. Государственная политика в сфере инвалидов направлена на сокращение врожденной и минимизацию приобретенной инвалидности. Первоочередное внимание уделяется политике социальной защиты и поддержке людей с ограниченными возможностями в сфере здравоохранения, образования, профессиональной подготовки, занятости, культуры, спорта, отдыха, доступа к общественным работам и информационным технологиям. Проводятся мероприятия по обучению и содействию лицам, занимающимся консультированием и оказанием помощи инвалидам.

Закон «Об инвалидах» возлагает на семьи людей с ограниченными возможностями следующие обязанности: защищать, воспитывать и ухаживать за инвалидами; создавать условия для самостоятельной заботы о своем здоровье и выполнении своих прав и обязанностей; учитывать мнение при

решении вопросов, связанных с жизнью людей с ограниченными возможностями. Закон устанавливает порядок формирования и состав Советов по определению степени инвалидности, методы и процедуру определения степени инвалидности.

Глава 3^{вз} определяет оказание специальной помощи по месту жительства и гарантирует право людей с разными степенями и типами инвалидности на медицинское обследование, лечение и использование соответствующих медицинских услуг. Статья 23 устанавливает обязанности для медицинских учреждений: проводить соответствующее медицинское обследование и лечение для лиц с ограниченными возможностями; уделить первоочередное внимание лечению лиц с тяжелыми формами инвалидности, детей-инвалидов, пожилых людей с ограниченными возможностями, беременных женщин-инвалидов; проводить консультации и принимать меры по предотвращению и выявлению разных форм инвалидности.

Государство поощряет инвалидов к участию в инклюзивном образовании, создает условия для обучения в соответствии с их потребностями и способностями, выплачивает надбавки учителям, занимающимся обучением детей-инвалидов. Центр содействия развитию инклюзивного образования консультирует инвалидов по выбору соответствующей профессии, оказывает содействие в образовании на дому и в учебных заведениях, совместно с психологами определяет образовательные режимы, предоставляет специальные программы, оборудование и учебные материалы, подходящие для каждого типа инвалидности и степени инвалидности. Профессиональная подготовка инвалидов осуществляется на бесплатной основе. Государство поощряет учреждения, имеющие в своем штатном составе людей с ограниченными возможностями. Агентства, организации, предприятия и отдельные лица не должны отказывать в найме лиц с ограниченными возможностями, которые отвечают критериям найма. Государство и общество создают условия для людей с ограниченными возможностями для развития своих талантов в области культуры, искусства и спорта. Осуществляется программа по реорганизации инфраструктуры до 2025 г. по доступу людей с ограниченными возможностями во все общественные объекты. Министерства и ведомства координируют свою деятельность в рамках реализации задач обеспечения равенства возможностей, всесторонней реабилитации и социальной поддержки инвалидов.

Законодательство Вьетнама, касающееся людей с ограниченными возможностями, постоянно развивается: разрабатываются новые законопроекты, принимаются поправки к уже существующим нормативно-правовым актам. Депутаты Национального Собрания 31 мая 2018 г. обсудили законопроект о внесении изменений и дополнений в ряд статей в Закон о

физической культуре и спорте. В частности, предлагается ввести льготы для инвалидов на покупку билетов спортивных мероприятий и на приобретение спортивных услуг, а также создание специальных спорткомплексов для детей, инвалидов и пожилых людей [6].

Список литературы

1. Nghệ An: Lần đầu tiên mở lớp đào tạo phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng (Huean: Обучение реабилитации на уровне общин в первый раз, на вьетнамском языке) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://suckhoedoisong.vn/nghe-an-lan-dau-tien-mo-lop-dao-tao-phuc-hoi-chuc-nang-dua-vao-cong-dong-n144935.html> (дата обращения 08.06.2018).

2. Hòa nhập người khuyết tật tại Việt Nam - Tài liệu của ILO - Tổ chức Lao động Quốc tế (Интеграция людей с инвалидностью во Вьетнам - Рабочий документ MOT - Международная организация труда, на вьетнамском языке) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---ro-bangkok/documents/publication/wcm_041889.pdf (дата обращения 08.06.2018).

3. Hiến pháp nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam (Конституция СРВ с изм. и доп. от 28.11.2013 г. на вьетнамском языке) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://nld.com.vn/thoi-su-trong-nuoc/toan-van-hien-phap-nuoc-chxhcn-viet-nam-201311281149826.htm> (дата обращения 08.06.2018).

4. Thông tư liên tịch Quy định về việc xác định mức độ khuyết tật do hội đồng xác định mức độ khuyết tật thực hiện Số: 37/2012/TTLT-BLĐTBXH-BYT-BTC-BGDĐT Hà Nội, ngày 28 tháng 12 năm 2012 (Положения по определению степени инвалидности Советом по определению степени инвалидности, на вьетнамском языке № 37/2012/TTLT-BLĐTBXH-BYT-BTC-BGDĐT от 28 декабря 2012 г.) <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Thong-tu-lien-tich-37-2012-TTLT-BLDTBXH-BYT-BTC-BGDDT-xac-dinh-muc-do-khuyet-tat-179414.aspx> (дата обращения 08.06.2018).

5. Luật Người khuyết tật (Закон «Об инвалидах», на вьетнамском языке) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.molisa.gov.vn/vi/Pages/ChiTietVanBan.aspx?vID=26357> (дата обращения 08.06.2018).

6. Nguyễn Hoàng Quốc hội thảo luận về dự án Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Thể dục, thể thao (Гуен Хоанг Национальная ассамблея обсуждает законопроект о внесении поправок и дополнений в ряд статей Закона о физической культуре и спорте, на вьетнамском языке) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://baochinhphu.vn/Thoi-su/Quoc-hoi-thao-luan-ve-du-an-Luat-sua-doi-bo-sung-mot-so-dieu-cua-Luat-The-duc-the-thao/337854.vgp> (дата обращения 08.06.2018).

**ПРОБЛЕМНЫЕ ТОЧКИ ТРУДОУСТРОЙСТВА
МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С ОВЗ**
**PROBLEM POINTS OF THE EMPLOYMENT
OF YOUNG PEOPLE WITH DISABILITIES**

Т.К. Ростовская

*Институт социально-политических исследований РАН,
Российский государственный социальный университет, г. Москва*

Я.В. Шимановская, Е.М. Зубкова

Российский государственный социальный университет, г. Москва

Т.К. Rostovskaya

*Institute Socio-Political Researches of the RAS,
Russian State Social University, Moscow*

Ya.V. Shimanovskaya, E.M. Zubkova

Russian State Social University, Moscow

Рассматриваются основные механизмы реализации государственной политики в отношении молодых людей с ОВЗ в части содействия обеспечения экономической самостоятельности молодых людей с ОВЗ и реализации их трудовых прав и обязанностей.

The article considers the main mechanisms of implementation of the state policy in relation to young people with disabilities in terms of promoting the economic independence of young people with disabilities and the implementation of their labor rights and obligations.

Ключевые слова: молодые люди с ОВЗ, соблюдение прав и законных интересов молодых людей с инвалидностью, основные механизмы реализации государственной политики в отношении молодых инвалидов

Keywords: young people with disabilities, respect for the rights and legitimate interests of young people with disabilities, the main mechanisms of implementation of the state policy for young people with disabilities

Рассматривая вопрос о защите трудовых прав молодых людей с ограниченными возможностями здоровья, следует учитывать, что анализируемая тема содержит множество особенностей и деталей, которые требуют основательной проработки и изучения. В первую очередь это связано со спецификой исследуемой темы и структурой явления, которое подлежит анализу, в процессе рассмотрения приоритетных вопросов, посвященных защите трудовых прав молодых людей с ограниченными возможностями здоровья.

Актуальность данного вопроса заключается в специфичности и сложности анализируемого вопроса, в неблагоприятной тенденции роста процента молодых людей с инвалидностью, имеющих потребность в особом внимании со стороны государства в сфере защиты их прав на труд. Имеет важное значение вопрос, касающийся понимания важности государственной поддержки молодых людей с инвалидностью в современных условиях

социально-экономической трансформации общества в обеспечении их образования, воспитания и развития на этапе социального становления, в процессе включения в социально-профессиональную деятельность, создания семьи, проявления социальных, гражданских инициатив, реализации ими своих прав и обязанностей. Отсюда следуют направления, требующие детальной проработки и исследования:

- ❖ ответственность государства за соблюдение прав и законных интересов молодых людей с инвалидностью;

- ❖ обеспечение предоставления государством молодым людям с инвалидностью необходимого объема социальных гарантий осуществления поддержки, координации и взаимодействия федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, общественных организаций и физических лиц в реализации государственной молодежной политики Российской Федерации в отношении молодых людей с инвалидностью.

По данным Всемирной организации здравоохранения, до 13 % населения имеют нарушения функций организма, которые ограничивают их возможность самостоятельно удовлетворять потребности личной и (или) социальной жизни.

Среди этой части населения можно выделить категорию инвалидов – молодых людей с ограниченными возможностями здоровья в возрасте от 14 до 30 лет (далее – молодые люди с ОВЗ). В соответствии с Федеральным законом от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», инвалидом является лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Т а б л и ц а

Динамика численность инвалидов по группам инвалидности
(на 1 января, тыс. чел.)

	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Всего инвалидов, тыс. человек	13134	13209	13189	13082	12946	12924	12751
в том числе:							
I группы	1920	1540	1515	1496	1451	1355	1283
II группы	7086	7306	7076	6833	6595	6472	6250
III группы	3609	3822	4038	4185	4320	4492	4601
дети-инвалиды	519	541	560	568	580	605	617
Общая численность инвалидов, приходящаяся на 1000 человек населения	92,0	92,5	92,2	91,3	90,1	88,4	87,0

Согласно данным Федеральной службы государственной статистики, по состоянию на 1 января 2016 г. в России насчитывалось 12 751 тыс. инвалидов.

Количество инвалидов в Москве приближается к 1 млн 200 тыс. человек, из которых около 180 тыс. человек – лица трудоспособного возраста. В общую совокупность входят лица, имеющие выраженные особенности интеграционных процессов: свыше 15 тыс. из них инвалиды по зрению; 6,5 тыс. глухие и слабослышащие; 7,5 тыс. человек используют для передвижения кресло-коляску. Около 28 тыс. человек – это дети-инвалиды.

В утвержденных в 2014 г. «Основах государственной молодежной политики Российской Федерации на период до 2025 г.» особое внимание уделяется совершенствованию условий для инклюзивного образования молодых людей с ограниченными возможностями здоровья.

Совершенно очевидно, что одним из важнейших элементов социализации молодых людей с ограниченными возможностями здоровья является получение ими высшего профессионального образования, актуального на рынке труда и перспективного для конкретного трудоустройства.

К сожалению, до настоящего времени не разработаны и отсутствуют эффективные механизмы и формы координации деятельности ведомств, осуществляющих профессиональное образование и социально-трудовую адаптацию молодых людей с ограниченными возможностями, что исключает системный подход.

Основными механизмами реализации государственной политики в отношении молодых людей с ОВЗ в части содействия обеспечению их экономической самостоятельности и реализации их трудовых прав и обязанностей являются:

1. создание условий для занятости, в том числе разработка и принятие мер по квотированию рабочих мест для молодых инвалидов;
2. создание и поддержка структур, осуществляющих деятельность по содействию занятости, профессиональной ориентации, профессиональной подготовке и переподготовке молодых людей с ОВЗ;
3. формирование и реализация программ содействия социальной адаптации и повышения конкурентоспособности молодых людей с ОВЗ;
4. развитие консультативно-информационных пунктов, способствующих социально-бытовой и профессиональной реабилитации молодых людей с ОВЗ;
5. формирование государственных механизмов поддержки предпринимательства в отношении молодых людей с ОВЗ.

Главными результатами реализации государственной политики в отношении молодых людей с ОВЗ должны стать:

- ✓ улучшение качества жизни молодых людей с инвалидностью в Российской Федерации;
- ✓ снижение уровня безработицы среди молодых людей с ОВЗ на основе повышения их профессиональной квалификации;
- ✓ увеличение числа учреждений по работе с молодыми людьми с ОВЗ;
- ✓ активизация общественного движения молодых людей с ОВЗ;
- ✓ формирование общественного позитивного мнения по отношению к молодым людям с ОВЗ.

На протяжении многих лет государственная поддержка инвалидов в нашей стране сводилась в основном к обеспечению их необходимыми средствами лечения и реабилитации, а также минимальными материальными компенсациями, возмещающими невозможность самостоятельно обеспечить свои жизненные потребности. При этом многие молодые люди с ОВЗ стремятся к социально активной и максимально независимой жизни, профессиональной занятости. Но воплотить в жизнь эти стремления удается пока далеко не всем.

Несмотря на то, что государство стремится обеспечить молодым людям с ОВЗ безбарьерную среду (развивается инфраструктура), индивидуальный подход (при получении инвалидности составляется Индивидуальная программа реабилитации, где должны быть отображены ключевые моменты способностей и возможностей инвалидов, доля реально трудоустроенных среди них остается, к сожалению, крайне малой).

Следует также обратить внимание на отсутствие индивидуального подхода в решении проблемы трудоустройства молодых людей с ОВЗ, имеющих соответствующие I, II и III группы инвалидности, особенности состояния здоровья, специфические потребности.

Первая группа – это инвалиды с полностью сохранным интеллектом при нарушениях функций опорно-двигательного аппарата или органов зрения. В плане профессионального обучения это – наиболее перспективная группа, имеющая высокую мотивацию получения специальности и повышенный интерес к трудовой реализации.

Вторая группа – инвалиды с серьезными нарушениями слуха и речи, которые, как правило, имеют проблемы не только с коммуникацией, но и замедленное восприятие информации и новых знаний, что требует особых технологий по их интеграции и ступенчатого подхода к организации учебного процесса (обучение в первые годы в отдельных группах, а завершающие – в инклюзивных группах). Во II группе могут находиться совершенно разные по возможностям здоровья люди, с физическими и психическими ограничениями.

Третья группа – лица с аномалиями психофизического развития (задержками психического развития, умственной отсталостью, девиантным

поведением). Это наиболее значительная по количеству группа, испытывающая наибольшие трудности в связи с профессиональной подготовкой и последующей трудовой реализацией. При этом далеко не все отнесенные к данной группе имеют не только инвалидность, но и подтвержденный медицинский диагноз.

Трудоустройство – это система организационных, экономических и правовых мероприятий, направленных на обеспечение трудовой занятости населения.

В широком значении трудоустройство объединяет все формы трудовой деятельности, которые не противоречат законодательству, включая самостоятельное обеспечение себя работой, в том числе индивидуальную трудовую деятельность, предпринимательство, фермерство. В узком значении под трудоустройством понимают такие формы трудовой деятельности, которые устанавливаются при содействии органов государства или негосударственных организаций на основе лицензирования.

Проблему трудоустройства инвалидов можно условно разбить на две части. В первом случае инвалидность понимается как личная или медицинская проблема. Здесь ограниченные возможности рассматриваются в контексте взаимосвязи между отдельным человеком и его недугом.

Инвалидность при этом понимается как медицинская патология, и этим инвалиды отличаются от здоровых людей. Человек должен приспосабливаться к обществу здоровых людей, и задача специалистов, в частности социальных работников, оказывать помощь инвалиду в его адаптации, а основным содержанием социальной работы должна быть социальная защита лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Поскольку инвалидность является препятствием к полноценной профессиональной деятельности и лишает человека возможности самостоятельно обеспечивать свое существование, преимущественное внимание до середины XX века уделялось медицинским аспектам утраты трудоспособности и, как следствие, исключительно проблемам материальной помощи инвалидам.

Следовательно, специалисты долгое время рассматривали проблему трудоустройства инвалидов, отталкиваясь преимущественно от биологических предпосылок болезни, расценивая ее возникновение в основном как следствие неблагоприятного исхода лечения.

В связи с этим социальная сторона проблемы была сужена до нетрудоспособности как основном показателе инвалидности. При этом главная задача врачебно-трудовых экспертных комиссий состояла в выяснении вопроса, какую профессиональную деятельность человек не может выполнить, а какую

может. Это определялось на основе субъективных, преимущественно биологических, а не социально значимых критериев. Следовательно, трудоустройство инвалидов отступало на второй план, уступая биологическим и медицинским факторам.

Во втором случае проблема трудоустройства инвалидов рассматривается как социальная. Здесь в центре внимания находится взаимосвязь между человеком и окружающей его средой, обществом. Ограниченные возможности понимаются как следствие того, какие социальные условия сужают возможности самореализации инвалидов (общественная мораль, психологический климат, социальная организация, инфраструктура), то есть инвалиды рассматриваются скорее как притесняемая группа, чем как аномальная.

Органы государственной власти должны содействовать трудовой занятости инвалидов, в том числе стимулированию создания для них специальных рабочих мест. Как видно, вышеназванный Федеральный закон не лишен декларативных элементов, рассчитанных скорее на некий желаемый результат в будущем.

Проведенный анализ позволяет сделать вывод, что в основе проблемы обеспечения занятости и трудоустройства инвалидов в соответствии с требованиями законодательства и соответствующими условиями труда заложены главным образом субъективные факторы. Как показывает практика, к ключевым аспектам рассматриваемой проблемы следует отнести:

- ✓ невыполнение работодателем требований положений законодательства о квотировании рабочих мест для инвалидов;
- ✓ уклонение работодателей от предоставления органам службы занятости информации о наличии свободных рабочих мест и вакантных должностей, а также уже созданных или выделенных рабочих местах для трудоустройства инвалидов в соответствии с установленной квотой;
- ✓ несоблюдение работодателями обязанности создания или выделения для инвалидов рабочих мест, соответствующих гигиеническим требованиям к условиям труда инвалидов.

Очевидно, что без устранения обозначенных выше и иных негативных факторов (что невозможно без усиления контроля за соблюдением действующего в данной области законодательства) государство не может в полной мере гарантировать инвалидам осуществление их прав, включая право на трудоустройство и защиту от безработицы.

Тем не менее варианты решения проблемы существуют.

Один из таких вариантов, в частности, предложен членами Общественной палаты Российской Федерации. Смысл предложения заключается в создании

при Правительстве РФ государственной инспекции по вопросам трудоустройства инвалидов и безбарьерной среды. Предполагается, что в нее войдут «исключительно люди с ограниченными возможностями, а рекомендации по организации этого госоргана будут направлены в правительство».

Таким образом, предлагается предоставить возможность указанной категории граждан самим контролировать и решать непосредственно касающиеся их вопросы, в том числе и вопросы трудоустройства. Предполагается, что члены вновь созданной государственной инспекции будут работать с конкретными ситуациями в своем регионе.

Данное предложение, безусловно, заслуживает внимания. Но при этом остается открытым вопрос о профессиональном уровне и компетенции лиц, которые будут заниматься такой деятельностью.

В этой связи представляется целесообразным предложить альтернативный вариант решения вопроса. А именно усилить эффективность работы уже действующих органов, осуществляющих надзорные функции в данной сфере.

Например, укрепить территориальные государственные инспекции труда, включив в состав указанных органов новые структурные подразделения (подразделение).

Одним из вновь созданных подразделений в рамках территориальных государственных инспекций труда могли бы стать, например, отделы (отдел) по федеральному государственному надзору за соблюдением законодательства в области труда и занятости инвалидов с соответствующими полномочиями. Это не только способствовало бы более оперативному реагированию указанных органов на жалобы граждан-инвалидов в случае нарушения их законных прав, но и значительному снижению количества судебных исков.

Список литературы

1. Зубкова Е.М., Ростовская Т.К. Правовое регулирование трудовой деятельности молодых людей с ограниченными возможностями здоровья // Физическая культура и спорт в инклюзивном образовании детей и учащейся молодежи: сб. материалов II Всероссийской студенческой науч.-практ. конф. 16 ноября 2017 г., г. Москва [Электронный ресурс] / Росс. гос. соц. ун-т. Москва: РГСУ, 2017. 207 с. С. 75-77.

2. Ростовская Т.К. Социальная работа с молодежью // Практическое пособие. 2-е изд., доработанное. М.: ВНИИгеосистем. 2013. 622 с. (Серия «Библиотека специалиста по работе с молодежью»).

3. Ростовская Т.К. Обеспечение эффективной социализации молодежи, находящейся в трудной жизненной ситуации // Вопросы ювенальной юстиции, 2016. №2. С. 9-12.

4. Ростовская Т.К., Шимановская Я.В. Социальное здоровье как фактор успеваемости старших классов // Вестник Академии права и управления. 2016. № 4(45). С. 135-140.

5. Ростовская Т.К., Шимановская Я.В. Социально-психологические особенности семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями // Ученые записки Российского государственного социального университета. 2017. Т. 16. № 4 (143). С. 49-60.

**ПРОБЛЕМЫ ИНКЛЮЗИВНОГО ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
ИНВАЛИДОВ ПО ЗРЕНИЮ**
**PROBLEMS OF INCLUSIVE TERTIARY EDUCATION FOR PEOPLE
WITH VISION DISABILITIES**

М.А. Рощина

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

M.A. Roshchina

Lobachevsky University

Несмотря на активные шаги по развитию системы инклюзивного высшего образования, отдельные проблемы, существенно осложняющие обучение студентов с инвалидностью по зрению, до сих пор не получили должного внимания специалистов. Важнейшими среди них являются обеспечение доступа к информации в учебном процессе и физической среде вуза, а также неготовность преподавателей к работе со студентами – инвалидами.

Despite active efforts to develop the system of inclusive tertiary education, however, there are still a few problems that significantly impede studying for students with visual disabilities. Unfortunately, such problems have not yet been addressed promptly. The worst include inability to provide access to information in learning process and the environment of the university, as well as reluctance of teachers to work with students with disabilities.

Ключевые слова: инклюзивное высшее образование, студенты с инвалидностью по зрению, тифлоинформационные технологии, доступность среды, повышение квалификации преподавателей

Keywords: Inclusive tertiary education, students with visual disabilities, typhloinformation technologies, accessibility of the environment, retraining schemes for teachers

В последние годы в России предпринимаются серьезные шаги по развитию инклюзивного высшего образования: создается сеть ресурсных учебно-методических центров, призванная обеспечить создание единого пространства инклюзивного образования, обеспечивающего повышение качества и доступности высшего образования для лиц с инвалидностью и

ограниченными возможностями здоровья, совершенствуется правовая база инклюзивного образования, организуется повышение квалификации преподавателей по вопросам обучения студентов с инвалидностью, принимаются меры, повышающие физическую доступность вузовских территорий и зданий. [1]. В этих условиях представляется важным обозначить специфичные проблемы инклюзивного высшего образования инвалидов по зрению, на решение которых указанные выше меры должного влияния до сих пор не оказывают.

Одной из значимых проблем, осложняющих образовательную и дальнейшую профессиональную деятельность инвалидов по зрению, является проблема информационного обмена, обусловленная преимущественной ориентацией общественной практики на визуальное восприятие информации и имеющая две стороны: обеспечение доступа к информации и представление выходной информации (результаты труда незрячего) в общепринятой форме [2, с. 42]. Еще более обостряясь в условиях информатизации общества, проблема информационного обмена не является частной субъективной проблемой того или иного студента с инвалидностью по зрению, а имеет общий объективный характер, и ее решение становится необходимым условием успешности как самого вузовского образовательного процесса, так и дальнейшей профессиональной деятельности. При этом уровень преодоления информационных проблем нередко становится одним из важнейших факторов, определяющих общее психологическое самочувствие незрячего или слабовидящего студента. В этой связи важнейшее значение в обеспечении инвалидам по зрению возможностей получения качественного образования приобретают компьютерные технологии, адаптированные для незрячих и слабовидящих – компьютерные тифлотехнологии (от греч. *typhlos* – слепой), которые могут служить эффективным инструментом преодоления проблемы информационного обмена. Однако в практике высшего инклюзивного образования этот инструмент до сих пор освоен очень слабо.

В инклюзивном высшем образовании инвалидов по зрению компьютерные тифлотехнологии могут и должны выступать в двух ролях: как важнейший предмет для освоения и как эффективный инструмент обеспечения доступности образовательного процесса.

Значимость компьютерных тифлотехнологий как предмета освоения обусловлена, с одной стороны, их высоким компенсаторным потенциалом как инструмента для работы незрячих и слабовидящих с информацией и средства их профессиональной реабилитации, а с другой – сложностью этого инструмента, определяющей потребность в образовательной поддержке его освоения [3]. В этой области необходимо обозначить три остро актуальные

задачи, которые до сих пор не получили необходимого внимания сообщества специалистов, развивающих инклюзивное высшее образование:

– организовать довузовскую подготовку инвалидов по зрению, направленную на овладение базовыми навыками использования компьютерных тифлотехнологий как средства компенсации зрительной недостаточности при работе с информацией (многие абитуриенты не имеют достаточного уровня компьютерной грамотности, что существенно осложняет их обучение);

– обеспечить незрячим и слабовидящим студентам специальную образовательную поддержку в освоении предусматриваемых получаемой специальностью компьютерных компетенций, а также дополнительных навыков, направленных на компенсацию зрительной недостаточности в профессиональной деятельности (общих университетских курсов для этого часто не достаточно);

– создать систему повышения пользовательской квалификации и методической и консультативной поддержки самостоятельного применения компьютерных тифлотехнологий в образовательной и профессиональной деятельности.

Роль компьютерных тифлотехнологий как средства повышения доступности и облегчения учебного процесса основывается на возможности с их помощью эффективно преобразовывать информацию в доступные для незрячих и слабовидящих формы и, опираясь на эти возможности, предоставлять учебную информацию в удобном для студентов с инвалидностью по зрению виде (электронные форматы, рельефно-точечный или укрупненный текст и т.п.). В последнее время отдельные вузы приобретают тифлотехнические средства (в том числе такие дорогостоящие, как брайлевские принтеры). Однако на практике эта техника полноценно используется очень редко.

Важнейшей причиной слабого практического освоения компенсаторного потенциала компьютерных тифлотехнологий является, на наш взгляд, острый недостаток квалифицированных кадров в данной сфере. Для полноценного применения этого инструмента в информационном обеспечении студентов с инвалидностью по зрению и их обучения использованию компьютерных тифлотехнологий требуются специалисты, владеющие не только техническими, но и тифлопедагогическими компетенциями, понимающие особенности восприятия информации незрячими и слабовидящими. Сегодня систематическая подготовка таких специалистов не ведется, и ими не располагают подавляющее большинство не только обычных вузов, но и ресурсных учебно-методических центров инклюзивного образования.

Еще одна проблема, осложняющая инвалидам по зрению получение высшего образования, это проблема доступа к физической среде вуза. В ее решении можно выделить три аспекта:

- обучение незрячих и слабовидящих навыкам ориентирования и мобильности;
- помощь в адаптации в новом пространстве;
- разумное приспособление среды.

По нашему убеждению, обучение инвалидов по зрению основам ориентирования и мобильности (так же, как и обучение основам компьютерной грамотности) – задача не вузовская, она должна решаться в средней школе или в реабилитационных учреждениях в довузовский период. Во-первых, такое обучение требует значительных временных затрат, и поэтому его трудно совмещать с основной учебной программой студента, во-вторых, для его качественного проведения требуются квалифицированные специалисты по ориентированию и мобильности, которых в нашей стране не хватает даже для специализированных учреждений. Задачей же вуза является помочь студенту с проблемами зрения адаптироваться в новом пространстве.

Обеспечению доступности объектов образования для инвалидов Министерство образования уделяет особое внимание [4]. К сожалению, практика приспособления среды не всегда отвечает первоочередным потребностям инвалидов по зрению. Многие образовательные организации начинают эту работу с размещения на здании таблички, на которой рельефно-точечным шрифтом Брайля и выпуклым обычным шрифтом указываются полное название и режим работы (в соответствии с [4]). Однако трудно представить, что такая табличка будет практически полезной для незрячих и слабовидящих. Не всегда оправдано размещение большого числа тактильных направляющих указателей (особенно в коридорах с небольшой шириной).

Полезными мерами разумного приспособления среды, на наш взгляд, являются:

- рельефное и визуальное обозначение мест, требующих особого внимания (ступени, дверные проемы, прозрачные перегородки);
- хорошо различимые (визуально и осязательно) номера и надписи на кабинетах;
- тактильные схемы с изображениями планов территории и помещений (при этом вместо дорогостоящих стационарных мнемосхем можно использовать рельефно-графические альбомы, которые легко перенести для изучения в удобное место).

Еще одной актуальнейшей задачей развития системы инклюзивного образования является подготовка преподавателей. Прежде всего важно сформировать отношение преподавателей к студентам с инвалидностью, которое включает понимание существующих у таких студентов дополнительных трудностей, готовность помогать в их преодолении для освоения образовательной программы, но не снижение требований к качеству подготовки. Важно настроить преподавателя не на попустительство и даже не на нейтральную снисходительность, а на активное содействие студенту-инвалиду, и вооружение его необходимыми для такого содействия знаниями. Также важно подчеркнуть, что для студентов-инвалидов (больше, чем для других) вуз приобретает значимость как место взросления, и надо не стремиться оградить их от всех проблем, а помочь научиться их преодолевать. В отношении инвалидов по зрению практический интерес для преподавателей также представляет знакомство с возможностями обеспечения незрячим и слабовидящим доступа к информации. Преподавателям важно понять, как они могут использовать эти возможности на своих учебных занятиях, и поставить задачу по преобразованию учебных материалов в доступную форму, техническое же решение, на наш взгляд, должны обеспечить специалисты службы сопровождения инклюзивного образования.

К сожалению, часто программы повышения квалификации преподавателей по инклюзивному образованию концентрируются преимущественно на психологических и медицинских проблемах, связанных с инвалидностью, и обозначенных нами задач не решают.

Возражение сообщества незрячих специалистов вызывают и отдельные публикуемые рекомендации. Так, например, предлагается дополнительная компетенция, которой должен обладать профессорско-преподавательский состав, обучающий студентов с инвалидностью: «Способность принять разных студентов с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов вне зависимости от их реальных учебных возможностей, особенностей в поведении, состояния психического и физического здоровья» [5, с. 48].

Мы убеждены, что для системы инклюзивного высшего образования статус инвалида не должен становиться важнее статуса студента. Важнейшей целью вуза является подготовка квалифицированных специалистов, и реабилитационные задачи решаются для ее достижения.

Список литературы

1. Межведомственный комплексный план мероприятий по обеспечению доступности профессионального образования для инвалидов и лиц с

ограниченными возможностями здоровья на 2016–2018 годы (утв. Правительством РФ 23 мая 2016 г. № 3467п-П8) [Электронный ресурс] // Информационно-правовой портал «Гарант.ру» URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71322384/> (дата обращения: 15.07.2018).

2. Швецов В.И., Рощина М.А. Компьютерные тифлотехнологии в социальной интеграции лиц с глубокими нарушениями зрения: Учебное пособие. Н. Новгород: изд-во ННГУ им. Н.И. Лобачевского, 2007. 154 с.

3. Швецов В.И., Рощина М.А. О подготовке преподавателей компьютерных тифлотехнологий // Информатизация образования и науки. 2011. № 2. С. 127-137.

4. Приказ Министерства образования и науки РФ от 9 ноября 2015 г. N 1309 «Об утверждении Порядка обеспечения условий доступности для инвалидов объектов и предоставляемых услуг в сфере образования, а также оказания им при этом необходимой помощи» (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс] // Информационно-правовой портал «Гарант.ру» URL: <http://base.garant.ru/71275174/> (дата обращения: 02.09.2018).

5. Организационно-методические и правовые аспекты обучения студентов с инвалидностью в вузе. / под ред. С.В. Панюковой. М.: МГППУ, 2017. 57 с.

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ИНВАЛИДНОСТИ В СЕРБИИ: ПРОБЛЕМЫ ВЫБОРА МЕЖДУ МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ МОДЕЛЯМИ ИНВАЛИДНОСТИ

SOCIAL ASPECTS OF DISABILITY IN SERBIA: A CHOICE BETWEEN SOCIAL AND MEDICAL MODELS OF DISABILITY

Л.Л. Толвайшис

Университет «Унион – Никола Тесла», г. Белград, Сербия

L.L. Tolvashiis

Union-Nikola Tesla University, Belgrad, Serbia

Рассматриваются проблемы внедрения социальной модели инвалидности на примере Сербии. Приводятся наиболее значимые противоречия между социальной и медицинской моделями в областях трудоустройства, социальной защиты, здравоохранения, инклюзии в системе образования, противодействия дискриминации. В контексте соперничества двух теоретической моделей рассматриваются концептуальные основы взаимодействия институтов государства и гражданского общества в вопросах инвалидности.

The article analyses the problems of introduction of social model of disability in Serbia. It focuses on the most significant contradictions between social and medical models in the spheres of employment, social protection, health care, inclusion in educational system and combatting discrimination. Conceptual foundations of interaction between state institutions and civil society are analysed in the context of competition between the two theoretical models of disability.

Ключевые слова: медицинская модель инвалидности, социальная модель инвалидности, инклюзия, инвалиды и гражданское общество

Keywords: medical model of disability, social model of disability, inclusion, disabled people and civil society

Основополагающие концептуальные подходы к инвалидности различаются по потенциалу полноценного вовлечения индивида в жизнь общества. Медицинская модель инвалидности основывается на физической и психологической терапии в целях приведения индивида к норме, устанавливаемой обществом [1]. Альтернативная ей социальная модель, напротив, в качестве первопричины инвалидности рассматривает само общество, формирующее системные барьеры, отрицательные стереотипы и практику несправедливого отказа людям с физическими, сенсорными, умственными или психологическими ограничениями в полноценном участии в общественной жизни [2].

Пример арены соперничества двух концепций инвалидности являет собой Сербия, где доля населения с инвалидностью достигает 7,96% (571.780 жителей) [3, с. 24]. Ратифицировав Конвенцию ООН о правах инвалидов, Факультативный протокол и пересмотренную Европейскую социальную хартию в 2009 г., Сербия обязалась обеспечить равноправие, право на независимость, социальную интеграцию и участие инвалидов в общественной жизни. Несмотря на развитое законодательство и конституционный запрет дискриминации по признаку инвалидности, последняя в Сербии составляет порядка 13% всех случаев дискриминации и наиболее распространена в областях образования, трудоустройства, доступности объектов и услуг [4, с. 322].

Крупнейший недостаток действующей в Сербии системы опеки – одной из наиболее ограничительных в мире – отсутствие альтернативы лишению трудовой правоспособности. В Сербии проживает свыше 13.000 лиц под опекой, из которых 93% полностью, а 7% отчасти лишено трудовой правоспособности [4, с. 326]. Процедура лишения трудовой правоспособности основывается на медицинской экспертизе, что противоречит социальной модели инвалидности. Вопреки Конвенции ООН и практике ЕСПЧ, запуском процедуры опекунства лицо утрачивает право участия в процессе принятия решений. Закон о семье [5], определяющий материальные условия лишения трудовой правоспособности, покоится на дискриминационной предпосылке, что инвалиды не в состоянии позаботиться о своих правах и интересах. Трудовая правоспособность в Сербии является предпосылкой для реализации прочих прав инвалидов, а ее утрата влечет за собой потерю автономии и приводит к «гражданской смерти» – утрате активного и пассивного избирательного права (ст. 18 Конституции и выборное законодательство),

рискам ограничения свободы передвижения и принудительного лечения [6, ст. 5], невозможности создания семьи.

Законодательством предусмотрены преимущество при трудоустройстве лиц с инвалидностью и обязанность работодателей трудоустраивать одного инвалида на каждые 20-49 работников [7, ст. 24]. Государство, будучи освобожденным от обязанности трудоустройства инвалидов [8, ст. 8], ограничиваясь лишь выделением бюджетных средств, не служит примером аффирмативной акции для частных предприятий, которые выполнению обязанности трудоустройства инвалидов предпочитают штрафы, а при сокращении штатов склонны увольнять инвалидов в первую очередь. Из 168.227 инвалидов трудоспособного возраста трудоустроено лишь 4% [9, с. 26]. Неравноправное положение женщин-инвалидов на рынке труда, уязвимость к институциональному и семейному насилию распространено на фоне стереотипов, уязывающих инвалидность с неспособностью женщины выполнять традиционные социальные роли, относящиеся к материнству и быту, а также неразвитости сервисов поддержки «невидимым в обществе» инвалидам.

В отсутствие всеобъемлющей стратегии социального вовлечения инвалидов («деинституционализации») их численность в учреждениях резиденциального и психиатрического типа достигает 11.000 и растет из года в год [11, с. 323]. Лишь 9,1% детей с отклонениями в развитии проживают в семьях [9, с. 18], тогда как абсолютное большинство таких детей направляются в учреждения непосредственно из роддомов вопреки ст. 52 Закона о социальной защите. Через проекты деинституционализации и далее финансируются крупные учреждения вместо направления таких детей в семьи, что создает риск переноса преобладающей институциональной культуры на альтернативные виды поддержки, а чаще приводит к закрытию местных сервисов. Неразвита практика принятия во внимание мнения детей-инвалидов и их семей и их участия в судебных и административных процедурах.

Положения Закона о запрете дискриминации лиц с инвалидностью не соблюдаются по части доступности объектов общественного значения [10, ст. 13] – приспособленности зданий, транспорта [10, ст. 27], электронных услуг для инвалидов. Имеющимся стандартам [11] не соответствует большинство административных зданий (в т. ч. посещаемых инвалидами в первую очередь центров социальной работы), клиник, школ, вузов (в т. ч. исследующих инвалидность). Выбор школ и факультетов для инвалидов сводится к приспособленным для прохода инвалидов. Право дачи показаний на доступном для инвалидов месте оставлено на усмотрение суда [12, ст. 245].

Сегмент гражданского общества, представляющий инвалидов Сербии, отличается организационной фрагментацией. Так, со стороны ряда организаций инвалидов звучала критика в адрес Национальной организации лиц с инвалидностью с упреками в нейтрализации аутентичных потребностей большинства инвалидов Сербии в пользу государства [13]. Не стал координационной организацией между гражданским обществом и государством также и Совет по делам лиц с инвалидностью при Правительстве Республики Сербия, формально собирающийся 2-3 раза в год. Проведение консультаций с инвалидами в процессе принятия решений, касающихся критериев финансирования проектов, практикуется лишь с 2017 г. Неразвитая практика согласования законов с представителями инвалидов свидетельствует об ограниченной субъектности инвалидов в политической системе.

В заключение отметим, что законодательный запрет дискриминации и меры по поощрению равноправия не приводят к искоренению стереотипов, многолетней практики сегрегации и дискриминации инвалидов во многих областях общественной и частной жизни. В базовом нарративе инвалидов Сербии инвалидность характеризует не человека, а систему. Невосприимчивое к социальной модели инвалидности общество переводит людей с инвалидностью в разряд «невидимых» сограждан.

Список литературы

1. Fisher P., Goodley D. The linear medical model of disability: mothers of disabled babies resist with counter-narratives // *Sociology of Health & Illness*. 2007. Vol. 29. Issue 1. P. 66-81.
2. Goodley D. 'Learning Difficulties', the Social Model of Disability and Impairment: Challenging epistemologies // *Disability & Society*. 2001. Vol. 16. Issue 2. P. 207-231.
3. Републички завод за статистику. Инвалидитет: подаци по општинама и градовима. URL: http://pod2.stat.gov.rs/ObjavljenePublikacije/Popis2011/Knjiga%208_Invaliditet.pdf.
4. Људска права у Србији 2017 // Београд: Београдски центар за щудска права, 2018.
5. Породични закон // Службени гласник РС. 2015. №6.
6. Закон о заштити лица са менталним сметњама // Службени гласник РС. 2013. № 45.
7. Закон о професионалној рехабилитацији и запошљавању особа са инвалидитетом // Службени гласник РС. 2013. № 32.
8. Правилник о начину праћења извршавања обавезе запошљавања особа са инвалидитетом и начину доказивања извршавања те обавезе // Службени гласник РС. 2016. № 101.

9. Коалиција организација особа са инвалидитетом. Алтернативни извештај о примени Конвенције о правима особа са инвалидитетом у Републици Србији // Београд, 2015. URL: http://noois.rs/pdf/medjunarodni/Alternativni_izvestaj_o_primeni_UN_Konvencije_o_pravima_OSI_u_Srbiji_2015.pdf.

10. Закон о забрани дискриминације // Службени гласник РС. 2009. № 22.

11. Закон о планирању и изградњи // Службени гласник РС. 2014. № 145.

12. Закон о парничном поступку // Службени гласник РС. 2014. № 55.

13. Инвалиди у Србији огорчени односом државе // Al Jazeera Balkans. – 20.11.2016. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=gwexCNdpyLQ>.

ПРАКТИКА СТАНОВЛЕНИЯ РАННЕЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: ТЕНДЕНЦИИ, ПЕРСПЕКТИВЫ, ПРОБЛЕМЫ **PRACTICES IN CREATING EARLY HELP IN THE RUSSIAN FEDERATION: TRENDS, PROSPECTS, PROBLEMS**

М.В. Фирсов

*Институт дополнительного профессионального образования
работников социальной сферы Департамента труда и
социальной защиты населения г. Москвы*

M.V. Firsov

*The Institute of additional professional education for social workers,
Department of Labor and social care, Moscow*

На основе анализа законодательных актов РФ, региональных практик, выявлены этапы формирования в современной России ранней помощи, проблемы, тенденции и перспективы ее совершенствования.

Based on the analysis of legislative acts of the Russian Federation and regional practices, stages in creating early help in modern Russia were defined. The paper also focuses on relevant problems, trends and prospects for its improvement.

Ключевые слова: ранняя помощь детям, законодательная база, отечественные практики, основные услуги, поддержка функционирования, системные проблемы

Keywords: early help for children, legislative base, domestic practices, main services, functioning support, system problems

Развитие концепции ранней помощи начинает оформляться в середине 60 годов XX века в странах Британского содружества и отдельных европейских странах [1].

В Российской Федерации одной из первых опытных площадок становится г. Санкт-Петербург, на которой, начиная с 1992 г., реализуются семейно-центрированные подходы к оказанию ранней помощи детям от 0 до 3-х лет [2].

В основе данного подхода лежали технологии междисциплинарной команды, которые реализовывались в тот период в структурах системы

здравоохранения, образования, социальной защиты и общественных организаций.

Можно отметить, что специализированной подготовки для данной сферы защиты и помощи не существовало, процесс подготовки кадров осуществлялся за счет краткосрочных курсов повышения квалификации и тренингов, которые проводили зарубежные специалисты. Правовая база существовала в виде внутриведомственных распоряжений и указаний.

За два десятилетия становления ранней помощи в Российской Федерации произошли определенные изменения в данном направлении, к ним изменениям можно отнести:

- оформление законодательной базы на уровне федерального и регионального законодательства;
- оформление государственных региональных центров, реализующих свою деятельность на межведомственной основе;
- развитие негосударственного сектора ранней помощи в рамках некоммерческих организаций;
- развитие технологий ранней помощи детям на основе отечественной практики;
- становление системных подходов к ранней помощи в рамках научных школ и направлений;

Оформление законодательной базы на уровне федерального законодательства

Проблема ранней помощи детям с особенностями развития становится актуальной в последнее десятилетия. Можно отметить, что негативные демографические тенденции рубежа веков потребовали экстренных мер со стороны правительства по активизации деятельности в этом направлении [3].

Показатели демографической ситуации

	2005	2010	2013	2014	2015	2016
На 1000 человек населения						
Родившихся	10,2	12,5	13,2	13,3	13,3	12,9
Умерших – всего	16,1	14,2	13,0	13,1	13,0	12,9
из них детей в возрасте до 1 года	11,0	7,5	8,2	7,4	6,5	6,0
Естественный прирост, убыль (-) населения	-5,9	-1,7	0,2	0,2	0,3	-0,01

С другой стороны, можно отметить, что наблюдается рост детской заболеваемости по различным группам нозологий.

**Заболееваемость детей первого года жизни по основным классам
и группам болезней**

	2005	2010	2013	2014	2015	2016
	Всего, тысяч случаев					
Зарегистрировано заболеваний – всего	3625,4	4419,3	4449,7	4421,2	4399,5	4761,6
из них:						
некоторые инфекционные и паразитарные болезни	104,6	116,0	107,2	105,2	103,1	109,5
болезни нервной системы, из них детский церебральный паралич	227,2	331,2	372,9	385,2	393,6	434,4
болезни глаза и его придаточного аппарата	1,2	1,8	1,1	1,3	1,2	1,5
болезни уха и сосцевидного отростка	104,4	150,2	163,9	171,0	173,6	195,5
болезни органов дыхания	64,3	67,9	66,9	66,1	64,7	69,3
болезни органов пищеварения	1603,1	2004,6	2080,8	2088,2	2090,2	2299,2
болезни мочеполовой системы	190,7	250,0	244,7	240,2	253,9	255,3
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	59,3	84,3	88,3	87,7	89,4	100,3
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	84,7	125,3	124,7	130,0	130,5	150,5
	21,9	27,2	25,6	25,4	25,1	46,0

С третьей стороны, выхаживание детей с малой массой и ранними сроками рождения может провоцировать различные виды инвалидизации – физическую и ментальную [4].

Сведения о новорожденных по массе тела при рождении ¹

	2005	2010	2013	2014	2015	2016
Родилось живыми – всего, человек	1418962	1762782	1866442	1910494	1909420	1857301
из них с массой тела при рождении, г:						
500-999	3163	4724	6873	6740	6650	6645
1000-1499	6767	9633	12218	12355	12599	11868
1500-1999	18726	22653	24726	24758	24435	23637
2000-2499	55949	65714	71121	71127	70888	69111

В этой связи одним из действенных механизмов решения данных проблем, помимо профилактической работы, работы по планированию здоровой семьи, выступают технологии ранней помощи.

¹ Включая родившихся при поздних абортах.

Сегодня ранняя помощь начинает осмысляться как система мер и практик работы с семьями группы риска, которые осложняют жизнедеятельность детей и социального окружения. Репродуктивное здоровье женщин из семей группы риска не способствует рождению здоровых детей. В последнее время наблюдается снижение заболеваемости женщин по отдельным болезням, тем не менее, их количество еще достаточно высоко, особенно по таким болезням как алкоголизм и алкогольные психозы, что характерно для семей группы риска.

Заболеваемость женщин отдельными болезнями

	2005	2010	2013	2014	2015	2016
Зарегистрировано пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни:						
всего, тыс. человек						
злокачественные новообразования	250,1	278,9	290,7	307,5	319,3	325,8
из них:						
молочной железы	49,5	57,2	60,7	65,1	66,6	68,5
шейки и тела матки, плаценты	30,2	34,6	37,8	39,8	41,2	42,4
яичника	12,3	13,1	13,3	13,6	14,0	14,0
активный туберкулез	34,3	33,6	28,1	27,7	26,8	25,2
алкоголизм и алкогольные психозы	43,2	35,6	25,8	24,9	24,0	22,7
эрозия и эктропион шейки матки	499,0	...	373,5	375,5	340,0	332,1
расстройства менструаций	536,0	555,1	563,6	564,6	535,7	537,0
бесплодие	52,5	70,7	81,0	83,1	94,2	92,8
осложнения беременности, родов и послеродового периода на 100 000 женщин:	2470,7	2888,8	2777,8	2801,3	2618,1	2450,1
злокачественные новообразования	327,2	363,1	377,3	392,2	406,4	413,9
из них:						
молочной железы	64,8	74,5	78,8	83,0	84,8	87,1
шейки и тела матки, плаценты	39,4	45,1	49,0	50,8	52,5	53,9
яичника	16,1	17,0	17,2	17,4	17,9	17,8
активный туберкулез	44,8	43,7	36,5	35,3	34,2	32,0
алкоголизм и алкогольные психозы	56,5	46,4	33,5	31,8	30,6	28,9
эрозия и эктропион шейки матки ¹	797,6	...	585,2	580,1	526,4	515,4
расстройства менструаций ²	1230,1	1365,6	1441,0	1434,8	1371,0	1382,5
бесплодие ³	146,6	201,3	239,3	244,6	280,3	278,8
осложнения беременности, родов и послеродового периода ⁴	6299,7	7722,8	7755,2	7797,8	7361,0	6948,2

1 На 100 000 женщин в возрасте 18 лет и более.

2 На 100 000 женщин в возрасте 10-49 лет.

3 На 100 000 женщин в возрасте 18-49 лет.

4 На 100 000 женщин в возрасте 15-49 лет [5].

Данные тенденции обозначили спектр проблем, которые необходимо было решать государственным структурам на уровне программ раннего вмешательства. Несмотря на то, что в зарубежных странах определяют различные категории детей, имеющих проблемы с развитием, и которым необходима ранняя помощь, тем не менее, сложились общие подходы на основе системных характеристик:

- отставание в развитии (не более 2-х стандартных отклонений),
- дети с особыми потребностями обучения, связанные с ограничениями и нарушениями,
- недоношенные и дети малого веса (менее 2,5 кг.),
- дети, родившиеся от матерей, употреблявших алкоголь и психоактивные вещества.

Можно отметить, что сложившиеся тенденции будут только усиливаться в современном обществе.

Тенденции, которые обозначились в данный период, становятся предметом обсуждений среди активистов Народного фронта, на первой конференции 18 апреля 2013 г. «Строительство социальной справедливости», по итогам которой Президент Российской Федерации В.В. Путин дал поручение по внедрению системы ранней помощи семьям с детьми-инвалидами, сопровождению таких семей, а также о методическом обеспечении работы субъектов Российской Федерации по данным вопросам.

Распоряжением Правительства РФ от 31 августа 2016 г. № 1839-р была утверждена Концепция развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 г. В соответствии с данной концепцией целевой группой для оказания ранней помощи являются семьи с детьми в возрасте от 0 до 3 лет, у которых имеются отставание в физическом или умственном развитии, нарушения здоровья, с высокой вероятностью приводящие к задержкам развития.

Постановление Правительства РФ активизировало деятельность государственных учреждений в области ранней помощи детям.

Так, в г. Москве до 2015 г. службы ранней помощи в системе социальной защиты населения не существовало. Важным этапом становления данного направления стала организация Службы ранней помощи на базе отделения медико-социальной реабилитации детей Государственного бюджетного учреждения «Научно-практический центр медико-социальной реабилитации инвалидов имени Л.И. Швецовой» Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы.

Создание и функционирование Службы было связано с открытием на базе Центра соответствующей опытно-экспериментальной площадки Института

дополнительного профессионального образования работников социальной сферы (ГАУ ИДПО ДТСЗН) по приказу Департамента социальной защиты населения г. Москвы от 29 апреля 2015 г. № 376.

В Санкт-Петербурге ранняя помощь реализуется в различных организациях. Например, в Институте ранней помощи межведомственная работа осуществляется через систему проектов, которые помогают семьям с детьми с особыми потребностями. Такими проектами стали: «Местное сообщество – семьям», «Помогаем расти и развиваться», «Развитие моделей поддержки родителей детей с тяжелыми и множественными нарушениями развития» и др.

В программах предусмотрена работа с семьями для интенсификации усилий по когнитивному, речевому, двигательному развитию детей, улучшению функционирования детей в повседневной жизни в домашней среде, а также организации помощи родителям [6].

В Самарской области службы ранней помощи реализовывали специальную помощь детям и семьям с 2002 г. Сегодня на территории области работает 13 специализированных центров. Данные центры специализируются на раннем выявлении детей, которым необходима особая поддержка. Центры осуществляют не только сопровождение семей, но и методическую помощь.

Методическая помощь оказывается и педагогам муниципальных дошкольных учреждений по вопросам организации и проведение образовательной работы с детьми раннего возраста, имеющих ограничения по здоровью [7].

В Архангельске более тринадцати лет реализуется программа ранней помощи на основе международного сотрудничества. В рамках программы ранней помощи ежегодно учувствует 125 семей.

Особенность данной программы заключается в том, что в ней реализуются подходы, которые направлены на поддержку сильных сторон ребенка, признание родительской компетентности, создание естественных условий для развития ребенка, ведение командных форм работы [8].

Программы ранней помощи реализуются в Красноярском крае. По данным министерства социальной политики, по состоянию на июль 2017 г. на учете в органах социальной защиты населения края состояло 1013 детей с уже установленной инвалидностью в возрасте от 0 до 3-х лет. Около 1,0 тыс. детей раннего возраста находятся в группе риска, так как воспитываются в семьях, находящихся в социально опасном положении. Программа раннего вмешательства реализуется через отделения учреждений социальной защиты. Так, например, с 2014 г. на базе МБУ СО «Городской реабилитационный центр

для детей и подростков с ограниченными возможностями «Радуга» функционирует отделение раннего вмешательства.

В поселке городского типа Шушенское на базе РМБУ «Реабилитационный центр для детей-инвалидов, детей и подростков с ограниченными возможностями» в отделении психологопедагогической помощи в 2014 г. была создана служба ранней помощи «Чудо-дети» [9]. Основная направленность данных центров работа не только с детьми, но и их родителями.

Система ранней помощи детям с ограниченными возможностями и их семьям сегодня реализуется во многих регионах Российской Федерации. Работа строится на основе профилактических подходов, на межведомственной основе, с включением различных организаций в процесс выявления и реабилитации детей с ограниченными возможностями.

Анализируя складывающуюся практику, современные исследователи определяют основные направления в подходах к ранней помощи: в области оказания услуг ранней помощи, в области поддержания функционирования и развития ранней помощи. Таким образом, складывающаяся региональная модель ранней помощи сегодня может формироваться следующим образом.

Основные услуги ранней помощи:

- организация и проведение комплексной медико-психолого-педагогической диагностики детей,
- составление индивидуальной программы развития ребенка на основе функциональной диагностики развития,
- организация работы с семьей (надомная, институциональная, дистанционная) по различным направлениям (информационно-просветительская, тренинговая, консультативная и др.),
- организация развивающей деятельности для развития ребенка в семье, со сверстниками, в окружающей среде,
- организация комплексной реабилитационной работы различными специалистами.

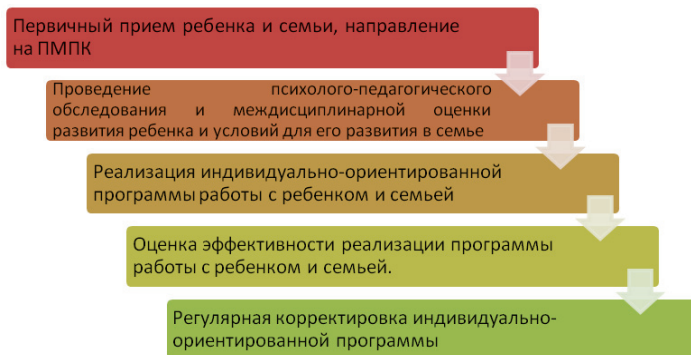
Поддержка функционирования ранней системы помощи:

- деятельность по межведомственной координации и помощи ребенку с особыми потребностями,
- организация методической работы, специальных методических объединений,
- организация научно-экспериментальной деятельности учреждений, лабораторий, центров,
- организация непрерывного повышения квалификаций специалистов,

- формирование междисциплинарных команд,
- организационная деятельность по материально-техническому обеспечению ранней помощи [10].

Общий алгоритм ранней помощи, который сложился сегодня в этой практике можно представить в виде общей пошаговой схемы:

Рис. 1



Несмотря на определенные успехи в направлении ранней помощи детям с особыми потребностями, существует ряд системных проблем, которые необходимо решать в ближайшее время.

К таким основным проблемам необходимо отнести:

- слабую межведомственную работу на уровне территориальных и муниципальных образований. Отсутствие связей между организациями здравоохранения, социальной защиты и образования, что влияет на диагностику ранней помощи,
- недостаточная информированность родителей по проблемам ранней помощи детям, специфики заболевания, возможностях реабилитации, особенностях развития ребенка, в области прав и возможностей социальных, медицинских, образовательных услуг,
- неразвитую организацию дополнительного профессионального образования и методической поддержки специалистов, обеспечивающих предоставление услуг ранней помощи,
- отсутствие целевых программ ранней помощи на уровне территорий, включение их в целевые программы социальной реабилитации и социальной поддержки населения,
- достаточно слабое привлечение негосударственных поставщиков к оказанию услуг в сфере ранней помощи.

Список литературы

1. Meisels S.J. & Shonkoff J.P. (2000). Early childhood intervention: A continuing evolution. In J.P. Shonkoff & S.J. Meisels (Eds.), Handbook of early childhood intervention (second edition, pp. 3–31). New York: Cambridge University Press.
2. Наталия Доброва-Крол. Ранее вмешательство. Международный детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) unicef.org
3. Росстат: «Здравоохранение в России – 2017» с приложениями (онлайн, pdf, rar) Вторник, 30 января 2018 19:09 <https://nangs.org/analytics/rosstat-zdravookhranenie-v-rossii-s-prilozheniyami-onlajn-pdf-rar>
4. Росстат: «Здравоохранение в России – 2017» с приложениями (онлайн, pdf, rar) Вторник, 30 января 2018 19:09 <https://nangs.org/analytics/rosstat-zdravookhranenie-v-rossii-s-prilozheniyami-onlajn-pdf-rar>
5. Росстат: «Здравоохранение в России – 2017» с приложениями (онлайн, pdf, rar) Вторник, 30 января 2018 19:09 <https://nangs.org/analytics/rosstat-zdravookhranenie-v-rossii-s-prilozheniyami-onlajn-pdf-rar>
6. Институт раннего вмешательства. <http://eii.ru/>
7. Службы ранней помощи Самарской области educat.samregion.ru
8. Аксенова О.Ж., Павлова С.В. Раннее вмешательство: уникальность инновационной программы помощи семьям с маленькими детьми. Профессиональная библиотека работника социальной службы. № 7. 2016. С. 77.
9. Ранняя помощь детям с особыми потребностями в учреждениях социального обслуживания Красноярского края. Вектор становления и развития: методическое пособие // Серия методических пособий для руководителей и специалистов учреждений системы социальной защиты населения / под общ. ред. Э.М. Бурыхиной, В.А. Чеха. Вып. 15. Красноярск: КГКУ «Ресурсно-методический центр системы социальной защиты населения», 2017.
10. Разенкова Ю.А. Регионально-муниципальная модель ранней помощи Альманах №33 «Ранняя помощь: лучшие региональные практики» maps.yandex.ru

«ШКОЛА-ТЕАТР-ДОМ»
Программа развития МКОУ «Школа-интернат для глухих детей»
Проект театра «Пиано»*
"SCHOOL-THEATER-HOME"
The development program for "Boarding school for deaf children"
The project of the "Piano" theater

В.Н. Чикишев

*Художественный руководитель и режиссер Театра «Пиано»,
заслуженный работник культуры РФ,
лауреат государственной премии Президента Российской Федерации 2017 г.*

V.N. Chikishev

*Art director of the Piano Theater,
Honored Worker of Culture of the Russian Federation,
laureate of the State Prize awarded by President of the Russian Federation 2017*

Представлены основные этапы становления и деятельности театра «Пиано» («Школы-интерната для глухих детей»), его основной цели и задач: создание гармоничной, образовательной социокультурной среды для успешной социализации в мире детей с ОВЗ.

The paper describes how the theatre for children with hearing deficiencies was created as well as its main activities and goals the main of which is creating a well-balanced learning environment to socialize disabled children. The theatre functions on the premises of a school for children with hearing problems.

Ключевые слова: театр «Пиано», глухие дети, социализация детей с ОВЗ

Keywords: "Piano" theatre, children with hearing disabilities, socialization of children with disabilities

«Школа-Театр-Дом» — это разработка комплексной педагогической стратегии субъект-субъектного типа с ориентацией на методику и практику театра «Пиано» и формирование новых гуманистических подходов к общему образованию для глухих детей.

Театр «Пиано» [1] создан в 1986 г. как студия пантомимы и пластической импровизации при Нижегородской школе-интернате для глухих детей. Задача театра Пиано помочь глухим детям взрослеть, не теряя, а накапливая душевное богатство и веру в себя, стать лидерами в этой жизни, реализовать свои творческие амбиции и раскрыть талант. Уже созданы и создаются условия для эффективной социализации глухих детей через продвижение модели социокультурной инклюзии, создание безбарьерной среды и организации

* Программа подготовлена авторским коллективом структурного подразделения Театр «Пиано» МКОУ «Школы-интерната для глухих детей» под руководством директора школы, художественного руководителя и режиссера Театра «Пиано», заслуженного работника культуры РФ, лауреата государственной премии Президента Российской Федерации 2017 г. Владимира Николаевича Чикишева

творческого взаимодействия воспитанников школы-интерната НА РАВНЫХ и ВМЕСТЕ со своими сверстниками, независимо от возраста, языка и наличия медицинского диагноза. За 32 года активной работы театр стал лауреатом более 60ти международных фестивалей и конкурсов в 16ти странах мира. Инициатор и организатор более 100 образовательных и социокультурных проектов.

Цель программы:

Создание гармоничной образовательной социокультурной среды, максимально раскрывающей потенциал и формирующей основные навыки детей с ОВЗ, необходимые для успешной социализации в мире.

Задачи программы:

1. Реализация модели «Школа-Театр-Дом» как целостной системы развития субъектности детей и педагогов в рамках федерального государственного образовательного стандарта коррекционного образования.

2. Создание предметно-пространственной развивающей среды развития глухих детей-учащихся школы интерната.

3. Индивидуализация и гуманизация процесса обучения.

Актуальность программы «Школа–Театр–Дом» продиктована стратегическими задачами модернизации российского образования, в котором совершается переход к образованию, ориентированному на реализацию индивидуальной траектории развития ребенка, его творческой активности и движению к саморазвитию. ФГОС определяет ценностные ориентации коррекционного образования – направленность педагогического процесса на содействие становлению и развитию инициативности, активности, самостоятельности, любознательности, рефлексивности. Эти качества личности могут быть обобщены понятием «субъектность». Развитие субъектности ребенка с ОВЗ в условиях интерната осложнено фактором изолированности пространства от внешнего мира. Досуговая и внешкольная деятельность ограничена в пространстве и во времени, снижена вариативность самостоятельного выбора и формирования личностных компетенций учащегося.

В программе «Школа-Театр-Дом» реализуется идея неразрывного синтеза образовательного, культурного и терапевтического процессов в развитии ребенка с ОВЗ. Особенность образовательного компонента в коррекционной школе, при которой личностно-ориентированный подход – необходимость успешного прохождения и усвоения школьной программы детей с ОВЗ, требует поиска новых методов работы с детьми. Основой методики «Пиано» является театрално-пластическая импровизация (танец, пантомима, игра).

Жизнь ребенка в интернате регламентирована и этим ограничена, именно поэтому в программе «Школа-Театр-Дом» возникает понятие Дома.

Для ребенка, живущего здесь, именно пространство дома становится микроплощадкой для его личностной самореализации, а также макространством взаимодействия с окружающим миром. Понятие дома сопряжено с понятием свободы – внутренней, творческой, познавательной. Театр как платформа для развития субъектности ребенка также раскрывает его свободу, личность, самосознание. А это основа для формирования пространства возможностей.

Таким образом, «Школа-Театр-Дом» – это не просто программа дополнительного образования. Это система, направленная на создание инновационных пространств и модулей, интегрирующих в себе все направления развития личности ребенка – обучение через эстетическое воспитание, игру, прикладную деятельность и физическую культуру.

Основная идея программы: создание Центра образовательных, социокультурных, инклюзивных коммуникаций, площадки творческих инициатив на принципах деятельностной, сотруди́ческой педагогики, направленной на личностную самоактуализацию детей и педагогов в процессе создания совместных продуктивных практик (мастер-классов и занятий по театральному и околотеатральному творчеству, прикладным и техническим видам творчества, компьютерным технологиям, в том числе фото, видео, дизайн направления. Также создание спектаклей, организация выставок, фестивалей и других совместных проектов), Лаборатории продуктивного педагогического мышления, Диалоговой платформы, открытого пространства возможностей для всех участников образовательного процесса: детей, педагогов, родителей, представителей различных социальных групп: дети, взрослые, студенты и педагоги ВУЗов, волонтеры, жители и гости города, представители образовательных, социокультурных институций, в т.ч. зарубежных, через организацию круглых столов, конференций, семинаров, фестивалей с участием специалистов в области коррекционной, театральной педагогики, разработчиков новых образовательных моделей, работающих в логике субъект-субъектной модели педагогики.

Дети и дефицит информации.

Большая часть воспитанников школы-интерната не просто лишены слуха: часто потеря слуха связана с пережитым в раннем детстве серьезным заболеванием. У детей, составляющих контингент школы, как правило, есть другие диагнозы и ограничения в развитии разной степени. Если точнее, затрудненность интеллектуального развития в результате дефицита слуховой и не только слуховой информации.

Каждый из этих детей имеет свой индивидуальный интеллектуальный и творческий ресурс, и задача школы – максимально учесть все эти

индивидуальности с тем, чтобы выработать особые методы и технологии обучения-воспитания, оптимальный режим жизни. Для детей, которые большую часть времени проводят в школе-интернате, школа действительно должна стать еще и семьей, осуществляя самым серьезным образом все связанные с семейным воспитанием функции, и эффективной адаптацией к внешнему миру. Дети, имеющие дефицит информации, должны иметь возможность максимальной компенсации этого дефицита средствами, доступными для их восприятия. А это требует особых приемов, методик и технологий. Лучше всего для решения этих задач подходят креативные игровые технологии, разработанные в соответствии с достижениями передового мирового педагогического опыта, в том числе успешно применяемые Театром «Пиано».

Инновационные особенности авторской методики.

Методики и технологии, активно применяемые в театральной педагогике, основаны на игре и направлены на поиск личностной мотивации ребенка к самостоятельной творческой деятельности. Для детей, чей интеллект угнетен недугом, особенно актуален путь развития – «от образа к осмыслению». Для неслышающих детей – первый, родной язык – не вербальный, не словесный. Для них родным и основным служит язык визуальных знаков, телесно-пространственных отношений с миром, язык возникающих в таком соприкосновении понятий-символов. И для них, естественно, более логичен путь развития «от образа – к слову, к речи». Внедрение такой методики в работу с детьми с ОВЗ основано на понятии творческого инклюзива. Инклюзивный подход – активно развиваемое направление в современной российской педагогической системе. Это возможность создать нужные условия для всех членов общества, независимо от их умственных и физических особенностей. Программа предполагает использование театрально-педагогических методов и технологий в общеобразовательном процессе, когда учителя владеют средствами невербального воздействия, умеют вовремя переключать внимание воспитанников на актуальные сферы деятельности и бережно влиять на самые различные отделы сознания: чувства, воображение, внимание, память, мышление, волю.

Такой подход к обучению-воспитанию объединяет в едином процессе общее, дополнительное, корректирующее и творческое образование. Методы обучения и воспитания соотносятся с едиными критериями и формируют целостное восприятие мира – гармоничный и полноценный ОБРАЗ мира и отношений между людьми.

Архитектоника и структура образовательного пространства.

Программа предполагает создание принципиально новой структуры: объединенного обучающего, корректирующе-компенсаторного и развивающего пространства. Это пространство, в котором объединены и взаимно интегрированы школа, театр, дом. Структура, в которой через ежедневное обучение (школа), внутри постоянного нахождения и проживания (дом-интернат), через игру в театр и освоение специализированной художественной культуры (околотеатральные мастерские по прикладным видам творчества) в контексте общего развития (базовая программа с дополнительным и коррекционным образованием) происходит процесс обживания и окультуривания ребенком мира. Происходит приобщение его к различным языкам культуры. Базой для социализации детей становится театральная культура как специфическая область, где средствами искусства осваиваются многие проблемы жизни, где дети обучаются новому качеству жизни. Кроме собственно сценического представления, которое разыгрывают актеры, в создании спектакля принимают участие педагоги, художники, портные, гримеры, бутафоры, дизайнеры, осветители, режиссеры, сценаристы, фотографы. Все это виды деятельности, доступные для незрячих детей. И развитие навыков по этим видам деятельности в дальнейшем может стать основой для получения профессии. В подготовке спектакля, как «продукте» коллективного творчества, принимает участие практически вся школа-интернат. И гордиться успехом такого спектакля может вся школа. А поскольку спектакль и задуман, и создается для дальнейшего показа и восприятия зрителями на самых различных площадках, включая крупнейшие международные фестивали и конкурсы, можно говорить о примере эффективной модели социализации (адаптации к изменчивому миру).

В нашем случае это не механизм, как принято говорить, не схема, а развивающее, активное пространство: Школа-Театр-Дом.

Все перечисленные в программе инновационные технологии в работе с глухими детьми находят свое яркое воплощение в проведении инклюзивных фестивалей «Школа искусств» как внутри школы, так и на его территории. Как показывает практика, фестиваль успешно способствует развитию детей с ограниченными возможностями и развитию толерантности в среде учащихся и педагогов общеобразовательных школ и ВУЗов, просто жителей и гостей города, волонтеров по отношению к таким детям. И не просто толерантности, а пониманию, что ограниченные возможности здоровья детей не ограничивают их таланта, их способности и не должны ограничивать их возможности ни в получении образования, в том числе и высшего, ни в профессиональной деятельности.

Программа «Школа-Театр-Дом» – это межведомственный и междисциплинарный инклюзивный проект, действие которого разворачивается в сферах образования, культуры, здравоохранения, социальной и молодежной политики.

Список литературы

1. Сайт театра «Пиано». URL www.tepi.org.

**СТРУКТУРА И ДИНАМИКА ИНВАЛИДНОСТИ
В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ**

ДОКЛАДЫ

**МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ
К ПРОФИЛАКТИКЕ ИНВАЛИДНОСТИ**
**MEDICAL AND ORGANIZATIONAL APPROACHES
TO DISABILITY PREVENTION**

А.А. Балавин

Нижегородский областной центр медицинской профилактики

С.О. Семисынов

Нижегородский областной центр медицинской профилактики,

«Приволжский исследовательский медицинский университет»

Министерства здравоохранения РФ

A.A. Balavin

Nizhny Novgorod regional center of medical prevention

S.O. Semisynov

Nizhny Novgorod regional center of medical prevention,

“Privolzhsky Research Medical University”

of the Ministry of Health of the Russian Federation

Инвалидность является актуальной медико-социальной проблемой. В Российской Федерации в настоящее время реализуется комплекс мероприятий, направленных как на реабилитацию инвалидов, так и на профилактику ее возникновения и развития. К последним относятся программы, направленные на формирование у населения культуры здорового образа жизни.

Disability is an urgent medical and social problem. The Russian Federation is currently implementing a set of measures aimed at both rehabilitation of disabled people and prevention of its occurrence and development. The latter include programs aimed at building a healthy lifestyle among the population.

Ключевые слова: инвалидность, реабилитация, здоровый образ жизни

Keywords: disability, rehabilitation, healthy lifestyle

Инвалидность – одна из составляющих человеческого существования. Почти каждый человек в течение жизни может иметь временные или постоянные нарушения, а те, кто доживут до старшего возраста, могут испытывать все большие трудности с функционированием. Инвалидность – это сложное явление, а меры вмешательства по преодолению ущерба, обусловленного инвалидностью, носят комплексный и системный характер и варьируются в зависимости от конкретных условий. По оценкам, более

миллиарда человек, или около 15% населения, живут с какой-либо формой инвалидности [1].

В настоящее время в Российской Федерации зарегистрировано более 12 млн. инвалидов, среди которых взрослых инвалидов 3-ей группы – более 4 млн. человек, 2-ой группы – более 5 млн. человек, 1-ой группы – более 1 млн. человек [2]. Сведения о количестве детей-инвалидов поступают из трех разных ведомств – Министерства здравоохранения Российской Федерации, Пенсионного фонда Российской Федерации и Бюро медико-социальной экспертизы. Численность их составила свыше 600 тыс. человек [3].

Реабилитация и социализация людей с ограниченными возможностями являются одними из важнейших задач социальной политики Российской Федерации [4].

Вопросы нормативно-правового регулирования медико-социальной помощи гражданам с ограниченными возможностями закреплены в основополагающих законодательных актах, к которым относятся: Федеральный закон от 24.11.1995 №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральный закон от 29.12.2012 №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», Федеральный закон от 15.12.2001 №166-ФЗ «О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации».

В настоящее время в нашей стране реализуется комплекс мероприятий, направленных как на реабилитацию и социальную адаптацию лиц, признанных инвалидами, так и на предупреждение развития инвалидности.

К первой группе мероприятий относится составление индивидуальной программы реабилитации (ИПР), которая содержит:

= реабилитационные или абилитационные мероприятия, предоставляемые инвалиду (ребенку-инвалиду) бесплатно в соответствии с федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденным распоряжением Правительства РФ от 30 декабря 2005 г. № 2347-р (Собрание законодательства РФ, 2006, № 4, ст. 453; 2010, № 47, ст. 6186; 2013, № 12, ст. 1319; № 38, ст. 5096);

= реабилитационные или абилитационные мероприятия, в оплате которых принимают участие сам инвалид либо другие лица и организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности [5].

С принятием Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (1995) государственная социальная политика в отношении инвалидов в современной России претерпела серьезные

концептуальные изменения по сравнению с советским периодом. Федеральный закон ввел несколько принципиальных новаций: изменил подход к понятию «инвалидность», ввел новые подходы к реабилитации инвалидов, основанные на принципе обеспечения «равенства возможностей в реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод, предусмотренных Конституцией РФ и международными обязательствами Российской Федерации» [6]. Впервые в Российской Федерации целью государственной политики была объявлена не только помощь инвалиду, но и создание для инвалидов возможности равного с другими гражданами участия в общественно-экономической жизни.

Одним из путей реализации данного направления явилась разработка государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2020 гг., цель которой создание правовых, экономических и институциональных условий, способствующих интеграции инвалидов в общество и повышению уровня их жизни.

Данная Программа решает следующие задачи:

– обеспечение равного доступа инвалидов к приоритетным объектам и услугам в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения;

– обеспечение равного доступа инвалидов к реабилитационным и абилитационным услугам, включая обеспечение равного доступа к профессиональному развитию и трудоустройству инвалидов;

– обеспечение объективности и прозрачности деятельности учреждений медико-социальной экспертизы.

Помимо указанных мероприятий, направленных на реабилитацию инвалидов, в субъектах Российской Федерации активно проводится деятельность, связанная с формированием у населения культуры здорового образа жизни и профилактики хронических неинфекционных заболеваний, приводящих к инвалидизации населения.

В частности, на территории Нижегородской области ГБУЗ НО «Нижегородский областной центр медицинской профилактики» реализует следующие проекты:

– «Внедрение модели информирования населения по неотложным состояниям (ОНМК, ОИМ)»;

– «Формирование позитивной мотивации у населения Нижегородской области к здоровому образу жизни»;

– «Формирование приверженности населения Нижегородской области к физической активности».

Список литературы

1. Сайт Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Всемирный доклад об инвалидности. 2011 [Эл. ресурс]. Режим доступа: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_ru.pdf (дата обращения: 23.06.2018).
2. Туганов Ю.Н. Правовое регулирование оформления инвалидности, прохождения медико-социальной экспертизы и судебное обжалование ее результатов / Туганов Ю.Н., Бойцова И.С. // Вестник Екатеринбургского института. 2017. №2(38). С. 117-121.
3. Инвалидность и социальное положение инвалидов в России / под ред. Т.М. Малевой. М.: Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2017. 526 с.
4. Украинцева И.Д. Нормативно-правовое обеспечение формирования доступной среды для инвалидов [Эл. ресурс] // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 1-1. Режим доступа: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?Id=18311> (дата обращения: 23.06.2018).
5. Дараселия Е.В. Правовые основы защиты инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья: учебное пособие / Е.В. Дараселия, М.А. Каплюк, Е.С. Луценко; ФГБОУ ВО РГУПС. Ростов н/Д, 2017. 120 с.
6. Преамбула, статьи 2, 3 Федерального закона от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» // Официальный сайт компании «КонсультантПлюс» [Эл. ресурс]. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/ (дата обращения: 23.06.2018).

МИКРОПЕРЕПИСЬ НАСЕЛЕНИЯ 2015: ОТДЕЛЬНЫЕ ИТОГИ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ **2015 MICRO POPULATION CENSUS: FINDINGS AND HEALTH CONDITION OF POPULATION IN NIZHNY NOVGOROD AREA**

О.В. Безаева

Территориальный орган федеральной службы государственной статистики по Нижегородской области

O.V. Bezaeva

Branch of federal statistics service in Nizhny Novgorod area

Программа последнего «Социально-демографического обследования (микрореперисы населения) 2015 г.» включала ряд новых вопросов, касающихся и оценки состояния здоровья (хронические заболевания, ограничивающие жизнедеятельность, необходимость помощи другого человека в ежедневном обиходе), и наличия установленной группы инвалидности. Акцент сделан на усилия самого человека и его семьи в сохранении и укреплении здоровья.

Recent “Socio-demographic survey (micro-census of population) 2015” included a number of new questions related to health status assessment (chronic diseases that limit livelihoods, need to help another person in everyday life), and as well as a confirmed disability group. The paper emphasizes efforts of a person and his family to keep and improve health.

Ключевые слова: микроперепись 2015, здоровье населения, инвалидность
Keywords: 2015 microcensus, public health, disability

В октябре 2015 г. в Нижегородской области, как и во всей Российской Федерации, было проведено федеральное статистическое наблюдение «Социально-демографическое обследование (микроперепись населения) 2015 года».

Микроперепись населения проводилась на территории всех субъектов Российской Федерации в городских и сельских населенных пунктах. Фактический объем выборки составил 1,5% населения частных домохозяйств, учтенных Всероссийской переписью населения 2010 г., или 2,2 млн. человек. В Нижегородской области микроперепись населения проводилась на территории всех городских округов и большинстве муниципальных районов.

Программа опроса включала наряду со стандартными (дата рождения, пол, состояние в браке, родственные отношения, этническая принадлежность, образование) ряд новых вопросов, касающихся, в том числе, оценки состояния здоровья и наличия установленной группы инвалидности.

В микропереписи населения в Нижегородской области приняли участие 44,7 тысячи человек, из них – 55% женщин и 45% мужчин.

Средний возраст респондентов составил 41,4 года (мужчин – 38,4 года, женщин – 43,9 года).

Из числа участников обследования в возрасте 15-72 лет 69% жителей области входят в состав рабочей силы (в том числе 97% – занятое население, 3% – безработные). В целом по стране этот показатель оказался почти на том же уровне и составил 67% опрошенных.

Возможность осуществлять гражданином трудовую деятельность напрямую определяется состоянием его здоровья. Именно поэтому здоровье населения является одной из главных ценностей общества, показателем его социального благополучия, важной составляющей устойчивого развития страны.

Эта важнейшая социальная сфера тоже оказалась в фокусе внимания проведенного обследования. Данные об оценке состояния здоровья получены на основе ответов населения на вопросы о наличии хронического заболевания, ограничивающего жизнедеятельность, о необходимости помощи другого человека для ежедневной деятельности в связи с ограничениями по состоянию здоровья и об установленной группе инвалидности. К хроническим заболеваниям относились не только врожденные, но и приобретенные и физические недостатки, ограничивающие жизнедеятельность человека.

Почти 13% респондентов микропереписи сообщили о наличии хронических заболеваний, ограничивающих жизнедеятельность, в целом по стране этот показатель составил 14%.

Из числа указавших наличие таких заболеваний 58% нижегородцев имеют установленную группу инвалидности, тогда как в целом по стране в это число попало менее половины россиян (48,7%). Распределение инвалидов по группам инвалидности выглядит следующим образом: около 16% упомянутой группы опрошенных нижегородцев и россиян в целом имеют III группу инвалидности, 6% – I группу, чуть менее 2% указали категорию «ребенок-инвалид», а вот II группу имеют 34% опрошенных инвалидов области и только каждый четвертый житель страны.

Больше половины респондентов страны (51%), имеющих хронические заболевания и установленную группу инвалидности, сообщили о наличии профессионального образования (из числа указавших уровень образования). По области этот показатель оказался немного ниже и составил 44% опрошенных. Каждый третий респондент области с установленной группой инвалидности, указавший наличие образования, получил среднее образование, 10% – высшее. На обладателей среднего и неполного среднего образования пришлось почти 38% респондентов упомянутой группы.

Из общего числа опрошенных нижегородцев, указавших наличие хронических заболеваний, ограничивающих жизнедеятельность, 26% оказались в трудоспособном возрасте (по России – 29%). Аналогичный областной показатель у респондентов с установленной группой инвалидности составил 24%.

Половозрастной анализ респондентов с указанными хроническими заболеваниями в рамках проводимого демографического обследования показал существенные различия в наличии заболеваний в зависимости от пола и возрастной группы респондентов. Так, в целом среди респондентов, сообщивших о наличии хронических заболеваний и установленной группы инвалидности, женщин оказалось ощутимо больше (61% нижегородок и 58% в среднем по стране). Нельзя не отметить, что только 12% из них находились в трудоспособном возрасте, тогда как среди мужского населения аналогичная доля оказалось практически в 3 раза больше (41,8% от числа мужчин, указавших наличие хронических заболеваний и установленную группу инвалидности).

В состав рабочей силы попали 28% опрошенных нижегородцев с хроническими заболеваниями (из числа указавших свой статус), в целом по стране этот показатель оказался немного выше и составил 31,5%. На долю безработных среди них пришлось 2-3% как россиян, так и жителей области.

Что касается респондентов, имеющих установленную инвалидность и ответивших на вопрос о своем статусе, то 13% опрошенных жителей области этой категории оказались в составе рабочей силы (в целом по стране эта цифра составила 15%).

Инвалидность не является приговором, и люди, которые имеют ограниченные способности по здоровью, не должны быть ограничены в своих правах. Это касается и права на труд, закрепленного в Конституции России. Современное развитие технологий производства сделали возможным появление новых рабочих мест, не требующих приложения значительных физических усилий, что дает возможности инвалидам реализовать себя в трудовой деятельности, а также иметь дополнительный источник дохода.

В Нижегородской области среди инвалидов, ответивших на вопрос об источниках своих доходов, 15% опрошенных трудоспособного возраста указали трудовую деятельность в качестве основного источника дохода, 76% – пенсию по инвалидности. Аналогичная картина наблюдалась и в целом по стране.

Еще одним немаловажным аспектом оценки населением своего здоровья, затронутым микропереписью, стала необходимость помощи другого человека в повседневной жизни в связи с ограничениями по состоянию здоровья.

В целом по стране и по области около 30% участников обследования с хроническими заболеваниями, ограничивающими жизнедеятельность, нуждаются в помощи сторонних лиц. При этом подавляющее большинство из них (около 96%) эту помощь получают. В 85-90% случаев помощь оказывалась родными и знакомыми, в том числе соседями. Кроме того, помощь поступала от социальных работников – об этом сообщил каждый пятый обследуемый нижегородец и 15 процентов россиян.

Применительно к лицам с установленной инвалидностью доля нуждающихся в посторонней помощи, безусловно, оказалась выше и составила около 40% опрошенных жителей страны и области. Этой категории респондентов в основном помощь оказывалась преимущественно от родных, знакомых, соседей.

Помощь в повседневной жизни в большей степени востребована респондентами моложе и старше трудоспособного возраста, о чем заявили, соответственно, 40% и 37% опрошенных жителей области и примерно такое же число россиян. В трудоспособном возрасте доля нуждающихся в помощи респондентов оказалась в 2 раза ниже и составила по Нижегородской области 20% опрошенных граждан, ответивших на вопрос о предоставлении помощи (в целом по стране – 17%).

Сохранение и укрепление здоровья во многом определяются отношением каждого человека к своему здоровью. Немаловажную роль при этом играют условия и образ жизни людей. В сентябре-октябре 2018 г. в Нижегородской области и других регионах страны будет проходить выборочное наблюдение поведенческих факторов, влияющих на здоровье населения, цель которого получение статистической информации, отражающей фактическое влияние поведенческих факторов, получивших массовое распространение в образе жизни населения, на здоровье граждан.

**ДИНАМИКА ИНВАЛИДИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ ПОСТСОВЕТСКОЙ
РОССИИ: ПО ДАННЫМ RLMS-HSE 2003-2016 ГГ.
DYNAMICS OF A DISABLED POPULATION IN POST-SOVIET RUSSIA
ACCORDING TO RLMS-HSE DATA FOR 2003-2016**

Г.Л. Воронин

*Федеральный научно-исследовательский социологический центр
Российской академии наук;*

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

А.Д. Крамер

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

G.L. Voronin

*Federal Center of Theoretical and Applied Sociology
of the Russian Academy of Sciences;*

Lobachevsky University

A.D. Kramer

Lobachevsky University

На основе данных RLMS-HSE проанализированы динамика инвалидизации населения в России в период с 2003 по 2016 гг., а также социальные, физические и психологические характеристики людей с ограниченными возможностями здоровья.

Ключевые слова: люди с ограниченными возможностями, хронические заболевания, динамика инвалидизации населения России, удовлетворенность жизнью, уровень дохода

This article demonstrates, based on RLMS-HSE data, the dynamics of disabled population in Russia in the period from 2003 to 2016, as well as the social, physical and psychological characteristics of people with a disability.

Keywords: people with disabilities, chronic diseases, the dynamics of disability in Russia, satisfaction with life, income level

Наличие инвалидности, как правило, затрагивает все сферы жизни человека и может накладывать серьезные ограничения на его нормальную

жизнедеятельность. Так, наступление инвалидности может привести к тому, что заработок (особенно у тех, кто имеет наиболее серьезные нарушения здоровья), а также другая экономическая активность человека, начнут снижаться [1]. Наличие инвалидности может накладывать серьезные ограничения на человека при получении образования, профессиональной подготовки [2]. Помимо этого, инвалидность может оказывать серьезное негативное влияние на качество жизни в целом и приводить к эмоциональным проблемам, проблемам в семье и сообществе [3]. В данной работе, опираясь на данные RLMS-HSE¹ в период с 2003 по 2016 г., мы проанализируем динамику инвалидности в современной России, а также влияние, какое она оказывает на жизнедеятельность человека, опираясь на данные об образовании, занятости, состоянии здоровья и других характеристиках инвалидов.

По данным RLMS-HSE, в период с 2003 по 2016 г. наличие инвалидности² было выявлено у 7,5-9,0% населения России (см. Рис. 1). В 2016 г. 7,8% (или примерно 11,4 млн) россиян имели инвалидность.

Распределение инвалидов по группам со временем претерпело изменения: если доля инвалидов I-ой группы оставалась достаточно стабильной на протяжении всего рассматриваемого периода, то доля инвалидов III-ей группы значительно выросла (с 21% в 2003 до 38% в 2016), а II-ой группы сократилась (с 67% до 52%). Стоит отметить, что эти данные в целом сопоставимы с данными Росстата³.

Если анализировать людей с инвалидностью с точки зрения половозрастной структуры, то доля женщин-инвалидов всегда больше (в среднем за весь период исследования доля женщин составила 57%), чем доля мужчин-инвалидов. Это объясняется тем, что женщин в нашей стране несколько больше, чем мужчин, и продолжительность жизни женщин больше продолжительности жизни мужчин. Также абсолютное большинство женщин-инвалидов (более 85% в 2016 г.) относится к старшей возрастной группе (старше 55 лет), что можно объяснить тем, что проблемы со здоровьем проявляют себя чаще в более позднем возрасте, при более тщательном отношении к своему здоровью по сравнению с мужчинами.

1 Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ-ВШЭ (RLMS-HSE), проводимый Национальным исследовательским университетом «Высшая школа экономики» и ООО «Демоскоп» при участии Центра народонаселения Университета Северной Каролины в Чапел Хилле и Института социологии Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН. (Сайты обследования RLMS-HSE: <http://www.cpc.unc.edu/projects/rfms> и <http://www.hse.ru/rfms>).

2 Вопрос был сформулирован следующим образом: «Скажите, пожалуйста, назначена ли Вам какая-нибудь группа инвалидности?»

3 По данным Росстата в 2017 г. в России насчитывалось 12259 тысяч инвалидов // Здравоохранение в России. 2017: Стат. сб./ Росстат. М., 2017. С. 83 [4].

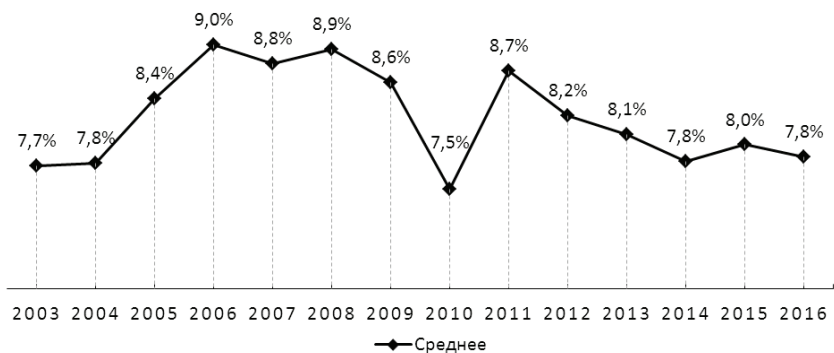


Рис. 1. Доля населения России, имеющего группу инвалидности, 2003–2016 гг., %

Важным представляется и рассмотрение других характеристик людей с инвалидностью. Так, исходя из данных RLMS-HSE, инвалиды имеют более низкий уровень образования. В период с 2003 по 2016 гг. среди инвалидов значительно больше людей, которые не имеют среднего общего образования (37% в 2003 г. против 25% в 2016 г. у инвалидов и, соответственно, 24% и 18% у неинвалидов), что указывает на то, что число инвалидов с неполным средним образованием сокращается более высокими темпами, чем число неинвалидов с неполным средним образованием. Доля лиц со средним образованием среди инвалидов и неинвалидов в период с 2003 по 2016 гг. практически сравнялась и в 2016 г. составляла 28-29%. Разрыв между инвалидами и неинвалидами, имеющими высшее образование, в период с 2003 по 2016 гг. нарастал и в 2016 г. составлял около 6 процентов (доля лиц с высшим образованием среди инвалидов в 2016 г. составляла 21%, среди неинвалидов 27%). Более низкий уровень образования может объясняться уровнем физического здоровья инвалидов, отсутствием специальных или интегрированных программ для инвалидов в учебных заведениях, средовыми барьерами и др. [2]

Данные RLMS-HSE также дают возможность определить уровень занятости инвалидов трудоспособного возраста. Так, в 2003 г. занятость инвалидов составляла 30,2%, а в 2016 – 28,9%, минимума занятость среди инвалидов достигла в 2012 г. и составила 23%. В среднем разрыв между уровнем занятости инвалидов и неинвалидов за весь период исследования составил 42%. Среди причин такой низкой занятости инвалидов можно выделить: дискриминация при приеме на работу; дестимулирующее влияние институтов социальной поддержки на предложение труда и низкий спрос на труд инвалидов; нарушения здоровья, которые сказываются на

производительности труда и ограничивают выбор профессии; более низкий уровень образования у людей с инвалидностью [5].

Согласно данным RLMS-HSE, средний доход людей с инвалидностью тоже ожидаемо ниже. В среднем за весь период наблюдения с 2003 по 2016 гг. доход инвалидов оказался ниже примерно на 15%, чем у людей без инвалидности. По данным RLMS-HSE, в 2016 г. средний доход лиц с инвалидностью составил 18269 руб. в месяц, у неинвалидов – 20184 руб. в месяц. Таким образом, доходы инвалидов статистически значимо отличаются от доходов неинвалидов; в рамках генеральной совокупности эти различия находятся в интервале от 1186 до 2642 руб. в месяц. Статистически значимых различий в уровне доходов мужчин-инвалидов и женщин-инвалидов, по данным RLMS-HSE, в 2016 г. не зафиксировано (18893 руб. и 17883 руб. в месяц, соответственно).

Данные RLMS-HSE позволяют определить влияние инвалидности на самочувствие людей. При самооценке здоровья ожидаемо виден сдвиг в сторону низких оценок у инвалидов. Среди неинвалидов лишь около 6-11% оценили свое здоровье как плохое, большинство оценили его как хорошее (33-50%) или среднее (44-54%). Инвалиды значительно чаще оценивали свое здоровье как плохое (52-64%), а о хорошем здоровье говорила лишь незначительная часть (2-4%). И, тем не менее, достаточно большое количество инвалидов оценивают свое здоровье как среднее (34-44%). То есть, можно говорить, что значительная часть инвалидов не рассматривают себя нездоровыми людьми, несмотря на функциональные ограничения.

При анализе удовлетворенности жизнью тоже заметны сдвиги в сторону более низких оценок у инвалидов. О неудовлетворенности жизнью за весь период наблюдения говорили 41-60% инвалидов, причем этот показатель постоянно снижался вплоть до 2014 г. У неинвалидов – это показатель составил 22-44%. Удовлетворены жизнью 23-37% инвалидов и 33-55% неинвалидов. Доля лиц, оценивающих свою удовлетворенность жизнью как среднюю, в группах инвалидов и неинвалидов примерно равны (17-23% у инвалидов, против 22-27% у неинвалидов).

На вопрос о материальной удовлетворенности своей жизнью респонденты ответили следующим образом: о неудовлетворенности своим материальным положением заявили 53-70% инвалидов и 55-66% неинвалидов. Об удовлетворенности материальным положением инвалиды говорили несколько чаще, чем неинвалиды (16-30% против 17-27%, соответственно), даже несмотря на то, что в среднем инвалиды получают меньше. Это может объясняться тем, что у инвалидов имеется дополнительный доход в виде пенсий по инвалидности, и они имеют более низкие притязания. В целом

заметен стабильно высокий уровень неудовлетворенности материальным положением у всего населения, вне зависимости от наличия инвалидности.

Данные RLMS-HSE дают возможность проанализировать и объективные показатели здоровья инвалидов путем выявления степени распространения хронических заболеваний среди инвалидов и неинвалидов.

Хронические заболевания преобладают в группе инвалидов. Так, в среднем за весь период исследования каждый второй инвалид имел хроническое заболевание сердца, в то время как среди неинвалидов только один из десяти. Среди инвалидов 21% имели хронические заболевания печени, у неинвалидов этот показатель равен почти 6%. Больше трети инвалидов имели проблемы с позвоночником, у неинвалидов – 12,5%. Заболевания эндокринной системы, диабет почти в 4 раза больше распространены среди инвалидов (см. Таблицу 1).

Таблица 1

Доля лиц, имеющих хронические заболевания у инвалидов и неинвалидов, по данным RLMS-HSE в 2016 г., %

Вид хронического заболевания	Доля лиц, имеющих хроническое заболевание	
	Инвалиды	Неинвалиды
Хронические заболевания сердца	51,3	9,9
Хронические заболевания позвоночника	35,0	12,5
Хронические заболевания желудочно-кишечного тракта	31,6	13,3
Хронические заболевания эндокринной системы, диабет или повышенный сахар крови	22,7	5,8
Хронические заболевания печени	21,2	5,7
Хронические заболевания почек	18,8	5,8
Хронические заболевания легких	15,2	4,2

Приведенные данные дают возможность проанализировать положение инвалидов в России и его изменение с течением времени. Исходя из этих данных можно сделать вывод, что инвалидность оказывает серьезное негативное влияние на экономическое, социальное положение и психологическое состояние человека.

Активную роль в улучшении положения инвалидов могут играть социальные работники: разрабатывать новые технологии, направленные на инклюзию инвалидов в различные сферы жизнедеятельности, принимать участие в работе государственных, общественных и некоммерческих организаций, деятельность которых направлена на улучшения положения инвалидов в обществе; принимать участие в реализации социальной политики государства, касающейся положения инвалидов, например, в вопросах

трудоустройства. Например, для того чтобы повысить защищенность инвалидов на рынке труда, необходимо совершенствовать механизмы контроля квотирования и резервирования рабочих мест; разработать дополнительные меры экономического стимулирования работодателей; ужесточить меры для тех работодателей, кто отказывается выполнять квоты; расширить спектр направлений профессиональной подготовки инвалидов в соответствии с региональными и местными особенностями рынка труда.

Список литературы

1. Meyer B.D., Mok W. (2013). Disability, earnings, income and consumption. NBER Working Paper No. 18869.
2. Ярская-Смирнова Е.Р. Доступность высшего образования для инвалидов / Е.Р. Ярская-Смирнова, П.В. Романов // Университетское управление: практика и анализ. 2005. №1. С. 89-99.
3. Hosain G.M., Atkinson D., Underwood P. (2002) Impact of disability on quality of life of rural disabled people in Bangladesh. Journal of Health, Population, and Nutrition, 20(4), 297-305.
4. Здравоохранение в России. 2017: Стат. сб./Росстат. М., 2017. 170 с.
5. Демьянова А.В. Низкий уровень занятости инвалидов в России – результат дискриминации? / А.В. Демьянова, А.Л. Лукьянова // Экономический журнал Высшей школы экономики. 2017. Т.21. №3. С. 385-411.

ПРАВО НА РАБОТУ И ПЕНСИОННАЯ РЕФОРМА: ИНВАЛИДЫ И ИНВАЛИДНОСТЬ В РОССИИ¹ THE RIGHT TO WORK AND PENSION REFORM: PERSONS WITH DISABILITIES AND DISABILITY IN RUSSIA

И.А. Григорьева
Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург
I.A. Grigoryeva
St. Petersburg State University, Saint Petersburg

Предложена попытка рассмотреть право на работу инвалидов с точки зрения существующих проблем на рынке труда и пенсионной реформы, с одной стороны, и развития новых явлений на рынке труда – с другой.

The article proposes an attempt to consider the right to work of persons with disabilities in terms of existing problems in the labor market and pension reform, on the one hand, and the development of new phenomena in the labor market, on the other.

¹ Статья подготовлено на средства гранта РФ (проект №14-18-03434, продлен на 2017-2018 г.) по теме: «Модели взаимодействия общества и пожилых людей: исследование возможностей социальной инклюзии».

Ключевые слова: право на работу, инвалиды, инвалидность, пенсионная реформа
Keywords: the right to work, persons with disabilities, disability, pension reform

Если из настоящего времени, т.е. постиндустриальной эпохи, оглянуться в 1970-е гг., то после 1968 г. обнаружится небывалый рост общественных движений, отстаивающих права различных социальных групп – женщин, людей с ограниченными возможностями, этнических меньшинств, сексуальных меньшинств и др. Эти процессы оказали влияние и на сферы, связанные с обеспечением здоровья человека, реализуясь в концепциях прав пациента и прав врача, в первую очередь. Они связаны с обеспечением права указанных групп на работу и, соответственно, права (в нашем контексте) инвалида на работу и работодателя, но на какое право? Права работодателя оказались в тени, ведь его интересы далеко не всегда параллельны интересам инвалида. Поэтому в России, где публичная политика и реальная политика всегда очень сильно расходились, работой была обеспечена небольшая часть инвалидов. Рабочие места часто не создавались для трудоустройства инвалидов, а, скорее, эксплуатировались их физические «неспособности». Так, много инвалидов по слуху, т.е. слабослышащих или глухих, работали в кузнечно-прессовых цехах. В 1990-е, когда производство закрылось или перепрофилировалось, в России появились города с экстремальным количеством инвалидов по слуху, например, Тихвин в Ленинградской области, куда до того глухие привлекались из других мест в филиал Кировского завода.

Несмотря на все дискуссии о необходимости обеспечения работой тех, чьи пенсии стали очень низкими, ситуация скорее ухудшалась, поскольку экономика становилась все менее инклюзивной. В то же время количество инвалидов, учитывая уровень российского здравоохранения, не уменьшалось и не могло уменьшаться, а уровень эффективности реабилитации не рос.

Однако общество устроено нелинейно, и во многих случаях, в условиях структурной многолетней безработицы, получить статус инвалида означало обеспечить себя тем самым минимальным гарантированным доходом, о котором сейчас много спорят в западных странах. Особенно много таких практик было до известного ФЗ «О внесении изменений и дополнений», №122, от 2004 г., который остался в истории как «закон о монетизации льгот». Получение льгот рассматривалось населением как форма адаптации к ухудшившимся условиям жизни, и инвалиды, безусловно, имели право на это право.

Получение «группы» сопровождалось рядом ритуалов, хорошо известных заинтересованной группе лиц. Минимальную подготовку можно было получить прямо в очереди у кабинета врача. Попытка разобраться с происхождением этих «ритуалов инвалидности» приводит к выводу, что здесь, как и в любом

ритуале, тоже есть свои «акторы – действующие лица», своя «массовка», свои «режиссеры-постановщики» и «авторы сценариев». Отметим, что внимательный взгляд увидит, что режиссером-постановщиком здесь далеко не всегда является государство, сочиняющее все новые и новые сценарии экономии и уменьшения числа своих клиентов. Практики государства носят весьма обобщенный характер, а различия между представителями одного типа инвалидности (мы не хотели бы говорить о заболеваниях!) и в индивидуальных возможностях реабилитации могут быть очень и очень велики.

Здесь ситуация близка к обнаруженным М. Мид закономерностям, что различия внутри гендерных групп зачастую больше, чем между ними. Она отмечала, что различия между представителями одного пола оказались в итоге не менее существенными, чем различие между полами. Именно этот акцент на внутренней структуре пола и позволил привлечь внимание к тому переплетению классовых, этнических, культурных, семейных, возрастных, региональных и т.п. характеристик индивидуальной жизни, результатом которого, собственно, и становится конкретный мужчина или конкретная женщина [1, с. 350]. Адаптивные практики людей чрезвычайно разнообразны, особенно учитывая низкий уровень диагностических процедур и технологий. Ведь в России медицина все еще не считается областью развития новых технологий, которая движет вперед экономику. Напротив, это затраты бюджета на людей, которых для такого сырьевого типа экономики, который сложился, пока слишком много. Поэтому в последнее десятилетие власть поддерживает рождаемость, но очень мало делает для современной профилактики даже инфекционных болезней. А что уж говорить о высокотехнологичной реабилитации, которая позволила бы участвовать в социальной жизни многим людям. А сконструированные различия скорее работают на то, чтобы охранять занятость «нормального» большинства от притязаний инвалидов. Удивителен не сам «здоровьецентризм», притом, что представления о здоровье меняются и вписаны в культурно-исторический контекст, сколько настойчивость, с которой именно их стараются сделать краеугольным камнем рассуждений о способности к занятости, продуктивности. Таким образом, правы М.В. Ломонова и Е.С. Богомякова, что «медицину сегодня уже нельзя рассматривать просто в качестве еще одного, недавно сформировавшегося элемента социума, она превратилась в активный и решающий фактор его изменения» [2, с. 23].

В то же время нельзя не отметить, что при наличии гуманистических призывов не наблюдается рациональных расчетов того, в какой степени рост числа работающих инвалидов изменит ситуацию занятости других, «относительно слабых» групп, таких как женщины, люди предпенсионного возраста или пенсионеров? Особенно важным этот вопрос оказался сегодня,

когда люди предпенсионного возраста, уже столкнувшиеся с дискриминацией на рынке труда, оказались перед необходимостью работать дольше, чем они рассчитывали. Конечно, увеличение размера пособия людям предпенсионного возраста выглядит оправданно, но ведь речь идет не только о деньгах, но и о социально-экономическом статусе пожилого человека. Подчеркиваем, что в наиболее сложной ситуации оказываются именно люди предпенсионного возраста. Те пенсионеры, которые продолжают работать, теперь имеют гораздо лучшие шансы сохранить работу очень долго, поскольку объявлено, по крайней мере, о санкциях за их увольнение. В условиях такого сложного социума, как российский, думать, что принятие любого закона означает, что вопрос будет решаться предписанным законом путем, наивно.

Что же касается оценки того, ухудшает ли пенсионная реформа возможности трудоустройства молодежи, то мы видим сегодня быстрое развитие нового рынка труда, в котором преимущественные возможности имеет молодежь. Мы имеем в виду всякую интернет-занятость, которая становится все более разнообразной. Он начинается от интернет-продаж, рынок которых является самым быстрорастущим в российской экономике, и заканчивается репетиторством и всякого рода консультированием. Важная особенность такой занятости – для нее не нужно офиса, рабочего места и прочего оборудования, в котором нуждались «индустриальные» рабочие места.

Интересно, что в последние годы все больше молодых людей с аттестатом школы или даже дипломом бакалавра не спешат трудоустраиваться. Конечно, молодежь, выросшая сегодня, вряд ли с удовольствием согласится на работу 5 раз в неделю по 8 часов. На наш взгляд, это как раз показывает, насколько вырос уровень жизни в современном обществе, в том числе российском. Так, Ю.В. Голиусова отмечает, что «...сформировалась отдельная группа, насчитывающая в различных странах от 15 до 25% молодежи. Их обобщенное название NEET («Not in Employment, Education or Training») – молодежь в возрасте 15-29 лет, которая экономически неактивна» [3]. Она видит в этой ситуации скорее отрицательные моменты. Но мы бы отметили, что если бы молодежь стремилась на традиционный рынок труда, чтобы приступить как можно раньше к постоянной занятости, межпоколенческий конфликт на рынке труда был бы весьма вероятен. В современной же ситуации молодежь либо не работает, либо активно ищет новые возможности и осваивает новый рынок труда.

И тут, на наш взгляд, возникают новые шансы и для расширения занятости инвалидов, барьером для которой всегда была высокая стоимость рабочего места и отсутствие дружественной среды в городах России. Образование сегодня становится более узкопрофессионально ориентированным и заточенным под

определенный вид деятельности. Отсутствие диплома на виртуальном рынке вряд ли кого-то смутит, если человек умеет делать то, что предлагает купить. Но пока на такие возможности обращается мало внимания, а, напротив, прилагаются усилия для получения инвалидами традиционного образования.

Важный вопрос, который возникает при таком типе занятости, – это пенсионные права. На наш взгляд, тут надо идти другим путем и заниматься подготовкой программ безусловного минимального дохода, начиная их реализацию именно с инвалидов. Россия находится в том же тренде уменьшения числа рабочих мест, что и все относительно развитые страны, поэтому вопрос занятости, пенсионирования и социального включения инвалидов должен решаться с учетом нового рынка труда и новых реалий общества.

Список литературы

1. Mead M. Male and Female: a Sstudy of Sexes in a Changing World. New York, 1972. P. 350.
2. Ломоносова М.В., Богомяккова Е.С. Репродуктивные права человека и вспомогательные репродуктивные технологии: новые формы и виды неравенства // Экономические стратегии. 2015. №9 (134). С. 90-97.
3. Голиусова Ю.В. Формирование группы neet-молодежи в современном мире // Трансформация человеческого потенциала в контексте столетия / Под общей редакцией проф. З.Х. Саралиевой: В 2т. Т1. Н.Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2017. С. 249-252.

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ И
ВETERANОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ «ВИТЯЗЬ»
MEDICAL AND SOCIAL INSTITUTION FOR DISABLED PEOPLE, STATE
INSTITUTION “CENTER FOR SOCIAL REHABILITATION OF DISABLED
PEOPLE AND WAR VETERANS “VITYAZ”**

Л.Н. Дуленкова
*Центр социальной реабилитации
инвалидов и ветеранов боевых действий «Витязь», г. Дзержинск*
L.N. Dulenkova
*Center for social rehabilitation
of disabled people and war veterans “Vityaz”, Dzerzhinsk*

Рассматриваются основные направления работы медико-социального учреждения «Витязь» с инвалидами: методика PNF, методика «Экзарта», механотерапия, социально-психологическая реабилитация, техники арт-терапии.

The paper examines the key directions how medical-social institution “Vityaz” deals with disabled people, PNF tool, Exarta tool, mechanotherapy, social-psychological rehabilitation, art-therapy techniques.

Ключевые слова: здоровье, инвалиды, методики реабилитации, лечебная физкультура
Keywords: health, disabled people, rehabilitation methods, healing workout

В системе комплексных реабилитационных мероприятий ГБУ «ЦСР «Витязь» лечебная физкультура является профилирующим направлением, использует средства и методы физической культуры и спорта для формирования и развития физических качеств и двигательной активности человека с ограниченными возможностями, лечения его заболевания, восстановления здоровья и работоспособности. Огромный научно-профилактический опыт применения ЛФК при заболеваниях и травмах, показывает, что ЛФК не только способствует восстановлению физического, соматического здоровья, но и существенно влияет на аспекты психологической и социальной реабилитации инвалида.

Методика PNF – активно используется для работы с лицами с ограниченными возможностями. Методика проприцептивного нейромышечного облегчения визуально напоминает смесь мануальной терапии и лечебной гимнастики. Эффективность этого метода достигается стимуляцией нервных центров коры и подкорки за счет сигналов, поступающих в них при раздражении проприорецепторов. PNF – система, в которой каждое воздействие направлено на весь организм, а не только на отдельную пораженную мышцу. Особенность заключается в том, что специалист по реабилитации все время вручную взаимодействует с пациентом: его задача создавать нужное стимулирующее действие (растяжение, сжатие, скручивание или давление) на нужные участки мышц пациента, но и пациент не находится в пассивном состоянии: волевым усилием он должен стараться напрячь необходимые мышцы по командам врача.

В оснащение реабилитационного отделения Центра входит Экзарта, подвесная система, назначение которой быстрое устранение боли и восстановление подвижности позвоночника и суставов. Ее применяют для реабилитации после инсульта, при детском церебральном параличе, после заболеваний и травм спинного мозга, у пациентов с болью и ограничением движений в позвоночнике и суставах.

Основная цель использования системы вместе с методикой «Экзарта» – способствовать восстановлению нервно-мышечного контроля, устранению биомеханических нарушений в отдельных суставах и формированию правильных двигательных стереотипов. Можно разработать комплекс

специфических упражнений, которые позволят активировать нужные мышцы в оптимальное время в нужной последовательности и с нужной силой. Сложные движения можно разделить на составляющие их простые движения, которые затем объединяются в единое целое и закрепляются как навык т.е. в подсознании.

Методика «Экзарта» включает: нервно-мышечная активация мышц, стабилизирующих поясничный отдел позвоночника; последующая коактивация глубоких мышц с поверхностными с целью формирования оптимального двигательного стереотипа; сенсомоторная тренировка-тренировка 3D; устранение источника боли, а не ее внешних признаков; быстрый и длительный эффект уже после первого сеанса; тренировка сенсомоторного контроля на нестабильной опоре.

Механотерапия – вспомогательная методика, которая успешно используется в целях восстановления активности больного после полученных травм и при разных заболеваниях опорно-двигательного аппарата. Способ заключается в осуществлении физических упражнений, разработанных по специальной технологии, чтобы улучшать подвижность мышц и суставов.

Гимнастические мячи (фитболы) используются для занятий с людьми с ограниченными возможностями. Фитболы разных диаметров позволяют разнообразить комплекс физических упражнений, изменять нагрузку и амплитуду движений, задействовать разные мышечные группы.

Одним из важных факторов реабилитации, на ряду с медицинской и ЛФК, является социально-психологический. Особенностью социально-психологической реабилитации является социальная адаптация, психологическая и педагогическая коррекция у лиц, перенесших ОНМК, а также инвалидов с нарушениями опорно-двигательной системы и познавательной сферы через различные психотехники.

Основные принципы психологической реабилитации: учета личности больного, мотивов его деятельности, на сохраненные формы деятельности, опоры на предметную деятельность, поскольку психические процессы формируются в предметной деятельности; принцип организации деятельности больного, создание индивидуальной программы реабилитации, обеспечение самостоятельного выполнения заданий.

Психолого-педагогические принципы: «от простого к сложному», постепенное увеличение объема и разнообразие материала, создание благоприятного фона для занятий, стимулирующего положительные эмоции.

Инвалидность – это эмоционально значимое событие, делит жизнь человека на «до» и «после». Сила и острота переживаний, длительность состояния сильного эмоционального напряжения. Множество потерь, прежде

всего прямые физические потери – здоровья, психологические – изменение характера, изменение психических познавательных процессов. Коммуникативные потери и даже потеря социальных навыков. Возникает ощущение бессмысленности жизни, часто появляется депрессия.

Задача психолога помочь в преодолении жизненного кризиса, помочь провести глубокую внутреннюю работу человеку по восстановлению душевного равновесия и утраченной осмысленности существования.

Одним из направлений психологической помощи является арт-терапия. В рамках этой темы был освоен логопедический массаж, составлена памятка поведения с больными с ОНМК, подготовлен и апробирован стимульный раздаточный материал, применение техники правополушарного рисования. Очень близка тема сказка-терапии к методам терапии средствами искусства. Большое внимание в психологической коррекции уделяется родственникам, которые находятся в созависимости.

Часто родственники и близкие люди не знают, как помочь человеку адаптироваться и восстановиться в новом физическом состоянии, они испытывают чувство вины, что не доглядели, не уберегли или не были рядом в критический момент. Важно отработать с близкими отрицательные чувства и эмоции. Помочь пережить потерю здоровья родного человека. Довести его до принятия жизненной ситуации и расширить его познавательную сферу по программе реабилитации. Очень важно научить давать больше самостоятельности больному и избавить от гиперопеки. Общение с близкими очень важно, так как помогает надеяться. Показывает, что в него верят родные. На этом этапе важно терпение и толерантность по отношению к больному, не стоит торопиться, нужно медленно и целенаправленно ежедневно достигать маленьких целей. Нельзя сравнивать себя с прежним, ориентируемся на каждые новые достижения.

Эффективными оказались техники арт-терапии в индивидуальном консультировании (как часть консультации). Особенно эффективно работает песочная терапия в решении проблем со страхами и обидами, улучшении психоэмоционального состояния. Дает возможность отследить изменения самим реабилитантом.

Активно внедряется в работу с инвалидами-колясочниками методика посещения мастер-классов по интуитивному рисованию. Она снижает эмоциональное напряжение, повышает самооценку и веру в собственные возможности и силы.

Правополушарное рисование доступно людям даже с ограниченными движениями рук или их деформацией. Великолепные работы получаются с помощью мазков красок на бумаге. Человек в результате получает законченную

работу в виде целостной картины. Эта методика позволяет инвалиду раскрыть в себе новые возможности и открыть для себя перспективу нового вида деятельности и творчества.

Активно используются элементы гимнастики мозга. Это движения разных частей тела через среднюю линию. Полушария асимметричны, поэтому, включая в работу левую и правую руки, левый и правый глаз, активируются нейроны как левого, так и правого полушария. Движения для глаз доступны даже обездвиженным реабилитантам. При помощи этой гимнастики налаживается активное общение с инвалидом, у которого может быть потеряна речь. Достаточно только слышать и понимать специалиста.

Дальнейшим важным этапом переживаний является инвентаризация своей жизни, мировоззрения и ценностей, своего отношения к людям и своему образу жизни. Чрезвычайно важно человеку найти свое место в жизни, понять и принять то, что никогда он не будет прежним. Открыть для себя дело, которое он может и ему интересно делать.

В нашем центре есть уникальная возможность социально психологически реабилитироваться, участвуя в активной творческой деятельности, много общаться с людьми с таким же недугом и не только, заниматься с психологом по индивидуальной программе. Занятия в творческих мастерских и изготовленные своими руками поделки дают толчок реабилитантам для приобретения увлечений, хобби, в этом плане такие занятия являются ресурсными. Творчество показано всем реабилитантам для улучшения кровообращения в руках, развития мелких движений суставов рук, а полученные знания, приобретенные умения и навыки дают возможность продолжить занятия в домашних условиях.

**РЕАЛИЗАЦИЯ ИНСТИТУЦИОНАЛЬНОГО ПОДХОДА
В СОЦИОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ СЕМЬИ
С РЕБЕНКОМ-ИНВАЛИДОМ**
**IMPLEMENTATION OF INSTITUTIONAL APPROACH IN
SOCIOLOGICAL RESEARCH OF A FAMILY WITH A DISABLED CHILD**

Л.И. Савинов

*Национальный исследовательский
Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева,
г. Саранск*

*L.I. Savinov
National research Mordovian state University N.P. Ogarev,
Saransk*

Обосновывается возможность использования институционального подхода в социологическом исследовании семьи с ребенком-инвалидом.

The article is devoted to the substantiation of the possibilities of using the institutional approach in a sociological study of a family with a disabled child.

Ключевые слова: семья, социальный институт, социология семьи, ребенок-инвалид, институциональный подход

Keywords: family, social institute, family sociology, children-disabled, institutional approach

Институциональный подход базируется на понятии «социальный институт». В целом понятие «институт» предполагает три варианта своего значения:

1. Совокупность устойчивых формальных и неформальных норм и правил, регулирующих определенный круг общественных отношений (институт брака, институт наследования и т.д.);

2. Совокупность организаций, представляющих конкретную сферу общества;

3. Учебное заведение или научное предприятие [1, с. 370].

Общественная потребность в возникновении и функционировании социальных институтов в социологии относится к естественно-социальным закономерностям. Социальные институты удовлетворяют реальные, социально значимые потребности; индивидуальные, групповые и общественные. Наиболее развернутая характеристика семьи как социального института дана С.В. Дармодехиным: «Семья как общность людей, связанных отношениями супружества, родительства, родства, совместного домохозяйства, как основная ячейка общества, выполняет важнейшие социальные функции, играет особую роль в жизни человека, его защите, формировании личности, удовлетворении

духовных потребностей, обеспечении первичной социализации. Семья является уникальным социальным институтом, посредником между индивидом и государством, транслятором фундаментальных ценностей от поколения к поколению» [2, с. 5].

Методология и методика реализации институционального подхода в социологии семьи, естественно, реализуется при исследованиях социального института семьи. Однако, о какой, собственно, семье мы рассуждаем и какую конкретно семью мы изучаем при использовании институционального подхода? Вероятно, речь идет о полной семье, которая реализует социально значимые потребности. Следовательно, в социальной семье институциональный подход оправдан при условии реализации семьей как социальным институтом институционально образующих функций семьи. К таким функциям относятся воспроизводство населения (функция рождаемости), социализация подрастающего поколения (функция воспитания), содержание детей (наличие условий для развития детей и уход за ними). Кроме того, семья представляет собой «интимную» ассоциацию и кооперацию, которая сама себя воспроизводит, и, следовательно, институт семьи выполняет функции не только по отношению к обществу, но и по отношению к личности (удовлетворение социальных, сексуальных, психологических и физических потребностей). Существуют три ключевых измерения силы, устойчивости института: 1) институциональная сплоченность, или влияние, которое он имеет на своих членов; 2) влияние в обществе на другие институты; 3) эффективность выполнения основополагающих функций. Научные данные свидетельствуют о том, что семья как институт ослабла во всех этих измерениях [3, с. 63].

Отметим, что в отечественной социологии семьи М.С. Мацковским проведен анализ понятия семьи как социального института на трех уровнях: общесоциологической теории, специальной социологической теории и эмпирическом уровне. Социолог разработал единую систему операционализации понятий, элементы которой соотносятся с понятиями семьи как института, так и с понятиями семьи как группы [4, с. 28-30, с. 59-63].

Наряду с теорией институционализации семьи в отечественной социологии применяется теория «деинституционализация» семьи. По мнению другого отечественного социолога А.И. Антонова, институциональный кризис семьи обостряется вследствие невыполнения семьей ее специфических функций. Ученый предполагает, что все это ведет к деинституционализации семьи [5, с. 38].

Поскольку, в семьях, в которых по объективным обстоятельствам (ребенок-инвалид) существуют проблемы с выполнением социально значимых функций, можно поставить вопрос: «Если семья (с ребенком-инвалидом) не

выполняет социально значимые потребности, то является ли данная семья социальным институтом?» Конечно, данный вопрос можно поставить не только перед семьями, имеющими ребенка-инвалида. Вероятно, здесь стоит упомянуть о семьях, по вине которых появляются социальные сироты. Семьи, где дети относятся к категориям безнадзорных и беспризорных. Можно расширить список типов семей по вопросу об их принадлежности к социальному институту семьи на примере тех семей, где родители алкоголики и наркоманы.

Нельзя забывать и о варианте изменения семьи с ребенком-инвалидом, о котором напоминает С.А. Судьин. По мнению социолога, «составление генеалогического древа своей семьи... связано с повышением личной ответственности индивида за свое здоровье» [6, с. 186] Ученый указывает на положительный вариант использования институционального подхода, когда ребенку удастся поправить свое здоровье. Здоровье – не неизменная «данность», здоровье сегодня часто рассматривается в качестве «достижения и результата систематических мер по его поддержанию» [6, с. 187].

В качестве дискуссионных положений о том, когда и при каких условиях можно использовать институциональный подход в исследовании семьи, имеющего ребенка-инвалида, приведем ряд социально значимых оснований. Из теоретической сферы отметим неоднозначное отношение к теориям «кризиса» семьи и к краху «традиционной» семьи. Данные теории имеют полное право на существование, поскольку единство и целостность семьи сегодня испытывает огромное напряжение. Однако, это не означает, что повсеместно распространяется институциональный кризис семьи в целом. Падения и возвышения межличностных отношений в семье не способны полностью устранить естественного наличия в семье институционального характера самой семьи. В качестве социального института семью представляет родительство, а не широкая динамика взаимоотношений между супругами. Даже при далеко от «ожидаемых» и «желаемых» результатов, связанных с рождением и социализацией детей; взаимодействия между родителями, при наличии взаимопонимания между родственниками и другими семьями, в условиях созидательной взаимосвязи между семьей и государством институциональное изучение семьи с ребенком-инвалидом может быть высоко теоретическим достижением социологии семьи.

Понятно, что практика более разнообразна, чем любые теоретические изыскания и направления. Без внутренних родительских ресурсов, направленных на стимулирование самосохранения своих родительских статусов и ролей, семья не может быть социальным институтом. Однако, вновь подчеркнем, что жизненные миры социального института семьи в целом не исчезают в случае распада тех или иных типов конкретных семей.

Определенное «наследство» социального института семьи посредством выполнения функции трансляции семейных ценностей передано другим поколениям. При разводе бывшие супруги имеют стремление вновь быть родителем, создать новый социальный институт.

Конечно, все это происходит далеко не в пустом социальном пространстве. Институт семьи взаимодействует с другими социальными институтами и характер данного взаимодействия далеко не равноправный. Социальный институт семьи все в большей степени вынужден подчиняться другим социальным институтам (экономика, образование, здравоохранение, армия и т.д.). Наиболее трагично для социального института семьи складываются отношения с институтом государства. Сегодня индивиды, а не семьи оказались в центре внимания государственной власти.

Однако, семья – это социальное изобретение, это школа человечности. Человеку свойственно совершенствовать свои изобретения.

Список литературы

1. Социологическая энциклопедия: В 2 ч. Т. 1. / Руководитель научного проекта Г.Ю. Семигин; Главный редактор В.Н. Иванов. М.: Мысль. 2003. 694 с.
2. Дармодехин С.В. Государственная семейная политика: проблемы научной разработки / С.В. Дармодехин. М.: Союз. 1995. 216 с.
3. Попеное Д. Упадок американской семьи (1960-1990) / Д. Попеное // Вестник МГУ. Сер. 18. Социология и политология. 1996. № 3. С. 63.
4. Мацковский М.С. Социология семьи. Проблемы теории, методологии и методики / М.С. Мацковский. М.: Наука, 1989. 116 с.
5. Антонов А.И. Социология семьи: Учебник / Под ред. проф. А.И. Антонова. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ИНФА. М., 2007. 640 с.
6. Жизненные миры современной российской семьи: монография / З.Х. Саралиева, В.А. Блонин, Н.Ю. Егорова [и др]. Н. Новгород: Изд-во ННГУ, 2015. 264 с.

**УРОВЕНЬ И СТРУКТУРА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ
В НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ В 2013 - 2017 ГОДАХ, В СРАВНЕНИИ
С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ПО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
И ПРИВОЛЖСКОМУ ФЕДЕРАЛЬНОМУ ОКРУГУ**

**THE LEVEL AND STRUCTURE OF PRIMARY DISABILITIES IN NIZHNY
NOVOGOROD AREA IN 2013 - 2017 AS COMPARED WITH FIGURES IN
THE RUSSIAN FEDERATION AND PRIVOLZHISKY FEDERAL DISTRICT**

**А.В. Смирнова, О.А. Каратаева, Э.Е. Дроздова
ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Нижегородской области» Минтруда России**

**A.V. Smirnova, O.A. Karataeva, E.E. Drozdova
*The Chief Bureau of Medical-Social expertise in Nizhny Novgorod area,
Ministry of Labour, Russian Federation***

Анализ показателей первичной инвалидности населения Нижегородской области в динамике за 2013-2017 гг. по возрастным категориям, по тяжести инвалидности, по формам болезней в сравнении с аналогичными показателями по Российской Федерации и Приволжскому Федеральному округу.

Analysis of indicators of primary disability of the population of the Nizhny Novgorod region in the dynamics for the years 2013-2017 by age categories, by the severity of the disability, by the forms of diseases in comparison with similar indicators in the Russian Federation and the Volga Federal District.

Ключевые слова: медико-социальная экспертиза, первичная инвалидность, структура инвалидности, ребенок-инвалид, формы болезней

Keywords: medical and social expertise, primary disability, structure of disability, disabled child, forms of disease

Инвалидность является сложной медико-социальной проблемой. Это один из показателей здоровья населения, зависящий от множества факторов, таких как социально-экономическое развитие общества, состояние экологической среды, демографические показатели, развитие системы здравоохранения и многие другие.

В течение последних лет происходят существенные изменения в государственной социальной политике в отношении инвалидов, в том числе и в медико-социальной экспертизе. С декабря 2014 г. в Российской Федерации начали действовать новые классификации и критерии, используемые при установлении инвалидности, утвержденные приказом Минтруда России. Новые критерии определяют более четкие и единые показатели оценки степени выраженности нарушенных функций. С апреля 2018 г. вступили в силу изменения в Правила признания лица инвалидом, утвержденные постановлением Правительства РФ от 20.02.2006 №95. Данные изменения

определили сроки установления инвалидности в зависимости от тяжести течения заболевания, необратимости морфологических изменений.

На 01.01.2017 г. в РФ насчитывается 12,8 млн. инвалидов, что составляет 8,7% населения страны, из них 40-50% инвалидов в трудоспособном возрасте, 617 тыс. человек имеют категорию «ребенок-инвалид». По данным регионального отделения пенсионного фонда РФ, в Нижегородской области на 01.01.2018 насчитывается 305948 инвалидов (из них инвалидов 1 группы – 28486 человек, 2 группы – 170456 человек, 3 группы – 95139 человек, детей-инвалидов – 11867). Удельный вес инвалидов в Нижегородской области составляет 9,4% населения региона.

Анализируя показатели инвалидности, необходимо отметить, что наиболее актуальными и представляющими особый интерес остаются показатели первичной инвалидности. По уровню первичной инвалидности можно судить о состоянии здоровья населения, о доступности и качестве медицинского обслуживания, эффективности лечения и проведения профилактических мероприятий.

Абсолютное число граждан старше 18 лет, впервые признанных инвалидами в Нижегородской области, уменьшилось с 18886 чел. в 2013 г. до 17077 чел. в 2017 г. (- 9,6%). Снизился и уровень первичной инвалидности взрослого населения Нижегородской области с 69,0 до 64,3 на 10 тысяч взрослого населения. Аналогичная ситуация наблюдается в целом по ПФО (снижение с 65,8 до 57,1 на 10 тыс.) и РФ (снижение с 64,8 до 56,4 на 10 тыс.). Уровень первичной инвалидности в Нижегородской области остается выше, чем в ПФО и РФ. [1,2]

Анализируя возрастную структуру первичной инвалидности взрослого населения, необходимо отметить, что с 2013 г. доля граждан пенсионного возраста в числе впервые признанных инвалидами увеличивается и составила в 2017 г. 60,3% (в 2013 г. – 58,0%), соответственно процент признанных инвалидами в трудоспособном возрасте уменьшается с 42,0% в 2013 г. до 39,7% в 2017 г., что соответствует структуре населения Нижегородской области. [1, 2]

По тяжести инвалидности в Нижегородской области преобладает II^а группа инвалидности. В 2017 г. на долю инвалидов I^{оii} группы приходится 18,7%, II^{оii} группы – 42,5% и III^{оii} группы – 38,8%. В динамике с 2013 г. отмечается уменьшение доли инвалидов II^{оii} группы (2013 г. – 48,5%), за счет увеличения числа инвалидов I^{оii} группы (2013г. – 17,0%) и III^{оii} группы (2013 г. – 34,5%). В структуре первичной инвалидности по группам в РФ и ПФО преобладает III^в группа инвалидности, отмечается рост инвалидов I^{оii} группы. [1, 2]

Среди причин инвалидности преобладает инвалидность вследствие общего заболевания (96-98%%). В Нижегородской области, как и в РФ, отмечается рост инвалидов с детства (0,45% – 0,62%), снижается доля инвалидов вследствие трудового увечья или профзаболевания (1,54% – 0,51%). [1, 2]

В структуре впервые признанных инвалидами по формам болезней лидирующее место занимают болезни системы кровообращения, затем идут злокачественные новообразования и на третье место с 2015 г. вышли психические расстройства (до 2015 г. – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани). В динамике отмечается снижение показателей первичной инвалидности вследствие болезней костно-мышечной системы, что обусловило четвертое место данной категории болезней в структуре первичной инвалидности в Нижегородской области. В структуре первичной инвалидности по формам болезней в ПФО и РФ на первом месте злокачественные новообразования, затем идут болезни системы кровообращения и на третьем месте болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани.

Одним из острых вопросов современного общества является проблема инвалидности среди детского населения.

Динамика абсолютных показателей и уровня первичной инвалидности у детей в течение всех лет наблюдения характеризовалась некоторыми колебаниями значений на фоне основной тенденции: абсолютное число детей, впервые признанных инвалидами, уменьшилось с 1601 чел. в 2013 г. до 1388 чел. в 2017 г. (-13,3%). Уровень первичной инвалидности детского населения снизился с 28,9 до 23,4 на 10 тыс. детского населения. Данный показатель выше, чем в ПФО (23,3 – 23,9 – 20,5 – 21,1 – 21,8), но ниже, чем в РФ (26,3 – 26,6 - 24,6 – 25,2 – 25,7). [3, 4]

В возрастной структуре первичной инвалидности выросла доля детей раннего возраста (0-3 лет) с 36,9% до 40,1%, дошкольного возраста (4-7 лет) с 16,8% до 26,7%, уменьшилась доля лиц младшего и среднего школьного возраста (8-14 лет) с 40,5% до 27,3%, относительно стабильна доля лиц старшего школьного возраста (15-17 лет) – 5,8-5,9%%. В результате показатели приблизились к аналогичным по ПФО и РФ. [3, 4]

Анализ первичной инвалидности детского населения по формам болезней показал, что формирование контингента детей-инвалидов в 60% случаев определяют психические расстройства, врожденные аномалии и болезни нервной системы. Такая же ситуация сложилась в ПФО и РФ. Следует отметить значительное увеличение в структуре первичной инвалидности за годы наблюдения удельного веса инвалидов вследствие болезней эндокринной системы с 7,7% до 12,7%, что обусловлено, в том числе, и изменениями в

законодательстве, а именно расширением показаний к установлению категории «ребенок-инвалид» при таких заболеваниях, как фенилкетонурия и сахарный диабет I типа. В РФ этот показатель увеличился с 6,9 до 9,4%. [3, 4] Стабильный рост этих показателей требует со стороны органов здравоохранения принятия определенных мер, направленных на совершенствование профилактической, лечебной и реабилитационной помощи при данной патологии.

Список литературы

1. Основные показатели первичной инвалидности взрослого населения в Российской Федерации в 2013 году. Статистический сборник. М.: «ФБ МСЭ», 2014. 218 с. 66 табл.

2. Основные показатели первичной инвалидности взрослого населения в Российской Федерации в 2017 году. Статистический сборник. М.: «ФБ МСЭ», 2018. 265 с., 68 табл.

3. Основные показатели первичной инвалидности детского населения в Российской Федерации в 2013 году. Статистический сборник. М.: «ФБ МСЭ», 2014. 360 с., 62 табл.

4. Основные показатели первичной инвалидности взрослого населения в Российской Федерации в 2017 году. Статистический сборник. М.: «ФБ МСЭ», 2018. 240 с., 62 табл.

ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПЕНСИОННЫХ ПРАВ ИНВАЛИДОВ В СТРАХОВОЙ ПЕНСИОННОЙ СИСТЕМЕ

PROBLEMS OF FORMATION OF THE PENSION RIGHTS OF DISABLED PEOPLE IN INSURANCE PENSION SYSTEM

А.К. Соловьев

Пенсионный фонд Российской Федерации

A.C. Solovev

Pension fund of the Russian Federation

Численность инвалидов в России составляет около 12,5 млн. Численность лиц старше 18 лет, признанных инвалидами впервые, 65 на 10 000 чел. населения. Численность детей-инвалидов свыше 600 тыс. чел. и 200 чел. на 10000 детей. Относительный показатель численности детей-инвалидов устойчиво повышался с 1995 г. с 193 чел. до 215 чел. на 10 000 детей.

The number of disabled people in Russia is about 12,5 million. The number of the persons 18 years of age or over recognized as disabled people for the first time, 65 on 10 000 people of the population. The number of disabled children is over 600 thousand people and 200 people on 10000 children. The relative indicator of number of disabled children steadily raised since 1995 from 193 people to 215 people on 10 000 children.

Ключевые слова: пенсионная система, пенсионные права, инвалиды, численность детей, возраст

Keywords: pension system, pension rights, disabled people, number of children, age

Следует отметить, что рост общего числа инвалидов происходит именно в детских возрастах, а по данным исследований, и в молодых трудоспособных возрастах, что является следствием ухудшения здоровья населения именно в этих группах. Увеличение численности детей на фоне сокращения общей и первичной численности инвалидов является общемировым трендом. Данная тенденция приводит к необходимости развития дополнительных государственных программ и усиления мер, касающихся социальной защиты лиц, не имеющих жизненного опыта.

Структура численности российских инвалидов неоднородна как с точки зрения выраженности нарушений функций организма, так и возраста. При средней доле инвалидов в численности населения 8,7% в возрасте старше трудоспособного этот показатель достигает 23,5%. Доля инвалидов среди мужчин составляет – 7,9% среди женщин – 9,3%. Возрастная структура инвалидов значительно различается в гендерном разрезе. Приращение численности в младших и трудоспособных возрастах происходит преимущественно за счет мужчин, в пожилых возрастах – за счет женщин в связи с большей продолжительностью их жизни.

Так, среди лиц моложе трудоспособного возраста мужчины составляли 56,7%, среди трудоспособного возраста – 62,7%. В возрасте старше трудоспособного, ввиду высокой смертности мужчин, тенденция меняется на противоположную – их всего 31,8%. Если в среднем в численности населения страны незначительное преобладание мужчин заканчивается к 30-34 годам, то среди лиц с инвалидностью оно длится с рождения до завершения трудоспособного периода. С учетом различий по возрастным группам разрыв в уровне инвалидности у мужчин и женщин составляет минимальную величину от рождения до 4-х лет – 11,7 на 1000 мужчин соответствующего возраста и 10,2 на 1000 женщин. Максимальную – в возрасте от 55 до 59 лет – 136,7 у мужчин и 102,7 у женщин. После этого возрастного порога начинается сближение. В возрасте 70 лет и старше различия опять сводятся к минимуму – 351,9 у мужчин, 350,9 у женщин. Таким образом, различия в уровне инвалидности по полу нарастают с возрастом. В численности инвалидов преобладают мужчины трудоспособного и женщины старше трудоспособного возраста.

По данным зарубежных исследований, фактор возраста является одним из важнейших признаков, который наряду с демографическими и экономическими показателями – уровня образования, профессиональной принадлежности, бедности и безработицы определяет географическую структуру инвалидности.

Территориальное распределение уровня инвалидности имеет регрессионную взаимосвязь с качеством населения: наиболее высокий уровень инвалидности характерен для регионов с преобладанием в структуре населения представителей старших возрастов, менее образованных, с меньшим количеством мигрантов, низким качеством жизни и высокой безработицей [1]. Уровень инвалидности дифференцирован по регионам, так как обусловлен спецификой возрастной структуры населения и смертности в субъектах РФ. Высокий уровень инвалидности характерен для регионов с большей долей населения старше трудоспособного возраста, а также с большей продолжительностью жизни. Размеры страховых пенсий по инвалидности и по случаю потери кормильца значительно ниже, чем по старости. Уровень их абсолютной бедности соответственно выше, чем у пенсионеров по старости [2].

Средняя страховая пенсия по инвалидности на 01.04.2017 г. составляла 62% средней пенсии по старости. Медианная пенсия по инвалидности равнялась 93% средней пенсии по инвалидности и только 58% средней пенсии по старости. По отношению к средней номинально начисленной зарплате в экономике средний размер страховой пенсии по инвалидности составлял 21,3%.

Только у около 9% пенсионеров по инвалидности размер пенсии был равен или превышал средний размер страховой пенсии по старости, тогда как среди пенсионеров по старости удельный вес таких получателей равнялся 53,2%. Самая массовая группа пенсионеров по инвалидности – 23,7% – получает пенсию, размер которой в среднем составляет 46% среднего размера страховой пенсии по старости. Пенсию ниже этого уровня получают еще 14,6% пенсионеров по инвалидности. Распределение пенсионеров по инвалидности по 20%-ным группам, отражаемое кривой Лоренца, очень близко к распределению пенсионеров по старости. На 01.04.2017 г. на долю 20% самых бедных пенсионеров по инвалидности приходилось 11,6% объема выплат пенсий, на долю 20% самых обеспеченных – 31,6%. Три средние группы аккумулировали соответственно 15,1%, 18,6% и 23,1% расходов на пенсии по инвалидности. Сравним уровни абсолютной бедности получателей страховых пенсий по инвалидности и по случаю потери кормильца, рассчитанные на основе числа получателей пенсий в размере ниже $ПМП_{РФ}$, $ПМП_{региона}$ и числа получателей ФСД и РСД. Более половины получателей страховых пенсий по инвалидности относятся к категории абсолютно бедных по критерию соотношения с $ПМП_{РФ}$.

Удельный вес пенсионеров по инвалидности, получающих пенсию ниже $ПМП_{РФ}$, в 2016 г. составлял 61,7%, в 2017 г. снизился до 58,07%. «Обеспеченные» пенсионеры, к которым мы отнесли лиц, получающих пенсию в размере 2 $ПМП_{РФ}$ и выше, в этих категориях практически отсутствуют. Среди пенсионеров по инвалидности их удельный вес составляет 2,7%, для потери

кормильца – 3,7%, причем получателей пенсий в размере 3 ПМП_{рф} в этих категориях в настоящее время нет, хотя в 2015-2016 гг. среди пенсионеров по случаю потери кормильца они составляли 0,28-0,44%.

Расчет абсолютной бедности получателей страховых пенсий по инвалидности и по случаю потери кормильца вторым способом – по соотношению пенсии с ПМП_{региона} – показывает чуть меньшие ее уровни, но значительно более высокие, чем по старости. 51,4% получателей страховой пенсии по инвалидности находились за чертой абсолютной бедности по критерию соотношения с ПМП_{региона}. К апрелю 2017 г. их удельный вес возрос до 52,4%. Удельный вес абсолютно бедных пенсионеров по случаю потери кормильца за 2 года остается стабильно высоким: 47,6% в 2015 г. и 47,5% – в 2017 г. Эти уровни в 4,7-5 раз больше, чем для пенсионеров по старости.

Пенсии в размере 2 и более ПМП_{региона} получали 1,3% пенсионеров по инвалидности и 3,7% пенсионеров по случаю потери кормильца против 10,5% пенсионеров по старости. И в старости, и в инвалидности доля «обеспеченных» пенсионеров снизилась по сравнению с 2015 г., по потере кормильца – немного возросла. По федеральным округам удельный вес получателей страховых пенсий по инвалидности с пенсией ниже ПМП_{региона}, варьировался на 01.04.2015 г. между 35,2% (в Северо-Кавказском федеральном округе) и 63,0% (в Дальневосточном федеральном округе). Размах вариации уровня абсолютной бедности при данном способе ее расчета составлял 27,8 пп.

На 01.04.2017 г. размах вариации увеличился до 28,3 пп., и возросли ее минимальное и максимальное значения: наименьший уровень абсолютной бедности пенсионеров по инвалидности среди федеральных округов по-прежнему имеет Северо-Кавказский федеральный округ – 36,1%, наибольший – 64,4% – Дальневосточный.

Вследствие снижения численности пенсионеров по инвалидности – в целом по стране на 7% – численность абсолютно бедных с пенсией ниже ПМП_{региона} также сократилась с 1,17 млн.чел. до 1,1 млн.чел. В целом по стране такое сокращение составило 5,3%, в Центральном и Дальневосточном федеральных округах – более 9%, Северо-Западном –13%, Приволжском – 14,3% и Сибирском –22%. Удельный вес «обеспеченных» пенсионеров по инвалидности (с пенсией в размере 2 и более ПМП_{региона}), составивший в 2015 г. 1,3%, по федеральным округам варьировался от 1,0% (в Центральном) до 4,0% (в Северо-Западном).

К 01.04.2017 г. сокращение численности «обеспеченных» получателей пенсий по инвалидности составило от 24,6% в Северо-Кавказском федеральном округе до 86% – в Северо-Западном. Дифференциация по федеральным округам «обеспеченных» пенсионеров по инвалидности варьировалась от 0,6% (в

Дальневосточном федеральном округе) до 2,3% (в Приволжском). Ни в одном из округов увеличения числа «обеспеченных» пенсионеров по инвалидности не произошло. Уровень абсолютной бедности пенсионеров по инвалидности, рассчитанный по последнему критерию (на основе соотношения ОСМО с ПМП_{региона}), в 3,5 раза выше, чем по второму, хотя в обоих случаях сравнение производится с ПМП_{региона}. Иными словами, ФСД и РСД получают не более 30% тех, у кого размер страховой пенсии по инвалидности ниже величины ПМП, установленной в субъекте Федерации для целей исчисления доплат. Столь значительное снижение объясняется предусмотренной российским пенсионным законодательством ежемесячной денежной выплаты, полагающейся инвалидам и дифференцирующейся в зависимости от группы инвалидности.

Список литературы

1. Соловьев А.К. и др. Пенсионный возраст: актуарно-статистическое обоснование. М.: Прометей, 2018. 236 с.
2. Соловьев А.К. Пенсионная реформа: иллюзии и реальность. Учебное пособие // М.; Издательство «ООО «Проспект», 2014. 296 с.

**ПСИХИЧЕСКАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ В СИСТЕМЕ
ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
(НА ПРИМЕРЕ КПБ №1 Г. Н. НОВГОРОДА)**
MENTAL DISABILITY IN THE SYSTEM OF PSYCHIATRIC SERVICE
(THE EXAMPLE OF THE CLINICAL PSYCHIATRIC HOSPITAL №1,
CITY OF NIZHNY NOVGOROD)

Ю.А. Сучков

Клиническая психиатрическая больница №1, г. Нижний Новгород

I.A. Suchkov

Clinical Psychiatric Hospital №1, City of Nizhny Novgorod

На примере клинической психиатрической больницы №1 г. Н. Новгорода показан комплексный межведомственный подход, используемый в работе с инвалидами по психическим заболеваниям.

On the example of clinical psychiatric hospital №1 City of N. Novgorod the integrated interdepartmental approach using in work with mentally disabled people is shown.

Ключевые слова: психическая инвалидность, межведомственное взаимодействие, социально-психиатрическая реабилитация

Keywords: mental disability, interdepartmental cooperation, socio-psychiatric rehabilitation

Психиатрическая больница в наши дни – это современная медицинская организация, которая оказывает специализированную высококвали-

фицированную лечебно-диагностическую и социально-восстановительную помощь лицам, страдающим психическими расстройствами. Комплексная лечебно-реабилитационная помощь оказывается на основе полипрофессионального подхода (психиатр, психотерапевт, психолог, социальный работник) с учетом биопсихосоциальной модели развития психических расстройств.

Комплексная лечебно-реабилитационная помощь и дифференцированный подход на всех этапах лечения (стационар, дневной стационар, поликлиника) включают фармакотерапию, психообразование и психотерапию, социальную помощь и зависит от тяжести психических расстройств, выраженности поведенческих нарушений, социально-психологических факторов.

Клиническая психиатрическая больница № 1 г. Нижнего Новгорода обслуживает 370 тысяч населения, под наблюдением находятся более 6 тысяч пациентов, и подавляющее большинство из них получает эффективную помощь в амбулаторных условиях и в отделениях дневного пребывания. Под наблюдением ГБУЗ НО «Клиническая психиатрическая больница № 1 г. Нижнего Новгорода» на 01.01.2018 г. состояло 6230 больных. Из них группу инвалидности имели 2908 человек, это 46,7 %. Из них количество инвалидов в возрасте до 17 лет включительно составило 287 человек, что составляет почти 10%.

Статистика по отдельным заболеваниям выглядит следующим образом. Больные с шизофренией составляют почти половину общего контингента – 1352 человек, или 46,5 %; с умственной отсталостью – 231 человек, или 8%; с эпилепсией – 137 человек, или 4,7 %; с детским аутизмом – 76 человек, или чуть больше 2,5%.

Из общего числа инвалидов по психическому заболеванию лица трудоспособного возраста составляют 909 человек или почти треть – 31,3%. Среди инвалидов по психиатрическому профилю работают 434 человек, или 15% от общей численности.

Наиболее активно в последние 15 лет в больнице развиваются психосоциальная терапия и реабилитация. Значительная часть врачей и психологов прошли обучение в этой области в Московском НИИ психиатрии у профессоров И.А. Гуровича, А.Б. Шмуклера и их коллег. В последующем была внедрена и успешно работает программа «Первого психотического эпизода» (ППЭ) для первичных психотических пациентов со стажем болезни до 5 лет. Организован кабинет ППЭ в диспансерном отделении и Клиника первого психотического эпизода на базе медико-реабилитационного отделения.

В отделениях дневного пребывания на регулярной основе проводятся различные группы и тренинги – психообразовательные группы для пациентов и

родственников, тренинги когнитивных функций для пациентов шизофрении и деменции, тренинг социальных навыков, коммуникативные тренинги, открытые психотерапевтические группы.

Активно развивается арт-терапия, постоянно проводятся выставки художественных работ пациентов, устраиваются концерты, другие досуговые мероприятия. Создана социальная служба больницы, работа которой ведется по четырем основным направлениям: социотерапевтическое, информационно-образовательное, социально-правовое обслуживание, профилактическое. В диспансерном отделении больницы организован и эффективно работает кабинет активного диспансерного наблюдения (АДН), в котором наблюдаются пациенты со склонностью к совершению общественно опасных действий.

Понимание стадийности терапевтического процесса и необходимости подключения к нему других организаций, не связанных непосредственно с лечением, активизирует процесс межведомственного взаимодействия. На протяжении многих лет Клиническая психиатрическая больница № 1 г. Нижнего Новгорода проводит активную работу в сообществе, развивает сотрудничество с различными организациями и учреждениями.

Важным партнером учреждения в этой области является факультет социальных наук Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. На базе больницы ежегодно проходят практику студенты, будущие психологи, специалисты по социальной работе. Четыре выпускника факультета работают в больнице. Проведенное совместное социологическое исследование «Психически больной и психическая болезнь в массовом сознании», в котором участвовало 488 респондентов, подтвердило гипотезу о наличии неоднозначных и спорных представлений относительно психически больных и членов их семей. Результаты исследования свидетельствуют о наличии в массовом сознании негативного образа семьи, отягощенной проблемами психического здоровья.

Больница эффективно взаимодействует с социальными службами города Нижнего Новгорода – органы опеки и попечительства, центры занятости населения. На базе Центра социальной защиты населения Советского района врач-психиатр больницы проводит образовательные циклы для людей пожилого возраста по проблеме деменции. В 2014 г. проводилась совместная конференция «Социальная работа в психиатрии».

Важнейшим партнером больницы является Нижегородское отделение первой и единственной в стране Общероссийской общественной организации инвалидов вследствие психических расстройств и их семей «Новые возможности». Основными направлениями деятельности Нижегородского отделения являются психореабилитация, психопросвещение, психообразование,

трудоустройство, взаимодействие с родственниками, которые невозможно рассматривать отдельно друг от друга, вместе они дают положительный результат.

Главным местом, где проводится эта работа, является Центр социально-психологической поддержки «Новые возможности», который расположен за пределами больницы, в Обозном переулке Нижегородского района. Ежедневно туда приходят пациенты, члены их семей, с которыми профессионалы (психиатры, психологи) и волонтеры проводят образовательные и поддерживающие группы, арт-терапию, индивидуальное консультирование. Среди других площадок для проведения психосоциальных воздействий можно выделить Центр современного искусства «Арсенал», выставочный зал на площади Минина, ботанический сад, детскую спортивную школу по настольному теннису. В областной детской библиотеке под руководством профессионального режиссера-постановщика проводит репетиции театр «Спиритус», актерский состав которого состоит из пациентов больницы и их родственников.

С 2011 г. Клиническая психиатрическая больница № 1 г. Нижнего Новгорода в тесном взаимодействии с Нижегородским отделением «Новые возможности» успешно реализует проект «День открытых дверей в психиатрической больнице», который проводится в День психического здоровья ВОЗ (10 октября). Целью проекта является повышение осведомленности (психопросвещение) населения о проблемах психического здоровья и снижение стигматизации лиц, страдающих психическими расстройствами.

В настоящее время успешно осуществляется проект «Клуб «Вместе» на средства Президентского гранта, который выиграл фонд «Культурная столица Поволжья». Партнерами проекта являются Центр современного искусства «Арсенал» и «Новые возможности». Проект осуществляется для людей с ментальными заболеваниями, и главная задача – их социализация. Сотрудники больницы участвуют в качестве профессиональных экспертов. На площадке «Арсенала» участники проекта (30 человек) занимаются творчеством: рисуют, танцуют, пробуют свои силы в театральном мастерстве. Весной 2018 г. там же прошла выставка художественных работ, к осени ждут нижегородцев на премьеру собственного спектакля.

Больница с 2011 г. регулярно участвует во Всероссийском конкурсе «За подвижность в области душевного здоровья» им. академика РАМН Т.Б. Дмитриевой. В 2011 г. награждена Дипломом 2-й степени в номинации «Психообразование» за поддержку семей пациентов пожилого возраста с использованием современных психообразовательных технологий. В 2012 г. –

Диплом 3-й степени в номинации «Психореабилитация» – за сотрудничество с общественными организациями. В 2013 г. присужден Диплом 1-й степени в номинации «Психопросвещение» – за активное взаимодействие со СМИ и общественными организациями по вопросам психического здоровья. В 2016 г. – Диплом 2-й степени в номинации «Психопросвещение» за инновацию психопросветительной деятельности среди молодежи.

В 2014 г. коллектив больницы награжден Почетной грамотой Министерства здравоохранения Российской Федерации «За большой вклад в совершенствование организации психиатрической помощи населению».

**КОМПЛЕКС МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ПО РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ И
ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ И ФИЗИЧЕСКИМИ ОТКЛОНЕНИЯМИ
В РАЗВИТИИ НА БАЗЕ УЧРЕЖДЕНИЙ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
MEDICAL, PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL ASSISTANCE TO
REHABILITATE AND ADAPT DISABLED CHILDREN AND MENTALLY
AND PHYSICALLY DISABLED CHILDREN IN SOCIAL CARE
INSTITUTIONS**

Э.А. Ярцева

*Реабилитационный центр для детей и подростков
с ограниченными возможностями «Дом»
Сормовского района города Нижнего Новгорода*

*E.A. Yartseva
Rehabilitation centre for disabled children and teenagers “House”,
Sormovskiy district, Nizhny Novgorod*

Рассмотрен комплекс медико-психолого-педагогической помощи детям-инвалидам в учреждениях социальной защиты: условия и практики получения услуг. Более подробно освещен опыт реабилитационного центра «Дом» Сормовского района г. Н. Новгорода.

The paper looks into medical, psychological and pedagogical assistance to disabled children in social care institutions: terms and practices of obtaining services with a focus of rehabilitation center “House”, Sormovskiy district, Nizhny Novgorod.

Ключевые слова: медико-психолого-педагогическая помощь детям-инвалидам, реабилитация, абилитация, учреждение социальной защиты

Keywords: medical, psychological and pedagogical assistance to disabled children, rehabilitation, adaptation, social care institutions

На 1 февраля 2018 г., по данным пенсионного фонда РФ, численность детей-инвалидов в Нижегородской области составляет 11 968 человек. Это 3,9% от общей численности инвалидов. Из них девочек 4 916 человек (41%) и

мальчиков 7 052 человека (59%). В возрасте от 0 до 3 лет – 1 368 детей, от 4 до 7 лет – 2 706 детей, от 8 до 14 лет – 5 197 детей и от 15 до 17 лет – 2 697 детей.

На 1 января 2018 г. в Нижегородской области 9430 семей, имеющих детей-инвалидов, получили комплекс услуг в Учреждениях социальной защиты, что составляет 100% от обратившихся и 79% от общего количества детей-инвалидов.

В сфере социальной защиты населения комплекс услуг детям-инвалидам и детям с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ) предоставляется на базе 20-ти Учреждений, подведомственных министерству социальной политики Нижегородской области, в том числе: на базе 5 специализированных реабилитационных центров для детей и подростков с ограниченными возможностями, в 13 отделениях с дневным пребыванием при Центрах социальной помощи семье и детям, в областном центре социальной помощи семье и детям «Юный Нижегородец» и в областном санаторно-реабилитационном центре для несовершеннолетних «Золотой колос».

Получение комплекса услуг имеет заявительный характер, то есть услуги предоставляются только с письменного обращения граждан, признанных нуждающимися в предоставлении услуг в соответствии с 442 ФЗ. Заявления подаются в Управление социальной защиты населения по месту регистрации. После признания граждан нуждающимися им выдается индивидуальная программа реабилитации и абилитации (далее – ИПРА).

Получателям социальных услуг с учетом их индивидуальных потребностей предоставляются следующие виды социальных услуг: социально-бытовые, социально-медицинские, социально-психологические, социально-трудо-вые, социально-педагогические, социально-правовые услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг и срочные социальные услуги.

Более подробно остановимся на реализации ИПРА и предоставлении комплекса социальных услуг детям-инвалидам и детям с ОВЗ, а также их семьям на базе ГБУ «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Дом» Сормовского района города Нижнего Новгорода» (далее – Учреждение, Центр).

Основная цель деятельности Учреждения – оказание детям с нарушениями в умственном и физическом развитии комплексной социально-реабилитационной, медико-психолого-педагогической, а также консультативной, юридической и иной помощи их семьям.

В Центре получают услуги дети-инвалиды и дети с ОВЗ со следующими заболеваниями и диагнозами: с признаками расстройства аутистического спектра, диагнозом ДЦП, заболеванием органов слуха и носоглотки,

гидроцефалией, с синдромом Дауна, заболеваниями центральной нервной системы, опорно-двигательного аппарата, задержкой психомоторного и речевого развития, с заболеваниями моче-половой системы, с заболеваниями органов зрения, с эпилепсией, заболеваниями эндокринной системы, с ихтиозом, психическими заболеваниями и иными нарушениями в психическом и физическом развитии.

Всего с 2016 г. на базе Центра прошли социальную реабилитацию более 1 тыс. человек, из них более 300 детей-инвалидов и более 700 детей с ОВЗ и детей, испытывающих трудности в социальной адаптации.

В Центре функционируют 5 отделений: консультативное, психолого-педагогической помощи, медико-социальной реабилитации, с дневным пребыванием, методическое, а также организована работа лекотеки, пункта проката реабилитационного оборудования и сенсорной комнаты. В лекотеке педагоги проводят с детьми коррекционные развивающие занятия, помогающие подготовить ребенка к дальнейшему самостоятельному проживанию. Занятия психолога в сенсорной комнате способствуют снятию напряжения и тревожности у детей, помогают улучшить их эмоциональное состояние. Процесс психолого-педагогической реабилитации осуществляется в специально оборудованных кабинетах психологов, логопедов, дефектологов.

С детьми с ОВЗ в Центре также проводятся медико-социальные реабилитационные мероприятия: физиотерапевтические процедуры, лечебный и профилактический массаж, физкультурно-оздоровительные занятия.

В Центре имеется ресурсная комната (пункт проката оборудования) «В помощь семье», оснащенная оборудованием, которое выдается напрокат на безвозмездной основе семьям, имеющим детей-инвалидов, детей с ОВЗ и семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации.

Методическое отделение Учреждения является областным методическим Центром, регулярно организуют семинары для специалистов государственных учреждений социального обслуживания семьи и детей, родителей, воспитывающих детей-инвалидов, с привлечением ведущих специалистов из России, Ближнего и Дальнего Зарубежья.

В 2016-2017 гг. Центр был участником пилотного проекта по обеспечению самостоятельного проживания детей-инвалидов в возрасте 16+, проживающих в семьях, и выпускников домов-интернатов для умственно отсталых детей системы социальной защиты населения (сопровожаемое проживание) в первые годы после их выхода из учреждений в Нижегородской области, софинансируемого Фондом поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Основная цель участия Центра в пилотном проекте –

формирование модели предпрофессиональной и предпрофильной подготовки подростков с инвалидностью, имеющих умственные и психические нарушения.

В ходе реализации пилотного проекта было создано и оборудовано 8 творческих мастерских: Швейная мастерская, Мастерская изобразительного искусства, Гончарная мастерская, Печатная мастерская, Студия инновационного (современного) искусства, Театральная мастерская, Музыкальная студия и Кулинарная мастерская. За 2 года специалистами Центра проведено более 30 тысяч индивидуальных коррекционных занятий и около 200 подгрупповых занятий с детьми и их родителями.

Занятия в мастерских помогают развивать творческий потенциал детей, обеспечивают возможность для корректировки и исправления физических, психических и психологических недостатков у детей-инвалидов и детей с ОВЗ, предпрофессиональной и профориентационной подготовки подростков, а также способствуют улучшению микроклимата во взаимоотношениях, как с окружающими, так и в семье.

Методики, применяемые специалистами в Центре, позволяют восстановить и компенсировать нарушения функции моторики, речи, психики ребенка, а также решить проблемы внутрисемейных отношений, помочь адаптации ребенка-инвалида в социум.

Учреждением проводится большая организационная работа при дальнейшем жизнеустройстве и сопровождении детей-инвалидов и подростков с ОВЗ. Разрабатываются механизмы взаимодействия с потенциальными работодателями и иными заинтересованными лицами к дальнейшему жизнеустройству детей и выпускников Центра.

Большое внимание уделяется социокультурной реабилитации детей с нарушениями в развитии. Дети активно принимают участие в экскурсионных программах, акциях, конкурсах, праздничных мероприятиях.

Ежегодно в рамках летней оздоровительной кампании в Центре традиционно проводятся интеграционные оздоровительные смены для детей-инвалидов, детей с ОВЗ, и детей, испытывающих трудности в социальной адаптации. 2 смены в июле и августе позволяют организовать дневную занятость в каникулярный период детям, находящимся в городе (школьные лагеря в основном функционируют преимущественно в июне), что является существенной поддержкой семье.

На базе Учреждения ежегодно организуются областные и районные благотворительные Акции, направленные на поддержку нуждающихся семей с детьми.

В 2017 г. опыт работы Центра с семьями, воспитывающими детей-инвалидов, а также в сфере допрофессиональной подготовки подростков с

инвалидностью был представлен делегацией Нижегородской области в г. Мурманске на VIII Всероссийской выставке-форуме «Вместе – ради детей! Вместе с семьей». По итогам участия в Выставке-форуме делегация Нижегородской области была награждена дипломом профессионального признания в номинации «Мы – вместе!» за эффективное внедрение и распространение технологий и методик активной поддержки родителей, воспитывающих детей-инвалидов и детей с ОВЗ.

Основными перспективами развития Учреждений социальной защиты населения оказывающих комплекс услуг детям-инвалидам и детям с ОВЗ, в ближайшие годы являются: расширение спектра услуг, апробация и внедрение новых форм и методов работы с детьми и семьями, в том числе развитие ранней помощи, что приведет к существенному снижению показателей по социальному сиротству детей с инвалидностью (отказы в роддомах) и численности детей с ОВЗ к дошкольному и школьному возрасту, а также привлечение новых социальных партнеров. Согласованность действий при социальном партнерстве и межведомственном сотрудничестве поможет качественно улучшить комплекс предоставляемых услуг, помочь детям и подросткам с ОВЗ максимально комфортно осваивать всесторонние навыки и аккумулировать внутренний потенциал при дальнейшем жизнеустройстве.

ВЫСТУПЛЕНИЯ

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ И ТЕНДЕНЦИИ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ КАЗАХСТАНСКОЙ МОЛОДЕЖИ MAIN FACTORS AND TENDENCIES INFLUENCING THE HEALTH FORMATION OF KAZAKHSTAN YOUTH

А.Х. Абдрашитова
Республика Казахстан
Российский государственный социальный университет,
г. Москва
A.Kh. Abdrashitova
The Republic of Kazakhstan
Russian State Social University, Moscow

Молодежь Казахстана высоко оценивает ценность здоровья. При этом ими предпринимаются недостаточные шаги для ее сохранения. В статье рассмотрены основные факторы и тенденции, которые оказывают влияние на формирования здоровья молодого поколения страны. Также проанализированы мероприятия, реализуемые государством в рамках молодежной политики для сохранения здоровья, формирования здорового образа жизни и вовлечения в спорт.

Kazakhstan youth appreciates the value of health. However, they are taking insufficient steps to preserve it. The article discusses the main factors and trends that influence the formation of the health of the younger generation of the country. Also analyzed are the measures implemented by the state in the framework of youth policy to preserve health, promote a healthy lifestyle and engage in sports.

Ключевые слова: здоровье, здоровье молодежи, молодежь Казахстана, формирование здоровья, ценность здоровья

Keywords: health, youth health, youth of Kazakhstan, the formation of health, the value of health

Ценность здоровья для молодежи Казахстана с годами растет: если в 2016 г. данный показатель составлял 56,7%, то в 2017 г. – 57,5% [1]. Несмотря на это, доля молодых людей, подверженных социально значимым болезням, все еще остается высокой. К таким болезням относятся туберкулез, ВИЧ, сахарный диабет, злокачественные новообразования, психическое расстройство и расстройство поведения, дегенеративные болезни нервной системы, хронические вирусные гепатиты и цирроз печени, ревматизм, системные поражения соединительной ткани. На фоне такой картины изучение факторов и тенденции, влияющих на формирование здоровья Казахстана становится необходимым.

Туберкулез – первая актуальная проблема сферы здравоохранения. По статистике, случаи заболеваемости среди молодежи за последние годы сократились. В 2015 г. их количество больных туберкулезом составляло 5375 человек, в 2016 г. – 4817 человек. В первой половине 2017 г. на диспансерный учет встали 703 подростка 15-17 лет. Наибольшее количество инфицированных проживают на юге и западе страны: в Алматинской, Атырауской, Кызылординской и Туркестанской областях. По данным Глобального индекса конкурентоспособности Всемирного Экономического Форума на 2016-2017 гг. Казахстан занял 92^{ое} место среди 138 стран, где зафиксированы высокие показатели заболеваемости туберкулезом.

Следующая проблема здоровья молодежи – онкологические заболевания. Число больных в 2016 г. было 745. Этот показатель лучше, чем было годом ранее. Тогда их количество достигло 874 случаев [1, 277 с.]. Значительное снижения распространенности болезни замечены в Алматинской, Туркестанской и Жамбылской областях.

Молодежь больше подвержена болезням психического расстройства. Материальные сложности, стресс и нагрузка во время обучения, проблемы с трудоустройством не способствуют сохранению здоровья. Неправильное питание и нарушенный режим сна усугубляют их состояние. Все это приводит к срывам, депрессии, в некоторых случаях к суициду. В 2017 г. на

диспансерном учете по заболеваниям психической сферы состояли 48 081 человек.

Еще одним фактором, влияющего на здоровье молодого поколения является состояние окружающей среды. В стране развивается добывающая и перерабатывающая промышленность. Особенно в городах Актау, Темиртау, Тараз, Петропавловск, Шымкент и Алматы. Они и становятся причинами загрязнения воздуха. Из-за него у молодежи и детей обостряются болезни эндокринной, костно-мышечной системы, болезни системы кровообращения.

Наркомания – проблема, с которой государство активно борется. Низкую результативность проводимых мероприятия показывают данные за 2016 г. Число наркозависимой молодежи выросло до 17 792 человек, что больше по сравнению с 2015 г. Тогда общее количество состоящих на учете органов здравоохранения как алко- и наркозависимые составило 8 916 человек [2].

Причинами роста социально значимых болезней среди молодежи считают низкий уровень гигиенических знаний, социальную дезадаптацию и условия окружающей среды. Воспитание в традиционной семье оказывает сильное влияние на формирование отношения к собственному здоровью у молодежи. Вопросы половых отношении табуированы, отсюда и берут корни проблемы ранней беременности, различных болезней, передаваемых половым путем. Молодым людям бывает сложно обратиться за услугами психолога, гинеколога или уролога. Им мешает чувство стыда.

Для профилактики и лечения социально значимых болезней в стране работают Молодежные центры здоровья (МЦЗ). Их деятельность основана на принципах добровольности, доступности, доброжелательности и доверия. В МЦЗ молодежь может получить бесплатную консультацию по вопросам сохранения репродуктивного здоровья, профилактики вредных привычек, стресса и депрессивных состояний [3]. Центр обеспечивает анонимность в отношении обращенных за услугами.

Молодежные центры здоровья базируются в городских, районных организациях первичной медико-санитарной помощи, областных и районных центрах формирования здорового образа жизни, университетах и общественных организациях. За 6 лет работы их количество увеличилось с 17 до 94. В прошлом году 231 833 человек обратились за помощью в МЦЗ. Из них 90 982 лица мужского пола и 140 851 женского пола [1, 281 с.].

В Концепции государственной молодежной политики Казахстана говорится о том, что молодым людям необходимо повышать мотивацию к ведению здорового образа жизни. Понятия «молодежь» и «физическая культура» должны стать неотъемлемой частью образа жизни молодого человека. При этом особое внимание уделяется профилактическим

мероприятиям. Приоритет в этой работе отдается вовлечению молодежи в занятия спортом и физической культурой.

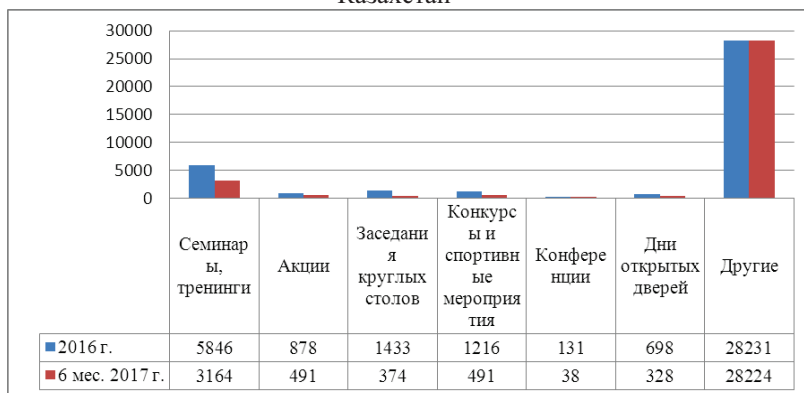
Ежегодно по республике открываются сотни бассейнов, тренажерных залов и других спортивных объектов. В 2017 г. функционировали 11,1 тысяч спортивных сооружений. Еще одним инструментом по формированию и сохранению здоровья стали физкультурно-оздоровительные комплексы. Сейчас их в стране 11. Физической культурой и спортом охвачено более 4-х млн. человек. В спортивно-массовых мероприятиях каждый год принимают участие более 5 млн. человек [4]. Активность молодежь проявляет в марафонах, велопробегах и соревнованиях по триатлону.

Министерством здравоохранения в 2016 г. проведено 45 915 мероприятий: семинары, тренинги, акции, заседания круглых столов, конкурсы и спортивные состязания, конференции и дни открытых дверей с охватом 804 419 человек. За первые полгода 2017 г. проведено более 33 000 мероприятий (Таблица 1.) [1, 281 с.].

В Казахстане 125 высших учебных заведений. Из них в 113-ти действуют клубы. В них занимаются спортом 175 тыс. студентов, или 48,7% от общего их числа. 20% студентов ВУЗов страны были вовлечены в спорт (186 тыс. человек). В колледжах – 30% (более 283 тыс. человек). В 757 средне-специальных учебных заведениях более 290 тыс. учащихся занимаются спортом [5].

Т а б л и ц а 1

Мероприятия, проведенные Министерством здравоохранения Республики Казахстан



Государственная программа не обходит стороной и проблемы молодежи с ограниченными возможностями. Сегодня действуют 450 детско-юношеских спортшкол, 10 клубов для лиц с ограниченными возможностями. Благодаря

этому ежегодно растет количество молодежи с ограниченными возможностями, занимающихся спортом: в 2015 г. – 11739 человек, 2016 г. – 12 139 человек.

В формировании здоровья молодежи большую роль играют средства массовой информации. За прошлый год организовано 556 теле-радиопередач, 283 публикации в печатных изданиях и размещение информации на сайтах МЦЗ и социальных сетях.

Государство с каждым годом совершенствует механизмы обеспечения молодежи качественными медицинскими услугами, создают условия для сохранения здоровой окружающей среды и для социальной защиты. Одним из таких направлений становится обязательное социальное медицинское страхование как форма социальной защиты молодого поколения в условиях рыночной экономики. Несмотря на улучшения в борьбе с социально значимыми болезнями, обеспечение здоровья молодежи все еще требует контроля и улучшения механизмов системы здравоохранения.

Список литературы

1. Национальный доклад «Молодежь Казахстана – 2017». Научно-исследовательский центр «Молодежь», г. Астана, 2017 г. Источник: <http://elzhastary.kz>

2. Кайдарова А.С., Ашимханова Д.Э., Маулитов А.Е., Зайниева Л.Ю., Мекебаева М.А., Сенгирбай М.Ж., Жусипова А.С., Калдыбаева О.В., Насимова Г.О., Тесленко А.Г. Национальный доклад «Молодежь Казахстана – 2016». г. Астана, 2016 г. Источник: <http://elzhastary.kz>

3. Баттакова Ж.Е., Мукашева С.Б., Оразалиева Б.С. О деятельности «молодежных центров здоровья» в регионах Республики. Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья. Международный научно-практический журнал. г. Алматы, 2017 г. <https://hls.kz/uploads/magazine/2-2017.pdf>

4. Проект выступления Министра культуры и спорта Республики Казахстан А. Мухамедиулы. 12 сентября 2017 г. Источник: <http://sport.gov.kz>

5. Доклад Министра культуры и спорта в Правительстве РК «О развитии массового спорта в Республике Казахстан» в марте 2016 года. Источник: <http://sport.gov.kz>

**ПРОБЛЕМА ИНВАЛИДНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ АРЦАХ:
ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ И ПРАКТИКА¹**
**THE PROBLEM OF DISABILITY IN THE REPUBLIC OF ARTSAKH:
LEGAL REGULATION AND PRACTICE**

А.Г. Арутюнян

*Объединение молодых ученых и специалистов Арцаха,
Электронная библиотека Арцаха,
Республика Арцах, г. Степанакерт*

A.H. Harutyunyan

*The Union of young scientists and specialists of Artsakh,
The Artsakh E-Library,
Artsakh Republic, Stepanakert city*

На основе анализа положений Конституции Республики Арцах рассматриваются теоретические основы социальной политики в области защиты инвалидов в Республике Арцах, актуальность данной темы, нормативно-правовые основания и основные проблемные вопросы в реализации законодательства.

The theoretical basis of social policy-making regarding protection of persons with disabilities in the Artsakh Republic, the relevance of the subject, the legal and regulatory frameworks and critical areas of concern in the implementation of the legislation based on the analysis of the provisions of the Artsakh Republic Constitution are considered in the article.

Ключевые слова: Республика Арцах (НКР), социальное государство, инвалидность, социальная политика, социальная защита.

Keywords: the Artsakh (Nagorno Karabakh) Republic, social state, disability, social policy, social welfare.

Новая Конституция Республики Арцах (Нагорно-Карабахской Республики) 2017 г. имеет богатую аксиологическую систему [1]. Согласно части 1-ой статьи 1, "Республика Арцах – суверенное, демократическое, правовое, социальное государство" [2]. Мы рассмотрим "социальный" компонент государства, в рамках которого обратимся проблеме инвалидности.

Согласно энциклопедическому словарю, социальным называется то государство, которое осуществляет деятельность, направленную на обеспечение достойного уровня жизни своих граждан, их благополучия и социальной защищенности [3]. С этой целью государственными властями реализуется целевая политика, главной задачей которой является достижение благосостояния человека и общества, обеспечение равных и справедливых возможностей для развития личности.

¹ Исследование выполнено при финансовой поддержке Министерства образования, науки и спорта Республики Арцах в рамках научного проекта №ARCK 17-002.

Социальная политика представляет собой часть общей политики государства, которая касается отношений между социальными группами, между обществом в целом и его членами, связанных с изменениями в социальной структуре, ростом благосостояния граждан, улучшением их жизни, удовлетворением материальных и духовных потребностей, совершенствованием образа жизни [4]. Социальная политика в области защиты инвалидов формируется и реализуется под влиянием нескольких групп факторов:

- 1) наличествующей в обществе модели понимания инвалидности;
- 2) транслируемых через СМИ образов инвалидов;
- 3) мнения инвалидов о самих себе;
- 4) деятельности общественных организаций инвалидов в различных сферах: правовой, образовательной, трудовой, досуговой [5].

Социальную политику в Республике Арцах осуществляет Министерство труда, социальных вопросов и миграции Республики Арцах [6], одним из важных направлений которой является инвалидность.

Естественно, во всех странах мира, в том числе в де-факто существующей, но пока еще де-юре не признанной Республике Арцах, имеются проблемы, связанные с инвалидами. В нашем случае данная проблема имеет одну особенность: число инвалидов резко возросло в результате войны, развязанной Азербайджаном 1991-1994 гг. По состоянию на январь 2018 г. число инвалидов в Республике Арцах составляет около 9000 человек. Примечательно, что 25% государственного бюджета страны, не считая благотворительных проектов, направлено на решение социальных вопросов. Для сравнения, если сумма, выделенная на социальную сферу из государственного бюджета Республики Арцах в 2009 г. составила около 16 млрд драмов, или 33 млн долларов, то в 2018 г. выросла до 23 млрд драмов, составив 47,5 млн долларов США [7].

Основными правовыми актами, регулирующими сферу инвалидности, являются Конституция Республики Арцах, Трудовой кодекс, Законы НКР "О занятости", "Социальной защите инвалидов в Нагорно-Карабахской Республике" и другие правовые акты. Кроме статьи 1 Конституции Республики Арцах, правовые отношения, связанные с инвалидностью, также регулируют статья 29 (Запрещается дискриминация в зависимости от ...инвалидности, возраста либо иных обстоятельств личного или социального характера), статья 82 (Каждый в соответствии с законом имеет право на социальное обеспечение в случае материнства, многодетности, болезни, инвалидности, несчастных случаев на месте работы, нужды в уходе, потери кормильца, старости, безработицы, потери работы и иных случаях) и статья 85 (Основными целями

политики государства в экономической, социальной и культурной сферах являются: 3) проявление особой заботы к лицам, ставшим инвалидами при защите отечества, и к семьям погибших; 9) осуществление программ по предупреждению, лечению инвалидности, восстановлению здоровья инвалидов, стимулирование участия инвалидов в общественной жизни).

Итак, с 20 ноября 1997 г. в Республике Арцах действует Закон "О социальной защите инвалидов в Нагорно-Карабахской Республике" [8], который устанавливает правовые, экономические и организационные основы социальной защиты инвалидов в Республике Арцах, основные положения государственной политики в предоставлении инвалидам наиболее благоприятных условий и льгот по осуществлению их прав и способностей с целью обеспечения для них равных с другими гражданами республики возможностей.

Согласно статье 2 Закона о "Социальной защите инвалидов в Нагорно-Карабахской Республике", "инвалидами признаются граждане, которые вследствие ограничений жизнедеятельности, обусловленных умственной или физической неполноценностью, нуждаются в социальной помощи и защите". Инвалидность в современном мире проявилась как одна из глобальных проблем, затрагивающих интересы практически всех сфер деятельности, но, несмотря на существующие национальные, региональные и международные правовые нормы, а также деятельность международных организаций и усилия неправительственных организаций во всем мире, принадлежащие инвалидам права человека по-прежнему не соблюдаются на должном уровне [9].

В соответствии со статьей 5¹ указанного закона, ежегодно разрабатывается годовая программа социальной защиты инвалидов, которая реализуется по следующим направлениям:

1. Осуществление мер по защите прав инвалидов и публичная осведомленность;
2. обеспечение равных и доступных условий для инвалидов;
3. реализация программ, направленных на образование и профессиональную подготовку инвалидов;
4. участие инвалидов в спортивных и культурных программах;
5. осуществление программ, направленных на содействие занятости инвалидов;
6. улучшение жилищных условий лиц, признанных бессрочными инвалидами первой группы в результате травмы или калечения, полученных в ходе защиты Республики Арцах;
7. реализация программ с государственной финансовой поддержкой для военных инвалидов Республики Арцах;

8. оказание финансовой (материальной) помощи социально уязвимым инвалидам;

9. расширение сферы сотрудничества с неправительственными организациями, занимающимися проблемами инвалидов.

При выполнении работ в вышеупомянутых направлениях можно использовать также 9 рекомендаций по улучшению жизни людей с инвалидностью, сформулированных в докладе Всемирного банка, подготовленном совместно с Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ):

1. Обеспечить доступ ко всем универсальным системам и услугам;

2. Инвестировать средства в специальные программы и услуги для инвалидов;

3. Принять национальную стратегию и план действий в области инвалидности;

4. Привлекать инвалидов к работе;

5. Совершенствовать кадровый потенциал;

6. Обеспечивать необходимое финансирование и повышать экономическую доступность;

7. Повышать информированность и осведомленность общества о проблемах инвалидности;

8. Улучшать сбор данных об инвалидах;

9. Укреплять и поддерживать научные исследования по проблемам инвалидности [10].

При рассмотрении проблемы инвалидов надо исходить из того соображения, что нарушение прав инвалидов и отсутствие возможности их активного участия в жизни государства приводят к значительным экономическим потерям. Частично данная проблема решается через различные программы и проекты, направленные на снижение уровня инвалидности и содействие развитию социальной защищенности инвалидов. Поэтому надо уделять особое внимание занятости инвалидов и их полной интеграции в общество, при этом привлекая спонсоров из разных стран мира.

Думаем, что в плане международной интеграции важным шагом станет присоединения Республика Арцах в установленном законом порядке к Конвенции ООН о правах инвалидов, принятой 13 декабря 2006 г.

Список литературы

1. Арутюнян А. Аксиологические особенности новой Конституции Республики Арцах, Ученые записки юридического факультета. Выпуск 46-47(56-57), Санкт-Петербург, 2017. С. 137-139.

2. Конституция Республики Арцах, принятая 20 февраля 2017 года всенародным референдумом, Конституция доступна на сайте <http://www.president.nkr.am/media/documents/constitution/Constitution-ru2017.pdf>.

3. Конституционное право. Энциклопедический словарь / Арутюнян Г.Г., Баглай М.В. М.: Норма, 2006. С. 460.

4. Комментарий к Конституции РФ / Под ред. Зорькина В.Д., Лазарева Л.В. М.: Эксмо, 2009ю С. 102.

5. Аверина Е. Теоретические основы социальной политики в области защиты инвалидов в современной России. Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология, №1(17). С. 146.

6. Официальная страница Министерства труда, социальных вопросов и миграции Республики Арцах на сайте Правительства – <http://gov.nkr.am/ru/ministries/details/4/>.

7. Государственный бюджет Республики Арцах 2009-2018 гг. <http://minfin-nkr.am/?section=resources/index&type=4&subtype=83>.

8. Закон "О социальной защите инвалидов в Нагорно-Карабахской Республике" доступен на сайте Национального Собрания НКР – www.nankr.am.

9. Абашидзе А., Маличенко В. Международно-правовые основы защиты прав инвалидов. Медико-социальная экспертиза и реабилитация. №1. С. 32.

10. Девять рекомендаций по улучшению жизни людей с инвалидностью URL – http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_ru.pdf.

ПОЛИТИКА В ОБЛАСТИ НАРОДОНАСЕЛЕНИЯ В ИРАНЕ **POPULATION POLICY IN IRAN**

Мехди Афзали
Иранская Исламская Республика
Российский Университет Дружбы Народов, г. Москва
Mehdi Afzali
Islamic Republic of Iran
Russian University of Peoples Friendship, Moscow

Вместо введения

Каким бы долгим не был наш путь – в районе, где мы проживаем, на рабочем месте или там, где мы совершаем ежедневные покупки – мы часто пропускаем людей с «ограниченными возможностями». Мы часто наблюдаем различные знаки, обозначающие специально отведенные места для стоянки их автомобилей или комнаты, оборудованные различными устройства, которые облегчают им выполнение повседневных видов деятельности. Также можно заметить и другие полезные приспособления, которые облегчают их перемещение по тротуарам, улицам, жилым и общественным зданиям. Исходя из этого, мы вправе заявить, что «людям с ограниченными возможностями»

живется все лучше и лучше, они могут «нормально» функционировать в «здоровом» обществе. Именно так мы и воспринимаем «инвалидность» и возможность «интеграции» людей с ограниченными возможностями в окружающую среду. Однако, таким ли правильным является подобно восприятие и насколько правомерное такое восприятие «помощи» - на эти вопросы надлежит ответить, прежде всего, самим «людям, нуждающимся в уходе» и их опекунам.

На протяжении многих десятилетий постоянно вносятся изменения в международное законодательство, законодательство ЕС и иные правовые системы, признающих «проблему инвалидности», а также в законодательство тех стран, которые вынуждены заниматься этой проблемой под давлением различных конвенций, союзов или соглашений. Целью мероприятий является, как это часто называют, восстановление «людей с ограниченными возможностями» в обществе. В различных правовых актах, которые незначительно затрагивают интересы «людей с ограниченными возможностями», мы можем найти огромное количество формулировок, таких как: создание оптимальных условий, увеличение активности, вовлечение в основной ритм жизни, равные возможности в доступе или привлечение общественности. Создаются специальные комитеты, назначаются представители или группы консультантов для людей с «ограниченными возможностями» ради воплощения в жизнь вышеупомянутых лозунгов. Несомненно, нам следует быть благодарными за эти и, несомненно, прочие виды деятельности, которые оказываются как государственными, так и местными органами власти. Тем не менее, следует задуматься, насколько правильной является подобная деятельность и не приведет ли выполнение таких задач, как «включить ...» – сознательно или бессознательно – (как бы парадоксально это не звучало) к ситуации, в которой на «людей с ограниченными возможностями» часть обществаотреагирует совсем не так, как мы бы того хотели или как принято в развитом и цивилизованном обществе. Следует ли поощрять создание законов для «здорового» общества и отдельно для «людей с ограниченными возможностями», или же создание правовых актов, содержащих главы, посвященные «инвалидам», является вершиной законодательной деятельности? Необходима ли нам подобная дифференциация людей на две группы? Вот лишь некоторые из вопросов, которые мы бы хотели адресовать законодателям. Эта короткая, противоречивая (по своему определению) статья является лишь каплей в том море публикаций, которые посвящены «проблеме инвалидности» с одной стороны, а с другой именно она поможет нашим читателем посмотреть на данную проблему под другим углом.

Введение

Политика в области народонаселения играет важную роль в политике страны. Политики пытаются найти отношения между этими политиками с социально-экономическим развитием страны. Политика в области народонаселения в стране должна учитывать социальные реакции людей, и ее следует пересматривать каждые несколько лет или десятилетия, и если она не будет правильно решена, она будет иметь большие отрицательные последствия.

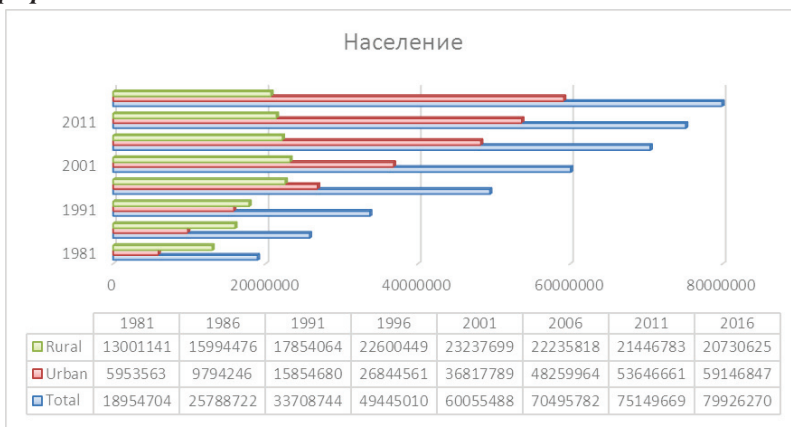
Большинство иранских семей по-прежнему живут традиционно, их задачи и обязанности традиционны, а это означает, что семья несет ответственность за благосостояние семьи от рождения до смерти. Они оказывают социальную, эмоциональную, финансовую, образовательную, медицинскую и т.д. поддержку. Но за последние несколько десятилетий в период модернизации и экономического развития заработная плата, урбанизация, самофинансирование жизни изменили структуру и размеры семей. За последние несколько десятилетий население Ирана резко возросло. Достижение почти 82 миллионов в 2018 году, в том числе 51% мужчин и 49% женщин. 69% этого населения проживает в городах, а 31% все еще живут в сельской местности.

Политика в отношении увеличения численности населения очень важна для планирования развития страны, особенно в странах, где они не являются получателями высококвалифицированных мигрантов. В прошлом веке благодаря повышению качества жизни, улучшению здоровья и снижению уровня смертности население Ирана увеличилось в 6 раз. Но в начале 90-х годов правительство пыталось контролировать рост населения, что благодаря политике, которую они сделали, может снизить темпы роста населения с 1,96% до 1,61%. Основываясь на структуре политики, мы должны иметь в виду, что для сотрудничества необходимо иметь разные группы, чтобы иметь возможность точно выполнять новые политики с наименьшими затратами, и настоятельно предлагается использовать добровольную политику людей вместо других, и мы должны помнить, что политика в области народонаселения и увеличения населения не будет успешной, если люди не будут хорошо информированы или удовлетворены результатами и процессами, даже если они являются весьма убедительными. Политика в области народонаселения в Иране в настоящее время находится на растущем этапе, и ей необходимо непосредственное сотрудничество народов, но мы должны знать, что это сотрудничество никогда не произойдет, если правительство не гарантирует отсутствие экономических проблем, улучшения качества жизни и безопасность жизни.

Политика в области народонаселения Ирана до революции 1979 г. заключалась в повышении качества жизни и повышении жизненных стандартов, поскольку в 1975 г. население составляло около 17 миллионов человек. Эта политика продолжалась и после революции, но рост населения продолжался. Кроме того, не было поощрения роста населения. Спустя несколько десятилетий с негативными последствиями сокращения численности населения и озабоченностью, правительство и лидер Ирана, объявил о новой политике роста населения, о которой он сказал: «Я по-прежнему считаю, что наша страна не является 75-миллионной страной, это 150 миллионная страна». После этого правительство и парламент попытались работать над новой политикой поддержки роста населения. Как видно на следующей диаграмме, население Ирана резко увеличилось с 19 миллионов до 80 миллионов с 1981 г. через два года после революции до 2016 г., а на базе статистического центра Ирана нынешнее население составляет около 82 миллионов человек. Как вы видите, население в целом и в городской местности постоянно увеличивается, но население сельской местности увеличилось до 2001 года, а затем начало снижаться.

Политика в области народонаселения должна выходить за рамки повышения рождаемости, а экономическое и социальное развитие страны затрагивает нацию, и правительство должно учитывать качество жизни и повышать уровень жизни. И если они не могут этого сделать, негативное влияние роста населения будет влиять на другие секторы политики. И это может быть важно, потому что на основе статистического центра прогнозов Ирана и агентства Fars новый Иран может иметь 0% прироста населения, начиная с 2035 г., что может быть очень опасно для экономики округа. Еще один важный фактор заключается в том, что население Ирана стареет, хотя на данный момент оно не разорвано, но на основе статистического центра Ирана и планирующей и бюджетной организации проблема старения в течение трех десятилетий увеличилась в четыре раза, тогда как в 2016 г. около 10% населения Ирана было более 60 лет.

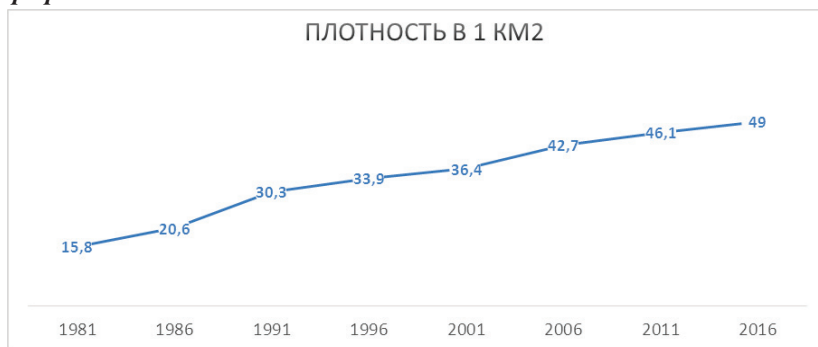
График 1. Население



Источник: статистический центр Ирана.

На следующем графике вы также можете увидеть, как плотность населения увеличилась с 1981-2001 гг., начиная с 15,8 человек до 49 человек на каждый км2. Площадь Ирана составляет 1 648 000 км2.

График 2. ПЛОТНОСТЬ В 1 км2

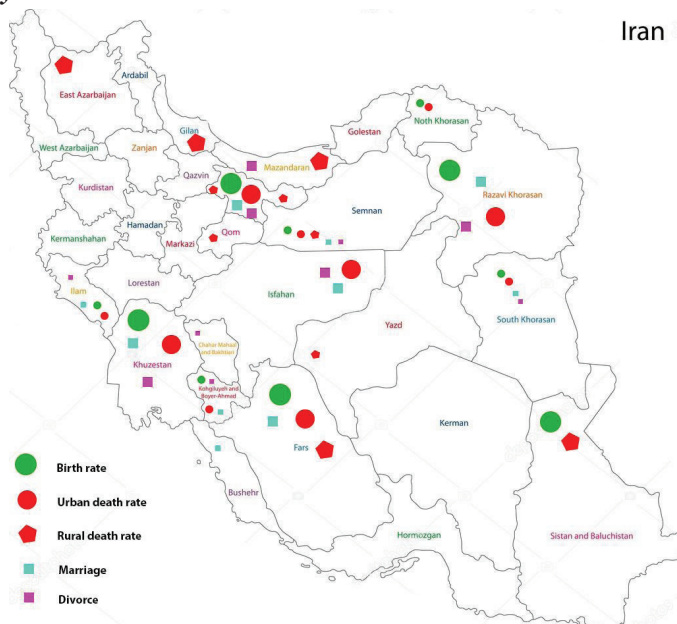


Источник: статистический центр Ирана.

На приведенной ниже картинке, основанной на статистическом центре информации Ирана показаны:

- плотность рождаемости,
- смертность в городах,
- уровень смертности в сельских районах,
- заключение браков,
- расторжение браков.

Рисунок 1:

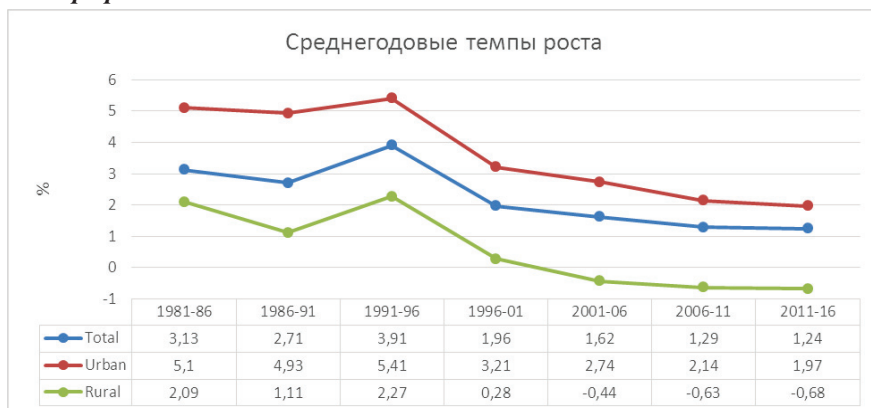


Источник: статистический центр Ирана.

Проблема в том, что большинство мест, где рождаемость огромна или увеличивается, у них недостаточно инфраструктуры, а рост рождаемости в этих районах может иметь социальные и экономические проблемы для семей и правительства. В любом случае в таблице ниже (диаграмма 3) вы можете видеть, что ежегодные темпы роста снизились с 1981 по 2016 гг. с 3,13% до 1,24.

В 2016 г. показано, что среднегодовые темпы роста в сельской местности были отрицательными, с 2001 по 2016 гг. соответственно -0,44%, -0,63% и -0,68%, тогда как в 1981 г. через два года после Исламской революции составляла около 2,09%, темпы роста городов также значительно снизились с 5,1% в 1981 г. до 1,97% в 2016 г. И это опасный знак в течение следующих нескольких десятилетий.

График 3. ПЛОТНОСТЬ В 1 км2



Источник: статистический центр Ирана.

Политика народонаселения.

1. Продвигать динамику роста и молодежное население, увеличивая коэффициент рождаемости до уровня, превышающего уровень преимственности.

2. Устранение барьеров в браке, содействие в формировании семьи и воспитанию детей, сокращение возраста вступления в брак и поддержка молодых пар, а также предоставление им возможности оплачивать расходы на проживание и обучение компетентных и эффективных поколений.

3. Обеспечить надлежащие условия для матерей, особенно во время беременности и декретного отпуска, включая расходы на беременность и лечение бесплодия для мужчин и женщин и укрепление соответствующих учреждений и вспомогательных учреждений.

4. Укрепление основы и устойчивости семьи путем совершенствования и завершения просвещения общественности об оригинальности Центра «Семья и детство» и подчеркивания преподавания жизненных навыков и навыков общения и предоставления консультационных услуг на основе исламских ценностей. развитие и укрепление системы социального обеспечения, услуг, здравоохранения и медицинского обслуживания для фертильности и деторождения.

5. Содействие и институционализация исламско-иранского образа жизни и противодействие нежелательным аспектам западного образа жизни.

6. Улучшение ожидаемой продолжительности жизни, здорового образа жизни и здорового питания населения и предотвращения социального вреда, особенно наркомании, загрязнения окружающей среды и болезней.

7. Культурное строительство для уважения и почитания пожилых людей и создания необходимых условий для их здоровья и поддержания в семье и прогнозирования механизма, необходимого для использования опыта и способностей пожилых людей в соответствующих областях.

8. Расширение возможностей населения в возрасте трудоспособности путем создания и реформирования, укрепления и адаптации образовательных систем и государственного образования, предпринимательства, технического и профессионального опыта для удовлетворения потребностей общества и их талантов и интересов в целях создания продуктивной и производительной занятости.

9. Пространственное и географическое распределение населения пропорционально биологическому потенциалу с акцентом на водоснабжении с целью сбалансированного распределения и сокращения популяционного давления.

10. Защита и поглощение населения в сельских и приграничных регионах и создание новых населенных пунктов, особенно на островах и побережьях Персидского залива и Оманского моря, посредством развития инфраструктурных сетей, поощрения инвестиций и создания достаточного дохода от бизнеса.

11. Управлять миграцией внутри страны и извне в соответствии с общей политикой населения путем разработки и внедрения соответствующих механизмов.

12. Поощрять иранцев за границей посещать и инвестировать, а также использовать их возможности.

13. Укрепление национальных компонентов идентичности (иранских, исламских, революционных) и содействие достижению социального согласия и конвергенции на территории, особенно среди пограничников; и иранцев за рубежом.

14. Непрерывное наблюдение за количественной и качественной демографической политикой путем создания соответствующих механизмов и разработки показателей развития человеческого потенциала коренных народов и проведения демографических исследований и исследований человеческого развития.

Кроме того, политика правительства по увеличению рождаемости в стране выглядит следующим образом:

- Бесплатная медицинская страховка для матерей и их новорожденных детей на два года.
- Государственная поддержка малоимущих семей с момента рождения и по истечению двух лет в плане:

– Продовольственный купон ежемесячно на 70 долларов, бесплатные медицинские анализы, обучающие курсы для мам по уходу за ребенком.

- Бесплатная медицинская помощь и содействие для семей у которых проблемы с зачатием и вынашиванием плода.

- Оплачиваемый двухнедельный отпуск с момента рождения ребенка для пап.

- Матерям при рождении каждого ребенка государство дарит по одной золотой монете (= 500 долларов).

- Матерям учащихся в высших учебных вузах закон предусматривает отдельное общежитие, позволено 50% учебного времени изучать заочно или онлайн, а также можно 50% предметов уменьшить на каждом семестре.

- Финансовые институты государства выдают кредиты по заниженной ставке (4-10%) на десять лет до 4000 долларов для семей у которых от 3-х до 5-ти детей.

- Для семей с детьми занижены проценты (8%) ставки по ипотеке на 30 лет и размер кредитной суммы увеличен в два раза.

- Для семей у которых отец служит в армии при рождении каждого ребенка срок службы уменьшается на 3 месяца.

Вывод

Демографически старение населения приведет к сокращению рождаемости и возобновлению производства энергии. С экономической точки зрения человеческие ресурсы являются одним из основных факторов экономического роста, особенно экономики знаний, и по мере роста населения экономическая мощь страны снижается. Хотя нынешняя экономика страны больше зависит от нефти, но с окончанием запасов нефти, которые не за горами, роль рабочей силы в экономическом росте страны становится еще более важной. Помимо предложения рабочей силы, в обществе с более молодым населением увеличивается спрос на товары и услуги, что также способствует экономическому росту.

С другой стороны, развивающимся странам приходится полагаться на свою внутреннюю рабочую силу в экономической деятельности из-за их менее привлекательных возможностей для привлечения мигрантов, а снижение темпов роста населения скажется на их экономике. Кроме того, с ростом среднего возраста населения страны, уход на пенсию и расходы на лечение для пожилых людей будут увеличиваться, и правительство столкнется с трудностями в его предоставлении. Изменение образа жизни людей с начала современной эпохи повлияло на численность населения стран. По мере развития науки и повышения уровня здоровья многие болезни могут быть предотвращены и лечены, а также уменьшены показатели смертности.

Улучшение науки и техники также облегчает профилактику беременности. С другой стороны, при индустриализации стран производство увеличилось, а растущее присутствие женщин на рынке труда привело к снижению тенденции к их принятию. Затем, в постмодернистскую эпоху, появление коммуникационно-развлекательных технологий заставило людей отвлекаться и оставило меньше возможностей для рождаемости и ухода за детьми. Сегодня многие страны, особенно в Европе, сталкиваются с проблемой деторождения, особенно в своем образе жизни, и, чтобы компенсировать их, прибегли к иммиграционной политике, которая, конечно же, создала для них проблему.

В Иране, возможно, одной из основных причин снижения рождаемости ребенка являются экономические трудности, из-за которых родители не могут платить за своих детей. Но даже в семьях с благоприятной экономической ситуацией мы видим меньше деторождения. С другой стороны, резкое увеличение участия женщин в университетах и их занятость, а также рост возраста вступления в брак уменьшили желание деторождения. Возможно, это в основном связано с чувством удовлетворения людей качеством жизни. Как сказал Генеральный секретарь Департамента здравоохранения и безопасности по делам женщин и семьи при президенте, отсутствие чувства счастья является фактором снижения численности населения. Поскольку Иран является развивающейся страной, и демографическое решение не может быть решено путем использования большого числа иностранных мигрантов с профессиональными способностями, более строгая и эффективная демографическая политика будет более важной для противодействия сокращению численности населения в стране.

Рост населения усугубляет нищету. Если люди обеспокоены, и не уверены в своем будущем и семье, они, естественно, будут продолжать контролировать население в ответ на него. Правительство, которое не может обеспечить адекватный ответ на безработицу, не имеет права рекомендовать развитие населения ». Молодежь, которая является активной экономической державой страны, рассматривает безработицу как одну из своих проблем.

Женщины убеждены, что расходы на увеличение детского воспитания будут навязываться им, а не мужчинам. Беременность и много лет после этого, они, как правило, сталкиваются с ними, рискуя потерять работу в целом или потеряв желаемую должность и лишая их от сообщества, и некоторый социальный ущерб.

Демографическая политика играет важную роль в развитии стран. Проанализировав существующую демографическую политику в стране и предлагаемую политику, похоже, настало время прекратить практику поперечных действий и проб и ошибок в этой области.

Важным является извлечение размеров и факторов, влияющих на демографическую политику, и попытки разработать всеобъемлющую основу для демографической политики в Иране. В целом, в демографической политике экономические, социальные и экологические аспекты устойчивого развития следует рассматривать вместе с ростом населения и сбалансированным между ними. Население страны должно быть доведено до такой степени, чтобы не повредить качеству жизни людей. Является ли увеличение или уменьшение численности населения, в котором находятся районы Ирана и в которых социально-экономические секторы Ирана и сколько для их качества жизни остаются оптимальными.

При разработке основы национальной политики в области народонаселения в нашей стране необходимо вовлечь в этот процесс несколько групп участников, чтобы в конечном итоге обеспечить, по крайней мере, преимущества всех из них, и рассмотреть пути снижения затрат на реализацию политики. Также целесообразно использовать добровольные и популярные инструменты вместо принудительных инструментов, но, в конце концов, следует отметить, что проблема, связанная с деторождением, является одной из проблем, которые невозможно решить, пока люди не убедятся в проведении соответствующих политик. Даже если правительство разработало различные меры стимулирования для реализации политики.

Источники:

1. Министерство Внутренних Дел, национальная организация регистрации актов состояния
 2. <http://ippra.com/policy/health-policy/articles/400-mokhtari1.html>
- Исследования и анализ иранской государственной политики
3. <https://www.isna.ir/news/> Информационное агентство Ирана
 4. <http://www.eghtesadonline.com> Агентство экономических новостей
 5. Старение населения в книге I.R.IRAN «Книга» Социально-экономические, демографические и оздоровительные характеристики пожилых людей.
 6. Население Английское издание «Иранские семьи» между демографическими изменениями и рождением государства всеобщего благосостояния «Мари Ладир-Фулади»
 7. <http://www.iribnews.ir/fa/news/> Информационное агентство ИРИБ
 8. ЮНИСЕФ
 9. Информационное агентство Fars. Государственное информационное агентство.
 10. <https://www.amar.org.ir/>. Статистический центр Ирана,
 11. <https://www.mporg.ir/home>. Планирование и организация бюджета

12. <http://farsi.khamenei.ir/news-content?id=26440>. Официальный сайт лидера Ирана

13. <http://www.csrj.ir/en> Институт стратегических исследований, Совет по целесообразности

POPULATION POLICY IN IRAN

Introduction

Population policy plays an important role in a country's policy. Politicians are trying to find a relationship between these politicians with a socio-economic development of the country. Population policies in a country should take into account people's reactions, and should be reviewed every few years or decades, and if they are not properly resolved, it will bring about huge negative consequences.

Most Iranian families still live traditionally, their tasks and responsibilities remain traditional, which means that the family is responsible for the welfare of the family from cradle to grave. They have a social, emotional, financial, educational, medical support but over the past few decades modernization and economic development, wages, urbanization, self-financing have changed the structure and size of families. Over last few decades, Iran's population has increased dramatically reaching almost 82 million in 2018, which includes 51% of men and 49% of women. 69% of this population lives in cities, and 31% still live in the countryside.

Population increase policy is very important for planning a country's development, especially in countries where they are not recipients of highly qualified migrants. Last century, due to improved quality of life, improved health and lower death rate Iran's population has increased 6 times. But in the early 90s the government tried to control population growth, which, thanks to the policies they made, could reduce the population growth rate from 1.96% to 1.61%. Based on the policy structure, we must keep in mind that for collaboration it is necessary to have different groups in order to be able to accurately implement new policies at the lowest cost, and it is strongly encouraged to use people's voluntary policies instead of others, and we need to remember that policy in population and population growth will not be successful if people are not well informed or satisfied with the results and processes, even if they sound very convincing. Population policy in Iran is currently underway at a growing stage, and it needs the direct cooperation of the people, but we must know that this cooperation will never happen unless the government guarantees absence of economic problems, improved quality and safety of life.

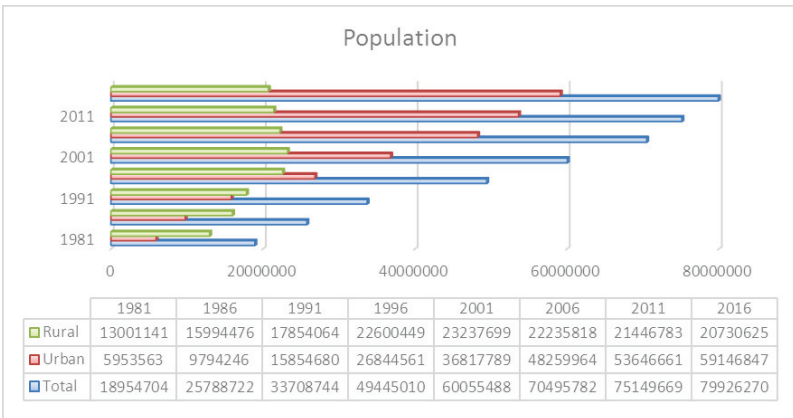
Discussions

Iran's population policies before the 1979 revolution during the kingdom period was to enhance the quality of life and increase the life standards, as the population was around 17 million people in 1975. This policy continued after the revolution as well but the population growth continued. Moreover there were no encouragement of population increase. Few decades later with the negative effects of population reduction, and government's concern, leader of Iran announced Khamenei announced the new policy of increase in population, which he told: "I still believe that our country is not a 75 million-country it is 150 million-country", After that government and parliament tried to work on the new policies to support the increase of population. As you see in the following chart population of Iran has drastically increased from 19 million to 80 million since 1981 two years after the revolution to 2016, and based on statistical center of Iran the current population is around 82 million people. As you see the population in general and in urban area has

continuously increased but the population of rural area has increased until 2001 and then started to decline.

Population policies should be beyond increasing the birth rate, economic and social development of the country affects the nation, and government must consider the quality of life and increase the level of living standards. And if they can't do so the negative impact of population increase will influence the other sectors of politics. And this could be important, because based on the statistical center of Iran predictions and Fars agency new Iran may have 0% population growth starting from 2035 which can be very dangerous for the county's economy. The another important factor is that, population of Iran is aging although it is not sever at the moment but based on statistical center of Iran and plan and budget Organization the aging problem in 3 decades has been increased four times, while in 2016 around 10% of Iran's population were more than 60 years old.

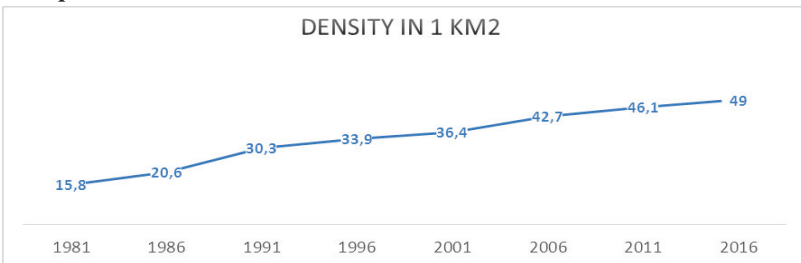
Graph 1. Population of Iran, Urban and Rural.



Source: Statistical Center of Iran

In the following graph you can also see how density has increased from 1981-201 started from 15.8 to 49 in every 1 Km². Iran's surface area is 1,648,000 Km².

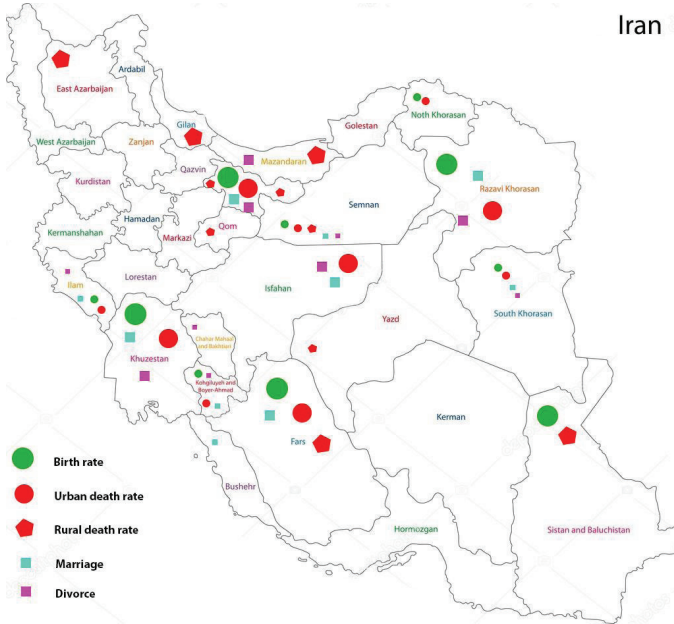
Graph 2. DENSITY



Source: Statistical Center of Iran

In the picture below, which is drawn based on statistical center of Iran information, the density of birth rate, urban death rate, rural death rate, marriage and divorce are shown.

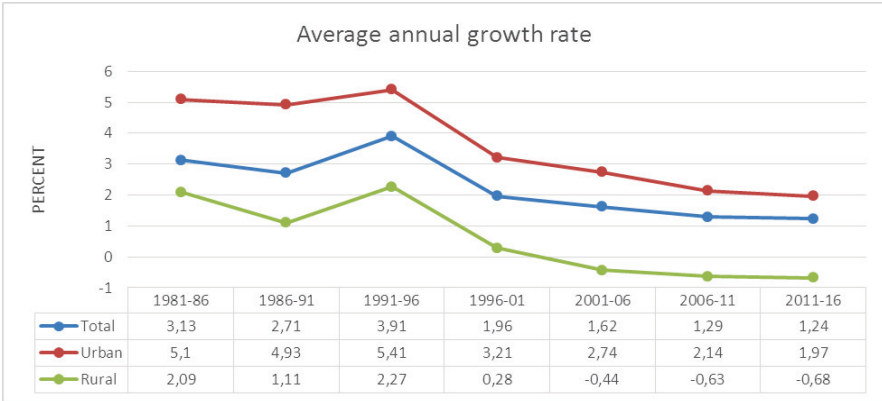
Picture 1. Distribution of birthrate, urban and rural death rate, Marriage and divorce.



Source: Statistical Center of Iran

And the problem is that most of the places where the birth rate is huge or increasing, they do not have enough infrastructure, and the birth rate increase in those areas, can have social and economic problems for families and governments. Anyhow in the chart below (graph 3.) you can see that the annual growth rate has decreased from 1981 to 2016 from 3.13 % to 1.24 in 2016 and it is shown that average annual growth rate in rural area has been negative since 2001 to 2016 respectively -0.44%, -0.63% and -0.68% while in 1981 two years after the Islamic revolution was around 2.09%, moreover urban growth rate has also highly decreased from 5.1% in 1981 to 1.97% in 2016. And this is the danger sign for the following few decades.

Graph 3. Annual growth rate



Source: Statistical Center of Iran

Population Policies

1. To promote growth dynamics and the youth population, increasing the birth rate to a level exceeding the level of continuity.

2. Eliminating marriage barriers, helping to form a family and raising children, reducing the age of marriage and supporting young couples, as well as giving them the opportunity to pay for living expenses and education of competent and effective generations.

3. Ensure adequate conditions for mothers, especially during pregnancy and maternity leave, including the costs of pregnancy, and fertility treatment for men and women and the strengthening of relevant institutions and support institutions.

4. Strengthening the foundation and sustainability of the family by improving and completing public education about the originality of the Family and Childhood Center and emphasizing the teaching of life and communication skills and providing counseling services based on Islamic values. Development and strengthening of the system of social security, services, health care and medical care for fertility and childbirth.

5. Promoting and institutionalizing the Islamic-Iranian way of life and countering undesirable aspects of the Western way of life.

6. Improvement of life expectancy, healthy lifestyle and healthy nutrition of the population and the prevention of social harm, especially drug addiction, environmental pollution and diseases.

7. Cultural construction to respect and honor the elderly and create the necessary conditions for their health and family support and predict the mechanism necessary to use the experience and abilities of the elderly in relevant areas.

8. Empowerment of people in working age by creating and reforming, strengthening and adapting educational systems and public education, entrepreneurship, technical and professional experience to meet the needs of society and their talents and interests in order to create productive and productive employment.

9. The spatial and geographical distribution of the population is proportional to the biological potential, with an emphasis on water supply with the aim of a balanced distribution and reduction of population pressure.

10. Protection and absorption of the population in rural and border regions and the creation of new settlements, especially on the islands and coasts of the Persian Gulf and the Oman Sea, through development of infrastructure networks, encouraging investment and generating sufficient business income.

11. Manage migration within and outside the country in accordance with the general policy of the population through the development and implementation of appropriate mechanisms.

12. Encourage Iranians abroad to visit and invest, and use their opportunities.

13. Strengthening the national components of identity (Iranian, Islamic, revolutionary) and promoting the achievement of social harmony and convergence in the territory, especially among border guards; and Iranians abroad.

14. Continuous monitoring of quantitative and qualitative population policies through the establishment of appropriate mechanisms and the development of indicators for the development of human potential of indigenous peoples and the conduct of demographic and human development research.

In addition, government policies to increase the birth rate in the country are as following:

- Free medical insurance for mothers and their newborns for two years.
- Government support for low-income families from the moment of birth and after two years, in terms of:
 - A monthly food voucher for \$ 70, free medical tests, training courses for mothers in child care.
- Free medical care and assistance for families who have problems with conceiving and carrying a fetus.
- Paid two-week leave from the moment a child is born for fathers.
- The state gives one gold coin (= \$ 500) to mothers at the birth of each child.
- The law provides a separate dormitory for mothers of students in higher educational institutions, 50% of study time is allowed to study by correspondence or online, and 50% of subjects can be reduced every semester.
- State financial institutions issue loans at a low rate (4-10%) for ten years up to \$ 4,000 for families with 3 to 5 children.

- For families with children underestimated interest (8%) mortgage rates for 30 years and then amount of the loan amount doubled.
- For families whose father serves in the army at the birth of each child, the service life is reduced by 3 months for every child.

Conclusion

Demographically, population aging will reduce fertility and renewal power generation. From an economic point of view, human resources are one of the main factors in economic growth, especially the knowledge economy, and as the population ages, the active economic power of the country is reduced. Although the current economy of the country is more reliant on oil, but with the ending of oil reserves, which will not be far off, the role of manpower in the country's economic growth becomes even more important. Apart from the supply of labor, in a society with a younger population, the demand for goods and services increases, which also contributes to economic growth.

On the other hand, developing countries have to rely on their domestic labor force in economic activity due to their less attractive attractions to attract migrants, and the declining rate of population growth will affect their economies. In addition, with the average age of the country's population rising, maintenance, retirement and treatment costs for the elderly will increase and the government will face difficulty in providing it. Changing the lifestyle of humans since the beginning of the modern age has affected the population size of the countries. As science progresses and health levels rise, many diseases can be prevented and treated and reduced mortality rates. The advancement of science and technology also makes it easier to prevent pregnancy. On the other hand, with the industrialization of countries, production increased, and the increasing presence of women in the labor market led to a lower tendency for them to be adopted. Then, in the post-modern era, the emergence of communication technologies has made people entertained and left less room for childcare. Today, many countries, especially in Europe, are facing the problem of childbearing, in particular in their lifestyles, and, in order to compensate for them, have resorted to immigration policies, which, of course, have created a problem for them.

In Iran, perhaps one of the main reasons for the decline in child birth is economic difficulties that make it difficult for parents to pay for their children. But even in families with a favorable economic situation, we see less childbearing. On the other hand, the dramatic increase in women's participation in universities and their employment, and the rise in the age of marriage, have diminished the desire for childbearing. Perhaps this is generally due to the sense of satisfaction of people with quality of life. As the Secretary-General of the Department of Health and Safety of the Department of Women and Family Affairs of the Presidency said, the lack of

sense of happiness is a factor in population decline. Since Iran is a developing country and population resolution cannot be solved by taking advantage of the large number of foreign migrants with professional abilities, a rigorous and effective demographic policy will be more important to counter the decline in population in the country.

Population growth exacerbates poverty. If people are worried and anxious and insecure about their future and the family, they will naturally continue to control the population in response to it. A government that cannot provide an adequate response to unemployment has no right to recommend population development “The youth, who constitute the active economic power of the country, regard unemployment as one of their problems.

Women are convinced that the cost of increasing child-rearing will be imposed on them rather than on men. Pregnancy and many years after that, they usually face them at risk of losing their jobs in general, or losing their desirable job position and dispossessing them from the community, and some social damage. Demographic policies play an important role in the development of countries. By reviewing the existing population policies in the country and the current proposed policy, it seems that the time has come for ending the practice of cross-sectional action and trial and error in this area.

What is important is extracting the dimensions and factors influencing population policy and trying to design a comprehensive framework for population policy in Iran. In general, in demographic policies, the economic, social and environmental dimensions of sustainable development should be considered together with the growth of the population and balanced between them. The population of the country should be kept to a degree that does not harm people's quality of life. In this regard, it is useful to use the fittest demographic approach, and at the same time, consideration of the three dimensions of the quantity, quality and distribution of the population according to the alignment of the land must be considered. Whether the increase or decrease in population in which regions of Iran and in which social and economic sectors of Iran and how much to make their quality of life remain optimal. In designing the native population policy framework in our country, multiple groups of actors must be involved in the subject, in order to ultimately provide at least the benefits of all of them, and consider ways to reduce the cost of policy implementation. It is also worthwhile to use voluntary and popular instruments instead of coercive tools, but in the end it should be noted that the child-bearing issue is one of the issues that cannot be solved until people are convinced to carry out relevant policies. Not even if the government has devised a variety of incentive measures to implement the policy.

Recommendations:

1. The Ministry of Internal Affairs, the national organization of state registration
2. <http://ippra.com/policy/health-policy/articles/400-mokhtari1.html>
Research and analysis of Iranian public policy
3. <https://www.isna.ir/news/> Iran Information Agency
4. <http://www.eghtesadonline.com> Agency of Economic News
5. Population aging in the book I.R.IRAN “Book” Socioeconomic, demographic and health characteristics of the elderly.
6. Population The English edition of the “Iranian families” between demographic changes and the birth of the welfare state Mari Ladir-Fuladi
7. <http://www.iribnews.ir/fa/news/> IRIB Information Agency
8. UNICEF
9. Fars Information Agency, State News Agency.
10. <https://www.amar.org.ir/>. Statistical Center of Iran,
11. <https://www.mporg.ir/home>. Budget planning and organization
12. <http://farsi.khamenei.ir/news-content? Id = 26440>. The official website of the leader of Iran
13. <http://www.csr.ir/en> Institute for Strategic Studies, Council on the appropriateness

ОСОБЕННОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВА ИНВАЛИДОВ НА ЖИЛИЩЕ FEATURES OF REALIZATION OF RIGHTS OF PERSONS WITH DISABILITIES TO HOUSING

Д.Г. Балыкин
*Нижегородская региональная общественная
организация инвалидов «Инватур»*
D.G. Balykin
*Nizhny Novgorod regional public
the organization of disabled people «Invatur»*

В статье рассмотрены некоторые актуальные вопросы реализации права инвалидов на жилище: правовые основания постановки на жилищный учет и актуальные проблемы предоставления некоторым категориям инвалидов и семьям с детьми-инвалидами жилых помещений по договору социального найма вне очереди.

Issues which are considered the article - legal basis for housing registration and the actual problems of providing some categories of people with disabilities and families with children with disabilities living quarters under a social rental contract out of turn.

Ключевые слова: инвалиды, жилье, тяжелые хронические заболевания
Keywords: people with disabilities, accommodation, chronic diseases

Тема реализации жилищных прав инвалидов является очень актуальной. Об этом свидетельствует, в частности, обращения граждан, которые регулярно получает в наша организация. Главным образом вопросы касаются улучшения жилищных условий инвалидов и семей с детьми-инвалидами.

Согласно ст. 40 Конституции Российской Федерации каждый имеет право на жилище, малоимущим и иным указанным в законе гражданам, нуждающимся в жилище, оно предоставляется бесплатно или за доступную плату из государственных муниципальных или иных жилищных фондов в соответствии с установленными нормами. Установленными нормами в данном случае является жилищный кодекс РФ, который был принят в 2005 г. Первый важный момент, который хотелось бы отметить, что у инвалидов никаких привилегий здесь нет, т.е. есть ст.49 ЖК РФ, согласно которой получить жилье по договору социального найма могут граждане, признанные малоимущими. И ст.51, которая формулирует основания постановки на учет. Всего есть 4 основания: 1 – отсутствие какого-либо жилья; 2 – обеспеченность жилой площади, меньше учетной нормы; 3 – проживание в помещениях, не соответствующих санитарным и техническим требованиям; 4 – наличие хронического заболевания, если квартира занята несколькими семьями. Учитывая крайне низкие темпы строительства социального жилья, важное значение имеют положения о предоставлении жилья вне очереди, которые содержатся в ч. 2, ст. 57 ЖК РФ. В п. 1, ч. 2, ст. 57 ЖК РФ говорится, что жилье вне очереди предоставляется лицам, чьи жилые помещения признаны непригодными для проживания в установленном порядке и ремонту или реконструкции не подлежат. Норма о том, что жилые помещения маломобильных граждан могут быть признаны непригодными для проживания их и членов их семей, существует в законодательстве уже давно, с 2006 г., но долгое время отсутствовал механизм ее реализации. В июле 2016 г. было принято Постановление Правительства РФ N649 "О мерах по приспособлению жилых помещений и общего имущества в многоквартирном доме с учетом потребностей инвалидов". Оно предполагает создание комиссий, прежде всего на уровне муниципалитетов. Указанные комиссии проводят обследование жилых помещений инвалидов, в частности, по их заявлениям, и определяет перечень мероприятий, которые необходимо осуществить для приспособления жилья и общего имущества в жилых домах. В каких-то случаях это можно сделать. Если это сделать не возможно, то это является основанием для признания жилого помещения непригодным для проживания. Правовые последствия данного решения определены не четко, но если опираться на ЖК, то признание гражданина малоимущим является основанием для постановки на учет и последующего внеочередного получения жилого помещения (с учетом

нынешней финансово-экономической ситуации такие дела в большинстве случаев решаются через суд; в нашей практике это так и происходит).

Обеспечение жильем лиц, страдающих тяжелыми хроническими заболеваниями. В настоящее время в РФ действует перечень заболеваний, который утвержден Приказом Минздрава РФ от 29 ноября 2012 г. № 987н и вступил в силу с 1 января 2018 г. До этого времени действовало Постановление Правительства РФ №378. Количество диагнозов в этом перечне было несколько сокращено, но тем не менее в нем остались острые формы туберкулеза, эпилепсия и некоторые другие психические заболевания. Право на получение жилья по договору социального найма вне очереди может быть реализовано, если лицо, страдающее хроническим заболеванием, указанным в перечне, проживает в квартире, занятой несколькими семьями. Пример из практики. Осенью 2015 г. к нам обратилась гражданка С. – мама ребенка-инвалида с синдромом Дауна. Помимо их проживало в квартире еще 4 человека, т.е. всего 6 человек на 51 кв. м. К сожалению, Администрация отказалась поставить их на учет, т.к. всех проживающих посчитали одной семьей, и помимо общей площади этой квартиры учли квадратные метры, которые находились в собственности у отца гражданки С. (дедушки ребенка) в другом районе области. Попытка обжаловать решение на основании того, что в квартире проживает несколько семей и в составе семьи имеется больной, страдающий хроническим заболеванием, тоже, к сожалению, успеха не имела. В этом вопросе большое значение имеет вопрос, кто относится к членам семьи собственника или нанимателя жилого помещения. На мой взгляд, органы власти не совсем верно трактуют эти положения, потому что в ЖК РФ четко сказано, что к членам семьи собственника или нанимателя жилого помещения по договору социального найма относятся проживающие совместно с ним его супруг, а также дети и родители. Лет 5 назад были такие дела, и вопросов не возникало, т.е. бабушки, дедушки и внуки – это разные семьи. Сейчас же, видимо, с ухудшением обстановки в стране, в некоторых нормативных актах, в частности в Постановлении Правительства Нижегородской области №830, закреплена норма, что под квартирой, занятой несколькими семьями, понимается квартира, в которой члены одной семьи не связаны с членами другой семьи родством или свойством. По сути, это может быть только коммунальная квартира.

И второе дело, о котором хотелось бы сказать. Осенью прошлого года ко мне за консультацией обратилась гражданка К. из Забайкальского края. К сожалению, я вступил в этот процесс только на стадии апелляции. Ситуация была немного проще, чем в ранее описанном случае. Мама и ее сын, ребенок-инвалид, передвигающийся только при помощи кресла-коляски. У ребенка также имелось хроническое заболевание, указанное в перечне. У этой семьи не

было никакого жилья. В виду наличия этих обстоятельств они состояли на жилищном учете. Иск об обязанности районной администрации предоставить квартиру вне очереди был подан прокурором и удовлетворен частично. Дело выявило две проблемы. 1. Согласно сложившейся в тот момент судебной практике, обеспечению жильем вне очереди подлежали только граждане, страдающие хроническими заболеваниями указанными в перечне и никаких исключений из этого правила не предусматривалось. В данном случае это был ребенок-инвалид, не передвигающийся самостоятельно и нуждающийся в постоянном постороннем уходе. Суд первой инстанции вынес решение, обязывающее администрацию района предоставить жилое помещение общей площадью не менее 15 кв. м., т.е. только на ребенка. Решение было обжаловано в суд апелляционной инстанции. В итоге эту проблему удалось решить частично, потому что 22 января этого года появилось постановление Конституционного суда РФ N4. В нем суд указал, что несовершеннолетним детям, страдающим хроническими заболеваниями, указанными в перечне, жилое помещение должно предоставляться с учетом площади, необходимой, по крайней мере, для проживания в нем также одного взрослого члена семьи, осуществляющего уход за этим несовершеннолетним, а с учетом конкретных обстоятельств дела и при наличии у муниципального образования финансовой возможности, тогда и большего числа членов семьи. После выхода этого постановления в апелляционной инстанции решение суда было изменено: администрация была обязана предоставить квартиру общей площадью не менее 30 кв.м. с учетом права ребенка на дополнительную жилую площадь. Но здесь мы столкнулись с другой проблемой: такая важная мера социальной поддержки, как право инвалидов на дополнительную жилую площадь, не имеет четкой законодательной регламентации в ЖК РФ и ФЗ "О социальной защите инвалидов в РФ", где говорится, что инвалиду может быть предоставлено жилое помещение, превышающее норму предоставления на одного человека, но не более, чем в два раза. В данном случае фраза "Может быть предоставлено" означает, что вопрос решается по усмотрению администрации. В нашем случае администрация решила вопрос следующим образом: поскольку минимальный размер дополнительной жилой площади законодательством не установлен и в судебном решении определен не был, истице была предложена однокомнатная квартира общей площадью 31,7 кв м. Таким образом, размер дополнительной жилой площади, выделенной ребенку-инвалиду, должен составить 1,7 кв.м., с чем его мама категорически не согласна.

Выводы: к сожалению, в настоящее время реализация права инвалидов на жилище во многом зависит от финансово-экономических условий, в которых живет государство. В качестве законодательных мер, направленных на

улучшении ситуации, можно предложить более системно проработать вопрос о правовых последствиях признания непригодным для проживания жилого помещения инвалида и членов его семьи, а также более детально регламентировать вопросы реализации права инвалидов на дополнительную жилую площадь. Кроме того, если мы говорим об инвалидах-колясочниках, здесь, возможно, властям стоит подумать о строительстве специального жилья, которое соответствовало бы требованиям доступности, как это делается в некоторых регионах, в частности в Москве и Санкт-Петербурге.

МОДЕЛИРОВАНИЕ В УПРАВЛЕНИИ ПРОЦЕССОМ СОЦИАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ФИЗИЧЕСКИМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

MODELING AS A METHOD OF MANAGING THE PROCESS OF SOCIALIZATION OF CHILDREN WITH DISABILITIES

Е.Ю. Бикметов

*Уфимский государственный авиационный
технический университет, г. Уфа*

З.Л. Сизоненко, О.Н. Юлдашева

Башкирский государственный университет, г. Уфа

E.Yu. Bikmetov

Ufa state aviation technical University, Ufa

Z.L. Sizonenko, O.N. Yuldasheva

Bashkir state University, Ufa

Сформулированы теоретико-методологические принципы модели социализации детей с ограниченными физическими возможностями. Доказано, что основу развития пространства социализации детей с ограниченными физическими возможностями составляют изменения, происходящие на трех уровнях: микроуровне, мезоуровне, макроуровне – как ценностно-нормативные изменения на уровне общества и социальных институтов.

The article formulates theoretical and methodological principles of the model of socialization of children with disabilities. It is proved that the basis for the development of the space of socialization of children with disabilities are changes occurring at three levels: at the micro level, the meso level, the macro level – as the value-normative changes at the level of society and social institutions.

Ключевые слова: социализация детей с ограниченными физическими возможностями, социальное пространство, модель социокультурного поля, ресоциализация

Keywords: socialization of children with disabilities, social space, model of socio-cultural field, resocialization

Понятие системы позволяет изучить не только трансформации внутри самой системы, но и те изменения, которые происходят во внешней среде. С одной стороны, нас интересует, каковы микроэффекты от изменений,

происходящих в макросреде, с другой стороны, как микросреда повлияет в свою очередь на макроуровень социального пространства. Как известно, важнейшей функцией социального пространства является социальное обустройство граждан, удовлетворение их социальных потребностей не только в сфере производства, но и в ассоциированном распределении материальных и духовных благ, в достойном образе жизни, в расширении связей личности с обществом. Понятие социального пространства П. Штомпка предлагает рассматривать с помощью модели социокультурного поля. Суть ИНИВ (INIO) состоит в выделении четырех уровней социальной сферы.

1. Идеальная (ideal level).
2. Нормативная (normative level).
3. Интеракционная (interactional level).
4. Возможная (opportunity level) [1].

Если исходить из утверждения, что социальные взаимоотношения связывают личности, то возникает закономерный вопрос, а что именно они связывают? И как? Мысли и убеждения, которые помогают индивиду поддерживать или противостоять другим; конкретные действия, которые помогают индивиду стремиться к кооперации или конфликту? Речь идет о взаимосвязанных сетях, которые составляют четыре измерения поля. Эти взаимосвязанные сети в своем единстве составляют социальную ткань. По мнению П. Штомпки, взаимосвязанная сеть идей составляет сознание социального поля, взаимосвязанная сеть правил, норм, предписаний – это его социальные инструкции, взаимосвязанная сеть действий представляют интеракционный уровень измерения организации, а взаимосвязанная сеть ресурсов, возможностей позволяет измерить социальную иерархию. Все эти четыре измерения позволяют на трех уровнях определить многомерность социокультурного поля. Процессы могут проходить на отдельном уровне (например, микроуровень – семья), но это вызывает цепную реакцию и на всех остальных; изменения могут протекать одновременно на нескольких уровнях, и между ними будут устанавливаться определенного рода отношения.

В исследованиях процесса социализации детей с ограниченными физическими возможностями (ОВФ) было выявлено, что его основу составляют изменения, происходящие на трех уровнях: на микроуровне – изменяется индивидуальный потенциал ребенка с ОФВ; на мезоуровне – возможны изменения отношения к ребенку с ОФВ со стороны значимых взрослых (соседи, друзья семьи) и сверстников (одноклассники, сверстники, проживающие в одном дворе); на макроуровне – положительные изменения как нормативно-ценностные установки на уровне общества и социальных институтов. Нельзя отрицать, что социокультурное поле непрерывно

подвергается изменениям: на смену устаревшим убеждениям приходят новые, происходит пересмотр идей и ценностей, появляются новые каналы взаимодействия в социуме. В отношении детей с ОФВ и их родителей мы наблюдаем процесс с положительной динамикой подобных изменений. А поскольку изменения затрагивают все четыре уровня в многомерной матрице, то мы попытались выявить факторы, расположенные на трех уровнях, препятствующие и способствующие указанному процессу. Необходимо отметить, чтобы понять и принять «другого», недостаточно одних наблюдений. Полноценное изучение может произойти только в условиях непосредственного контакта с «другим», который означает межличностное взаимодействие. Иначе говоря, если семьи с ребенком с ограниченными физическими возможностями будут изолированы в обществе, то успешного взаимодействия не произойдет.

Модель социализации ребенка с ограниченными физическими возможностями построена на следующих теоретико-методологических принципах:

- понимание и принятие интересов «другого», т. е. толерантности;
- открытость социальной семейной системы для контактов с внешней средой на мезо- и макроуровнях;
- понимание необходимости сочетать процесс социализации ребенка с ОФВ и параллельного процесса ресоциализации его родителей.

У ребенка с ОФВ процесс социализации будет зависеть от того социального пространства, в котором она осуществляется, условий жизни и возможностей (материальных, финансовых, психологических и др.) его семьи, уровня родительской подготовленности к «принятию» своего ребенка. Чтобы эти факторы имели положительное значение, нужно создать целостную систему социального пространства социализации ребенка с ограниченными физическими возможностями и ресоциализации его родителей. При этом социальное пространство социализации ребенка создает такие социальные нормативы и иерархию, которые не вычлениют его из этого пространства, а включают на правах самостоятельного и активного индивида. Если внешние условия будут созданы, то содержательная сторона указанных процессов будет зависеть от способностей и желания ребенка и его родителей.

Рассмотрим факторы, влияющие на процесс социализации ребенка с ОФВ и ресоциализации его родителей.

1. Биологический фактор указывает на необходимость учитывать ряд следующих показателей: характер инвалидирующей патологии, уровень функциональных нарушений, способность ребенка к самообслуживанию и др. Как известно, приемы социализирующего воздействия при нарушении работы системы опорно-двигательного аппарата или зрения отличаются. Например,

доказано, что способность ребенка к самообслуживанию оказывает влияние на процесс его социализации, а также на характер отношений, которые складываются в семье. Значит, биологический фактор, лежащий в основе процесса социализации, определяется не только характером заболевания ребенка, но и его способностью к самообслуживанию.

2. Психологический фактор предполагает учитывать ряд личностных характеристик родителей ребенка с ОФВ (стереотипные представления о ребенке с ограниченными физическими возможностями, длительный процесс ресоциализации).

3. Социальный фактор предусматривает необходимость учета условий социально-средового окружения. В первую очередь это касается окружения семьи на мезоуровне (друзья, коллеги, соседи по дому, учителя, врачи, социальные работники и т. д.), все, с кем общается семья в своей повседневной жизни. Характер процедур на этом этапе будет определяться социальным статусом семьи (маргинальная, кризисная, благополучная и процветающая) и особенностью сети социальных контактов семьи [2].

На макроуровне внедрение комплекса мероприятий по обеспечению и социальному обслуживанию семей с детьми с ОФВ (государством, некоммерческими организациями) приведет к повышению статуса таких семей в социальной иерархии. На мезоуровне такие изменения могут привести к увеличению поддержки не только со стороны кровных родственников семьи (в которой родители выступают в роли «инструкторов» по воспитанию в окружающих любви и толерантности к своему ребенку), но и со стороны ее ближайшего окружения. На микроуровне залогом положительных изменений будут выступать стабильные семейные отношения, ценности семьи и детей как значимые жизненные ценности, знания, умения и навыки, приобретенные родителями в процессе ресоциализации, материальный достаток, способность влиять на принятие государственных решений посредством деятельности в соответствующих общественных организациях, активность родителей в решении возникающих проблем.

Однако среди целого ряда положительных по своей сути факторов можно выделить и значительно препятствующие процессу социализации: неэффективные законодательные акты, не имеющие достаточного финансирования или поддержки общества (макроуровень); отсутствие навыка общения с семьей ребенка с ОФВ у социального окружения семьи (мезоуровень); трудности физического и бытового характера, которые связаны с обслуживанием ребенка с ОФВ (микроуровень).

Таким образом, процесс социализации ребенка с ОФВ является направленным и имеет необратимую тенденцию к накоплению, концентрации,

т. е. предыдущие изменения подготавливают необходимость более поздних. Другими словами, если описанные факторы имели место, то они будут влиять на последующие стадии процесса.

Список литературы

1. Штомпка П. Социология социальных изменений. М.: Аспект-Пресс, 1996. С. 27-30.
2. Юлдашева О.Н. Семейная социализация детей с ограниченными возможностями: условия и факторы: дисс. ... канд. социол. наук: 22.00.04. Уфа, 2010.

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ **ANALYSIS OF THE ACTIVITIES OF THE BUREAU OF MEDICAL AND SOCIAL EXPERTISE IN THE REPUBLIC OF MORDOVIA**

Д.А. Бистяйкина, Т.В. Соловьева
Национальный исследовательский

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, г. Саранск

D.A. Bistiakina, T.V. Soloveva

National research Mordovian state University N.P. Ogarev, Saransk

Анализируется деятельность бюро медико-социальной экспертизы по Республике Мордовия. Представлены основные направления ее работы.

The article analyzes the activities of the Bureau of medical and social expertise in the Republic of Mordovia. The main directions of the work of the Bureau of medical and social expertise in the Republic of Mordovia are presented.

Ключевые слова: инвалидность, инвалид, социальная проблема, регион, социальная защита, бюро медико-социальной экспертизы

Keywords: disability, disabled person, social problem, region, social protection, medical and social examination bureau

Федеральное государственное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Мордовия» создано в соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации от 16 декабря 2004 г. № 1646-р. Во исполнение Распоряжения Правительства Российской Федерации от 08 декабря 2010 г. № 2194-р, переименовано в Федеральное казенное учреждение «*Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Мордовия*». Структура бюро включает в себя: 2 экспертных состава смешанного профиля, 7 бюро-филиалов общего профиля, 5

специализированных бюро-филиалов (онкологическое, педиатрическое, офтальмологическое, фтизиатрическое, психиатрическое).

Визуальная и текстовая информация о порядке предоставления государственной услуги в бюро медико-социальной экспертизы размещена на информационных стендах, но не оборудована устройствами для озвучивания визуальной, текстовой информации, не оснащена знаками, выполненными рельефно-точечным шрифтом Брайля, а также визуальными индикаторами, преобразующими звуковые сигналы в световые, речевые сигналы в текстовую бегущую строку, что было бы удобно для слабовидящих и слабослышащих граждан.

Анализ муниципальной политики в отношении лиц с ограниченными возможностями показал, что важным фактором ее эффективности является индивидуальный подход к решению проблем данной категории граждан [1, 62]. Одним из основных факторов обеспечения нормального функционирования Учреждения является наличие квалифицированных кадров. В настоящее время в ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Мордовия» работают специалисты, которым:

- присуждена ученая степень кандидата медицинских наук – 3 человека;
- присвоено почетное звание «Заслуженный врач Республики Мордовия» – 3 человека;
- специалисты, имеющие высшую квалификационную категорию – 15 человек и первую квалификационную категорию – 30 человек.

Основными направлениями деятельности бюро медико-социальной экспертизы являются: определение группы инвалидности, реабилитация инвалидов на основе разрабатываемой индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, консультация по вопросам медико-социальной экспертизы, работа по улучшению качества предоставляемых услуг по медико-социальной экспертизе.

Гражданин может быть направлен в бюро медико-социальной экспертизы лечебно-профилактическим учреждением, отделом социальной защиты или пенсионным фондом; гражданин может обратиться самостоятельно. При самостоятельном обращении гражданин должен иметь справку из лечебно-профилактического учреждения с указанием диагноза, а также документ, удостоверяющий личность и медицинские документы.

Если гражданин по состоянию здоровья не может сам подать заявление на освидетельствование, это может сделать его законный представитель (человек, имеющий доверенность на право обращаться от имени гражданина в данную организацию и подписывать документы) или опекун (если гражданин признан судом недееспособным). Гражданин может подать заявление в

электронном виде, но в течение 10 дней с момента обращения он должен предоставить необходимые документы для освидетельствования (документы, удостоверяющие личность, медицинские документы и их копии).

Наблюдается снижение инвалидов как по Республике Мордовия в частности, так и по России в общем. Многие граждане связывают данный процесс с принятием в 2015 г. новых критериев определения инвалидности. Но врачи-эксперты по медико-социальной экспертизе связывают уменьшение числа инвалидов и с расширением оказания высокотехнологичной помощи в кардиологии, ортопедии, ревматологии, ранними реабилитационными мероприятиями.

По мнению врачей-экспертов, принятие новых критериев оценки здоровья в 2015 г. сначала осложнило принятие решений, так как нужно было привыкнуть и правильно применить данную процедуру определения ограничений жизнедеятельности. Появилась количественная оценка нарушений функций организма в процентах. Было много споров не только между гражданами, проходившими освидетельствование, в целесообразности принятия данных критериев, но и между врачами-экспертами. В 2016 г. издан новый приказ, где конкретизировались и уточнялись некоторые моменты. Первая группа инвалидности устанавливается при нарушениях в 90-100%, вторая – при 70-80%, третья – при 40-60%. Инвалидность для ребенка предусмотрена, начиная от 40%. Если у человека несколько нарушений, то процент начисляется только по одному из них – самому серьезному. Особенность новой системы оценок заключается в том, что она учитывает не только физическое состояние, но и влияние болезни на способность человека к самообслуживанию, передвижению, ориентации, общению, обучению. Степень ограничения этих способностей оценивается по трехбалльной шкале. С точки зрения врачей-экспертов, критерии оценки здоровья стали более конкретны и понятны как для самих экспертов, так и для объяснения гражданам принятия того или иного решения при освидетельствовании, что облегчило их работу. Решение об установлении инвалидности принимается коллегиально простым большинством голосов специалистов, проводивших медико-социальную экспертизу, и является обязательным для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями всех форм собственности.

Согласно анализу статистических данных, большое число граждан обращается для определения группы инвалидности, а далее за разработкой индивидуальной программы реабилитации инвалида.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида, ребенка-инвалида, программа реабилитации пострадавшего (далее – ИПР инвалида, ИПР ребенка – инвалида, ПРП) разрабатывается специалистами Учреждения:

– гражданам, признанными инвалидами, пострадавшими и детям в возрасте до 18 лет, которым установлена категория «ребенок-инвалид»;

– гражданам, имеющим группу инвалидности, степень утраты профессиональной трудоспособности, категорию «ребенок-инвалид» без указания срока переосвидетельствования обратившихся за разработкой ИПР инвалида, ИПР ребенка-инвалида, ПРП.

В 2015 г. разработано и выдано 15477 ИПР инвалида, ребенка-инвалида, ПРП, в 2014 г. – 16061, в 2013 г. – 16583, в 2012 г. – 17563 соответственно, в том числе:

– ИПР инвалида – 13338, что составляет 86,2% от программ реабилитации, в 2014 г. – 13863 (86,3%), в 2013 г. – 14252 (85,9%), в 2012 г. – 14920 (85,0%);

– ИПР ребенка-инвалида – 1126 или 7,3%, в 2014 г. – 1225 (7,6%), в 2013 г. – 1315 (7,9%), в 2012 г. – 1542 (8,8%);

– ПРП – 1013 или 6,5%, в 2014 г. – 973 (6,1%), в 2013 г. – 1016 (6,2%), в 2012 г. – 1101 (6,2%).

Количество разработанных программ реабилитации уменьшилось в связи со снижением общего числа проведенных медико-социальных экспертиз.

Инвалидность как комплексная социальная проблема не может быть решена в рамках одного ведомства, она требует координации и преемственности действий управленческих структур различной ведомственной принадлежности.

Свою деятельность бюро медико-социальных экспертиз по Республике Мордовия осуществляет во взаимодействии с органами социальной защиты населения, учреждениями здравоохранения, службой занятости и другими органами и учреждениями в сфере медико-социальной реабилитации инвалидов, а также представителями общественных организаций инвалидов. Учреждения являются участником системы межведомственного электронного взаимодействия, органом-получателем документов для предоставления государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы, а также органом, предоставляющим сведения, необходимые для предоставления государственных услуг иными федеральными органами исполнительной власти.

Для информирования граждан по вопросам организации деятельности Учреждения оформлены информационные стенды, отвечающие требованиям

Административного регламента по предоставлению государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы.

С 1 января 2013 г. в экспертных составах главного бюро, а с 1 января 2014 г. во всех бюро-филиалах успешно внедрена единая автоматизированная вертикально-интегрированная информационно-аналитическая система по проведению медико-социальной экспертизы (ЕАВИИАС МСЭ). Специалисты Учреждения предоставляют государственную услугу по проведению медико-социальной экспертизы и формируют все текущие дела в ЕАВИИАС МСЭ в 100% случаев.

Таким образом, анализ деятельности регионального бюро медико-социальной экспертизы позволяет сделать вывод, что совершенствование его деятельности должно носить комплексный характер на основе системного подхода и этапности реализации по основным направлениям: нормативно-правовое обеспечение, оптимизация структуры, информационно-методическое обеспечение всех субъектов экспертной службы, взаимодействие с государственными ведомственными структурами и общественными организациями.

Список литературы

1. Панькова Е.Г. Муниципальная политика по улучшению социально-экономического положения семьи / Панькова Е.Г., Палибина А.С., Бистайкина Д.А., Соловьева Т.В. // Дискуссия. 2017. № 2 (76). С. 62-70.

DICTATE OR DOGMA – A BRIEF REFLECTION ON THE RIGHTS OF PEOPLE WITH DISABILITIES ДИКТАТ ИЛИ ДОГМА – КРАТКАЯ РЕФЛЕКСИЯ НА ТЕМУ ПРАВ ЛЮДЕЙ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ

Мирослав Борковски

Гданьская Высшая Школа, г. Гданьск, Польша

Miroslaw Borkowski

Gdansk Higher School, Gdańsk, Poland

The aim of this article is to present the perception of "disability" and to pay attention to issues regarding the definition and social reception of this part of our everyday life.

Целью настоящей статьи является представление восприятия явления «инвалидности» и обращение внимания на вопросы, касающиеся определения и социального принятия этой составляющей нашей повседневности.

Keywords: disability, human rights, disability models

Ключевые слова: инвалидность, права человека, модели инвалидности

Введение.

Каким бы долгим ни был наш путь – в районе, где мы проживаем, на рабочем месте или там, где мы совершаем ежедневные покупки, мы часто встречаем людей с «ограниченными возможностями здоровья». Мы часто наблюдаем различные знаки, обозначающие специально отведенные места для стоянки их автомобилей, или комнаты, оборудованные различными устройства, которые облегчают им выполнение повседневных видов деятельности. Можно заметить и другие полезные приспособления, которые облегчают их перемещение по тротуарам, улицам, жилым и общественным зданиям.

Исходя из этого, мы вправе заявить, что «людям с ограниченными возможностями» живется все лучше и лучше, они могут «нормально» функционировать в «здоровом» обществе. Именно так мы и воспринимаем «инвалидность» и возможность «интеграции» людей с ограниченными возможностями здоровья в окружающую среду. Однако, таким ли правильным является подобно восприятие и насколько правомерно такое восприятие «помощи»? На эти вопросы надлежит ответить, прежде всего, самим «людям, нуждающимся в уходе» и их опекунам.

На протяжении многих десятилетий постоянно вносятся изменения в международное законодательство, законодательство ЕС и иные правовые системы, признающие «проблему инвалидности», а также в законодательство тех стран, которые вынуждены заниматься этой проблемой под давлением различных конвенций, союзов или соглашений. Целью мероприятий является, как это часто называют, интеграция «людей с ограниченными возможностями здоровья» в общество. В различных правовых актах, которые затрагивают интересы «людей с ограниченными возможностями», мы можем найти огромное количество формулировок, таких как: создание оптимальных условий ..., увеличение активности ..., вовлечение в основной ритм жизни ..., равные возможности в доступе ... или привлечение общественности. Создаются специальные комитеты, назначаются представители или группы консультантов для людей с «ограниченными возможностями» ради воплощения в жизнь вышеупомянутых лозунгов.

Несомненно, нам следует быть благодарными за эти и прочие виды деятельности, как государственных, так и местных органов власти. Тем не менее, следует задуматься, насколько правильной является подобная деятельность и не приведет ли выполнение таких задач, как «включить ...» – сознательно или неосознанно – (как бы парадоксально это ни звучало) к ситуации, в которой на «людей с ограниченными возможностями» часть общества отреагирует совсем не так, как мы бы того хотели или как принято в

развитом и цивилизованном обществе. Следует ли поощрять создание законов для «здорового» общества и отдельно для «людей с ограниченными возможностями»? Или же создание правовых актов, содержащих главы, посвященные «инвалидам», является вершиной законодательной деятельности? Необходима ли нам подобная дифференциация людей на две группы? Вот лишь некоторые из вопросов, которые мы бы хотели адресовать законодателям.

Instead of introduction

Traveling a few or a dozen kilometers a day, even within your place of residence, your workplace or when making everyday shopping, we often pass people with „disabilities”¹. We see various signs pointing to specially separated car parking spaces, signs indicating rooms in which there are various devices facilitating the performance of ordinary daily activities by people with disabilities. We also notice many other facilitations, eg enabling safe navigation on pavements, streets or in residential and public buildings. It can therefore be said that "disabled people" live better and better, they can "normally" function in a "healthy" society. This is the common perception of "disability" and the possibility of their "integration" with the environment. However, is this a correct image and whether the perception of "help" shaped in this way is actually legitimate – this question should be answered first and foremost by "people in need of care" and their careers.

For many decades, both in international and EU legislation and in the legal systems of states that recognize the "problem of disability" or countries forced by various conventions, alliances or agreements, changes in legislation are being made. Activities aimed at – as it is sometimes called – restoring "people with disabilities" to society. In various legal acts, which even marginally, affect "people with disabilities", there are lots of wordings such as: creating optimal conditions..., increasing activity..., inclusion in the mainstream of life..., equal opportunities in access... or raising public awareness.... Special committees, spokespersons or teams of advisers for people with "disabilities" are appointed whose purpose is to implement the above-mentioned slogans.

Such and of course the rest of other activities and activities of all kinds carried out by state and local government authorities should be recognized and appreciated. However, it should be considered whether this activity is correct, or performing tasks such as "to include ..." – consciously or unconsciously – does not (paradoxically) cause a situation in which "people with disabilities", part of the society "reacts" in a way that is far or very different from the assumed, civilized, accepted in the educated

¹ This situation should not come as a surprise, because depending on the source, it is estimated that the population of people with „disabilities” is at the level of 10-15 percent of the general public. In Poland, it is 8 to 15 percent of the country's population.

societies. Should the creation of legal acts be divided into those that are created for a "healthy" society and "people with disabilities", or the modern construction of legal acts, containing chapters devoted to "disabled people" is the pinnacle of legislative activity? Is such differentiation into two groups of society necessary? These are just some of the questions that should be asked to all those responsible for the state of law in the state.

This short, controversial (by definition) article fits into a very long list of publications referring to the "disability issue" and, on the other hand, it is to encourage readers to look at the problem somewhat unconventional.

1. Disability – a stereotype of a concept or a legal definition

The multidimensionality of the concept of "disability" is nothing amazing. From the time when this term gradually began to displace the term "handicapped", the former began to give more and more a new meaning, depending to a large extent on the scientific discipline involved in the study of this „phenomenon“.

The traditional (negative) perception of a "disabled person" as a weak, uncertain, "handicapped" unit, with distinct external signs of various weaknesses and disabilities, from at least 15-20 years old, is slowly but systematically displaced, and "disability" begins to take on new content, is suitable for this determination of a new value. In the further course, despite the unquestionable increase in the level of public awareness, the increase in the level of scholarisation and scholarisation, "disability" is perceived as a stigmatizing premise.

Today we can talk about at least a few models of perception and definition of "disability". Classically, for example, the model of "disability" stands out in social, medical, sociological or legal terms [1]. A slightly different model catalog was presented by M. Wiliński. This author distinguishes: medical, functional, social, moral model, personal tragedy and model of disability imagination [2].

Each of the mentioned models has different grounds for isolation, which are also related to the specific reasoning of the process and the conditions of "disability". It is, unfortunately, also worth mentioning the cultural tinge of "disability", which is basically associated with each of the mentioned models.

The literature on the subject emphasizes the importance of the medical model referring to the definition of "disability" constructed by the WHO and referring to the "violation of corporeality, which is tantamount to restrictions" and the form of providing help to such people are, among others, medication and healing influence aimed at the source and effects of bodily harm [2].

The creation of such a large number of models of "disability" may result, among others, the absence of a uniform definition, in the absence of a specific definition of the scope of the concept of evolution terminology. The basis for the formulation of subsequent definitions is usually the formula adopted by the World

Health Organization, according to which "(...) disability is a social problem and not limited to a specific person (...) is the relationship between human health and society and the environment, which it surrounds him. (...). [3].

Taking into account various factors, "WHO introduces the following concepts of disability, taking into account the state of human health:

Impairment – any loss of fitness or anomaly in the structure or functioning of the body in terms of psychological, psychophysical or anatomical;

Disability – any limitation or inability (resulting from disability) to lead an active life in a manner or range considered to be typical for a human being;

Limitations in fulfilling social roles (handicap) – impairment of a specific person resulting from disability or disability, limiting or preventing full implementation of the social role corresponding to age, gender and in accordance with social and cultural conditions,, [3].

From the formula thus constructed, one can conclude that this concept is multidimensional, multi-profile and based on very diverse criteria. Since, therefore, such a respected institution that is undoubtedly the WHO gives such a broad meaning to the subject concept, it should not be surprising that the society still bases its perception of "disability" on the cultural and social criterion. A criterion in which much attention is paid to outside signs, to the way the entity is and behaves. The equality between the person with "disabilities", "sick" and "crippled" is commonly, and the worst case of using stereotypes is limiting "disability" to "mental disability", which unfortunately in many cases is often common in many environments applied.

These types of situations demonstrate – on the one hand still huge gaps in public education, on the other hand – should be seen as a prerequisite for changes in the socio – legal system of shaping opinion and create laws without the polarization of society.

II. Disability - legal regulations - justified necessity or peace of conscience

As mentioned above, there is no single universally binding definition of "disability", although many legal acts attempt to typify it for the needs of a specific discipline or branch of law. Of course, many such legal definitions are based on a medical model in which "disability" is captured through the prism of "disease" and is usually associated with a violation of corporeality, with mechanical injuries and injuries, genetic strains, etc., but it is or can be "treated" or „curable".

In various systems of human rights protection, generally applicable documents shaping their foundations, among others in such documents as the Universal Declaration of Human Rights of December 10, 1948, the International Covenant on Civil and Political Rights and the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (both adopted in 1966) [4], there is no term: „disabled". This does not mean that they do not refer to people who can be so defined. These documents

contain, among others the catalogs of rights available to all citizens, to all people, regardless of the existence of any reasons that could give rise to any discrimination. The right assumption has been made that human rights must be enjoyed by all persons without a division into "disabled" and „able-bodied".

The same is true of the European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms of 1950 [5], which also does not explicitly use this term.

Of course, in all these documents there is a prohibition of discrimination due to any other reasons (ECHR), or any other state (in the PDPC) – which is commonly perceived as a prohibition of discrimination (except for explicitly mentioned reasons, such as gender, origin, age of race or skin color) due to „disability".

However, already in the European Social Charter [6] there are provisions in which the "disabled people" or the right of "disabled people" are directly mentioned – eg in art. 10, 14 or 15 – without creating definitions of such persons, such a state.

It is also worth paying attention to the construction of this legal act referring only to broadly understood social rights – as it does not contain, as in the previous documents, the prohibition of discrimination on grounds of any kind, and limits this principle only to: race, color, gender, religion , political views, national or social origin and formulates principles aimed at raising the standard of living and promoting social well-being, both for urban and rural residents (...). In addition, in Part I containing the catalog of rights, the right to appropriate facilities for vocational training – entitled to "everyone", and the right to vocational training, rehabilitation and professional and social re-adaptation, regardless of the cause and type of their disability – "disabled people" – point 10 and 15.

It must be said that this is not a fortunate edition of the legal text.

The new quality and milestone in the history of human rights – according to the statement of the Vice-President of the European Commission, Viviane Reding – was to be ratified on December 23, 2010, by the European Union and 16 states, the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities.¹ In this legal act, no new rights are proclaimed, and it is indicated above all how states should ensure the application of human rights to persons with disabilities. It contains rules and standards of conduct that should be implemented in states to enable persons with disabilities to exercise their rights. These are not very new institutions, it can even be said that the Convention is a legal act containing rules that in democratic countries, states respecting human rights, caring for their citizens, should be respected regardless of the regulations contained in this Convention.

1 Dz. U from 2012.1169

Quite an important element of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities is the attempt to specify the term "disability". The Preamble to the Convention states that it is an evolving concept and that disability results from the interaction between people with dysfunctions and barriers resulting from human and environmental attitudes that make it difficult for them to participate fully and effectively in society, on an equal basis with others – point (e). In turn, according to the wording of Article 1, persons with disabilities include those who have long-term physical, psychological or intellectual impairment or in the field of senses which may, in interaction with various barriers, impede their full and effective participation in social life, on the principle of equality with other people.

As is clear from the wording of these two parts of the Convention, the social model supplemented with elements of the medical model was adopted as the basis for defining „disability”.

This convention is perhaps the only document of international law in which such explicit wording as "disability" and "disabled persons" were included. The vast majority of legal acts referring only to general issues only contains rules referring to "people with disabilities" without defining both the phenomenon of "disability" and "people with disabilities". This is the case, among others, in the Treaty of Amsterdam or the Treaty of Lisbon together with the Charter of Fundamental Rights.

The situation is slightly different in the case of industry legal acts. For example, the Convention (No. 159) on occupational rehabilitation and employment of disabled people from 1983¹, for the purposes of this Convention, it introduces the definition of "disabled person", which – according to the wording of Article 1 (1) – is a person whose ability to obtain and maintain adequate employment and promotion are significantly reduced as a result of a loss of physical or mental capacity, properly pronounced.

In turn, in the Act of 27 August 1997 on vocational and social rehabilitation and employment of disabled people² it is assumed that "people with disabilities" are people whose disability has been confirmed by the ruling:

- 1) on the classification by the organs adjudicating to one of the three levels of disability defined in art. 3 or
- 2) about total or partial inability to work on the basis of separate provisions, or
- 3) about disability, issued before the age of 16 - Article 1 of the Act.

In both of the legal acts cited, the meaning of the "decision on disability" is emphasized, thus introducing a kind of administrative and official confirmation of this state. It can therefore be assumed that regardless of, for example, the possession

1 Dz. U from 2005, No 43, item 412,

2 T.j Dz.U from 2018.511 z późn. zm.

of signs contained in the medical model of disability, for the purposes of the above-mentioned legal acts, until the person does not present the relevant document can not be described as a "disabled person".

Of course, in the process of providing help, creating facilities or eliminating barriers in order to create better living conditions and development of "people with disabilities", the problem concerning the functioning of a uniform, legal definition of such a person is of secondary importance. However, one should consider whether, if legislators (for various reasons) create legal acts concerning "disability", "disabled people" are distinguished as a special entity, whether the lack of such a definition is a good solution.

Creating "industry" definitions, eg for the needs of employment or rehabilitation, and making the state of "disability" conditional upon administrative decisions, is certainly not a good solution. Health and, for example, clear signs or deformities of the human body are not dependent on a decision confirming such a state, and the lack of such a document (in many cases) should not absolve officials from correct, logical action.

Instead of ending

The guiding thought of all activities and all ideas related to m.in. with equal opportunities and creating better conditions for the life of "disabled people" should be the principle according to which there is no need to declare, in a special way, the fundamental rights of "disabled people". Every legal act should be created for all people, people with "disabilities" are the same beneficiaries of all rights as "able-bodied" people, and this must not only concern the right to health, right to work or right to education.

The social norm and duty should be, for example, equipping all public toilets with devices that can be used by the general public – without the need to inform that this particular, one place is a special place. Similarly, things must look, for example, with buildings and public utilities. A person moving in a wheelchair or using different types of walkers, entering the office is to think about settling the matter, and not to focus on finding – marked in a special way – the elevator or driveway. This "equalization of opportunities" must be a social duty that has its foundations in the consciousness and morality of society, and the legal system in this case should only be a unique complement to ordinary human behavior and technical solutions.

The perception of "disability" will not change if it will be connected with the whole system of orders and restrictions consisting, for example, in the need to build a wheelchair ramp in order to be able to benefit from subsidies and co-financing. And examples in which the "willingness" to improve conditions is limited only by the size of the grant can be mentioned quite a lot.

Of course, in certain situations the system of co-financing, support or creation of additional facilities must remain, but it should be limited only to matters related to health protection and medical assistance. Also, the use of classification of different degrees of "disability" using medical indicators should be considered a necessity.

Finally, I would like to explain the excessive use of the sign: „” – this is a deliberate procedure, because in the modern world with social and cultural changes taking place in it, it is increasingly difficult to define: "disability" and "ability", "physical fitness, psychological, intellectual", "ability" or "inability" to perform work – especially when using the social model of "disability". Something that today is for one person is a behavior that fits into "ability" tomorrow may be considered a "disability".

Bibliography

1. Trzyna A. Ewolucja pojęcia niepełnosprawności (w) M. Bosak, Prawo a niepełnosprawność, C.H. Beck, Warszawa 2015.

2. Wiliński M. Modele niepełnosprawności: indywidualny – funkcjonalny – społeczny (w) A. Brzezińska, R. Kaczan, K. Smoczyńska (red) Diagnoza potrzeb i modele pomocy dla osób z ograniczeniami sprawności, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2010, s. 15-55.

3. www.unic.un.org.pl, read: 15.08.2018 r.

4. The text of the Universal Declaration of Human Rights (in the text, interchangeably: PDPCz) is among others on the website: www.unesco.pl, read: 15.08.2018 r; International Covenant on Civil and Political Rights – Dz. U from 1977, No.38, item 167; International Covenant on Economic, Socjal and Cultural Rights – Dz. U into 1997, No 38, item 169).

5. Text of the Convention on the Protection of Human Rights and Fundemantal Freedoms of 4 November 1950 (here in after referred to sa the ECHR) Dz. U from 1993, No 63,, item 284 with later d.

6. Europejska Karta Społeczna z 18 października 1961 r. Dz. U from 1999, No 8, item 67.

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРАКТИКИ РЕАЛИЗАЦИИ В РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПОЛОЖЕНИЙ КОНВЕНЦИЕЙ ООН
О ПРАВАХ ИНВАЛИДОВ**
**IMPROVING THE PRACTICE OF IMPLEMENTING THE PROVISIONS OF
THE UN CONVENTION ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH
DISABILITIES IN THE RUSSIAN FEDERATION**

М.Е. Васляева

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

М.Е. Vaslyayeva

Lobachevsky University

На основе нормативного и доктринального материала проведен научный анализ правоотношений, связанных с имплементации обязательств Российской Федерации в области защиты прав инвалидов, установленных Конвенцией ООН о правах инвалидов. На основе проведенного исследования выявлены проблемы и перспективы имплементации норм Конвенции о правах инвалидов в законодательстве Российской Федерации.

In the article on the basis of normative and doctrinal material the scientific analysis of legal relations related to the implementation of the obligations of the Russian Federation in the field of protection of the rights of persons with disabilities, established by the UN Convention on the rights of persons with disabilities. On the basis of the conducted research the problems and prospects of implementation of the Convention on the rights of persons with disabilities in the legislation of the Russian Federation are revealed.

Ключевые слова: законодательство, доступная среда, Конвенция ООН о правах инвалидов, права инвалидов

Keywords: legislation, accessible environment, UN Convention on the rights of persons with disabilities, rights of persons with disabilities

Несмотря на принятие Российской Федерацией Конвенции ООН о правах инвалидов, реализация конституционных прав людей с инвалидностью по-прежнему выполняется с огромными трудностями.

Представители органов государственной власти и местного самоуправления, общественных правозащитных организаций, участники интернет-сообществ инвалидов, независимые эксперты, сами инвалиды указывают на множественные нарушения и ущемления их прав при установлении инвалидности, при предоставлении медицинских услуг, лекарственных средств, при организации образовательного процесса, социального обслуживания, трудоустройства, обращаются по поводу недоступности для них различных объектов инфраструктуры.

Изложенные обстоятельства свидетельствуют о необходимости совершенствования практики реализации в Российской Федерации Конвенции ООН о правах инвалидов. Для этого важны основные принципы

взаимоотношений государства и организаций инвалидов, деятельность объединений граждан-инвалидов. Первый принцип – государству нужно экономически и другими способами поощрять и поддерживать создание и укрепление организаций граждан-инвалидов, а также членов их семей, лиц, которые занимаются защитой их интересов. Содержание второго принципа сводится к тому, что государствам-членам следует установить и поддерживать связь с организациями инвалидов и обеспечивать их участие в разработке соответствующих мер государственной политики. В качестве третьего принципа – непрерывное функционирование организации инвалидов, которые занимаются предоставлением консультативных услуг.

На наш взгляд, объединения инвалидов должны быть представлены в национальном координационном комитете или аналогичных органах на постоянной основе. Нужно расширять и укреплять роль организаций инвалидов на местах для влияния при решении вопросов на локальном уровне.

Необходимо вносить изменения в российское законодательство, чтобы инвалиды пользовались одинаковыми правами и основными свободами наравне с другими лицами. Исключения составляют случаи, когда такие изменения сопряжены с несоразмерным или ненадлежащим бременем [1].

Международная организация под названием «Центр по защите прав лиц с проблемами психического здоровья» отметила следующее: государства имеют позитивное обязательство применять гарантии, имеющие жесткий и эффективный характер для обеспечения того, чтобы права были «применимы на практике и эффективны». В связи с этим важно уделять внимание конкретному вопросу доступа к правосудию лиц с ограниченными возможностями [2].

Государства-участники Конвенции ООН о правах инвалидов, согласно своему правовому и административному устройству, поддерживают, укрепляют, назначают или учреждают структуру для поощрения, защиты и мониторинга осуществления Конвенции ООН о правах инвалидов. Возможно следует учредить должность уполномоченного по правам инвалидов. По мнению М.Б. Фаттахова, ее учреждение в Российской Федерации было бы полезным шагом [3].

В России существуют специальные органы по защите прав инвалидов. К ним следует отнести Комиссию при Президенте Российской Федерации по делам инвалидов. Она образована 21 августа 2012 г. вместо действовавшего с 2008 г. Совета при Президенте Российской Федерации по делам инвалидов [4].

Н.В. Яковлев обращает внимание на то, что соответствующим государственным органам Российской Федерации следует принять меры по приведению российского законодательства в соответствие с конвенционными

положениями. Имеющиеся недостатки выражаются в следующем: отсутствует правовое определение дискриминации в отношении инвалидов; отсутствует определение разумного приспособления с указанием на то, что отказ от его осуществления является дискриминацией; отмечается несоответствие определения инвалидности конвенционному. Это привлекает внимание экспертов Комитета по правам инвалидов. Предложения и общие рекомендации об этом уже были вынесены [5].

Н.Н. Курова обращает внимание на то, что мероприятия государства в поддержку граждан-инвалидов могут быть негативно расценены Комитетом ООН по правам инвалидов. Российской Федерации следует это учитывать. В качестве примера приведем обеспокоенность Комитета проводившимся в Китае конкурсом профессионального мастерства для инвалидов и Программой, которая носила название «Миллион молодых добровольцев – на помощь инвалидам». Согласно позиции Комитета, они создали образ инвалидов в виде «беспомощных и зависимых людей, отделенных от остальной части общества» [6].

Сегодня Комиссия при Президенте Российской Федерации по делам инвалидов является совещательным органом. Она образована для обеспечения взаимодействия федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, общественных объединений, научных и других организаций в процессе рассмотрения многочисленных вопросов, которые связаны с решением проблем инвалидности и инвалидов в нашей стране [7].

Важно отметить, что государствам-участникам Конвенции ООН о правах инвалидов рекомендуется признать право организаций инвалидов представлять инвалидов на национальном, региональном и местном уровнях, а также консультативную роль организаций инвалидов в принятии решений по вопросам, которые непосредственно касаются граждан-инвалидов.

Подводя итог, необходимо отметить, что нормативная правовая база в Российской Федерации в сфере социальной защиты инвалидов постоянно развивается и трансформируется, совершенствуется практика реализации в Российской Федерации положений Конвенцией ООН о правах инвалидов. Однако в современном российском обществе существует объективная потребность в совершенствовании правового регулирования прав инвалидов. Решение указанных вопросов в законодательстве позволило бы создать более благоприятные условия для жизни инвалидов, способствовало бы более широкому их вовлечению в трудовую деятельность, создало бы дополнительные правовые возможности для повышения эффективности правового надзора в изученной сфере.

Список литературы

1. Дело «Торехин (Торekhi№) против Российской Федерации» (жалоба № 78774/13) Постановление ЕСПЧ от 10.05.2016 // Бюллетень Европейского Суда по правам человека. Российское издание. 2017. № 2(176).
2. Дело «Блохин (Blokhi№) против Российской Федерации» (жалоба № 47152/06): Постановление ЕСПЧ от 23.03.2016 // Бюллетень Европейского Суда по правам человека. Российское издание. 2016. № 12(174).
3. Фаттахов М.Б. Правотворческие стратегии современных международных судов (на основе сравнительного анализа практики Суда Европейских сообществ, Трибунала Андского сообщества и Суда ЭКОВАС) // Международное правосудие. 2013. № 2. С. 127–140.
4. О Комиссии при Президенте Российской Федерации по делам инвалидов (вместе с «Положением о Комиссии при Президенте Российской Федерации по делам инвалидов»): Указ Президента РФ от 21.08.2012 № 1201 (ред. от 20.12.2016) // СЗ РФ. 2012. № 35. Ст. 4776.
5. Яковлев Н.В. Жилищные права инвалидов: практика споров и анализ изменений законодательства // Жилищное право. 2016. № 4. С. 59–70.
6. Курова Н.Н. Обзор российского законодательства по вопросам дискриминации в сфере труда и занятости инвалидов // Адвокат. 2017. № 2. С. 52–71.
7. О Комиссии при Президенте Российской Федерации по делам инвалидов» (вместе с «Положением о Комиссии при Президенте Российской Федерации по делам инвалидов»): Указ Президента РФ от 21.08.2012 № 1201 (ред. от 20.12.2016) // СЗ РФ. 2012. № 35. Ст. 4776.

РЕСОЦИАЛИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ В РОССИИ: ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВОЙ АСПЕКТ **RESOCIALIZATION OF DISABLED PEOPLE IN RUSSIA: THEORETICAL AND LEGAL ASPECT**

К.И. Воронков

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

K.I. Voronkov

Lobachevsky University

Анализируется Российское законодательство в сфере социальной защиты инвалидов. Исследуются выявленные проблемные теоретико-правовые аспекты в сфере социальной защиты инвалидов. Приводится характеристика ресоциализации инвалидов в России. Автором предлагается изменение отдельных положений и включение новых правовых норм в Федеральный закон № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

The article reflects the analysis of Russian legislation in the field of social protection of persons with disabilities. The article examines the identified problematic theoretical and legal aspects in the field of social protection of persons with disabilities. The characteristic of the resocialization of persons with disabilities is given in Russia. The author proposes a change in

certain provisions and the inclusion of new legal norms in the Federal Law № 181 «On Social Protection of Disabled Persons in the Russian Federation»

Ключевые слова: ресоциализация, реабилитация, ресоциализация инвалидов, социальное государство, социальная защита инвалидов, реинтеграция инвалидов

Keywords: resocialization, rehabilitation, resocialization of persons with disabilities, social state, social protection of persons with disabilities, reintegration of persons with disabilities

Российская Федерация представляет собой социальное государство, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека(ст. 7 Конституции РФ)[1], в число которых, безусловно, входит и такая группа населения, как инвалиды.

Государство берет на себя обязанность по поддержке данной категории лиц посредством социального обеспечения (ст. 39 Конституции РФ)[1].

Однако, социальная защита инвалидов в России, как в прочем и любая сфера деятельности, испытывает некоторые проблемы, ввиду чего граждане, подпадающие под эту категорию, вынуждены испытывать определенные трудности в реализации своих прав и возможностей.

Ресоциализация инвалидов представляет собой комплекс мер социально-экономического, педагогического, психологического, правового характера, осуществляемых государственными органами, общественными организациями, должностными лицами в соответствии с их компетенцией в целях реинтеграции в общество лиц, которые имеют нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость социальной защиты.

Анализ норм законодательства о социальной защите инвалидов позволяет констатировать, что из-за отсутствия комплексного подхода к решению важнейшей социальной задачи – созданию равных возможностей для инвалидов во всех сферах жизни общества путем обеспечения доступности физического, социального, экономического и культурного окружения сформировался целый ряд проблем, которые включают в себя:

- несовершенство законодательного и нормативного регулирования вопросов обеспечения доступной среды для инвалидов в виде неполноты нормативных правовых актов Российской Федерации, субъектов Российской Федерации;

- отсутствие либо неэффективность координации и взаимодействия органов государственной власти, органов местного самоуправления, бизнеса и общественных организаций инвалидов по созданию доступной среды, в том

числе при реализации ведомственных, региональных целевых программ и отдельных мероприятий;

– отсутствие системы независимой экспертизы и контроля в области проектирования, строительства и реконструкции объектов с позиции доступности для инвалидов и других маломобильных групп населения.

Как справедливо отмечают О.С. Межова и Д.В. Уткин, нерешенность подобного рода проблем формирования доступной среды порождает серьезные социально-экономические последствия:

✓ дестимуляция трудовой и социальной активности инвалидов, которая негативно отражается на их образовательном и культурном уровне, а также уровне и качестве их жизни; высокая социальная зависимость, выражающаяся в вынужденной изоляции инвалидов, осложняющейся проведением медицинской, социальной и психологической реабилитации, выступающей в качестве самостоятельного фактора инвалидизации и предопределяющей возрастание спроса у инвалидов на медицинские и социальные услуги в стационарных и домашних условиях;

✓ равнодушное отношение к инвалидам в массовом сознании граждан и социальной разобщенности инвалидов и граждан, не являющихся инвалидами, предопределяющей необходимость проведения соответствующих разъяснительных и образовательно-информационных кампаний;

✓ ограничения жизнедеятельности других маломобильных групп населения (лиц преклонного возраста, временно нетрудоспособных, беременных, людей с детскими колясками, детей дошкольного возраста) [5, с. 91-92].

Переходя к характеристике основных проблем в сфере социальной защиты инвалидов в Российской Федерации, следует начать с обозначения проблем в области законодательного регулирования, а именно с Федерального закона № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», который частично вступил в действие с 27.11.1995 г. [2].

Данный Федеральный закон, вызвал среди ученых и практиков достаточно нареканий.

Так, К.Г. Вивчарук отмечает, что при создании закона законодатель совершенно легкомысленно подошел к определению понятийного аппарата, а также принципов, в соответствии с которыми осуществляется социальная защита инвалидов.

По его мнению, в ст.1 ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ»[2] следует закрепить следующие понятия: инклюзивное образование – совместное обучение детей с разными возможностями здоровья, в том числе здоровых; разумное приспособление – осуществление необходимых изменений в

окружающей среде в целях реализации прав и свобод инвалидов наравне со всеми; недискриминация – обеспечение равенства инвалидов, борьба с любыми видами дискриминаций; универсальный дизайн – дизайн предметов, помещений, использование которых возможно всеми лицами без специальной адаптации; квотирование рабочих мест – сохранение рабочих мест для трудоустройства инвалидов в соответствии с квотой; информированное согласие – выраженное согласие пациента на медицинское вмешательство и иные действия [3, с. 39].

С подобным тезисом автора нельзя не согласиться, поскольку законодатель повел себя в данном Федеральном законе достаточно скромно, раскрыв сущность только двух терминов (инвалид, ограничение жизнедеятельности).

Столь небольшой перечень для подобного акта является малозначимым, что в дальнейшем может привести к неправильной трактовке понятий.

Еще одним толковым замечанием со стороны К.Г. Вивчарука является предложение о введении в закон отдельной статьи, в которой бы были закреплены принципы, которые бы направляли и координировали деятельность в данной сфере. Он предлагает закрепить в качестве принципов: недискриминация, автономность инвалида, свобода выбора (в медицинской, профессиональной, образовательной и иных сферах), доступность среды, признание инвалидов полноценными членами общества, индивидуальный подход.

Суть и характеристика каждого принципа автором не раскрывается.

Отсутствие отдельной нормы в Федеральном законе № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», которая бы устанавливала принципы действия является необходимой. Это связано с тем, что принципы – это основополагающие начала, определяющие главные направления деятельности в социальной защите инвалидов. Без данных норм регулирование данного вопроса выглядит достаточно сомнительно.

Еще одной проблемой, с которой сталкивается категория граждан с ограниченными возможностями, является трудоустройство. Основной проблемой в области труда и занятости по-прежнему является незаинтересованность работодателя в приеме инвалидов на работу, создании инвалидам условий труда в соответствии с индивидуальными программами реабилитации [4, с. 43].

Вопрос трудоустройства граждан с ограниченными возможностями должен всегда находиться на особом контроле у органов власти. В связи с этим необходимы дополнительные меры финансово-экономического характера по выводу из кризиса специализированных предприятий, использующих труд

инвалидов. Данные мероприятия должны способствовать повышению конкурентоспособности продукции данных предприятий, увеличению объемов производства, сохранению действующих и увеличению (созданию) новых рабочих мест инвалидов.

Подводя итог, можно сказать, что проблемы в сфере социальной защиты, к сожалению, существуют, начиная с несовершенства законодательства и заканчивая вопросами толерантности к инвалидам. Однако, сказать, что работа в данной области не ведется, невозможно.

Теоретиками разрабатываются новые законодательные инициативы, направленные на устранение пробелов и противоречий в праве.

Список литературы

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 № 11-ФКЗ) // Собрание законодательства РФ. 04.08.2014. № 31. Ст. 4398.

2. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации: Федеральный закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ (ред. от 29.12.2015) // Собрание законодательства РФ, 27.11.1995. № 48, ст. 4563.

3. Вивчарук К.Г. Совершенствование Федерального Закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» // Актуальные проблемы права и управления глазами молодежи. 2014.

4. Комиссаров Н.Н. Государственная политика в сфере реализации и защиты трудовых прав инвалидов // *Universum: экономика и юриспруденция*. 2015. № 3 (14).

5. Межова О.С., Уткин Д.В. Современные проблемы социальной защиты инвалидов в Российской Федерации // *Правовая реформа: проблемы теории и практики государственно-правовых преобразований в России: сборник статей по материалам научно-практической конференции*. 2013.

**ПОСТИНТЕРНАТНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ВОСПИТАННИКОВ
ДОМОВ-ИНТЕРНАТОВ ДЛЯ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ:
ВОЗМОЖНОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**
**POST-ORPHANAGE SUPPORT OF INMATES OF BOARDING -SCHOOLS
FOR MENTALLY RETAINED CHILDREN:
POSSIBILITIES AND LIMITATIONS**

А.В. Голдовская
Томский государственный университет, Томск
A.V. Goldovskaya
Tomsk State University, Tomsk

На основе социологического исследования со специалистами домов-интернатов для умственно отсталых детей Сибирского федерального округа автор рассматривает возможности и ограничения реализации постинтернатного сопровождения воспитанников данных учреждений.

On the basis of the sociological research among specialists of boarding schools for mentally retained children of the Siberian federal district the author examines the possibilities and limitations of the implementation of post-orphanage support of inmates of these institutions.

Ключевые слова: дети с умственной отсталостью, детские дома-интернаты для умственно отсталых детей, постинтернатное сопровождение, дети-инвалиды

Keywords: mentally retained children, boarding schools for mentally retained children, post-orphanage support, disabled children

Количество детей с отклонениями интеллектуального развития с каждым годом растет. Зачастую дети с наиболее тяжелыми формами умственной отсталости попадают в детские дома-интернаты (ДДИ) для умственно отсталых детей. На январь 2017 г. количество стационарных учреждений для детей-инвалидов составляло 251 [1]. Среди них число домов-интернатов – 141, где проживало около 23 тыс. человек [2].

В связи с реорганизацией детских домов и тем, что приоритетным направлением современной политики является семейное воспитание, количество детей, проживающих в интернатных учреждениях, уменьшается и, соответственно, снижается число учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Однако массовая деинституализация системы воспитания детей-сирот в России пока невозможна. В нашей стране только зарождается опыт передачи детей с умственной отсталостью в замещающие семьи.

В 2017-2018 гг. было проведено социологическое исследование, направленное на изучение опыта учреждений, в которых воспитываются дети с умственной отсталостью. В качестве объекта исследования были выбраны сотрудники 3^{ex} учреждений Сибирского Федерального округа: Тунгусовский

ДДИ (Томская область), Ояшинский ДДИ (Новосибирская область), Юргинский ДДИ (Кемеровская область).

В ходе исследования было выявлено, что по достижении 18-летнего возраста большинство детей с умственной отсталостью переходят из детских домов-интернатов во взрослые учреждения, чаще всего в психоневрологические интернаты (ПНИ), где остаются до конца своей жизни.

Со слов воспитателей, дети чувствуют приближение данного момента в их жизни и по-разному к этому относятся. Для кого-то это возможность перейти во взрослую жизнь: *«Яна написала записку директору, что ей все уже надоело, она хочет уехать жить в ШПИ»* (зам. директора по УВР), а для кого-то это расставание с домом, родными и близкими: *«Скажи Диме, что он скоро поедет в ШПИ и он начинает плакать. Он не знает, что такое ШПИ, он просто боится, что его увезут из дома»* (воспитатель, 25 лет стажа).

Однако сегодня в законодательство РФ вносятся существенные изменения в отношении процесса перехода детей во взрослые учреждения по достижении совершеннолетия. Так, Постановлением правительства №481 от 24.05.2014 г. «О деятельности организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и об устройстве в них детей, оставшихся без попечения родителей» регламентируется возможность бесплатного проживания детей в интернате после достижения 18 лет, но не старше 23 лет. Также на учреждения может быть возложена функция оказания помощи в адаптации детей по достижении совершеннолетия [3].

Руководители учреждений на вопрос о возможности выхода воспитанников в самостоятельную жизнь отвечают положительно. Однако важным условием для этого является сопровождение. Пока в России нет масштабного опыта организации сопровождаемого проживания, но при необходимой поддержке у людей с умственной отсталостью есть потенциал частично самостоятельной жизни.

Одним из учреждений, организующих сопровождаемое проживание, является Ояшинский детский дом-интернат. Там реализуется проект «Могу жить самостоятельно» (сопровожаемое проживание воспитанников). Основная его цель — социализация и интеграция молодых людей в общество. Проект помогает воспитанникам детского дома-интерната, имеющим ментальные особенности, получить профессиональную помощь для плавного, щадящего и конструктивного перехода к самостоятельной жизни.

Ежегодно нескольким выпускникам предоставляется собственное жилье, в котором они проживают под наблюдением куратора. Многие поселяются в общежитии при интернате, работают в стенах самого учреждения. Девушки

трудятся на кухне, в прачечной, юноши – скотниками, дворниками, столярами. Все имеют трудовые книжки и получают заработную плату [4].

Еще один пример подготовки детей к самостоятельной жизни можно привести из практики Юргинского детского дома-интерната. В данном учреждении реализуется проект, направленный на самостоятельное проживание воспитанников. *«Мы называем ее социальная гостиница».* (Директор ДДИ). Детей с 14 лет начинают готовить к самостоятельной жизни. Подготовительная работа проводится со всеми воспитанниками, но более углубленные знания и навыки получают дети, которые могут в дальнейшем применять их в жизни. *«Мы отбираем тех детей, которые, на наш взгляд, могут более углубленно освоить домашнее проживание, самостоятельно. И тогда у нас идут занятия в этой гостинице»* (Директор ДДИ).

В свою очередь Тунгусовский детский дом тоже заинтересован в реализации постинтернатного сопровождения и рассматривает варианты наиболее эффективной реализации его в стенах своего учреждения. По прогнозам директора Тунгусовского детского дома-интерната, треть детей могли бы жить в условиях сопровождаемого проживания. *«Вот у нас Дима. Ему показали половички с утра трясти, так он их до сих пор трясет их. А сейчас он отвечает за Вову. Вову же перевели из 6 группы, слепой мальчик. Мы решили Диме под контроль его дать. Дима его за руку в столовую, в туалет. Так интересно за ними наблюдать. Дима ему все рассказывает. И если кто-то чем-то угощает, он обязательно возьмет и Вове».* (Директор ДДИ).

В реализации данного направления существенными ограничениями являются:

– Отсутствие достаточного финансирования. *«У нашей Е.В. много идей, вот только по рукам бьют».* (Воспитатель, 18 лет стажа).

– Неподготовленность детей к самостоятельной жизни. *«У нас мальчишкам дай денег, а они даже не поймут, что с ними делать».* (Воспитатель, 18 лет стажа).

– Недостаточная готовность общества принимать таких детей. *«Им тяжело, как их воспринимает общество, и проблема не в наших детях, наши дети открыты миру».* (Педагог, 12 лет стажа).

– Непредсказуемость заболеваний. *«Все дети у нас с психическими заболеваниями, как он поведет себя через год, неизвестно. У нас всякое бывает, у нас ребятишки развиваются, а потом регресс начинается».* (Зам по УВР).

– Не каждый ребенок может выйти в самостоятельную жизнь. Для детей с глубокой умственной отсталостью вероятность выхода в самостоятельную жизнь крайне мала. Воспитатели считают, что для таких детей наиболее

эффективным будет привитие навыков самообслуживания. *«Мы с Яриком бьемся, ему уже 18 год. Ну, вот он научился натягивать штаны на ноги. Ну хоть что-то научился. Таких у нас, кто совсем не учится, тоже не так много в детском доме».* (Воспитатель, 18 лет стажа).

Однако, несмотря на все ограничения, постинтернатное сопровождение является хорошей возможностью для людей с умственной отсталостью преодолеть социальную эксклюзию и жить наравне с условно здоровыми людьми за пределами высоких заборов, но для осуществления эффективного постинтернатного сопровождения необходимо создание соответствующих условий.

Список литературы

1. Число стационарных организаций для детей-инвалидов [Электронный ресурс] // Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики. URL: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/family/4-8.xls (дата обращения: 11.05.2018).

2. Российский статистический ежегодник. 2017: Стат.сб./Росстат. М., 2017. С. 181.

3. О деятельности организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и об устройстве в них детей [Электронный ресурс]: постановление Правительства РФ от 24.05.2014 N 481. Доступ из локальной сети Науч. б-ки Том. гос. ун-та.

4. Жизнь необычных детей // Официальный сайт газеты «Советская Сибирь». URL: <http://www.sovsibir.ru/news/164338> (дата обращения: 31.05.2018).

СЕМЬИ С РЕБЕНКОМ-ИНВАЛИДОМ: ПРОБЛЕМЫ ВНУТРИСЕМЕЙНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ FAMILIES WITH THE CHILD-DISABLED: THE PROBLEMS OF INTERACTION

И.Г. Голубева

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

I.N. Golubeva

Lobachevsky University

Отношения ребенка-инвалида с ближайшим окружением могут препятствовать нормальному развитию личности, и это связано с тем, что со стороны родителей уход и забота, выраженные в необходимости постоянного поддержания уровня здоровья инвалидизированных членов семьи, в большинстве случаев перерастают в гиперопеку и авторитарную позицию по отношению к ребенку.

The relationship of a disabled child with family members can disrupt the harmonious development of the individual due to the fact that parents, care of family members expressed hyperopes and authoritarian position towards the child.

Ключевые слова: семья с ребенком-инвалидом, сиблинги, социальная работа с семьей
Keywords: family with the child-disabled, siblings, social work with family

Социальное взаимодействие в семье с ребенком-инвалидом может блокировать проявления его инициативы и самостоятельности, что приводит к нарушению у него образа «Я» и закрепление неконструктивных жизненных установок: на низкие социальные роли, пассивность, установки на зависимость от социального окружения.

Семья, в которой есть человек с инвалидностью, часто проявляет склонность к изоляции, имеет суженный круг социальных связей, поскольку общество стигматизирует семьи, причисляя их к проблемным группам населения, которые постоянно в опеке.

Существует множество предпосылок для переживания стресса внутри семьи, помимо проблем со здоровьем:

- неполные семьи / с повторным браком / приемные;
- эмоциональная и физическая изоляция семьи;
- низкий доход семьи и постоянный дефицит денежных средств, безработица или временная работа, низкий трудовой статус родителей;
- плохие жилищные условия;
- принадлежность к групповому (этническому, религиозному) меньшинству;
- отсутствие социальной помощи [1].

Эти хронические стрессовые ситуации часто вызывают у родителей фрустрацию и чувство беспомощности и оказывают существенное влияние на психологический климат семьи. В результате ребенок с инвалидностью часто становится «причиной» всех неудач, у него снижается уровень самооценки. В семьях, где один из детей имеет инвалидность, отношения с родителями и сиблингами имеют специфический характер, часто выражающийся в смещении социального положения в семье как равноправного члена. Между братьями и/или сестрами могут возникнуть агрессивные или поддерживающие отношения, что зависит от степени их доверия к друг к другу[2].

Семьи с инвалидами несут дополнительные расходы на персональную поддержку, медицинский уход или вспомогательные устройства. Из-за этих расходов подобные семьи оказываются за чертой бедности. Сиблинги без инвалидности могут раньше начать работать, чем их сверстники, чтобы помочь родителям. В большинстве случаев поддержка, предоставляемая инвалидам,

исходит от членов их семей или от систем социальной защиты. Когда семья пытается справиться самостоятельно, для тех, кто осуществляет уход, могут наступить серьезные последствия, включая стресс, социальную изоляцию и упущенные социально-экономические возможности. Родители имеют меньшую продолжительность рабочего времени, чем в других семьях, с большей вероятностью прекращают трудовую деятельность, сталкиваются с серьезными материальными проблемами и с меньшей вероятностью устраиваются на новую работу. Этим семьям необходима помощь не только государственных учреждений, но и некоммерческих организаций с привлечением СМИ для дополнительной социальной поддержки, создания гибких условий в отношениях между работающими членами семьи с детьми-инвалидами и работодателями.

В семьях с двумя и более детьми взаимодействие между ними способствует развитию личности каждого ребенка, имеющего возможность исследовать других людей, научиться проявлять сочувствие, умение постоять за себя, умение договориться. Позиция родителей играет большую роль, различие в воспитании и проявлении заботы может привести к напряженным отношениям между детьми [3]. Родители могут помочь разрешить конфликт и научить общаться, а могут усугубить ситуацию, если они не будут обращать внимания на конфликты детей или действовать неконструктивно.

В семьях, где один из детей имеет инвалидность, повышен риск проявлению к нему эмоционального и психологического насилия со стороны братьев и / или сестер. Родителям важно на ранних стадиях конфронтации отношений между сиблингами увидеть и разрешить противоречия. В процессе реабилитации ребенка с инвалидностью специалистам необходимо проводить групповые занятия, направленные на построение отношений в семье в новом формате. Такие технологии успешнее внедряются в некоммерческом секторе, т.к. в государственных учреждениях существует жесткий перечень социальных услуг. В проведении мероприятий по реабилитации ребенка с инвалидностью стоит задействовать ресурсы семьи, включая его сиблингов.

При рассмотрении семьи на микроуровне важно учитывать не только родительско-детские отношения, но и отношения между сиблингами: ребенок-инвалид – здоровый ребенок. Братья и сестры больного ребенка ощущают чувство вины, стыда и страха «заразиться» той же болезнью. Из-за дефицита внимания могут вести себя так, словно тоже больны, чтобы привлечь внимание взрослых вне зависимости от позиции (старший или младший сиблинг). Ребенок-инвалид, в свою очередь, может стремиться «поработить» брата или сестру. Родители могут сформировать положительное и ответственное отношение к брату или сестре с инвалидностью.

Список литературы

1. Фурманов И.А. Межпоколенная эстафета агрессии и насилия в семье: эндогенные и экзогенные факторы / И.А. Фурманов // БДУ. 2009. № 1. С. 69.
2. Дементьева И.Ф. Факторы риска современного детства / И.Ф. Дементьева// СОЦИС, 2011. № 10. С. 108-114.
3. Евтух Т.В., Баландина Л.Л. Особенности материнского и отцовского отношения к сиблингам / Т.В. Евтух, Л.Л. Баландина // Психологические науки, 2013. №8. С. 953-958.

КРИЗИС УКРАИНСКОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК УГРОЗА НАЦИОНАЛЬНОЙ И РЕГИОНАЛЬНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ UKRAINE'S HEALTH CARE SECTOR CRISIS AS A NATIONAL AND REGIONAL SECURITY THREAT

Р.В. Голубин, А.П. Коротышев

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

R.V. Golubin, A.P. Korotyshev

Lobachevsky University

Рассматриваются основные проблемы украинской системы здравоохранения. Они не только представляют реальную угрозу внутренней безопасности Украины, но также имеют значительный потенциал распространения в сопредельные государства.

This article briefly discusses the basic problems of the Ukrainian health care sector. They not only form a real threat to the Ukraine internal security, but also have a significant potential of spreading to the neighboring states.

Ключевые слова: система здравоохранения в Украине, проблемы здравоохранения в Украине, украинский кризис, украинский конфликт

Keywords: health care system in Ukraine, health problems in Ukraine, the Ukrainian crisis, the Ukrainian conflict

Украинский кризис, как и все кризисы подобного рода, как правило, принято рассматривать в их политическом аспекте. При этом, если речь и заходит о социогуманитарном аспекте проблемы, в расчет принимаются жертвы боевых действий, беженцы или другие социальные категории, непосредственно затронутые горячей фазой конфликта. Однако, совершенно очевидно, что долгосрочные социальные последствия украинского кризиса отражаются на всем обществе в целом, пересекая государственные границы и фронты политических разногласий. Будучи не столь очевидны для политиков, общественных деятелей и экспертов, эти последствия неизбежно проявят себя не только внутри Украины, но и за ее пределами.

Одним из таких неочевидных, но очень болезненных последствий кризиса стала быстрая деградация системы здравоохранения. Несмотря на весь масштаб и трагичность боевых действий на Донбассе, где около половины из 340 медицинских учреждений в зоне прямого конфликта были обстреляны, а 32 получили серьезный ущерб, данная проблема не сводится целиком к зоне боевых действий.

Еще до начала активной фазы конфликта в Донецкой и Луганской областях отмечалась высокая распространенность ВИЧ и туберкулеза [1]. Развертывание масштабных военных действий в значительной мере способствовало распространению этих опасных заболеваний.

Основным фактором распространения ВИЧ остается употребление инъекционных наркотиков. Единственной эффективной мерой противодействия распространению ВИЧ-инфекции среди наркоманов была программа «Международного Альянса по ВИЧ / СПИДу», в рамках которой в стране действовало более 1600 пунктов бесплатного обмена. Однако в районах военных действий подобные пункты были закрыты. В Луганске заместительная терапия официально запрещена, а в Донецке запрещены основные замещающие препараты: метадон и бупенорфин. Это, как и другие социально-политические факторы, привело к миграции лиц, страдающих от зависимости, в другие регионы страны и распространению наркомании и ВИЧ-инфекции.

Необходимо отметить, что показатели инфицирования ВИЧ, туберкулезом и гепатитом С в Украине тоже нетипично высоки. Показатель распространенности ВИЧ составляет около 0,9%. Число новых зарегистрированных случаев увеличилось на 8% с 2015 по 2016 гг., а смертность от СПИДа выросла на 7%.

Весьма распространены устойчивые к лекарственным препаратам штаммы туберкулеза, они выявляются, в среднем, в каждом четвертом случае [2]. Речь идет о множественной лекарственной устойчивости, для полноценной работы с которой необходимы препараты стоимостью от 54 000 до 93000 евро [3]. Понятно, что такие суммы недоступны для большинства пациентов.

Общие расходы на здравоохранение в Украине составляют около 7% ВВП, однако расходы из государственных источников покрывают лишь около половины фактически используемых услуг. Около 95% от оставшейся половины граждане оплачивают из собственных средств, а еще 5% компенсируют работодатели [4].

Такая ситуация создает значительные коррупционные риски, а здравоохранение остается одним из самых коррумпированных секторов в стране [5]. В этом отношении интересен кейс-стади «Украина: борьба с коррупцией, замаскированной под благотворительность», проведенный

Международным бюджетным партнерством [6]. Согласно его результатам, 43% пациентов в Украине так или иначе неформально «благодарили» лечащего врача за его услуги, а с 21% в открытую требовали эту плату. Другим интересным результатом данного исследования, стало то обстоятельство, что время наиболее сложных медицинских операций и процедур в целом совпадает со временем работы банков. Без наличных денег медицина во многом останавливается [6].

Коррупция проявляет себя и на более высоком уровне. Журналистские расследования неоднократно указывали на факты завышения министерством здравоохранения цен на лекарства, непрозрачные тендеры, отсутствие реальной конкуренции [7].

Необходимо отметить, что с 2000 г. заметную поддержку в борьбе с инфекционными заболеваниями в Украине оказывало Агентство США по международному развитию (USAID). Однако сегодня у администрации США есть планы сократить объемы финансовой помощи Украине почти на 70%. При этом финансирование программ здравоохранения сократится более чем на 50% [8].

Обозначенный комплекс проблем уже сегодня ведет к росту смертности населения. Ежегодно около 135 000 украинцев умирают от предотвратимых причин. Подавляющее большинство этой «избыточной смертности» приходится на людей трудоспособного возраста и связано с неинфекционными заболеваниями.

Помимо того, что проблемы украинского здравоохранения представляют значительную угрозу для внутренней безопасности страны, они имеют значительный потенциал распространения через государственные границы. В этом отношении ключевое значение имеют показатели иммунизации населения, которые остаются очень низкими.

В Украине полностью привиты против кори только 30% детей, против гепатита В – около 10% и не более 3% против дифтерии, коклюша и столбняка [9]. Необходимо заметить, что столь низкие показатели представляют неприятный контраст с позднесоветским периодом истории Украины, когда прививки от наиболее распространенных инфекций получало абсолютное большинство населения. Такая ситуация ведет к тому, что в стране соседствуют иммунизированные и не полностью иммунизированные поколения. 70% из 473 украинцев, которые заразились корью в июне 2017 г., были детьми и подростками [9].

На фоне очень низкой (в особенности в сравнении со странами ЕС) общей иммунизации населения в настоящее время активно происходит его миграция из Украины в страны центральной и восточной Европы. Это дает ряду западных

аналитиков основание говорить об угрозе распространения опасных заболеваний из различных регионов Украины в другие страны [10]. Представляется, что эта угроза актуальна и для России, на протяжении последних лет принимающей украинских мигрантов в различном правовом статусе.

Список литературы

1. Michel Kazatchkine, "Towards a New Health Diplomacy in Eastern Ukraine," *The Lancet HIV* 4, no. 3 (March 2017): e99–e101, [http://thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018\(17\)30019-X/fulltext](http://thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018(17)30019-X/fulltext). (дата обращения 04.10.2018.).
2. Sophie Edwards, "Ukraine's Fight against TB Is at Risk from USAID Cuts," *devex.com*, June 6, 2017, <https://www.devex.com/news/ukraine-s-fight-against-tb-is-at-risk-from-usaid-cuts-90425>. (дата обращения 04.10.2018.).
3. Andrii Dudnyk et al., "Multidrug-Resistant Tuberculosis in Ukraine at a Time of Military Conflict," *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 19, no. 4 (2015): 492–93. (дата обращения 07.10.2018.).
4. Abel Polese and Tetiana Stepurko, "Ukraine: Health Care and Informal Payments," *Osservatoria Balcani e Caucaso Transeuropa*, Rovereto, Italy, July 19, 2016, <https://www.balcanicaucaso.org/eng/Areas/Ukraine/Ukraine-healthcare-and-informal-payments-172600>. (дата обращения 05.10.2018.).
5. Iuliia Mendel, "In Ukraine, Health Care Is Free (Except When It's Not)," *Politico*, April 5, 2017, <http://www.politico.eu/article/ukraines-ailing-health-care-system-underfunded-corrupt-inaccessible/> (дата обращения 12.10.2018.).
6. Iryna Postolovska, "Ukraine: Combating Corruption Disguised as Charity," *International Budget Partnership Case Study*, October 2016, <http://www.internationalbudget.org/publications/case-study-combating-corruption-ukraine/> (дата обращения 12.10.2018.).
7. Самаева Ю. Эффект ноцебо. Газета «Зеркало недели», Вып. № 37, 14-21 окт. 2017. https://zn.ua/macrolevel/effekt-nocebo_.html (дата обращения 13.10.2018.).
8. See U.S. Department of State, Congressional Budget Justification, Foreign Assistance, Supplementary Tables, FY 2018, <https://www.state.gov/documents/organization/271014.pdf>. (дата обращения 13.10.2018.).
9. Ukrainian Ministry of Health data, reported on Relief Web, October 24, 2016; Judyth L. Twigg, *Polio in Ukraine: Crisis, Challenge, and Opportunity* (Washington, DC: CSIS, March 2016), https://csis-prod.s3.amazonaws.com/s3fs-public/publication/160329_Twigg_PolioUkraine_Web.pdf. (дата обращения 13.10.2018.).
10. Ukraine's Health Sector. Sustaining Momentum for Reform. Center for Strategic and International Studies (CSIS). Official web-site. <https://www.csis.org/analysis/ukraines-health-sector> (дата обращения 14.10.2018.).

ПРАВОВОЙ АСПЕКТ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ ИНВАЛИДОВ¹

LEGAL ASPECT OF SOLVING PROBLEMS OF DISABLED PEOPLE

В.Г. Доброхлеб

*Институт социально-экономических проблем народонаселения РАН,
Институт социально-политических исследований РАН, г Москва*

О.Н. Махрова

*Институт социально-экономических проблем народонаселения РАН,
г. Москва*

V.G. Dobrokhleb

*The institute of Social and Economic Studies of Population RAS,
The institute of Socio-Political Research RAS, Moscow*

O.N. Makhrova

The institute of Social and Economic Studies of Population RAS, Moscow

Инвалидность – это термин, объединяющий различные нарушения, ограничения активности и возможного участия в жизни общества. Нарушения – это проблемы, возникающие в функциях или структурах организма; ограничения активности – это трудности, испытываемые человеком в выполнении каких-либо заданий или действий; в то время как ограничения участия – это проблемы, испытываемые человеком при вовлечении в жизненные ситуации.

Инвалидность – это не просто проблема со здоровьем. Это сложный феномен, отражающий взаимодействие между особенностями человеческого организма и особенностями общества, в котором этот человек живет. Для преодоления трудностей, с которыми сталкиваются инвалиды, необходимы мероприятия по устранению препятствий в окружающей среде и социальных барьеров.

Disability is a term that combines various disorders, limitations of activity and possible participation in society. Disorders are problems that arise in the functions or structures of the body; activity limitations are difficulties experienced by a person in performing any tasks or actions; while participation limitations are problems experienced by a person in engaging in life situations.

Disability is not just a health problem. It is a complex phenomenon that reflects the interaction between the characteristics of the human body and the characteristics of the society in which this person lives. In order to overcome the difficulties faced by persons with disabilities, measures are needed to remove obstacles in the environment and social barriers.

Ключевые слова: Инвалидность, инвалид, социальные барьеры, проблемы, здоровье
Keyword: Disability, disability, social barriers, problems, health

Президентом России подписан Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». Тем самым особо уязвимой части нашего общества даны гарантии социальной защиты. Безусловно, основополагающие законодательные нормы, регулирующие положение инвалида в обществе, его права и обязанности являются необходимыми атрибутами любого правового

¹ Статья подготовлена в рамках проекта РФФИ 17-06-00093 «Моделирование динамики семейной структуры населения современной России».

государства, поэтому вступление в силу этого Закона надо только приветствовать.

Следует отметить три принципиальных положения, составляющих основу Закона [1].

Первое – это наличие у инвалидов особых прав на определенные условия для получения образования; обеспечение средствами передвижения; на специализированные жилищные условия; первоочередное получение земельных участков для индивидуального жилищного строительства, ведения подсобного и дачного хозяйства и садоводства, и другие. Например, жилые помещения будут теперь предоставляться инвалидам, семьям, имеющим детей-инвалидов, с учетом состояния здоровья и других обстоятельств. Инвалиды имеют право на дополнительную жилплощадь в виде отдельной комнаты в соответствии с перечнем заболеваний, утвержденным правительством РФ. При этом она не считается излишней и подлежит оплате в одинарном размере.

Второе немаловажное положение – это право инвалидов быть активными участниками всех тех процессов, которые касаются принятия решений относительно их жизнедеятельности, статуса. Теперь федеральные органы исполнительной власти, органы исполнительной власти субъектов РФ должны привлекать полномочных представителей общественных объединений инвалидов для подготовки и принятия решений, затрагивающих интересы инвалидов.

Третье положение провозглашает создание специализированных государственных служб: медико-социальной экспертизы и реабилитации. Они призваны формировать систему обеспечения относительно независимой жизнедеятельности инвалидов. При этом среди функций, возлагаемых на государственную службу медико-социальной экспертизы, – определение группы инвалидности, ее причин, сроков, времени наступления инвалидности, потребности инвалида в различных видах социальной защиты; определение степени утраты профессиональной трудоспособности лиц, получивших трудовое увечье или профессиональное заболевание; уровня и причин инвалидности населения. Закон обращает внимание на основные направления решения проблем инвалидов. В частности, в нем говорится об их информационном обеспечении, вопросах учета, отчетности, статистики, потребностях инвалидов, о создании безбарьерной среды жизнедеятельности. Создание реабилитационной индустрии как промышленной базы системы социальной защиты инвалидов предполагает производство специализированных средств, облегчающих труд и быт инвалидов, предоставление соответствующих реабилитационных услуг и при этом частичное обеспечение их трудовой занятости. Закон говорит о создании

комплексной системы многопрофильной реабилитации инвалидов, включающей медицинский, социальный и профессиональный аспекты. Затрагивает он и проблемы подготовки профессиональных кадров для работы с инвалидами, в том числе и из самих инвалидов. Важно, что эти же направления уже более детально разработаны в Федеральной комплексной программе «Социальная поддержка инвалидов».

Новый закон декларирует принцип индивидуальной нуждаемости: орган социальной защиты населения совместно с человеком, нуждающимся в оказании социальных услуг, разработает индивидуальную программу, в которой будет прописан алгоритм, маршрут оказания помощи.

К каждому человеку нужно подобрать свой подход. Один нуждается в надомном обслуживании, другой – в психологической помощи, и так далее. Поэтому в законе есть четкая установка – ориентация на индивидуальную нуждаемость человека.

Закон указывает, что кроме надомной работы (покупки продуктов, лекарств, уборки в квартире, приготовления обедов) будут оказываться услуги, которые никогда не входили в систему соцобслуживания. Речь идет о социальном сопровождении – новом термине в законе. Он означает содействие в получении помощи, которая, по сути, не относится к социальным услугам. Это касается ситуаций, когда пересекаются медицинская, психологическая, педагогическая, юридическая и социальная помощи. Здесь включается такой механизм, как межведомственное взаимодействие различных организаций.

По новому закону, надомное обслуживание будет распространяться и на семьи с детьми. Все несовершеннолетние дети имеют право на получение социальных услуг бесплатно. Их объем будет зависеть от индивидуальной нуждаемости. В первую очередь, предоставление социальных услуг будет организовано для семей с детьми-инвалидами. Сейчас активно развиваются различные формы присмотра, чтобы родители могли работать, удовлетворять свои потребности, а не находиться постоянно с ребенком.

Собственно, с выходом Закона можно говорить о том, что Федеральная комплексная программа получила единую законодательную базу. Теперь предстоит серьезная работа над тем, чтобы Закон работал.

Социально-средовой аспект рассматриваемой проблемы.

По данным Федеральной службы государственной статистики, на 1 января 2016 г. в России зарегистрировано 12,6 млн граждан, имеющих инвалидность. Среди них около 1,3 млн человек входят в I группу инвалидности, 6,3 млн – во II группу, 4,6 млн человек отнесены к III группе.

Начиная с 1998 г. в России наблюдается устойчивая тенденция к сокращению численности инвалидов, что во многом связано с изменениями

законодательства о порядке признания лица инвалидом. С 2010 г. отрицательная динамика инвалидизации наблюдается лишь в первых двух группах инвалидности, тогда как численность инвалидов III группы и детей-инвалидов возрастает.

На 1 января 2015 г. 65% всех российских инвалидов, стоящих на учете в Пенсионном фонде РФ, относятся к категории граждан старше трудоспособного возраста. 30% – люди трудоспособного возраста, среди которых наиболее многочисленная группа – это граждане в возрасте от 31 до 59 лет у мужчин и от 31 до 54 лет у женщин [2].

Особую категорию «объектов» обслуживания социальными работниками представляет семья, в которой имеется инвалид либо пожилой человек, нуждающийся в посторонней помощи. Семья такого рода является микросредой, в которой живет нуждающийся в социальной поддержке человек. Он как бы вовлекает ее в орбиту обостренной потребности в социальной защите. Специально проведенным исследованием установлено, что из 200 семей с нетрудоспособными членами в 39,6% имеются инвалиды. Для более эффективной организации социального обслуживания социальному работнику важно знать причину инвалидности.

Принадлежность инвалида к той или иной группе связана с характером льгот и привилегий. Роль социального работника состоит в том, чтобы, опираясь на осведомленность в этом вопросе, способствовать реализации льгот в соответствии с существующим законодательством. При подходе к организации работы с семьей, имеющей инвалида, для социального работника важно определить социальную принадлежность этой семьи, установить ее структуру (полная, неполная). Значение указанных факторов очевидно, с ними связана методика работы с семьей, от них зависит и различный характер потребностей семьи.

Оказалось, что роль социального работника как организатора, посредника, исполнителя наиболее значима для этих семей в таких сферах: морально-психологическая поддержка, медицинская помощь, социально-бытовое обслуживание. При оценке нуждаемости морально-психологической поддержки из всех ее видов наиболее актуальными для всех семей оказались следующие: организация связи с органами социального обеспечения (71,5%), осуществление контактов с общественными организациями (17%). В организации контактов с органами социального обеспечения из полных семей нуждается 60,4%, из неполных – 84,2%, одинокие в 76,9%. В осуществлении связей с общественными организациями нуждаются соответственно – 27,5%, 12,3%, 3,8% семей. Крайне небольшое число семей (4,5%) из числа обследованных нуждается в реализации прав на льготы. Возможно, это

объясняется недостаточной информированностью членов семьи о льготах, которые имеют инвалиды. Еще в меньшей степени семьи, имеющие в своем составе инвалидов, нуждаются в устранении конфликтных ситуаций (3,5%) и в психолого-педагогической поддержке. По-видимому, невостребованность такого рода помощи можно объяснить непривычностью для нашего общества вмешательства в интимную среду семьи, необычностью постановки вопроса, то есть несформированностью потребности. При анализе нуждаемости в организации медицинского обслуживания 71% семей испытывают необходимость в наблюдении участкового врача, почти половина семей (49,5%) нуждаются в консультациях узких специалистов, а 17,5% – в диспансерном наблюдении. В полных семьях ранговые места в потребности указанных видов медицинской помощи несколько иные: на первом месте (50,7%) стоит нуждаемость в наблюдении участкового врача, на втором (40%) – в диспансерном наблюдении, на третьем (30,3%) – в консультациях узких специалистов. В неполных семьях наибольшая нуждаемость (37,4%) в диспансерном наблюдении, 35,4% семей нуждаются в консультациях узких специалистов и 26,7% – в наблюдении участкового врача [3].

Установлено, что наибольшая нуждаемость обследованных семей касается социально-бытовых услуг. Это объясняется тем, что нетрудоспособные члены семей ограничены в своей подвижности, нуждаются в постоянном постороннем уходе и «привязывают» к себе здоровых, которые не могут осуществлять доставку продуктов, медикаментов и оказывать им различные другие бытовые услуги, связанные с выходом из дома. Кроме того, в настоящее время это можно объяснить и социальной напряженностью, трудностями продовольственного обеспечения и в получении бытовых услуг. В связи с этими обстоятельствами резко возрастает роль социального работника.

Таким образом, оказалось, что наибольшая нуждаемость в социальной защите всех обследованных семей в настоящее время группируется вокруг социально-бытовых проблем. Невостребованность морально-психологической поддержки семей объясняется несформированностью потребностей такого рода, с одной стороны, и сложившимися национальными традициями в России – с другой. Оба эти фактора взаимосвязаны. Необходимо формирование сферы деятельности социального работника. Помимо тех обязанностей, которые изложены в нормативных документах, квалификационной характеристике, с учетом современной ситуации важно не только выполнение организационных, посреднических функций. Определенную актуальность приобретают иные виды деятельности, среди которых: информированность населения о возможности более широкого пользования услугами социального работника, формирование потребностей населения (в условиях рыночной экономики) в

защите прав и интересов нетрудоспособных граждан, реализация морально-психологической поддержки семьи и др. Таким образом, роль социального работника во взаимодействии с семьей, имеющей инвалида, имеет много аспектов и может быть представлена в виде ряда последовательных этапов. Началу работы с семьей такого рода должно предшествовать выявление этого «объекта» воздействия социального работника.

Список литературы

1. ФЗ 183 «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».
2. Данные РОССТАТА, <http://www.gks.ru>.
3. Маллер А.Р. Новое в оказании помощи детям-инвалидам. // Дефектология. 2006. №1.

**ОСОБЕННОСТИ КОММУНИКАЦИИ СОТРУДНИКОВ
СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ С КЛИЕНТАМИ,
ИМЕЮЩИМИ ОГРАНИЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ¹**
**FEATURES OF COMMUNICATION BETWEEN EMPLOYEES
OF SOCIAL AND LAW ORGANIZATIONS AND CLIENTS WITH
HEALTH RESTRICTIONS**

Ю.Н. Евсая

Саратовская государственная юридическая академия, г. Саратов

А.А. Чернецкая, А.Н. Шibaев

*Саратовский государственный технический
университет им. Гагарина Ю.А., г. Саратов*

Y.N. Evsaya

CELS Saratov State Law Academy, Saratov

A.A. Chernetskaya, A.N. Shibaev

Yuri Gagarin State Technical University of Saratov

Рассматривается практическая роль специалиста права и социального обеспечения в решении социальных проблем целевой группы, в том числе через его профессиональную компетентность и коммуникативную культуру, обобщаются особенности обслуживания клиентов с ОВЗ на основе анализа специализированных источников: методических материалов, должностных инструкций и других регламентов, предназначенных для контактного персонала обслуживающих организаций.

The text considers the practical role of a law and social security specialist in solving social problems of a target group, through his professional competence and communicative culture, summarizes the features of customer service with SHN (special health needs) based on an analysis of specialized sources: teaching materials, official instructions intended for contact personnel of service organizations.

¹ Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФ в рамках научного проекта №18-18-00321.

Ключевые слова: социально-правовая работа, получатель социальной услуги с ограниченными возможностями здоровья, профессиональная компетентность сотрудника, доступность социальных услуг

Keywords: social and legal work, the recipient of social services with disabilities, professional competence of the employee, availability of social services

Обслуживание клиентов с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в социально-правовой организации, как и в любом другом учреждении, имеет свои особенности. Сотрудник социально-правовой организации должен уметь быть понятным для человека, имеющего ограничения зрения, слуха, подвижности, проблемы понимания и усвоения информации. Ему необходимо понимать клиента с ОВЗ, учитывать его специальные потребности как при организации процесса общения, так и при организации пространства, создании комфортной рабочей атмосферы уважения и сотрудничества.

Особенностью общения в ситуации приема в социально-правовой организации является его кратковременность. За 10–15 мин общения сотрудник и посетитель составляют впечатление друг о друге, посетитель излагает свой вопрос, сотрудник отвечает. Как правило, дальнейшее взаимодействие между этими людьми предполагает работу с документами, принятие решений на основе устной и письменной информации, аргументацию этих решений, инструкцию к дальнейшим действиям. На всех этапах этой работы она должна быть понятна клиенту. Обстановка должна располагать к тому, чтобы получатель социальной услуги чувствовал себя в безопасности, в комфортной, доброжелательной, уважительной атмосфере [1]. Только в этом случае можно будет говорить об удовлетворенности услугой и эффективности работы персонала.

Сотрудник социально-правовой организации должен обладать специальными знаниями, навыками, компетенциями. Недостаток специальных компетенций сотрудников особенно осложняет ситуацию на фоне значительного роста числа клиентов социально-правовой работы.

Увеличение потока клиентов происходит, во-первых, в связи со специфической демографической ситуацией: глубокое постарение населения, с одной стороны, и резкое увеличение числа многодетных семей – с другой. Это приводит, в частности, к необходимости введения новых форм работы социальных служб: организации комнат краткосрочного присмотра за детьми, комфортных мест отдыха для пожилых, маломобильных посетителей. Во-вторых, к увеличению потока клиентов приводит появление многочисленных новых программ, что обязывает специалистов социальных служб постоянно быть в курсе нововведений, осваивать новые знания, уметь работать с ними.

Поток клиентов изменяется и качественно. Большое разнообразие форм поддержки приводит и к разнообразию клиентов, и к разнообразию запросов, и к тому, что за помощью обращаются те, кто никогда не считал себя потенциальным клиентом социальной службы, то есть не имеет опыта обращения в службу, работы с документами. Разнообразие клиентов обязывает персонал организации иметь широкий набор объяснений, четких инструкций, понятных любым людям и доступных к исполнению.

Инвалиды в Российской Федерации обладают всей полнотой социально-экономических и личных прав и свобод, закрепленных Конституцией страны и другими законодательными актами. Однако инвалидизация человека, изменение социального статуса лица с ограниченными возможностями, связанное с прекращением или ограничением трудовой и общественной деятельности; трансформацией образа жизни, изменением круга общения; затруднения в социально-бытовой и психологической адаптации к новой жизненной ситуации, порождают серьезные социальные проблемы.

С наступлением инвалидности возникают реальные трудности как субъективного, так и объективного характера, связанные с адаптацией к новым жизненным условиям. Инвалиду во многом затруднен доступ к образованию, трудоустройству, культурным и спортивным мероприятиям, общественный транспорт практически не приспособлен для инвалидов – все это еще в большей степени способствует возникновению у человека с ОВЗ ощущения оторванности от мира. Помочь человеку с ОВЗ преодолеть свое тяжелое положение, приспособиться к новой среде жизнедеятельности и призвана государственная система социального обеспечения, то есть вид помощи со стороны государства для определенного круга лиц, при наступлении определенных юридических фактов, в установленных законом ситуациях, в предусмотренных законом размерах и формах. Система социального обеспечения и социального обслуживания Российской Федерации работает в рамках установленных законом государственных гарантий. Рассматривая различные формы социальной поддержки государства, мы приходим к выводу, что социальное обслуживание является приоритетной технологией социальной работы с инвалидами.

Основные формы социального обеспечения и социальной защиты населения направлены на решение типовых социальных проблем, свойственных конкретным целевым группам благополучателей. Выделяя конкретную целевую группу, мы можем рассмотреть свойственные ей проблемы и особенности более детально. Кроме того, это означает, что мы имеем возможность обобщить опыт и технологизировать решение типовых проблем социально-правового обслуживания.

Практическая роль специалиста права и социального обеспечения в решении социальных проблем целевой группы предполагает владение правовыми знаниями, четкое исполнение функциональных обязанностей, умение ориентироваться в конкретной ситуации, то есть сотрудник социально-правовой организации должен иметь соответствующий уровень профессиональной компетентности и культуры.

При проведении исследования мы задействовали материалы по обслуживанию клиентов с ОВЗ для библиотекарей, для медицинских сестер, для социальных работников, для сотрудников детского дошкольного учреждения, для специалистов в области сервиса и туризма, банковского дела. Особенно интересным нам показалось, что все эти материалы в основе своих текстов имеют рекомендации, опубликованные еще в 2004 г. учеными, которые исследовали социальную работу с инвалидами [2]. То есть, социальная работа, деятельность социально-правовых организаций задают общий тон, планку, образец для разнотипных организаций и социума в целом в отношении своих целевых групп. Это подчеркивает значимость социальной работы и налагает дополнительную ответственность на сотрудников социально-правовой организации.

Аналитический обзор электронных и бумажных методических пособий и памяток, рекомендующих определенные стандарты, в том числе поведенческие нормы при обслуживании клиентов с ОВЗ, показал, что учет особенностей клиента, его восприятия, способа работы с информацией и передвижения позиционируется как важный фактор вне зависимости от того, за какой услугой, в какое учреждение пришел человек. Это приводит нас к двум основным выводам по поводу развития практик обслуживания клиентов с ОВЗ. Во-первых, именно клиент своими особенностями и потребностями предопределяет формат взаимодействия, в этом смысле, он имеет приоритет. Поэтому в любой сфере оказания услуг специалист должен быть готов действовать в соответствующем формате. Во-вторых, умение взаимодействовать с клиентами, имеющими ОВЗ, является неотъемлемой частью коммуникативной культуры и компетентности сотрудника социально-правовой организации. Исследование текстов также показало, что социальная работа, деятельность социально-правовых организаций задают общий тон, планку, образец для различных организаций социума в целом в отношении своих целевых групп. Это подчеркивает значимость и налагает дополнительную ответственность на сотрудников социально-правовой организации.

Список литературы

1. СклЯрова Т.В., Чернецкая А.А. Социально-этические проблемы взаимодействия специалиста и клиента в контексте современного здравоохранения // Инновационная деятельность. 2017. № 3 (42). С. 66-72.
2. Наберушкина Э.К, Ярская-Смирнова Е.Р. «Социальная работа с инвалидами» Учебное пособие Издание 2-е переработанное и дополненное, Санкт-Петербург: Изд-во «Питер», 2004г. 316 с.

РЕПРОДУКТИВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РОССИЙСКОЙ СЕМЬИ: ФАКТОР ЗДОРОВЬЯ REPRODUCTION CAPABILITIES OF RUSSIAN FAMILIES: FACTOR OF HEALTH

Н.Ю. Егорова, Е.С. Рябинская
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
N.U. Egorova, E.S. Ryabinskaya
Lobachevsky University

Анализируются основные показатели здоровья населения России, в том числе репродуктивного, материалы социологических исследований, что позволяет сделать вывод о значимости фактора здоровья в процессе снижения рождаемости.

The article analyzes the main health indexes of Russian population, including the reproductive one, as well as data from sociological research which allow the authors to make the conclusion about the significant role of a health factor behind the decline in birth rate.

Ключевые слова: показатели рождаемости, факторы рождаемости, здоровье как фактор, репродуктивное здоровье

Keywords: birth rates, birth indexes, health factors, reproductive health

Низкая рождаемость рассматривается сегодня как одна из основных угроз нормального функционирования, в том числе российского общества [1]. Фиксируемый в начале 21 столетия в России рост коэффициентов рождаемости пока не дает надежды на преодоление неблагоприятной демографической ситуации. По данным Федеральной службы государственной статистики, в 2017 г. уровень рождаемости составил лишь 1,6 ребенка в среднем на одну женщину, что недостаточно даже для простого воспроизводства населения.

Тренд снижения рождаемости, с которым столкнулись все индустриально развитые страны, носит долговременный характер, в нашей стране начался задолго до социально-политических и социально-экономических перемен 90-х годов. Уменьшение количества детей в семье – процесс многофакторный, результат серьезных преобразований различных общественных подсистем, а

репродуктивное поведение, согласно теории рационального выбора, определяется как внешними, структурными условиями, так и личными ресурсами индивидов [2, с. 67-68]. Соответственно, возможное изменение ситуации – грамотно выстроенная демографическая семейная политика, учитывающая и корректирующая, по возможности, это влияние на макро- и микроуровне.

Ключевую роль в определении качества народонаселения играет категория здоровья. Являясь залогом успешного функционирования и развития любой страны, данный фактор также требует внимания при анализе демографической ситуации.

«Здоровье населения – комплексный социально-гигиенический и экономический показатель, который интегрирует биологические, демографические и социальные процессы, свойственные человеческому обществу, отражает уровень его экономического и культурного развития, состояние медицинской помощи, находясь в то же время под воздействием традиций, исторических, этнографических и природно-климатических условий» [8, с. 9].

Снижение показателей здоровья населения становится одной из наиболее острых социальных проблем современного российского общества. В первую очередь об этом свидетельствует рост заболеваемости. Так, по данным Федеральной службы государственной статистики, в 2001 г. было зарегистрировано 192405 тыс. случаев различных заболеваний, в 2016 г. цифра увеличилась до 237068 тыс. [3]. То есть, за 15 лет общая заболеваемость населения выросла на 19%.

Показателем общего здоровья населения является репродуктивное здоровье. Всемирная организация здравоохранения определяет репродуктивное здоровье как «способность к зачатию и рождению детей, возможность сексуальных отношений без угрозы заболеваний, передающихся половым путем, гарантию безопасности беременности и родов, выживание ребенка, благополучие матери и возможность планирования последующих беременностей, в том числе предупреждение нежелательной беременности» [8, с. 154]. Наряду с общим здоровьем населения репродуктивное здоровье также ухудшается. Увеличилась заболеваемость мочеполовой системы – на 30% (с 11906 тыс. случаев в 2001 г. до 17020 тыс. случаев в 2016 г.). Возросло число лиц, имеющих злокачественные образования, прежде всего женских органов: молочной железы – на 34% (с 45,3 тыс. женщин в 2001 г. до 68,5 тыс. в 2016 г.), шейки и тела матки, плаценты – на 35% (с 27,7 тыс. женщин в 2001 г. до 42,4 тыс. в 2016 г.). Также вырос уровень злокачественных новообразований

предстательной железы – на 67% (с 12,8 тыс. мужчин в 2001 г. до 38,4 тыс. мужчин в 2016 г.) [3].

Отрицательная динамика наблюдается при анализе показателей бесплодия. В настоящее время в мире насчитывается от 60 до 80 миллионов бесплодных пар. В 40% случаев причина – женское бесплодие, еще в 40% – мужское, в оставшихся 20% случаев – бесплодие обоих партнеров [4]. В России число женщин, имеющих проблемы с репродуктивной функцией, за последние пятнадцать лет увеличилось почти в 2 раза (с 49,8 тыс. женщин в 2001 г. до 92,8 тыс. женщин в 2016 г.) [3]. Рост данного показателя, в том числе, связан с активным обращением женщин за специализированной медицинской помощью, повышением качества диагностики, использованием современного медицинского оборудования, более широким применением вспомогательных репродуктивных технологий. Несмотря на то, что женщины и мужчины могут быть бесплодны в равной степени, официальные данные распространенности женского и мужского бесплодия различаются. Часто это объясняется тем, что в большинстве случаев лечение мужчинам не предлагается [4].

Существует и другое мнение, согласно которому проблема бесплодия не является актуальной для России, а выводы о многочисленном распространении бесплодия основываются на ненадежных статистических данных. Реальная распространенность бесплодия в стране значительно не превышает фоновый уровень биологического бесплодия, который, по общепризнанному научному мнению, составляет около 5% [5, с. 163]. Так, согласно данным крупного общероссийского исследования «Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе» (2004 г.), 19% женщин считают, что не могут иметь детей, при этом 78% женщин принадлежат к возрастной группе от 40 до 49 лет, а 92% уже имеют детей. Доля женщин, желающих завести ребенка, но испытывающих трудности с зачатием или вынашиванием, составляет 2%, а мужчин – менее 1,5%. Важно отметить, что среди женщин, которые хотят родить ребенка, но физически не могут этого сделать, обратились за медицинской помощью менее 20%. Таким образом, решение проблемы бесплодия не может существенным образом повлиять на уровень рождаемости в стране [5, с. 163].

Фактор здоровья занимает далеко не последнее место среди причин нежелания иметь детей. Так, в рамках нижегородского исследования 2013 г. «Воспитание, родительство и детство в современной российской семье» [6], каждый пятый опрошенный (22%) отметил, что иметь детей/больше детей «не позволяет мое здоровье» (возраст респондентов не превышал 40 лет) (см. табл.). В иерархии отрицательных мотивов рождения детей здоровье вошло в пятерку лидеров (4-ая позиция), уступив беспокойству за будущее своих детей, финансовым трудностям и уже реализованным репродуктивным установкам.

Причины нежелания иметь детей/ больше детей, %

У меня вызывает беспокойство по поводу будущего моих детей	38
У меня уже есть столько детей, сколько я хочу	30
С финансовой точки зрения	25
Мне не позволяет мое здоровье	22
Я живу одна, и у меня нет постоянного партнера	18
Я не смогу сочетать рождение детей с моими профессиональными планами	15
Мой партнер против	13
Ребенок (последующий) стал бы для меня чрезмерно большой нагрузкой	12
Это привело бы к ограничению моей личной свободы	10
Наши взаимоотношения с партнером складываются не так, как бы мне этого хотелось	10
Я /мой партнер слишком стар	10
Мне пришлось бы отказаться от привычного для меня способа проведения свободного времени	9
Я бы не смог больше наслаждаться моей жизнью, как раньше	5

Влияние фактора здоровья также было выявлено в ходе исследования Д.А. Халтуриной и А.В. Коротаева. Разница между продолжительностью жизни мужчин и женщин в странах с показателем рождаемости менее двух детей на одну женщину в более значимой степени определяет количество детей в семье, чем доля работающих женщин, доля женщин с высшим образованием, уровень безработицы, урбанизация, ВВП на душу населения [7]. Таким образом, при решении проблем, связанных с репродуктивным потенциалом населения, игнорировать данный фактор сложно.

Список литературы

1. Антонов А.И. Институциональный кризис семьи и семейно-демографических структур в контексте социальных изменений и социального неравенства // Семья и социально-демографические исследования (электронный журнал), 2014. Апрель. URL <https://riss.ru/demography/demography-science-journal/5273>.
2. Егорова Н.Ю. Современная немецкая социология (обзор). Исследования проблем семьи / Н.Ю. Егорова, А.А. Иудин, Д.А. Шпилев Н. Новгород: НИСОЦ, 2011. 84 с.
3. Здравоохранение в России. 2005: Стат. сб. / Росстат. М., 2006. 390 с. URL http://www.gks.ru/bgd/regl/B05_34/Main.htm; Здравоохранение в России. 2017: Стат. сб. / Росстат. М., 2017. 170 с. URL http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/zdrav17.pdf.
4. Землянова Е.В. Потери потенциальных рождений в России из-за проблем, связанных со здоровьем // Электронный научный журнал

«Социальные аспекты здоровья населения». 2016. №2. URL <<http://vestnik.mednet.ru/content/view/742/27/lang,ru/>>.

5. Захаров С.В. Особенности планирования семьи и рождаемость в России: контрацептивная революция – свершившийся факт? / С.В. Захаров, В.И. Сакевич // Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе / Под науч. ред. Т.М. Малевой, О.В. Синявской. М.: НИСП, 2007. С. 127-170.

6. Исследование «Воспитание, родительство и детство в современной российской семье» выполнено в рамках мероприятия 1.2.1 Федеральной целевой программы «Научные и научно-исследовательские кадры инновационной России» на 2009-2013 гг. в 2013 г. Руководитель проекта – З.Х. Саралиева.

7. Халтурина Д.А. Алкоголь и наркотики как фактор демографического кризиса / Д.А. Халтурина, А.В. Коротаев // СОЦИС. 2006. №7. С. 104-112.

8. Шабунова А.А. Здоровье населения в России: состояние и динамика: монография. Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. 408 с.

**ПОДДЕРЖКА СЕМЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОВЗ:
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ И ЧАСТНЫЙ АСПЕКТ
SUPPORT FOR FAMILIES OF CHILDREN WITH DISABILITIES:
STATE AND PRIVATE ASPECTS**

А.В. Ермилова, Е.В. Барсукова
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н. И. Лобачевского*
E.V. Barsukova, A.V. Ermilova
Lobachevsky University

Рассматриваются особенности оказания социальной поддержки и помощи семьям, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, со стороны государственного и третьего секторов. Выявляются проблемы государственной системы социальной защиты семей, имеющих детей с ОВЗ.

The features of providing social support and assistance to families raising children with disabilities from the state and the third sectors are examined. The problems of the state system of social protection of families with children with HIA are revealed.

Ключевые слова: дети с ограниченными возможностями здоровья, государственная социальная поддержка, государственная социальная помощь, коммерческие и некоммерческие услуги

Keywords: disabled children, state social support, state social assistance, commercial and non-commercial services

Семья, которая имеет и воспитывает ребенка с ограниченными возможностями здоровья (далее ОВЗ), является особенной ячейкой общества. Такая семья нуждается в необходимой поддержке и помощи со стороны третьих лиц. Как правило, различные виды помощи и поддержки осуществляют

204

как государственный, так и негосударственный (коммерческий и некоммерческий) секторы. Основным нормативно-правовым актом, регулирующим положение о социальной защите инвалидов в России, является ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [1].

Традиционно считается, что государственная помощь для семей с детьми с ОВЗ является первичной и именно с помощью нее осуществляется восстановление нарушенных функций у таких детей. Однако, в последнее время все чаще различный спектр услуг, в том числе и реабилитационные услуги, предлагают организации, относящиеся к третьему сектору, которые более гибки в своей деятельности и выстраивают ее, в первую очередь, исходя из ресурсов и потребностей клиента.

Авторский интерес был направлен на выявление специфики обращаемости семей с детьми-инвалидами за поддержкой и помощью в зависимости от типа учреждений, предоставляющих помощь. С помощью контент-анализа интернет-блогов родителей, имеющих детей с ОВЗ (n=50 чел.), была проанализирована эффективность государственной и некоммерческой систем реабилитации детей с ОВЗ. Обработка полученной информации производилась с помощью текстового анализатора Лекта.

Государственная социальная политика предусматривает различные гарантии для поддержки детей и помощи в преодолении трудностей, с которыми они ежедневно встречаются. Данные гарантии реализуются посредством системы социального обеспечения и социального обслуживания семей с детьми, имеющими статус «инвалид». Несмотря на это, а также на усовершенствование оказания реабилитационных услуг в государственной сфере, оказываемая помощь детям с ОВЗ не всегда оказывается эффективной вследствие ограниченности ресурсов: недостаточного финансирования соответствующих программ и мероприятий, нехватки специалистов в данной сфере. Государственная система реабилитации детей с ОВЗ нуждается в реформировании: *«Я четко понимала, что пройдут десятилетия, прежде чем в России будет выстроена истинная социальная система для лиц с глубокой инвалидностью»* (Светлана, Санкт-Петербург). *«В нашем городе есть центры, куда могут обращаться дети с такими диагнозами, но они не полностью укомплектованы, и лечение там не всегда обеспечивает сильное улучшение здоровья детей»* (Таисия, Мурманск).

Инвалидизация детского населения в России представлена в больших масштабах: по состоянию на 1 января 2018 г. в Российской Федерации лиц с ОВЗ до 18 лет 655 тыс. чел. [2], поэтому остро стоит вопрос, касающийся соответствующей инфраструктуры комплексной реабилитации детей с ОВЗ. На сегодняшний день таких учреждений на территории нашей страны

недостаточно, а нуждаемость в них высока. *«Главнейшая проблема – это то, что в нашем городе нет базового Центра комплексной реабилитации для детей и подростков с ограниченными возможностями для совершенствования медицинской, социальной реабилитации детей-инвалидов и координации всех направлений реабилитации. Почему родители вынуждены выезжать за пределы республики, чтобы проходить реабилитацию? А это возможно только с теми детьми, у которых более легкие формы болезни, и они способны выдержать нагрузку перелетов. А сколько денег на это уходит!»* (Надежда, Екатеринбург). *«Общество предлагает для таких детей изыскать деньги на применение роботизированных аппаратов для обучения навыкам ходьбы и разработки движений в конечностях. Стоят они не один десяток тысяч рублей. Но приобретение их в нашем городе позволило бы родителям не искать другие реабилитационные центры за пределами республики и страны»* (Ульяна, Ижевск).

Государственная социальная поддержка детям с ОВЗ чаще всего подразумевает оказание материальной, психологической, педагогической, правовой (юридической) и др. видов помощи, но не всегда такая помощь является достаточной. *«На языке государства я называюсь «лицо, осуществляющее уход». Очень меня веселит эта формулировка. Я получаю пособие, пенсию по инвалидности для Гоши, на Мишу ничего не получаю, потому что никак не могу оформить инвалидность. У нас с мужем бесплатный проезд. Еще у нас есть какая-то социальная служба в районе, иногда они звонят и предлагают шоколадные конфеты»* (Александра, Воронеж).

Некоторые родители отказываются от государственной социальной поддержки, т.к. материальная помощь имеет незначительные размеры, которой просто не хватает на лекарства и лечение ребенка, требующих больших финансовых затрат. *«Управление по труду, занятости и социальной защите с сентября 2017 г. подгузники стало оплачивать, т.к. у Машеньки 4-я степень утраты здоровья. Получаем пенсию по инвалидности, а материальную помощь – 100 рублей – раз в год. В основном приобретаем лекарства сами, в России много покупаем и за границей»* (Елена, Москва).

Выше указанные негативные аспекты государственной помощи семьям с детьми-инвалидами вынуждают родителей обращаться за помощью к зарубежным специалистам и в некоммерческие фонды и организации в РФ.

С каждым годом растет количество некоммерческих и коммерческих организаций, направленных на оказание реабилитационной помощи детям с ОВЗ. Их целью является организация и решение проблем, связанных с социальной поддержкой и защитой, воспитанием, адаптацией, реабилитацией

детей с ограниченными возможностями здоровья, а также улучшением морально-психологического состояния семей, воспитывающих таких детей. Предполагается, что НКО способны более гибко вести свою деятельность, ориентируясь на потребности самих семей. Многие НКО открываются силами самих родителей, чьи дети имеют какие-либо нарушения в развитии, объединяя родителей, которые столкнулись с подобной проблемой. *«Мы с супругом основали в Грузии благотворительный фонд «Мы другие». Пока только мы его полностью финансируем. Сделали страницу в Facebook. Там мы выкладываем ролики, чтобы все могли смотреть и следить, как меняются эти дети. У нас несколько проектов, один из них был по альтернативным коммуникациям, чтобы неговорящие дети, как наш сын, могли общаться. Мой сын не говорит, но он общается с помощью карточек. Это специальная система PECS (Коммуникационная система обмена изображениями). У него специальная книжка, где он клеит и показывает, что он хочет»* (Мария, Калининград).

Сравнивая государственную и некоммерческую помощь, можно отметить, что существенным преимуществом таких некоммерческих организаций является финансирование. Оно может состоять из членских и индивидуальных взносов и пожертвований, грантовой поддержки и т.п. *«Маше помогает благотворительный фонд «Прикосновение к жизни». Все документы размещены в социальных сетях. 2-3 раза в месяц делается отчет о поступлениях. Детский мозг растет, поэтому очень важно не упустить время и начать лечение как можно раньше»* (Ксения, Калуга). *«Сейчас модно реабилитировать ребенка «на выезде». И за граница вполне доступна большинству семей, даже не крепкого достатка, через благотворительные фонды и т.д.»* (Анастасия, Самара).

Кроме этого, само государство проявляет заинтересованность в создании некоммерческих организаций, которые ориентированы на оказание реабилитационной помощи детям с ОВЗ и их семьям. *«Совсем недавно с родителями разработала проект создания центра комплексной реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями в Якутске и представила его на круглом столе с представителями реабилитационных центров города, медиками, родителями. Проект очень важный, называет самые главные проблемы, с которыми сталкиваются родители. В его планах разработать стратегию комплексной нейрореабилитационной помощи детям Якутска и республики»* (Надежда, Якутск).

Сегодня положение государственной социальной поддержки детей-инвалидов в нашей стране находится на недостаточно высоком уровне. Чтобы изменить существующее положение, необходимо обратить особое внимание на потребности семей с детьми-инвалидами в зависимости от региона проживания,

увеличить финансирование государственной системы помощи таким семьям и количество узких специалистов, занимающихся реабилитацией таких детей. Несмотря на то, что большинство семей с ребенком с ОВЗ пользуются государственной социальной поддержкой, значительная доля данной категории населения оценивает ее не высоко, в результате чего родители детей с ОВЗ все чаще обращаются за помощью к представителям третьего сектора, поскольку такие организации выстраивают свою деятельность исходя из ресурсности и потребностей семей.

Список литературы

1. «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»: Федер. закон Рос. Федерации от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ (ред. от 30.10.2017 года) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 21.07.2018).

2. Единая межведомственная информационно-статистическая система [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.fedstat.ru> (дата обращения 21.06.2018 г.).

ИНВАЛИД И ЕГО СЕМЬЯ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ: ПРОБЛЕМНЫЙ АСПЕКТ INVALID AND HIS FAMILY IN MODERN SOCIETY: THE PROBLEMATIC ASPECT

Е.Б. Задорожникова
Ивановский государственный университет, г. Иваново
E.B. Zadorozhnikova
Ivanovo State University, Ivanovo

Рассматриваются проблемные аспекты жизнедеятельности семьи, имеющей в своей структуре инвалида.

The article is devoted to the problematic aspects of the life of a family with a disabled person in its structure.

Ключевые слова: инвалид, семья с инвалидом, проблемы жизнедеятельности
Keywords: invalid, a family with a disabled person, the problems of life

Семья, имеющая в своей структуре инвалида, – это семья с особым статусом, специфика и проблемы которой определяются не только личностными особенностями всех ее членов и характером взаимоотношений между ними, но и закрытостью семьи для внешнего мира, дефицитом общения, часто отсутствием работы, специфическим положением в семье инвалида, обусловленным его состоянием здоровья.

Последние десятилетия характеризуются масштабными изменениями в политическом, экономическом, социальном и культурном укладе жизни России. Социально-экономическая нестабильность сформировала общественную потребность в социально-психологической помощи семье как важнейшей социальной форме организации жизнедеятельности индивида. В особо трудных обстоятельствах оказались семьи, имеющие в своей структуре инвалидов, в которых уровень семейного неблагополучия, обусловленный объективными причинами макросоциального характера, значительно выше, чем в других типах семей. Все инвалиды, проживающие в семье, по разным основаниям могут быть подразделены на несколько групп:

- 1) по возрасту — дети-инвалиды, инвалиды-взрослые;
- 2) по происхождению инвалидности – инвалиды с детства, инвалиды войны, инвалиды труда, инвалиды общего заболевания;
- 3) по степени трудоспособности: инвалиды трудоспособные и нетрудоспособные, инвалиды I^{ой} группы (нетрудоспособные), инвалиды II^{ой} группы (временно нетрудоспособные или трудоспособные в ограниченных сферах), инвалиды III^{ей} группы (трудоспособные в щадящих условиях труда).
- 4) по характеру заболевания – инвалиды мобильные, маломобильные или неподвижные.

В этой связи семьи, имеющие в своей структуре инвалида, можно условно разделить на следующие виды:

- семья, воспитывающая ребенка-инвалида;
- семья, в которой один или оба взрослых (супруга, родителя) являются инвалидами;
- семья, в структуре которой инвалидами являются ближайшие родственники (бабушка, дедушка, дядя, тетя, племянники);
- семья инвалидов войны и военной службы.

Социальная специфика таких семей заключается в правовых, экономических, коммуникативных, психологических и прочих барьерах, которые не позволяют как самим людям с различными отклонениями здоровья, так и членам их семей активно включаться в жизнь общества и полноценно участвовать в ней.

В литературе можно встретить следующую типологию барьеров, которые воздвигает перед человеком и членами его семьи инвалидность: физическое ограничение, трудовая сегрегация, малообеспеченность, пространственно-средовой, эмоциональный, информационный и коммуникативный.

Социальные ограничения, порожденные дефектами здоровья, носят комплексный характер и поэтому особенно трудно поддаются компенсации. В первую очередь можно говорить о *физическом ограничении*, или изоляции

инвалида, – что обусловлено либо физическими, либо сенсорными, либо интеллектуально-психическими недостатками, которые мешают ему самостоятельно передвигаться и/или ориентироваться в пространстве. С другой стороны, факторы внешней среды могут усугубить или, наоборот, компенсировать влияние имеющихся недостатков. Это ограничение влечет за собой многие последствия, осложняющие положение инвалида и членов его семьи, и требует принятия специальных мер, устраняющих пространственную, транспортную, бытовую изоляцию инвалида, эмоциональную депривацию и обеспечивающих возможность трудовой адаптации.

Второй барьер – это трудовая сегрегация, или изоляция инвалида: из-за своей патологии индивид с ограниченными возможностями имеет малый доступ к рабочим местам или не имеет его вовсе. В условиях рыночной экономики адаптация рабочих мест для инвалидов и их семей рассматривается работодателями как невыгодная и нежелательная.

Третьим барьером в жизни семьи, имеющей в своей структуре инвалида(ов), выступает *малообеспеченность*, которая является следствием социально-трудовых ограничений: эти люди вынуждены существовать либо на невысокую заработную плату, либо на пособие. Бедность не позволяет им использовать новейшие технические возможности для дистанционного образования и создает другие сложности.

Важным и труднопреодолимым барьером для семьи, имеющей в своей структуре инвалида, является *пространственно-средовой*. Даже в тех случаях, когда лицо с физическими ограничениями имеет средство передвижения, сама организация жилой среды, транспорта не является пока дружественной к инвалиду и членам его семьи, так как недостает оборудования и приспособлений для бытовых процессов, самообслуживания, свободного передвижения.

Для всех типов семей, имеющих в своей структуре инвалидов, важным препятствием является информационный барьер. С одной стороны, инвалиды и члены их семей испытывают сложности в получении информации как общего плана, так и имеющей непосредственное значение для них. С другой стороны, существует информационный барьер, который отгораживает общество от самого инвалида и членов его семьи: им гораздо труднее презентовать свои взгляды и позиции, донести до общества свои нужды и интересы, поэтому могут возникать искаженные представления о потребностях инвалидов и их семей, особенностях их личности. На основе таких искаженных представлений возникают предрассудки и фобии, что затрудняет коммуникации между семьей инвалида и социумом.

Эмоциональный барьер может складываться из непродуктивных эмоциональных реакций окружающих на инвалида – любопытства, насмешки, неловкости, чувства вины, гиперопеки, страха и фрустрирующих эмоций инвалида и членов его семьи: жалость к себе, недоброжелательство по отношению к окружающим, ожидание гиперопеки, стремление обвинить кого-то в своем дефекте, стремление к изоляции.

Потребности семей инвалидов условно подразделяются на две группы: общие, то есть аналогичные нуждам семей остальных граждан, и особые, то есть, вызванные той или иной болезнью инвалида как члена семьи.

Наиболее типичными из «особых» потребностей инвалидов, проживающих в семье, являются следующие: в восстановлении (компенсации) нарушенных способностей к различным видам деятельности; в передвижении; в общении; в свободном доступе к объектам социально-бытовой, культурной и других сфер; в возможности получать знания; в трудоустройстве; в комфортных бытовых условиях; в социально-психологической адаптации; в материальной поддержке.

Среди трудностей, которые испытывают семьи, имеющие в своей структуре инвалида, выделяют следующие: социально-медицинские, экономические, психологические.

К социально-медицинским трудностям семей, имеющих в своей структуре инвалида, относятся: невозможность получения своевременной и полной информации о заболевании такого члена семьи, особенностях течения болезни, прогнозе, ожидаемых социальных трудностях; ограничение доступа к любым видам постоянного лечения и получения лекарственных препаратов, которые могут им потребоваться для поддержания или повышения уровня их жизнедеятельности; осложнения в овладении практическими навыками выполнения медицинских рекомендаций, поиск возможностей дополнительного консультирования, его госпитализация, получение путевки в санаторий.

Семьи инвалидов вынуждены преодолевать экономические трудности, вызванные ограничением или отсутствием трудоспособности и адаптационной способности.

Психологические трудности семей, имеющих в своей структуре инвалида, существенно отличаются в семьях с ребенком-инвалидом, со взрослым инвалидом или с престарелым инвалидом. Эмоциональное состояние членов семей инвалидов характеризуется тревожностью, неуверенностью в завтрашнем дне, пессимизмом.

Семьи, имеющие в своей структуре инвалида, – это семьи с особым статусом, спецификой общих и особенных проблем. В связи с этим для

решения проблем таких семей необходимо консолидировать помощь разных специалистов и организаций: психолога, органов образования, органов здравоохранения, исполнительной власти.

**АДАПТАЦИЯ СЕМЬИ К ПОЯВЛЕНИЮ ИНВАЛИДА:
РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ**
**ADAPTATION OF THE FAMILY TO THE PATIENT WITH A DISABILITY:
THE ROLE OF HOSPITAL STAFF AT THE STAGE OF REHABILITATION**

Н.В. Заречнова

*Приволжский окружной медицинский центр Федерального
медико-биологического агентства России, г. Нижний Новгород*

N.V. Zarechnova

Volga District Medical Center FMBA Russia, Nizhny Novgorod

Появление в семье человека с ограниченными возможностями приводит к изменению среды жизнедеятельности всех ее членов. В то же время в реабилитационных центрах (отделениях) создается динамическая равновесная среда между пациентом в его новом, измененном статусе и персоналом больницы. Временное погружение родственников пациента в такую среду способствует их эффективной адаптации к изменившимся условиям жизнедеятельности.

The appearance in a family of a person with disabilities leads to a change in the living environment of all its members. At the same time, in rehabilitation centers (departments) a dynamic equilibrium is created between the patient with a disability and the hospital staff. Temporary immersion of the patient's relatives in such an environment helps their effective adaptation to the changing conditions of everyday life.

Ключевые слова: пациент, инвалидность, адаптация, реабилитация, медицинский персонал

Keywords: patient, disability, adaptation, rehabilitation, hospital staff

Термин «инвалидность» объединяет различные проблемы, возникающие в функциях или структурах организма, разнообразные ограничения активности (трудности, испытываемые человеком в выполнении каких-либо заданий или действий), а также ограничения участия человека в жизни семьи и общества. Более 1 миллиарда людей, около 15% населения мира, имеют какую-либо форму инвалидности. От 110 до 190 миллионов взрослых людей имеют значительные трудности в функционировании [1].

Сегодня врачи отделений медицинской реабилитации в повседневной деятельности формулируют диагноз пациента традиционно по МКБ -10, а также по МКФ (Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья) [2]. МКФ ушла от классификации последствий болезни, чтобы стать классификацией здоровья и факторов,

связанных со здоровьем. МКФ охватывает следующие компоненты: функции организма, структуры организма, активность (выполнение задач или действий) и участие (вовлечение в жизненную ситуацию) индивидуума, факторы окружающей среды и личностные факторы. Работа с данной классификацией создает необходимость тесного общения персонала отделений медицинской реабилитации с родственниками пациента для определения приоритетных направлений в реабилитации конкретного пациента в зависимости от условий окружающей среды, в которую он будет погружен по возвращении из стационара. Особенно необходимым становится определение степени понимания нового социального статуса и новой степени бытовой активности не только со стороны пациента, но и его близких.

Цель исследования: определить структуру факторов, приводящих к инвалидизации пациентов после острых церебральных катастроф; определить степень и динамику адаптации родных пациента к произошедшему, степень их готовности к участию в процессе восстановления физического и социального статуса пациента.

Материалы и методы: произведен анализ историй болезни 179 пациентов, пролеченных в отделении медицинской реабилитации в период 2015-2017гг со степенью мобильности 4-5 баллов по шкале mRs (Ренкина) для изучения факторов, приведших к инвалидизации пациента. Проведено скрининг-анкетирование 20 родных и близких пациентов для определения степени их адаптации к изменившимся условиям жизнедеятельности.

Результаты: при изучении структуры заболеваний, приведших к инвалидизации среди пациентов рассмотренной нами группы, доминирующая роль принадлежит острым сосудистым катастрофам, которыми явились ишемический и геморрагический инсульты (рис.1).



Рис. 1. Заболевания, приведшие к инвалидизации

Выделяются 3 группы факторов, приводящих к инвалидизации после повреждения ЦНС:

1. Нейромоторные факторы (гемипарез, тетрапарез, тяжелые нарушения координации).

2. Нарушения высших психических когнитивных функций (воспроизведение и понимание речи, возможность продуктивного общения, внимание, возможность общения).

3. Психические расстройства.

Первая группа факторов предполагает нарушение возможности у пациента передвигаться, принимать пищу (глотать), самостоятельно выполнять гигиенические процедуры, что приводит к их нуждаемости в постоянном или частичном уходе.

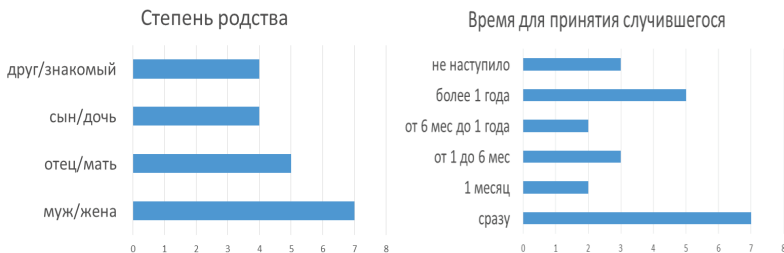
Вторая группа факторов приводит к невозможности или выраженных затруднениях при воспроизведении речи, а также ее понимании. Такие пациенты не могут воспринимать знания, не могут ориентироваться в пространстве и времени либо очень ограничены в этом. В ряде случаев они не могут читать, писать, считать.

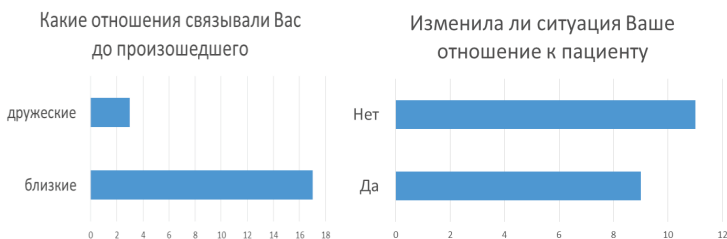
Психические расстройства проявляются в виде развития депрессии, а иногда и психоорганического синдрома, требующих специализированного лечения или наблюдения.

В рассмотренной группе пациентов 116 (65%) имели гемипарез, 45 (25%) тетрапарез, у 63 (35%) были отмечены те или иные нарушения высших психических когнитивных функций.

Каждый фактор, приведший к инвалидизации, в отдельности или в их различных комбинациях приводят к разрушению жизнедеятельности семьи, в которой появляется такой человек.

При проведении скрининг-анкетирования людей, находящихся в стационаре рядом с пациентом, были получены следующие результаты:





Опрос родных и близких на этапе поступления пациента в клинику реабилитации показал, что 25% опрошенных не могли назвать конкретные действия, при помощи которых они смогут оказать помощь, а 40% на вопрос, «как и чем Вы будете помогать пациенту в дальнейшем», ответили «во всем», т.е. большинство родных инвалидизированного человека, даже при наличии желания помочь, не понимают, как и что делать.

При проведении реабилитации в условиях стационара маломобильного пациента средний медперсонал выполняет постоянно ряд процедур, обеспечивающих не только процесс восстановления утраченных функций, но и обеспечивающих профилактику развития осложнений, приводящих к фатальным последствиям (гнойно-септические и тромбоземболические осложнения). К таким мероприятиям относятся: правильное позиционирование пациента, его трансфер, гигиенические процедуры, в т.ч. уход за трахеостомой, обработка пролежней, одевание и т.д. Врач или инструктор ЛФК формирует индивидуальный комплекс физических упражнений и проводит обучение родственников правильному выполнению. Логопед проводит занятия в присутствии родных для обучения их выполнению подобного комплекса в домашних условиях. Клинический психолог работает с мотивацией пациента и родных, проводя как индивидуальные, так и семейные занятия.

В условиях нашего отделения родные обязаны присутствовать при реабилитации пациента в удобное для них время и обязательно беседовать со всеми специалистами мультидисциплинарной бригады. Результаты нашего анкетирования показали, что 90% родственников в момент выписки пациента из стационара знают, что они должны делать в домашних условиях и готовы обеспечить полноценное нахождение пациента-инвалида дома.

Выводы:

Доступ родственников к данной категории пациентов, начиная с отделения реанимации, должен быть открыт.

Необходимо формирование слаженно работающих мультидисциплинарных бригад (команд), умеющих работать не только с пациентом, но и с членами его семьи.

Необходима разработка методологии адаптации семьи к появлению инвалида на амбулаторном этапе, основанной на преемственности стационар – амбулатория.

Список литературы

1. <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
2. Международная классификация функционирования, инвалидности и здоровья (МКФ). Краткая версия, 2002.

САМОСОХРАНИТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ СЕМЬИ КАК ОСНОВА ЗДОРОВЬЯСБЕРЕЖЕНИЯ ЕЕ ЧЛЕНОВ И ПРОФИЛАКТИКИ ИНВАЛИДИЗАЦИИ

FAMILY SELF-PROTECTING FUNCTION AS A BASIS OF HEALTH SAVING ITS MEMBERS AND PREVENTION OF DISABILITIES

Т.Н. Захаркина

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

T.N. Zakharkina

Lobachevsky University

Анализируется самосохранительная функция семьи через призму основных характеристик самосохранительного поведения, которое может быть рассмотрено с точки зрения профилактики инвалидизации. Раскрыты основные уровни и компоненты самосохранительного поведения.

The article analyzes the self-protecting function of the family through the main characteristics of self-protecting behavior, which can be considered from the point of preventing disability. The main levels and components of self-protecting behavior are disclosed.

Ключевые слова: самосохранительная функция, самосохранительное поведение, профилактика инвалидизации, здоровьесбережение

Keywords: self-protecting function, self-protecting behavior, prevention of disability, health protecting

Самосохранительная функция является одной из главных, так как позволяет обеспечивать функционирование семьи, сохранять ее целостность и включает здоровьесбережение как основу ее сохранения. Активизация самосохранительной функции семьи может рассматриваться как одна из мер по профилактике инвалидизации, реализуемая посредством самосохранительного поведения, которое включает систему действий и

отношений, направленных на сохранение здоровья в течение полного жизненного цикла, на продление срока жизни в пределах этого цикла [1]. Каждый жизненный цикл имеет свои нормы и стандарты физической и интеллектуальной активности, здоровья, которые являются ориентирами их полноценного прохождения. Центральными категориями в рамках понятия «самосохранительное поведение» становятся здоровье и продолжительность жизни, сроки которой определяются влиянием эндогенных и экзогенных факторов. Первые (внутренние) определяются социальным поведением человека, связанным с удовлетворением потребностей, и возникающим как реакция на окружающую социальную среду. Вторые (внешние) — эпидемиями, стихийными бедствиями, войнам и т.д.

К самосохранительному поведению относится поведение любого члена семьи в отношении собственного здоровья. Исключения составляют, например, поведение родителей, направленное на сохранение жизни и здоровья их детей, и, аналогично, поведение детей по отношению к жизни и здоровью их родителей, что является разновидностью семейного поведения: родительского и родственного. Самосохранительное поведение — многоуровневое понятие, опирающееся на потребности человека (рис. 1). Основой комплекса всех потребностей выступает потребность в определенных сроках жизни. Измерение установок на индивидуальные сроки жизни осуществляется через желанную продолжительность жизни и субъективную (ожидаемую) продолжительность жизни. А.И. Антонов отмечает, что семейное состояние сильнее сказывается на субъективной и меньше на желанной продолжительности жизни.

Самосохранительное поведение	
Уровни	Описание
Социальный уровень	Потребность в сохранении социального статуса, положения, резкое изменение по нисходящей которого ведет к прекращению физического существования
Психологический уровень	Потребность в сохранении определенности Я при контактах с другими
Физический уровень	Потребность в целостности организма, здоровье для прохождения всех этапов жизненного цикла

Рис. 1. Комплекс уровней самосохранительного поведения

В этом контексте дети становятся мощным стимулом жизни и намерений прожить долгую жизнь. Отмечается, что чем больше стаж в браке, тем выше

ожидаемый срок жизни и тем больше происходит снижение доли низкой самооценки здоровья [1, с. 329]. Аналогично со стажем брачных отношений самосохранительное поведение супругов обуславливает их репродуктивное поведение. Так, изучение связи между линиями самосохранительного поведения супругов наряду с линиями их репродуктивного поведения и ожидаемой продолжительности жизни в исследованиях А.И. Кузьмина показывает, что супруги, собирающиеся иметь ребенка, в качестве ожидаемой продолжительности своей жизни обозначают 66 лет, в то время, как супруги, собирающиеся иметь второго или третьего ребенка, в качестве ожидаемой продолжительности своей жизни обозначают 70 лет [2]. В свою очередь, среди супругов повышение уровня самосохранительного поведения свойственно женщинам, имеющим детей.

Опираясь на исследования, описанные А.И. Антоновым [1, с. 323], можно заключить, что выбор той или иной стратегии самосохранительного поведения зависит от интенсивности воли к жизни, которая в свою очередь обуславливается (не)удовлетворением потребностей всех выше описанных уровней, включая в том числе такие их аспекты, как внутрисемейное взаимодействие, социально-психологический климат семьи, физическое самоощущение в корреляции с психосоматическими состояниями и т.д. Сами же линии самосохранительного поведения консервируются посредством следующих компонентов:

1. Превентивное поведение, которое характеризуется минимизацией рисков для здоровья;
2. Рискованное поведение, которое характеризуется наличием осознанных рисков (например, вредных привычек);
3. Поведение, связанное с контролем над имеющимися хроническими заболеваниями;
4. Поведение при получении медицинской помощи.

В соответствии со всеми выше перечисленными компонентами в семье формируются определенные установки, которые влияют на выбор той или иной линии самосохранительного поведения.

Говоря о здоровье как ценности, следует уточнить, что она может трактоваться в семье в качестве фундаментальной, то есть самостоятельной ценности, которая диктует поведение, направленное на его поддержание, а может постулировать в качестве инструментальной ценности и восприниматься как ресурс, данный от природы, который при отсутствии материального благополучия, профессии, образования, помощи семьи и социальных связей становится средством достижения жизненных целей. В последнем случае можно говорить о низком формировании самосохранительного поведения у

членов семьи по причине эксплуатации здоровья. Таким образом, в зависимости от степени восприятия здоровья как ценности в семье и формирования в соответствии с этим определенной линии самосохранительного поведения ее членов, возможно определение уровня профилактики инвалидизации общества.

Список литературы

1. Антонов А.И. Микросоциология семьи. М: ИНФРА-М, 2005. С. 320.
2. Кузьмин А.И. Семья на Урале. Екатеринбург, 1993. С. 218.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА II ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ OPTIMIZATION OF PHYSICAL ACTIVITY OF ELDERLY WOMEN OF THE SECOND HEALTH GROUP

Ю.П. Зверев, А.В. Озерова

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

Y.P. Zverev, E.V. Ozerova

Lobachevsky University

Гипокинезия является одним из ведущих факторов риска хронических неинфекционных заболеваний, ведущих к инвалидизации и преждевременной смерти. Многочисленные исследования свидетельствуют, что большинство женщин пожилого возраста имеют пониженный уровень общей двигательной активности. Цель данного пилотного исследования – разработка и применение программы расширения объема двигательной активности пожилых людей для улучшения фитнес-здоровья.

Hypokinesia is one of the leading risk factors of chronic noninflammatory diseases which lead to invalidization and sudden death. Numerous investigations demonstrated that most of elderly women have a low level of physical activity, Therefore, the aim of the present study was to develop a program of optimization of physical activity level for improving physical fitness and health of this category of people.

Ключевые слова: пожилой возраст, двигательная активность, физический фитнес

Keywords: elderly people, physical activity, physical fitness

Актуальность данного исследования заключается в том, что вопросу оптимизации двигательной активности людей пожилого возраста долгие годы не уделялось достаточного внимания. Известно, что дисбаланс потребления и расхода энергии в большинстве случаев является причиной возникновения ожирения, которое носит характер пандемии и, в свою очередь, связано с увеличением риска возникновения сердечно – сосудистых заболеваний, сахарного диабета 2-го типа и некоторых видов рака [1]. Кроме того, малоподвижный образ жизни в сочетании с избыточным потреблением соли и

наличием ожирения способствуют развитию артериальной гипертензии, которая является основным фактором риска развития мозгового инсульта [2]. Поиск и применение методик, позволяющих расширить общий объем двигательной активности пожилых людей, является оправданным и актуальным.

Целью настоящего пилотного исследования являлось разработка и применение программы расширения общего объема двигательной активности пожилых людей для улучшения показателей фитнес-здоровья.

Исследование проходило на базе медицинского пункта поликлиники № 1 г. Арзамаса в течение 7 недель. Была сформирована группа участниц из 9 женщин пожилого возраста, относящихся ко II^{ой} группе здоровья. К данной группе относятся лица, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, являющиеся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности, но имеются факторы риска указанных хронических неинфекционных заболеваний и высокий или очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск [3].

В процессе исследования для пожилых людей была разработана программа, позволяющая увеличить общий объем физической активности до рекомендованного ВОЗ уровня 300 минут в неделю умеренной нагрузки [1], а также рекомендации по здоровому образу жизни. Для оптимизации физической активности в группе исследования применялись: оздоровительная гимнастика, утренняя гигиеническая гимнастика и дозированная ходьба.

Оздоровительная гимнастика проводилась 3 раза в неделю и включала разминку, общеразвивающие упражнения, аэробную нагрузку, а также упражнения на координацию и стретчинг. Занятия проводились групповым способом с инструктором и консультативным (самостоятельным) способом. Принцип постепенности увеличения нагрузки осуществлялся за счет включения упражнений из различных исходных положений и увеличения времени занятия на 3 минуты еженедельно. Интенсивность нагрузки на занятиях контролировалась по частоте пульса.

Дозированная ходьба применялась в дополнение к привычному ежедневному времени ходьбы. В первую неделю участникам рекомендовалось дополнительно проходить 5 минут, во вторую неделю – 10 минут, и так до достижения 30 минут в день общего времени ходьбы (в целом был достигнут уровень в 210 минут ходьбы в неделю).

Комплекс утренней гигиенической гимнастики включал физические упражнения для крупных групп мышц.

Для исследования эффективности программы расширения двигательной активности использовался тест 6-минутной ходьбы (6-м ходьба), тест на гибкость, которые применялись для оценки фитнес-здоровья, и опросник

самооценки уровня двигательной активности (International Questionnaire on Physical Activity – IPAQ).

Как видно из данных, приведенных в таблице 1, в ходе исследования в среднем по группе был достигнут достаточный уровень двигательной активности у пожилых людей – 25 баллов по «Опроснику на определение уровня физической активности». Увеличилась обычная продолжительность пеших прогулок. Произошло улучшение как субъективных, так и объективных показателей аэробных возможностей пожилых женщин. Пройденное за 6 минут расстояние статистически значимо увеличилось в среднем на 19%. При этом, субъективная оценка тестовой нагрузки статистически значимо снизилась на 18%, а среднее значение субъективной оценки одышки уменьшилось на 40%. Показатель гибкости, одной из характеристик фитнес-здоровья, увеличился на 15 %.

Таблица 1

Изменение среднегрупповых значений показателей фитнес-здоровья и объема двигательной активности в группе исследования

Показатели	Начало исследования		Конец исследования		$t_{рас}$ (критерий Стьюдента)	$t_{рас}$ (критерий Вилкоксона)	Процент изменения	Статистическая значимость (p)
	Хср	σ	Хср	σ				
Баллы по опроснику IPAQ	8,9	2,12	25	2,01	-	0	-	p<0.01
Гибкость (баллы)	2	0,8	2,3	0,5	-	0	15	p<0.01
6-м ходьба: аэробная выносливость, расстояние (м)	522,2	97,1	622,2	90,5	6,9	-	19	p<0.01
6-м ходьба: субъективная оценка нагрузки (баллы)	6,4	1,3	5,2	1,2	-	0	18	p<0.01
6-м ходьба: одышка (баллы)	2,2	0,83	1,3	0,7	-	1	40	p<0.01
6-м ходьба: боль в груди (баллы)	1	0,7	0,2	0,4	-	6	50	p<0.05
6-м ходьба: ЧСС после нагрузки (уд/мин)	135	8,3	131,6	8,6	5,4	-	2	p<0.01

Результаты исследования показали, что расширение уровня общей физической активности за счет включения дозированной ходьбы, утренней гигиенической гимнастики и оздоровительной гимнастики оказывает положительное влияние на фитнес-здоровье женщин пожилого возраста II^{ой} группы здоровья.

Список литературы

1. Потемкина Р.А. Повышение физической активности населения России: современные подходы к разработке популяционных программ. / Р.А. Потемкина // Профилактическая медицина. 2014. № 1. С. 6-11.
2. Министерство здравоохранения и социального развития российской федерации. Письмо от 5 мая 2012 года N 14-3/10/1-2818 [О направлении методических рекомендаций "Оказание медицинской помощи взрослому населению по оптимизации физической активности"].
3. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / В.А. Медик, В.К. Юрьев. 3е изд., перераб. и доп. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. 288 с.

СОЦИАЛЬНОЕ САМОЧУВСТВИЕ И ПОЛИТИЧЕСКАЯ РЕФЛЕКСИЯ: ПРОБЛЕМЫ ДЕПРЕССИИ SOCIAL WELL-BEING AND POLITICAL REFLECTION: QUESTION OF DEPRESSION

А.А. Иудин

*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*

И.В. Привалов

*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского,
Национальный исследовательский университет*

«Высшая школа экономики»

A.A. Iudin

Lobachevsky University

I.V. Privalov

Lobachevsky University,

National Research University Higher School of Economics

На основе вторичного анализа данных всероссийских опросов ВЦИОМ (с 2013 года) и собственного исследования «Политические установки нижегородских студентов», осуществлен анализ социального самочувствия жителей России. Выделены группы пессимистов и депрессивных, рассмотрены факторы, определяющие их самочувствие. Выявлено разнообразие установок и воззрений в этих группах.

The article presents the results of the secondary data analysis based on nationwide survey conducted by VCIOM «Electoral panel», and «Political attitudes of students in Nizhniy Novgorod».

The analysis includes multi-variate analysis of socio-political characteristics. Identified groups of pessimists and depressive. However, even inside these groups there are different types of people.

Ключевые слова: социальное самочувствие, оптимисты, пессимисты, лояльность
Keywords: social well-being, optimism, pessimism, political loyalty

Недостаток заботы об инвалидах со стороны общества способен порождать у них состояние социального дискомфорта и даже социальной депрессии. Однако такое состояние нередко испытывают и совершенно здоровые, нередко достаточно успешные в социальном отношении люди, по отношению к которым общество не предусматривает осуществления какой-то особой заботы. Тем не менее внимание к людям, испытывающим социальный дискомфорт, проявлять необходимо.

В отечественной социологии принято рассматривать несколько подходов к определению понятия социального самочувствия. В первую очередь, это самочувствие рассматривается через удовлетворенность различными сторонами жизни. Некоторые исследователи пошли дальше и предлагают не разделять понятия «социальное самочувствие» и «интегральная удовлетворенность жизнью» [1; 2]. Странники данного подхода рассматривают социальное самочувствие как своего рода отражение образа жизни. И для полноты его измерения стараются учитывать различные сферы жизнедеятельности (например, трудовая, бытовая, социально-политическая). Важным в изучении феномена социального самочувствия является подход Ж.Т. Тощенко и С.В. Харченко о социальном настроении, отмечающих, что именно сознание и поведение людей в конкретно-исторической обстановке обуславливают появление и функционирование различных явлений общественной жизни. Социальное самочувствие вписывается здесь в качестве базового элемента, первого уровня социального настроения и включает в себя «актуальное знание, эмоции, чувства, историческую память и общественное мнение» [3].

Многообразие и сложность социальных процессов, протекающих в современной России, отслеживается многочисленными социологическими службами, наиболее авторитетной из которых является ВЦИОМ, данные которого (Электоральная панель) использованы в настоящей статье, также в статье использованы данные собственного исследования «Политические установки нижегородских студентов»

Таблица 1

Оценка удовлетворенности своей жизнью
в зависимости от материального положения семьи, %

Удовлетворенность жизнью	Материальное положение семьи					
	Выборка	Очень хороше	Хорош	Средне	Плохое	Очень плохое
Выборка	100	0	12	69	16	1
Вполне устраивает	9	75	27	7	0	0
По большей части устраивает	30	13	50	31	11	0
Отчасти устраивает, отчасти нет	46	13	22	52	42	15
По большей части не устраивает	10	0	1	7	32	38
Совершенно не устраивает	4	0	0	2	15	46

Социальное самочувствие наиболее ярко проявляет себя в оценках удовлетворенности жизнью и оценках материального положения своей семьи. Эти два индикатора демонстрируют довольно тесную корреляцию между собой, однако жесткой функциональной связи здесь нет (табл. 1). Так, среди тех, кого жизнь вполне устраивает, чаще всего отмечают свое очень хорошее материальное положение, а люди, говорящие о своем просто хорошем материальном положении, чаще всего склонны говорить о том, что жизнь их вполне устраивает. При этом среди людей, говорящих о своем плохом материальном положении, встречаются те, кто отмечает, что жизнь их по большей части устраивает. Таким образом, удовлетворенность жизнью значительно зависит от материального положения людей.

Однако для более подробного анализа содержания этих индикаторов рассмотрим две группы людей – пессимистов (14,7% от выборки) и депрессивных (8,1%). В число пессимистов вошли люди, которых их собственная жизнь не устраивает по большей части или совершенно, а депрессивные, кроме того, отмечают плохое или очень плохое материальное положение своей семьи. Понятно, что пессимистов своя жизнь по большей части (или совершенно) не устраивает, но депрессивных их жизнь совершенно не устраивает заметно чаще. При этом среди пессимистов нередки случаи, когда они говорят о том, что у них среднее материальное положение семьи, депрессивные же говорят только о плохом или очень плохом.

Пессимисты и особенно депрессивные чаще всех говорят о том, что они занимают самое низкое положение в социальной структуре общества (ВЦИОМ сформулировал этот вопрос следующим образом: «Какое место в пирамиде занимаете Вы, Ваша семья?»). Чаще всего люди говорят о том, что их положение находится где-то посередине, как у всех, и это понятно: люди

обычно тяготеют к усредненным оценкам. Однако пессимисты и особенно депрессивные заметно чаще находят свое место в низших социальных слоях. Они заметно реже всех отмечают свое место на среднем уровне. Это обстоятельство хорошо иллюстрируется с помощью индекса социального положения¹; действительно все респонденты оценивают свое место очень близко к среднему (-0,18), но пессимисты заметно смещены в сторону положения ниже среднего (-0,36), а депрессивные – на уровне ниже среднего (-0,48).

Можно было бы ожидать, что депрессивные дают более пессимистические оценки по разным вопросам своей жизни, однако на вопрос о том, как изменится жизнь их семьи через год, они дают, ответы очень близкие к ответам пессимистов. Отличие только в том, что пессимисты немного чаще депрессивных затрудняются в этих оценках. Характерно и то, что изменения грядущей жизни и у пессимистов, и у депрессивных не столь разительно отличаются от оценок всей выборки, особенно когда люди не ожидают никаких перемен в качестве своей жизни. Таким образом, оптимизм свойственен не только оптимистам, но позитивные ожидания своего будущего заметно нивелируют мироощущение разных людей.

Аналогично распределяются и политические оценки представителей разных групп. Так, при ответе на вопрос, согласны ли респонденты, что дела в стране идут в правильном направлении, пессимисты и депрессивные реже соглашались с этим утверждением и чаще не соглашались с ним. Ответы представителей этих групп заметно отличаются от оценок всех респондентов, однако между ними отличия очень незначительны: социальная депрессия не находит своего заметного отражения в политических оценках и установках. Депрессивные лишь немного реже пессимистов соглашались с этим тезисом и немного чаще не соглашались с ним, однако эти отличия не носят принципиального характера.

Эта закономерность просматривается и в оценках респондентами своего отношения к власти и оппозиции, причем оппозиционность чуть более выражена у пессимистов. Депрессивные в большей мере демонстрируют свою аполитичность, немного чаще пессимистов отмечая, что их не устраивает ни власть, ни оппозиция. Характерно, что в оценках правильности курса, выбранного руководством страны, оценки депрессивных групп показывают более заметные отличия от средневывборочных оценок, чем в оценках

¹ Индекс социального положения рассчитывается как среднее арифметическое положения в пирамиде, рассчитанное с использованием шкалы: ± 1 – самый верхний и самый нижний слой, $\pm 0,5$ – выше и ниже среднего, 0 – примерно посередине.

отношения к власти и оппозиции: представители этих групп более склонны к критике и отторжению, чем к продуктивному анализу.

Отношение к нынешней власти пессимистов и депрессивных довольно негативно, хотя и оппозиция их не устраивает. Готовность поддержать нынешнюю власть, которая «...в основном проводит верную политику, ей удастся справиться с трудностями», проявляют 35% респондентов и только 14% и 15% пессимистов и депрессивных (соответственно). Противоположный тезис («Терпеть нынешнюю власть уже невозможно, она совершенно не думает о людях, погрязла в коррупции») поддерживают 17% по выборке и 42% пессимистов и 44% депрессивных.

Отторжение официальной политики проявляет себя и в характеристиках отношения к органам федеральной и местной власти. Важно отметить, что наиболее яркие отличия установок различных групп проявляются в оценках отсутствия доверия. Если в среднем по выборке люди в целом довольно позитивно оценивают все органы власти, особенно выделяя свое доверие Президенту РФ, то пессимисты и депрессивные склонны скорее не доверять всем органам власти (табл. 2). В среднем по выборке минимальный уровень недоверия люди демонстрируют только к государственной Думе и судебной системе, хотя и здесь они склонны более всего к нейтральной оценке, а пессимисты и депрессивные критикуют и отвергают все органы власти.

Т а б л и ц а 2

Характеристики доверия органам власти, %

Органы власти	Отсутствие доверия			Индекс доверия ¹		
	Выборка	Пессимисты	Депрессивные	Выборка	Пессимисты	Депрессивные
Президент страны	12	31	29	0,31	-0,17	-0,16
Премьер-министр страны	14	37	36	0,18	-0,32	-0,32
Правительство страны	15	36	33	0,12	-0,34	-0,33
Органы охраны порядка (полиция, ФСБ)	18	38	40	0,01	-0,38	-0,41
Государственная дума	23	47	48	-0,10	-0,48	-0,48
Судебная система	21	42	46	-0,06	-0,43	-0,47
Глава области, губернатор	12	31	28	0,18	-0,22	-0,22
Мэр города	13	27	24	0,10	-0,24	-0,21

Пессимисты чуть более критично настроены по отношению ко многим органам власти; депрессивные чуть более критично оценивают только органы охраны правопорядка и судебную систему, что еще раз показывает, что

¹ Индекс доверия органам власти рассчитывается как среднее арифметическое с использованием шкалы: ± 1 – доверяют или не доверяют, $\pm 0,5$ – скорее доверяют или скорее не доверяют, 0 – затрудняются оценить.

материальные проблемы не являются наиболее существенной причиной оппозиционных или аполитичных настроений и установок. Важно при этом отметить, что не доверяют (полностью или частично) Президенту страны менее трети пессимистов и депрессивных, примерно треть не доверяют правительству и чуть более трети их них не доверяют премьер-министру. Тезис, направленный против правительства страны, поддержали более 40% представителей этих групп. Мнение о том, что «...стране нужен другой президент», поддержали 45% и 44% представителей этих двух групп (по выборке вдвое меньше – 22%). Это означает, что в данных группах высок психологический настрой, готовность к поддержке разного рода эмоционально насыщенных деструктивных выступлений.

Список литературы

1. Орлова Л.А. О социальном самочувствии учителей Московской области // Социол. исслед. 1998. № 8.
2. Давыдова Е.В. Измерение социального самочувствия молодежи. М., 1992; Дубин Б.В. Социальное самочувствие // Экономические и социальные перемены: мониторинг общественного мнения. 1993. № 5.
3. Тощенко Ж.Т., Харченко С.В. Социальное настроение. М., 1996.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С ОСОБЫМИ НУЖДАМИ НА БАЗЕ ИВАНОВСКОГО ОБУСО «ЦЕНТР ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЕ И ДЕТЯМ» SPECIFICS OF PSYCHOLOGICAL WORK WITH DISABLED CHILDREN AT IVANOV CENTER FOR PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL ASSISTANCE TO FAMILIES AND CHILDREN

А.С. Когаловская

Ивановский государственный университет, г. Иваново

A.S. Kogalovskaya

Ivanovo State University, Ivanovo

Рассматриваются инновационные методы реабилитационной работы с детьми с особыми нуждами.

The article is devoted to innovative methods of rehabilitation work with children with special needs.

Ключевые слова: дети с особыми нуждами, развитие, инновационные методы, музыкальные средства

Keywords: children with special needs, development, innovative techniques, musical means

Для развития ребенка как человека, как личности необходима погруженность его в разнообразие человеческих отношений. Развитие ребенка с особыми нуждами не является исключением. Это является и средством его реабилитации. Для того, чтобы это средство было эффективным, необходимы особые формы организации таких отношений. Опыт реабилитации детей-инвалидов на базе ОБУСО «Центр психолого-педагогической помощи семье и детям» показал эффективность *групповых форм* такой работы.

Работа с детьми с особыми нуждами в Ивановском Центре психолого-педагогической помощи семье и детям начиналась с организации детских групп. В них участвовали дети с выраженными формами нервно-психических заболеваний и серьезными нарушениями речевого развития. Позднее появились и группы для родителей. Участвуя в них, родители получали поддержку от специалистов и прорабатывали свои личностные проблемы.

С 2012 г. функционируют смешанные детско-родительские группы. Такая форма работы открывает новые возможности. Родители на занятиях оказывают поддержку своим детям, помогают им в выполнении заданий. В присутствии родителей дети чувствуют себя увереннее, получают внимание и поддержку не только от своих родителей, но и других взрослых. В такой атмосфере поведение детей становится более адекватным, спокойным, регулируемым.

Благодаря грамотно выстроенному общению и позитивной обратной связи расширяется представление ребенка о себе.

Групповая работа способствует развитию взаимодействий между детьми. Прежде всего, они начинают обращать внимание друг на друга. Появляются элементы коммуникации (зрительный контакт, телесный контакт, взаимодействия в процессе манипулирования игрушками). В совместной деятельности формируются коммуникативные навыки, развиваются представления об окружающих людях.

На занятиях проявляются типичные формы взаимодействия детей и родителей. Ведущему становятся понятными истоки трудностей в их взаимоотношениях, в обучении и развитии ребенка. Родители обучаются новым, более эффективным формам взаимодействия с ребенком и получают в этом поддержку со стороны специалистов, узнают новую и полезную для себя информацию. Родители учатся лучше понимать своих детей. Это позволяет закреплять дома и развивать эффекты, полученные во время таких занятий, привносить опыт, полученный на занятиях, в свои отношения с детьми.

Детско-родительские группы дают возможность для реабилитации и самих родителей. Им порою не хватает общения, знаний о том, как обращаться с ребенком, особенно с такими серьезными нарушениями развития. Им не хватает и положительных эмоций. Благодаря таким занятиям родители

получают существенно большие возможности для продуктивного общения, обмена полезной информацией, расширения своего педагогического опыта, возможности приобщения к эффективным формам взаимодействий со своими детьми. Немаловажно и то, что игры, музыка, творчество, общение, вся атмосфера, создаваемая на занятиях, приносят радость и детям, и родителям. Родителей особенно радует, что их дети преобразуются на занятиях. Такие занятия способствуют расширению кругозора не только детей, но нередко и взрослых, получению ими нового опыта общения с детьми.

В такой атмосфере возрастает познавательная активность детей, развивается их усидчивость. Они постепенно усваивают необходимые правила поведения, осуществляются начальные шаги в их социализации.

Работа детско-родительских групп представлена системой отношений *психолог – ребенок, родитель – ребенок, дети между собой, родители между собой, психолог – родитель*.

Отношения *психолог – ребенок* являются ведущими. Прежде всего ими определяется успешность занятий (то, откроется ли ребенок, будет ли эмоционально включаться в занятие). Ребенок с инвалидностью, как и всякий ребенок, – это личность со своими индивидуальными характеристиками и потребностями, к которым следует относиться с уважением. С такими детьми также необходимо выстраивание отношений, включающих эмоциональный контакт, принятие и, вместе с тем, требовательность. Здесь необходимы и навыки помогающего общения, включающего обратную связь, активное слушание, отражение чувств.

Не менее важны *отношения между специалистом и родителем*. Они скорее партнерские. Специалист в рамках своего занятия формирует ожидания родителей, подсказывает им более эффективные пути взаимодействия с ребенком (предполагающие и ограничения). Родители знают и чувствуют своего ребенка, как никто другой, и дают о нем важную информацию специалисту.

Отношения между родителями позволяют им обрести взаимную поддержку, почувствовать себя не столь одинокими перед своей проблемой, обмениваются важной информацией.

Контакты между детьми важно инициировать посредством хороводов, игр и других совместных занятий. Разумеется, важно их регулировать посредством обратной связи и предложения альтернативных форм взаимодействия, напоминания о правилах взаимодействия.

Методы, которые сегодня модно называть инновационными, помогают детям с разными проблемами лучше включаться в групповой процесс. Так, дети с расстройствами аутистического спектра хорошо реагируют на музыку. Выражаясь

метафорически, можно сказать, что они познают мир при помощи слуха. Они чувствительны к звукам. Гармоничная, мелодичная музыка способна привлекать и удерживать их неустойчивое внимание. Музыкальные средства помогают более эффективно структурировать занятия (так, чтобы они способствовали включению детей в деятельность, переключению их с одной деятельности на другую). Начинать и заканчивать занятия музыка тоже помогает.

Музыка неразрывно связана с эмоциями. Благодаря ей активизируются эмоциональная память, эмоциональное внимание, развивается эмоциональный интеллект.

Несмотря на то, что некоторые дети уже достигли школьного возраста, весьма серьезные отставания в их развитии заставляют видеть в качестве ведущей для них игровую деятельность. И такие дети испытывают потребности в познании, в разнообразных отношениях (всем нужна любовь и понимание, вместе с тем границы, которые делают детей защищенными и учат жить в обществе и в мире), в движении, в играх. Если учитывать особенности детского развития и потребности этих детей, то процесс развития и обучения в группе становится для них живым и интересным.

Опыт проведения описанных выше групповых занятий показал их эффективность.

СЕМЕЙНЫЕ ПРАКТИКИ ПИТАНИЯ **FAMILY FEEDING PRACTICES**

Е.Е. Кутявина

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

Е.Е. Kutyavina

Lobachevsky University

Практики питания рассмотрены как элемент здорового образа жизни. Обосновывается значимость исследования семейных практик питания. Описаны возможные направления исследования семейных практик питания: дифференциация семейных практик питания, типы семейных практик питания, связь практик питания с различными социальными характеристиками семьи, с возрастом детей, с процессами внутрисемейного взаимодействия.

Geeding practices considered as an element of a healthy lifestyle. The significance of the study of family feeding practices is substantiated. The possible directions of research on family feeding practices are described: differentiation of family feeding practices, types of family feeding practices, the relationship of feeding practices with social characteristics of the family, with the age of children, with the processes of family interaction.

Ключевые слова: семья, семейные практики питания, здоровый образ жизни

Keywords: family, family feeding practices, healthy lifestyle

Здоровье человека зависит от образа его жизни, который включает в себя такие аспекты, как режим дня, режим и качество питания, физическую активность, степень приверженности человека к вредным привычкам, эмоциональное состояние человека, базирующееся на его социальных отношениях, самооценке. Все перечисленные компоненты образа жизни в существенной степени обуславливаются семейной жизнью, реализуются в ней. Ю.В. Веселов предлагает исследовать влияние социальных и культурных факторов на питание средствами "социологии питания". "Предмет социологии питания состоит в исследовании питания как социальной системы, ее задачи – показать социальную, культурно-историческую и экономическую обусловленность процессов питания; раскрыть характер социализации и социального расслоения в процессе потребления еды, исследовать формирование идентичности человека и социальных групп посредством наборов и практик питания". [1, с. 95-96]

В данном случае мы остановимся на семейных практиках питания – что человек ест, в каких количествах, как часто и регулярно, с какими элементами семейных отношений это связано.

С.А. Кравченко [2] отмечает макротенденции в изменении питания современного человека: появление массового стандартного производства продуктов питания, частичный уход производства еды из семьи в сферу услуг (в частности, все более распространены "рабочие обеды", "бизнес-ланчи" в столовых и кафе; семейными остаются завтраки и ужины). Он выделяет некоторые технические новшества, которые облегчают производство домашней еды и способствуют сохранению домашнего питания, хотя и меняют его структуру. Он выделяет:

1) холодильник. Как отмечает автор, до массового появления холодильников приходилось ходить за продуктами (и готовить!) практически ежедневно, зимой – несколько реже. "С появлением холодильника, а затем и морозильника существенно преобразовалась доставка пищи (недельные закупки), расширился ее ассортимент";

2) консервы. Они также позволяли долго сохранять пищу, чему способствовали искусственные консерванты. Они облегчали приготовление пищи, т.к. во многих случаях готовы к непосредственному употреблению или требуют минимальной дополнительно обработки;

3) индустриально произведенные полуфабрикаты, требующие минимум времени и умений для приготовления;

4) электро- и газовые плиты вытеснили дровяные печи, керосинки и примусы, что существенно ускорило приготовление пищи и сделало ее более

безопасной. [2, с. 87-88]. В последнее время этот список стоит дополнить еще мультиварками.

Большинство современных россиян питается в семье и с семьей. Большая часть завтраков, обедов и ужинов готовится в семье, еда является важной частью семейного взаимодействия. Это касается и праздничного, и повседневного питания. Совместные семейные ужины (реже завтраки и обеды) объединяют семью. Несмотря на тенденцию увеличения доли не-домашнего досуга, для большинства семейные праздники – это, прежде всего, семейное застолье. Если один из членов семьи резко меняет практики питания (например, переходит на вегетарианское питание или специальное фитнес-питание), он часто сталкивается с сопротивлением членов семьи. Это происходит не только потому, что члены семьи не одобряют вегетарианства или отказа от сладкого как такового. Особое питание исключает человека из практик семейного взаимодействия, – например, он не может участвовать в традиционных семейных чаепитиях со сладостями или отказывается участвовать в пикнике с шашлыком, ему нужны особые блюда на праздничном застолье, или он не может в нем участвовать.

Гэри Беккер описывает семью как предприятие по производству "итоговых потребительских благ". Еда, пожалуй, является одним из самых очевидных "итоговых потребительских благ", и ее производство является существенной частью домашнего труда. Люди стремятся оптимизировать домашний труд и минимизировать его цену, в том числе привлекая к нему членов семьи с меньшей стоимостью рабочего времени. Такими членами семьи чаще оказываются женщины и взрослые члены семьи, не занятые оплачиваемым трудом (домохозяйки и пенсионеры). В результате женщины готовят еду чаще, чем мужчины, пожилые члены семьи чаще, чем молодые [3, с. 188]. Чем чаще готовится еда и чем больше приготовленных блюд, тем выше затраты на производства данного итогового потребительского блага, единое семейное питание более выгодно.

Родители влияют на практики питания своих детей, формируют их. Это может происходить как стихийно (дети с раннего возраста привыкают к определенной пище и режиму питания), так и целенаправленно. Родители поощряют употребление одних видов пищи (здоровой, питательной, домашней) и ограничивают употребление других видов (сладостей, фаст-фуда), прививают принципы здорового питания. Возможно и обратное влияние. Заботясь о здоровье детей, родители сами переходят на более здоровые принципы питания.

Практики питания являются частью семейных традиций, они очень инертны. Наследуются рецепты, предпочтения, представления о достаточном и

избыточном питании. Этнологические исследования показывают, что один из самых устойчивых элементов этнической культуры, который сохраняется при очень долговременной и глубокой ассимиляции – это национальная кухня.

Эти факторы приводят к существенному сходству практик питания членов семьи и обуславливают высокую значимость семьи в формировании и реализации практик питания человека, а в конечном итоге – в сохранении его здоровья.

Исследование практик питания – междисциплинарная проблема, она требует внимания медиков, антропологов, культурологов. Семейные практики питания связаны с множеством социальных факторов, которые могут быть исследованы социологическими методами. Среди возможных направлений исследования выделим:

– дифференциацию семейных практик питания: закупок продуктов (частые или оптовые по выходным, кто из членов семьи осуществляет закупки, закупки запланированные или спонтанные, какие продукты закупаются); приготовления еды (как регулярно, готовит ли один из членов семьи или разные, кто готовит основные блюда, кто "перекусы", еда готовится для немедленного употребления или последующего разогревания, только из свежих продуктов или используются полуфабрикаты и консервы); повседневное и праздничное питание; практики употребления еды (для завтрака/обеда/ужина собирается вся семья, едят по одному или собираются только некоторые члены семьи; едят на кухне или накрывают стол; каждый накладывает себе пищу сам по потребности или предлагается "порция" большего или меньшего размера; практики питания взрослых, детей, мужчин, женщин; дифференциация практик по доходам семьи, по образованию и другим социальным характеристикам;

– можно ли объединить практики в некие типы питания? Можно предположить возможность типологизации практик по различным основаниям: стихийность/планируемость, соотношение групп продуктов (белковые, углеводные и т.п.), соответствие принципам ЗОЖ, цели (еда как удовольствие, еда как источник здоровья, еда как традиция, еда как инструмент поддержания сил), могут различаться типы питания у семей с разным составом, доходом, образованием;

– при помощи каких социальных (психологических, экономических, культурных) механизмов семья поддерживает постоянство практик питания? Как происходит объединение практик питания при образовании новой семьи? Вызывает ли сопротивление попытка кого-то из членов семьи изменить практики питания? Различается ли реакция на добровольное (по убеждениям или под влиянием моды) и вынужденное (по рекомендации врачей) изменение питания? изменение питания взрослого члена семьи или ребенка?

– как различаются практики семейного питания взрослых членов семьи и детей? Ограничивают ли взрослые употребление детьми "вредной" еды? Используют ли вредную, но вкусную еду как поощрение или вознаграждение? Разграничивается ли вообще в семье взрослое и детское питание? до какого возраста?

– с какими другими факторами сохранения здоровья или рисками связаны различные практики питания? Есть ли связь определенных практик семейного питания с занятиями спортом, соблюдением режима сна, прогулками, вредными привычками?

Список литературы

1. Веселов Ю.В. Повседневные практики питания // Социологические исследования. 2015. №1. С. 95-104.

2. Кравченко С.А. Социальная и культурная динамика еды: приобретения и уязвимости // Социологические исследования. 2015. №1. С. 86-94.

3. Беккер Г.С. Человеческое поведение: экономический подход. М.: ГУ ВШЭ, 2003. 672 с.

ДОСТУПНАЯ СРЕДА В ВУЗЕ: АНАЛИЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО ПОЛЯ¹ AVAILABLE ENVIRONMENT IN UNIVERSITY: ANALYSIS OF THE NORMATIVE-LEGAL FIELD

Н.И. Ловцова, Т.В. Склярова
*Саратовский государственный технический
университет им. Гагарина Ю.А., г. Саратов*

N. Lovcova, T. Skliarova

Yuri Gagarin State Technical University of Saratov, Saratov

Предпринята попытка проанализировать социальную политику в образовании, которая четко реагирует на происходящие в обществе социально-политические процессы. Закон об образовании был взят как индикатор темпоральных перемен не только в образовании, но и в обществе.

Annotation: In this article an attempt was made to analyze social policy in education, which clearly responds to social and political processes taking place in society. The Education Act was taken as an indicator of temporal change not only in education but also in society.

Ключевые слова: образование, право на образование, закон об образовании, социальная политика, доступная среда

¹ Исследование выполнено при финансовой поддержке РФН в рамках научного проекта №18-18-00321.

Keywords: education, right to education, law on education, social policy, accessible environment

Переход образования в XX веке от массового к университетскому хорошо показывал процессы переосмысления его функций и задач: доступность обучения для различных групп и меньшинств, равный доступ к образованию для всех социальных слоев, женщин и мужчин. Несмотря на традиционные задачи, сегодня образование – это не только стремление к знаниям и передача накопленного опыта. Это еще и дополнительные возможности для современного человека. В работе рассматриваются три временных периода, с точки зрения авторов хорошо иллюстрирующих социальные процесс и изменения в обществе.

В разработанном и утвержденном в 1958 г. «Законе СССР об укреплении связи школы с жизнью и о дальнейшем развитии системы народного образования в СССР» четко прослеживается национальная политика государства. Основной упор делается на создание благоприятных условий и всеобщего доступа к образованию для подготовки квалифицированных специалистов различных уровней. В тот период нормативная база в сфере образования решала исключительно проблемы подготовки кадров. В качестве льгот на предприятиях устанавливались «брони приема молодежи на работу и строгое соблюдение охраны труда и техники безопасности.» [1]. Развивались заочная и вечерняя формы обучения, позволяющие работающим получать образование без отрыва от производства. Учитывались национальные и местные особенности подготовки.

Все постановления и распоряжения государства в период с 1958 по 1960 гг. были направлены на расширение степени самообслуживания обучающихся; предоставление льгот учащейся молодежи (например, установление сокращенного рабочего дня или сокращенной рабочей недели); на улучшение качества подготовки кадров.

Первые упоминания о создании дополнительных условий для учащихся с ослабленным здоровьем появляются в 60-м году (Постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР). Оно касалось школ с продленным днем, в которых предусматривалась организация дневного сна. Стремительный рост числа грамотного населения в стране (см. данные переписи населения 1959 г.) способствовали тому, что право на бесплатное образование закрепляется в Законе о народном образовании (1973 г.) и декларируется в Конституции СССР 1977 г.

Закон об образовании, принятый в 1973 г., отменяет ранее действующий (от 1958 г.) и, впоследствии, претерпевает ряд изменений в 1985 году. Тем не

менее, он остается базовым документов в сфере образования страны. Право граждан СССР на образование (ст. 3 Закона) декларирует бесплатность и доступность всех видов образования (профессионально-технического, среднего специального и высшего) через развернутую сеть образовательных учреждений, предоставление возможности заочного и вечернего обучения, бесплатного обеспечения учебниками, предоставления системы льгот и государственных стипендий, возможностью обучаться на родном языке и созданием условий для самообразования.

Как основные принципы равенства возможностей (ст. 4) представлено право на получение образования, которое, как и ранее, рассматривается в контексте формирования коммунистического мировоззрения и повышения качества подготовки квалифицированных профессиональных кадров [2].

Стоит заметить, что в 1973 г. впервые начинают говорить о территориальной доступности образовательного учреждения (ст. 25). Однако основной формат доступности рассматривается через территориальную доступность общеобразовательной школы для учащихся, то есть созданием возможности оптимального расположения школы относительно места жительства и «...организацией бесплатного проезда учащихся в сельской местности в школу и из школы, благоустроенных интернатов при школах».

Организация обучения для детей, имеющих дополнительные нужды (ст. 26), регламентировала получение образования для детей и подростков, имеющих дополнительные нужды (длительное лечение), для чего предусматривалось создание оздоровительных санаторных школ и возможность обучения в больницах, санаториях и дома. В случае недостатков физического или умственного развития, препятствующих обучению в обычной школе, законом предусматривалось обучение в специализированных учреждениях.

Итак, в законе 1973 г. впервые появляется статья, регламентирующая обучение детей с дополнительными потребностями и особенностями развития. При этом возможность получения образования рассматривалась лишь на школьном уровне и не предполагала инклюзии, поскольку нуждающихся в особых условиях детей обучали в специализированных (как правило закрытых) школах-интернатах с последующем получением профессии в таких же специализированных профессионально-технических училищах. Доступ лиц, с ограничением здоровья к среднему профессиональному и высшему образованию законом никак не регламентировался. Доступность образования декларировалась для всех категорий граждан, однако реализовалась исключительно для «здоровых» детей без специальных нужд.

Анализ закона об образовании 1973 г. позволил заметить происходящие изменения в системе образования, которые, с нашей точки зрения, можно

связать с возрастающим вовлечением страны того периода в международные процессы. В конце 40-х начале 50-х гг. начинаются активные подписания различных международных соглашений и конвенций.

Академические сообщества ведущих стран мира, в том числе и Россия, на протяжении последних десятилетий серьезно озабочены проблемой повышения качества предоставляемых образовательных услуг и для людей с ограниченными возможностями здоровья. Так, Закон об образовании РФ от 1992 г. (ст. 5) гарантирует гражданам РФ возможность получения образования, в том числе независимо от *состояния здоровья* [3]. В Законе этого периода впервые появляется гарантия права на образование независимо от состояния здоровья. Появляются обязательства государства в отношении граждан с ограниченными возможностями, что не встречалось в предыдущих версиях законов об образовании.

Только в законе об образовании от 2012 г. декларируются принципы доступности и открытости образовательной организации. Государство на уровне закона предписывает формирование открытого и общедоступного информационного пространства (ст. 29, 79), что дает доступ к актуальной информации, позволяет потребителю услуг иметь достоверные данные о состоянии дел по всем вопросам, касающимся функционирования организации, и людям с ограниченными возможностями здоровья иметь реальное представление о доступности и открытости вуза. [4].

Необходимо отметить, что в настоящее время разрабатываются и принимаются ряд документов и рекомендаций, позволяющих реализовывать право граждан на образование в полной мере и в соответствии с Международными нормами. Например, государственная программа по развитию профессионального образования в России (2013-2020), в рамках которой устанавливаются индикаторы доступности образовательной среды для лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Список литературы

1. Законы об образовании 1955-1964 гг. Режим доступа <http://музейреформ.рф/node/13869> (дата обращения к ресурсу 10.07.2018)
2. Закон СССР от 19.07.1973 № 4536-VIII «Об утверждении Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о народном образовании» Документ предоставлен КонсультантПлюс www.consultant.ru. Дата сохранения: 02.07.2018
3. Федеральный закон РФ от 10.07.1992 г. № 3266-1 «Об образовании»

4. Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации». Режим доступа URL: <http://base.garant.ru/70291362/#ixzz3QTuIP839> (дата обращения к ресурсу 10.07.2018)

5. Постановление Правительства РФ от 15 апреля 2014 г № 295 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие образования» на 2013-2020 годы». Система ГАРАНТ: <http://base.garant.ru/70643472/#help#ixzz41MZaCGpd> (дата обращения к ресурсу 09.07.2018)

ИНВАЛИД В СИСТЕМЕ ФСИН DISABLED PRISONERS

К. Ломакина

*Саратовский государственный технический
университет им. Гагарина Ю.А., г. Саратов*

K. Lomakina

Yuri Gagarin State Technical University of Saratov

Рассматривается социальная работа с осужденными-инвалидами как комплексная деятельность, ориентированная на решение их жизненных проблем.

The paper analyses social work with disabled prisoners aiming at solving their life problems.

Ключевые слова: инвалид, ФСИН

Keywords: disabled prisoners, Federal Penitentiary Service of Russia

Особого рассмотрения требует случай (case), когда перед нами оказывается инвалид в статусе заключенного. Исправление осужденных и возвращение их в общество полноценными гражданами является одной из основных задач уголовно-исполнительной системы. При этом осужденные-инвалиды, учитывая их физическое состояние и ограниченные возможности, приобретают особый статус, требуют к себе пристального внимания со стороны государства, общества, но и администрации исправительного учреждения. Социальная работа с осужденными-инвалидами представляет собой комплексную деятельность, ориентированную на решение их жизненных проблем. Социальный работник ИУ является посредником между осужденным-инвалидом и различными социальными институтами (государственными учреждениями социальной защиты населения, социального обеспечения), сотрудниками служб учреждения, привлекаемыми к решению социальных проблем осужденного-инвалида в период отбывания наказания, а также после освобождения [1].

Основными направлениями социальной работы являются, разумеется, социальная диагностика; выявление степени ограничения жизнедеятельности; оказание помощи в оформлении и восстановлении утраченных документов;

оформление и получение социальных пособий и льгот; восстановление социально полезных связей; оказание помощи в повышении образовательного уровня и профессиональной подготовки; обеспечение техническими средствами реабилитации и вспомогательными устройствами (протезы, слуховые аппараты, костыли); бытовое и трудовое устройство освобожденных инвалидов.

Социальный работник совместно с медицинским работником в беседе с осужденным-инвалидом выясняет: состояние здоровья, группу инвалидности и наличие документов, подтверждающих ее, семейное положение, место жительства, наличие жилья, уровень образования. Таким образом, перед социальным работником стоит задача не просто собрать анамнез, но восстановить историю жизни осужденного-инвалида.

В необходимых случаях администрации ИУ целесообразно вести переписку с родственниками осужденных на предмет их предполагаемого совместного проживания после освобождения. В личном деле должны храниться не только паспорт, трудовая книжка, страховое свидетельство и полис обязательного медицинского страхования, но и справка МСЭ об инвалидности. В ИУ отбывают наказание осужденные-инвалиды по зрению, слуху, с ампутированными конечностями, а также по общим и профессиональным заболеваниям. Они нуждаются в постоянном внимании и помощи – медицинской, социальной, психологической [2].

Осужденным-инвалидам, освобождаемым из ИУ, которым трудно самостоятельно добраться до места жительства, следует попросить родственников или знакомых о сопровождении. Если такой возможности нет, обязанность администрации ИУ организовать сопровождение. Кроме того, если инвалиду, освобождаемому из ИУ, негде жить, ему следует знать о возможности получения места в центре социальной адаптации. В России специализированных центров для инвалидов, освободившихся из мест лишения свободы, немного, но есть, их адреса должны быть у сотрудников ИУ.

В случае получения ответа о невозможности трудового и бытового устройства по избранному осужденным-инвалидом месту жительства администрация ИУ ставит об этом в известность освобождаемого и с его согласия принимает меры к положительному решению этих вопросов в других населенных пунктах [3]. Если у осужденного-инвалида нет одежды по сезону или средств на ее приобретение, администрация ИУ должна обеспечить его перед освобождением, предусматривается и обеспечение продуктами питания на время проезда к месту жительства.

Сотрудникам ИУ перед освобождением осужденного-инвалида следует обязательно проверить рабочее состояние технических средств реабилитации и

вспомогательных устройств, принадлежащих инвалиду. Обнаруженные неполадки следует устранить заранее, прибегая к помощи специалистов. Проводимая социальная работа позволяет решить многие вопросы в отношении осужденных-инвалидов, самое главное – подготовить их к освобождению и сформировать осознание полноценности жизни и деятельности.

Список литературы

1. Организация работы с осужденными: Сборник методических рекомендаций / Е.М. Данилин, Н.В. Давыдова и др. М.: Изд-во ФКУ НИИ ФСИН России. 2013. С. 74-75.

2. Зейгер М.В., Сафуанов Ф.С. Актуальные проблемы определения меры недееспособности субъекта с психическим расстройством // Юридическое образование и наука. 2014. С. 7-11.

3. Ковальчишина Н.И. Одиночество как форма социальной депривации сотрудников органов внутренних дел // Юридическая психология. 2010.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СЛУЖБ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ И ОПЕКИ НА ПРИМЕРЕ ГДАНЬСКА ACTIVITIES OF SOCIAL ASSISTANCE SERVICES AND GUARDIANS ON THE EXAMPLE OF GDANSK

Н.А. Лымарь

Высшая школа безопасности в Познани, г. Гданьск, Польша

N.A. Lymar

Wyższa Szkoła Bezpieczeństwa w Poznaniu, Gdańsk, Poland

Вопросы социальной поддержки пожилых людей и инвалидов являются задачей региональных программ, которые инициированы государством и общественным сектором на территории Польши. Рассматривается опыт данной деятельности в городе Гданьске.

The issues of social support for the elderly and disabled are the task of regional programs initiated by the state and the public sector in Poland. The article examines the experience of this activity in the city of Gdansk.

Ключевые слова: социальные программы, услуги опеки, поддержка инвалидов и пожилых людей

Keywords: social programs, care services, support for disabled people and elderly people

Социальные и демографические прогнозы, появившиеся в последние годы, подчеркивают проблему увеличения численности пожилых людей. По оценкам ООН, население мира в возрасте 60 лет и старше в начале века на 2000 год насчитывало 600 миллионов человек, что почти втрое превышало

численность этой возрастной группы в 1950 г. (205 миллионов человек)¹. В странах ЕС в 2001 году население в возрасте 60 лет и старше составляло около 20%: от 15,1% в «самой молодой» в этом отношении Ирландии, до 23,1% в «самой старой» Греции. В таких странах, как Франция, Австрия, Соединенное Королевство и Финляндия численность пожилых людей тогда составляла почти 20%. В 2009 г. население мира в возрасте 60 лет и старше превысило 737 миллионов человек, а к 2050 г. составит более 2 миллиардов человек, еще раз утроившись за период в 50 лет. Как видим, несмотря на различные катаклизмы и политические трансформации, продолжительность жизни увеличивается.

В Польше в 2001 г. население в возрасте 60 лет и старше составляло почти 17% от общей численности населения. Для сравнения: в 1960 г. в Польше этот показатель составлял всего 9,7%. Согласно прогнозам Министерства труда и социальной политики Польши, в 2026 г. число людей в возрасте 80 лет и старше будет стремительно расти, что станет следствием вхождения в период старости людей, рожденных после второй мировой войны. И это может быть признано определенным «демографическим взрывом». Ожидается, что в период между 2026 и 2040 г. число людей в возрасте 80 и более возрастет с 1,7 до примерно 3,4 миллиона человек. По данным Института социального страхования, который выплачивает пенсионное пособие каждому гражданину Польши, достигшему возраста 100 лет, на 2014 г. в Польше их насчитывалось около двух тысяч. В свою очередь, Центральное статистическое управление утверждает, что среднестатистический поляк живет 72,7 года, а полячка – 81 год. Это на три года больше, чем в 2000 г. и на 6 лет больше, чем 20 лет назад². По оценкам, в 2050 г. доля людей в возрасте 60 лет и старше составит 35,8% от общей численности населения Польши.

Для решения демографической задачи каждое государство использует свои ресурсы, разрабатывает собственную систему социальной поддержки стареющего населения. В Польше эту задачу реализует Министерства труда и социальной политики Польши, воеводские и муниципальные органы управления посредством организации различных видов социальной поддержки населения.

Социальная помощь в Польше является институтом социальной политики государства, направленным на то, чтобы позволить отдельным лицам и семьям преодолеть сложные жизненные ситуации, которые они не могут преодолеть, используя свои собственные силы, ресурсы и возможности. Социальная помощь помогает людям и семьям в их усилиях по удовлетворению

1 См: <http://www.demoscope.ru/weekly/2010/0423/barom02.php>

2 <https://www.trojmiasto.pl/wiadomosci/W-Trojmiestcie-mieszka-prawie-stu-stulatkow-n74866.html>

необходимых потребностей и позволяет им жить в условиях, соответствующих человеческому достоинству. Надо отметить, что социальную помощь на территории Польши организуют не только органы государственного управления (министр, отвечающий за социальное обеспечение, региональные руководители) и местные власти (маршалы воеводств, областные старосты и президенты городов), но и социально ориентированные неправительственные организации, костел, другие церкви и религиозные объединения, а также частные компании и физические лица.

Для реализации задач социальной политики в рамках Закона Социальной Помощи¹ от 12 марта 2004 г. с последними изменениями от 8 февраля 2018 г. каждый город разрабатывает свою Стратегию решения социальных проблем. В Гданьске эта стратегическая программа² была принята в октябре 2016 г. на период до 2030 г. В соответствии с Законом о социальной помощи (статья 16b, статья 17, статья 19), стратегия решения социальных проблем включает, в частности:

- диагностику социальной ситуации;
- прогноз изменений сферы охвата стратегии;
- определение стратегических целей предлагаемых изменений, направлений необходимой деятельности, способа реализации стратегии и ее финансовой основы, показателей эффективности.

Гданьская стратегия решения социальных проблем – это тематическая стратегия социальной политики, которая осуществляется параллельно стратегии развития города Гданьск 2030 Плюс. Стратегия решения социальных проблем включает Программу Gdańsk 50+ (программа деятельности и поддержка пожилых людей), программу экономической безопасности и поддержки людей с задолженностями по платежам (в том числе граждан старшего возраста), программу психического здоровья, программу спортивных мероприятий и здравоохранения, программу социального жилья для людей, подверженных риску социальной изоляции, Семейную программу Большого Гданьска и другие программы (в соответствии с выявленными потребностями), целью которых является социальная интеграция людей и семей из групп риска в соответствии с Законом о социальной помощи.

Гданьская стратегия решения социальных проблем включает в себя также вопросы социальной опеки, в том числе опеку пожилых людей на территории города. Надо заметить, что в Гданьске зарегистрировано 51 человек, которым

1 Cm: Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. (Dz.U. Nr 64, poz. 593), USTAWA z dnia 8 lutego 2018 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej.

2 Gdańska Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych do roku 2030, <https://www.gdansk.pl/download/2017-01/83700.pdf>

исполнилось сто лет¹ (в настоящее время в Гдыне зарегистрировано 34 человека, достигших 100-летнего возраста, большинство из них – женщины, а соседнем Сопоте насчитывается 11 человек, которые превысили возраст 100 лет). На территории Гданьска насчитывается наибольшее количество самых старых жителей в Польше.

Опекунские услуги на территории Польши включают в себя помощь в удовлетворении ежедневных жизненных потребностей, в поддержании гигиены, обеспечение рекомендованного врачом ухода и, по мере возможности, обеспечение контакта с окружением. Как указано в Распоряжении Президента города Гданьска от 16 ноября 2017 г.², «в Гданьске насчитывается около 60 000 человек, из которых 50 000 имеют сертификат инвалидности», «с каждым годом увеличивается число инвалидов и хронически больных людей. Только небольшая часть из них может вести самостоятельный образ жизни. Эти люди нуждаются в поддержке и заботе в различных формах и масштабах». (пер. с польск. – авт.).

К важнейшим проблемам, которые усугубляют положение пенсионеров (людей старшего возраста), можно отнести: одиночество, болезни, неполноценность в общении, бедность, ощущение невостребованности. Старшие лица могут ожидать поддержки в выполнении ежедневной деятельности, например в форме опекунских услуг, которые реализуются в рамках системы общественной помощи. В 2015 г. на территории Гданьска разными формами таких услуг воспользовалось 1 308 жителей города, среди них 385 пенсионеров.

Согласно Национальной переписи населения и жилищного фонда, с 2011 г. в Гданьске насчитывалось 60 125 человек с инвалидностью, что составляло 13% населения, включая так называемые группы людей с ограниченными возможностями – 38 623 человека. В группе лиц, имеющих свидетельство инвалидности, 12 892 – у людей была I группа инвалидности, 4,754 – II группа инвалидности и 8 421 – III группа инвалидности. 1 222 человека не имели определенной степени инвалидности. 1 336 человек – дети в возрасте 0-15 лет с сертификатом «инвалидность». Существенной проблемой остается ситуация с людьми с ограниченными возможностями на рынке труда. В 2015 г. 769 человек были зарегистрированы как безработные инвалиды. В 2015 г. 3865 семей использовали социальную помощь для инвалидов.

1 <https://www.trojmiasto.pl/wiadomosci/W-Trojmiestcie-mieszka-prawie-stu-stulatkow-n74866.html>

2 ZARZĄDZENIE Nr 1978/17 PREZYDENTA MIASTA GDANŃSKA z dnia 16 listopada 2017 r. w sprawie ogłoszenia otwartego konkursu ofert na realizację w latach 2018 - 2020 zadań z zakresu pomocy społecznej, wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej, których adresatami są mieszkańcy Gdańska, <https://www.gdansk.pl/download/2017-11/98657.pdf>

Тенденция, которая сохраняется в течение многих лет, указывает на то, что инвалидность является одной из основных причин использования социальной помощи. (Приложение № 1 Распоряжения Президента города Гданьска от 16 ноября 2017 г. включает Стандарты по оказанию услуг специализированных опекунских услуг на территории города Гданьска).

Польша отвечает критериям стран с достаточным уровнем социальной опеки. Специализированные опекунские услуги оказываются с учетом особых потребностей, связанных с данным типом заболевания или инвалидности, и предоставляются лицами со специализированной профессиональной подготовкой. Объем, срок и место предоставления этих услуг определяются Муниципальным Центром помощи семье. Данный вид услуг предоставляется одиноким людям, которые в силу возраста, болезни или по другим причинам нуждаются в посторонней помощи, но не могут ее получить, или же людям, которые нуждаются в посторонней помощи, но их близкие не могут обеспечить им такую помощь. Размер оплаты за опекунские услуги зависит от определяемой советом города почасовой ставки за услугу (с января 2018 г. оплата данной услуги на территории Гданьска составляет 19 злотых за час (примерно 380 рублей за час), количества часов (от одного в неделю до ежедневного посещения; от 1-5 часов в день в зависимости от состояния здоровья и потребностей подопечного) и дохода гражданина или семьи, пользующихся услугами. Чем выше доход, тем выше оплата со стороны подопечного. Например, за 40 часов в месяц – 5 дней в неделю по 2 часа – подопечный может заплатить в зависимости от дохода от 800 злотых до 61 злотых по решению Муниципального Центра помощи семье. Если доход ниже порога, определенного законом о социальной помощи, расходы на оказываемые услуги полностью несет центр социальной помощи¹.

Ежегодно услугами специализированной опекунской помощи через Муниципальный Центр помощи семье города Гданьска пользуется около 1200 человек. Это большая группа часто одиноких людей, нуждающихся в особой поддержке и заботе. С каждым годом количество людей, нуждающихся в подобной услуге, увеличивается. Социальная структура польской семьи меняется и, следовательно, меняется модель ее функционирования. Трудовые миграции и повышение конкурентоспособности на рынке труда мешают семьям осуществлять долгосрочную, всестороннюю и прямую заботу о пожилем человеке с долгосрочной инвалидностью в понимании до недавнего времени базовой модели. Главной целью специализированной опекунской

1 http://www.orpeg.pl/images/Repatrianci/2353_15_Zabezpieczenie_spo%C5%82eczne_w_Polsce_w_rosyjska_zlinkowany.pdf, стр. 118

услуги является удовлетворение каждодневных потребностей человека, который не способен самостоятельно функционировать в своем доме по причине возраста, здоровья или других причин. Среди основных направлений деятельности участковых опекунов (opiekun środowiskowy) можно назвать:

- 1) поддержание стабильного состояния здоровья;
- 2) избегать осложнений, связанных с госпитализацией по причине длительной или хронической болезни;
- 3) профилактика осложнений, вызванных длительной иммобилизацией (опрелости, язвы под давлением, контрактуры, осложнения дыхательной, пищеварительной и сосудистой систем);
- 4) компенсация ограниченной способности самостоятельно передвигаться при помощи другого лица;
- 5) общее улучшение самочувствия подопечного;
- 6) помощь по увеличению объема большей самостоятельности и независимости;
- 7) мобилизация на самостоятельную деятельность;
- 8) предотвращение социальной изоляции.

Исследования, проведенные Региональным центром в Зеленой Гуре за 2016 г., отмечают, что более 90% людей в возрасте от 65 лет ежедневно смотрят телевизор (36,3% – более 4 часов в день, в общей численности населения этот процент составляет около 24%). 20% из числа опрошенных пожилых людей в среднем на 5 дней в году выезжают на экскурсию по стране. 86% пожилых людей никогда не использовали компьютер. Участковые опекуны помогают решить задачу по преодолению одиночества старого человека, активизируют его деятельность, помогают найти и реализовать свои таланты. Так, в Гданьске обычные встречи пожилых людей в рамках кружка пенсионеров стали поводом для создания волонтерского центра пенсионеров «Wkrętarisze – pomocna złota dłoń». Благодаря этой инициативе людей старшего возраста в одном из районов Гданьска осуществляется бесплатный мелкий ремонт сантехники, электричества и т.д. Инициаторы проводят горячую линию, где можно сообщить о том, какая помощь необходима. Дома для пожилых людей часто получают помощь. Идея исходит из «Кружка пенсионеров», была поднята волонтерским центром в Гданьске и поддержана программой «Сеньоры в действии». Преимущества: интеграция (в том числе между поколениями), использование навыков (в том числе профессиональных навыков) – продолжение, помощь наиболее нуждающимся. Последний пункт позволяет решать задачу повышения качества социальной интегрированности людей старшего возраста.

Участковые опекуны и осуществляющие общий контроль социальные работники Муниципального Центра помощи семье во время своей работы на участке знакомятся с потребителями опекунских услуг, обследуют их состояние здоровья и условия жизни, разрабатывают стратегию помощи для каждого в отдельности жителя Гданьска, нуждающегося в поддержке.

И наконец. При всей активности и разработанности современной системы социальной поддержки и опеки, в настоящий момент на территории Польши испытывается дефицит в около 20 000 участковых опекунах для пожилых людей. И проблема эта будет расти с каждым годом из-за быстрого старения общества, – отмечают эксперты, в разговоре с Польским информационным агентством – PAP¹.

Список литературы

1. Błędowski P., Polityka wobec osób starych – cele i zasady, „Studia BAS”, nr 2, 2012, www.bas.sejm.gov.pl Czapiński J., Panek (red.), Diagnoza społeczna 2011. Warunki i jakość życia Polaków. Raport, Warszawa 2012. Kotlarska-Michalska A., Starość w aspekcie socjologicznym, Roczniki Socjologii Rodziny, t. XII, Poznań 2000.
2. Lisowski K., Szaban D., Kaźmierczak-Kałużna I., Kołodziej T., Trzop A., Zieliński M., Analiza stanu zasobów społecznych na terenie obszaru funkcjonalnego Miasta Zielona Góra w ramach projektu: „Rozwój obszaru funkcjonalnego miasta wojewódzkiego Zielona Góra”, Zielona Góra, styczeń 2014.
3. Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2012 roku, notatka informacyjna, GUS, Warszawa 2013.
4. Podstawowe informacje o sytuacji demograficznej Polski w 2011 roku, notatka informacyjna, GUS, Warszawa 2012.
5. Prognoza ludności na lata 2008-2035, GUS, Warszawa 2009.
6. Schimanek T., Aktywizacja społeczna osób starszych. Materiały edukacyjne dla pracowni dobra wspólnego.
7. Sikora J., Uniwersytet Trzeciego Wieku – przeciwdziałanie marginalizacji osób starszych [w:] Enklawy życia społecznego, red. L. Gołdyka, I. Machaj, Szczecin 2007.
8. Strategia polityki społecznej województwa lubuskiego na lata 2014-2020, Zielona Góra 2014.
9. Tarkowska E., Stary człowiek w Polsce, „Więź”.

1 <http://www.pap.pl/aktualnosci/news,1531315,eksperci-w-polsce-brakuje-okolo-20-tys-opiekunow-osob-starszych.html>

**СЕТИ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ СЕМЕЙ
С ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ**
**SOCIAL SUPPORT NETWORKS OF FAMILIES WITH
DISABLED CHILDREN**

А.В. Мигунова

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

A.V. Migunova

Lobachevsky University

Рассматриваются возможности осуществления сетевого вмешательства при работе специалиста по социальной работе с семьями с детьми-инвалидами.

It is discussed the application of social network intervention in social work with families with disabled children.

Ключевые слова: социальная сеть, сеть социальной поддержки, семья с ребенком-инвалидом, карта социальной сети, сетевое вмешательство

Keywords: social network, social support network, family with disabled child, the social network map, social network intervention

Каждый человек или семья сталкивается в своей жизни с различными стрессовыми и кризисными ситуациями. В такие моменты усиливается потребность в поддержке. Неформальные сети «служат в качестве первой линии поддержки» и оказывают «превентивный, терапевтический и амортизационный эффект» [1, р. 1770]. Неформальную сеть социальной поддержки образуют члены семьи, родственники, друзья, коллеги, соседи, члены клубов, объединений, конфессий, в которых состоит индивид/семья. Помимо нее к удовлетворению возникших нужд может быть подключена и формальная сеть социальной поддержки, которую составляют профессионалы и организации, предоставляющие услуги. Состояние сети социальной поддержки человека или семьи, ее готовность прийти на помощь и желание, а также возможность обратиться к ней, определяют успех в совладании с различными жизненными ситуациями. Подобное знание воплощается в практике, основанной на работе с сетями социальной поддержки индивида/семьи. Применение подобного подхода естественно в практической социальной работе. Специалисты осуществляют диагностику сетей социальной поддержки клиентов и строят на ее результатах сетевое вмешательство. Рассмотрим возможности такого подхода на примере работы с семьями с детьми-инвалидами.

В качестве инструментария, позволяющего исследовать сеть социальной поддержки клиента, может использоваться Карта социальной сети и дополняющая ее Таблица сети (авторы – Tracy, Whittaker, 1990) [2, с. 176-177].

Среди характеристик сети социальной поддержки, которые они в своей совокупности дают возможность оценить, являются:

- размер сети;
- размер каждого из секторов (семья; друзья и др.);
- доступность различных видов поддержки;
- степень критичности членов сети по отношению к индивиду;
- близость отношений;
- направленность помощи и взаимность;
- частота контактов;
- стабильность (длительность) отношений.

Например, анализируя сеть социальной поддержки семьи с ребенком-инвалидом, мы можем выяснить, что сеть ограниченная, сфокусированная на семье, что среди видов поддержки наиболее распространена эмоциональная, но не достает информационной поддержки, и так далее.

Полученные результаты ложатся в основу сетевого вмешательства. Оно, в свою очередь, осуществляется в нескольких направлениях, а именно:

- Расширение сети социальной поддержки посредством увеличения количества людей в сети клиента;
- Усиление сети социальной поддержки посредством возрастания или интенсификации предоставляемого типа социальной поддержки;
- Изменение сети социальной поддержки посредством прекращения взаимодействий с некоторыми людьми и включения в нее новых людей;
- Изменение характера взаимодействия с членами сети для того, чтобы увеличить позитивные отношения, характеризующиеся готовностью помочь и снизить негативные интеракции;
- Помочь клиентам понять реципрокную природу социальной поддержки, с тем чтобы они также предоставляли поддержку другим людям в их сети [3, с. 43].

Приведем примеры некоторых возможных профессиональных действий специалиста по социальной работе при работе с сетью социальной поддержки семьи с ребенком-инвалидом.

Наиболее очевидным вариантом работы является расширение сети, которое может осуществляться посредством создания связей с теми, кто переживает подобный опыт. Так, родители детей с ограниченными возможностями выступают как организаторы или участники сообществ родителей детей-инвалидов. Специалист по социальной работе при этом либо направляет их в подобного рода объединения, либо выступает инициатором создания таковых.

Если описанную выше идею расширения сети нельзя считать недавно появившейся, то виртуальные социальные сети поддержки – новый виток в развитии сетей социальной поддержки. Это актуально как для города, где ритм жизни не позволяет часто видеться, а доступ к Интернету дает возможность быть на связи всегда или почти всегда, так и для села/деревни, куда «пришел Интернет» и позволил расширить границы, в частности, в поиске нужного специалиста или обмене опытом.

Проекты взаимопомощи, в том числе, запускаются через краудфандинговые платформы, где посредством народного (коллективного) финансирования возможен сбор средств для старта подобного рода идей. Так, например, сервис краудфандинга Планета.ру размещал на своем ресурсе проект «Мобильное приложение «KindlyPay», который позиционировался как сеть, где зарегистрированные пользователи могут размещать свою просьбу о помощи и откликаться на просьбу другого человека, при этом оказание помощи возможно только на безвозмездной основе [4]. И как видно из приведенного примера, подобные сообщества не обязательно объединяют только тех, кто испытывает похожие проблемы.

Среди уже действующих в сети проектов можно назвать «Мир Спасибо», позиционирующий себя как «сервис безвозмездной помощи людям, позволяющий всем категориям граждан размещать свои объявления о необходимой помощи во всех возможных сферах жизни» [5].

Расширяя сеть социальной поддержки семьи с ребенком-инвалидом, важно выходить за пределы проблемы болезни одного из членов семьи. Потребности других членов семьи также служат источником развития сети. Включение в новые отношения, связанные с удовлетворением личных интересов (например, хобби, спорт, работа) разных членов семьи, обеспечивает разнообразие связей семьи. Подобное направление действий способствует, в том числе, профилактике истощения ухаживающего. Как утверждают исследователи, вопрос предупреждения истощения того, кто предоставляет помощь, может иметь решающее значение для сохранения его потенциала удовлетворять потребности нуждающегося в уходе и заботе [6]. Поэтому в государственных организациях социального обслуживания, представляющих собой формальную сеть социальной поддержки, развивается программа «Передышка», обеспечивающая присмотр и занятия с детьми-инвалидами в течение нескольких часов. В это время родители получают «возможность уладить неотложные дела или просто отдохнуть, сменить обстановку» [7, с. 588].

Следующее направление работы в рамках сетевого вмешательства – усиление сети социальной поддержки посредством возрастания или

интенсификации предоставляемого типа социальной поддержки – не менее актуально в работе с семьями с детьми-инвалидами. В разные периоды для семьи особенно значима может быть либо эмоциональная, либо информационная, либо материальная поддержка. Обеспечиваемая сетью социальной поддержки нужная в конкретный момент помощь позволяет справляться с новыми вызовами.

Воздействие на сеть социальной поддержки семьи, как стало понятно из перечня направлений действий, возможно также как путем прекращения взаимодействий с некоторыми людьми, так и изменения характера взаимодействий с членами сети. О разрыве отношений речь идет, когда кто-то оказывает негативное влияние на человека, вовлекая его в деятельность, имеющую негативные личные, семейные и социальные последствия.

Наконец, получая помощь от других, важно не забывать о взаимности в отношениях. Чтобы связь с кем-либо не была односторонней, семье необходимо также предоставлять поддержку другим людям в ее сети.

Думается, что развитие усилий, связанных с работой над изменением характера взаимодействий с членами сети семьи с ребенком-инвалидом, а также с укреплением реципрокных отношений, является значимым направлением деятельности государственных организаций социального обслуживания семьи и детей, представляющих формальные институты социальной поддержки, и может быть осуществлено, в том числе, посредством проектного подхода.

Список литературы

1. Edith A. Lewis, Zulema E. Suarez. Natural Helping Networks// Encyclopedia of social work. Vol. 2. P. 1765-1772.
2. Социальная работа как профессия. Учебное пособие. Под общей редакцией З.Х. Саралиевой. – Н. Новгород: ННГУ, 1996. 316 с.
3. Compton Beulah Roberts. Social work processes/ Beulah Roberts Compton, Burt Galaway. – 6th ed.
4. <https://planeta.ru/campaigns/kindlypay> – Официальный сайт сервиса краудфандинга Планета.ру
5. <https://mirspasibo.ru> – Официальный сайт сервиса «Мир Спасибо»
6. Лифинцев Д.В., Лифинцева А.А. Организация социальных сетей поддержки в социальной работе//Доступ через: <http://www.bgarf.ru/science/journal-izvestia/17-2011/nepreryvnoe-professionalnoe-obrazovanie.pdf>
7. Энциклопедия социальных практик поддержки инвалидов в Российской Федерации / Под ред. проф. Е.И. Холостовой, проф. Г.И. Климантовой. М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К^о», 2015 824 с.

**НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ
СОЦИАЛЬНОЙ СРЕДЫ ДЛЯ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**
**LEGISLATION TO ENSURE ACCESSIBILITY
OF SOCIAL ENVIRONMENT FOR DISABLED PEOPLE**

Е.Г. Панькова

Национальный исследовательский

Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарева, г. Саранск

E.G. Pankova

Ogarev Mordovia State University, Saransk

Рассматривается и раскрывается содержание и значение основных международных и федеральных нормативно-правовых актов в области обеспечения доступной социальной среды для лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов.

The article examines and reveals the content and significance of the main international and federal regulatory acts in the field of providing an accessible social environment for persons with disabilities and persons with disabilities.

Ключевые слова: инвалид, лицо с ограниченными возможностями здоровья, право, равенство, достоинство, социальное государство

Keywords: disabled, person with disabilities health, law, equality, dignity, social state

В Конституции РФ, в статье 7 провозглашается, что Россия является «социальным государством» [1]. Это значит, что законодательство России закрепляет широкий круг социальных гарантий различным категориям граждан и закрепляет принцип равных прав, в том числе и в отношении инвалидов.

Российской Федерацией ратифицировано большое количество международных документов, защищающих права всех своих граждан, в том числе и лиц с ОВЗ, и она является активным субъектом, активно участвующим в мировой социальной политике. В последние 2 десятилетия мировая социальная политика формируется исходя из целостного подхода. Благодаря этому все международные документы, защищающие интересы социально уязвимых групп, ориентированы на защиту интересов всех членов общества в отдельности. Данный принцип был впервые закреплён во Всеобщей декларации прав человека, принятой резолюцией 2187 А (III) Генеральной Ассамблеи ООН от 10 декабря 1948 г.: «Каждый человек должен обладать всеми правами и всеми свободами, ... без какого бы то ни было различия» [2].

Опираясь на положения и основные идеи Всеобщей декларации прав человека, на международном уровне в дальнейшем были приняты нормативно-правовые документы по защите прав и интересов наиболее уязвимых групп населения. Для лиц с ОВЗ это были «Декларация о правах умственно отсталых лиц», принята резолюцией 2856 (XXVI) Генеральной Ассамблеи от 20 декабря

1971 г. и «Декларация о правах инвалидов», принятая резолюцией 3447 (XXX) Генеральной Ассамблеи от 9 декабря 1975 г.

Копенгагенская декларация о социальном развитии (6-12 марта 1995 г.) заложила основы изучения социальной интеграции как важнейшего процесса и результата для доступной среды. Было определено, что социальная интеграция – важная цель социальной политики *«...путем формирования такого общества, которое было бы стабильным, безопасным и справедливым и которое основывалось на принципах защиты всех прав человека, а также на принципах недискриминации, терпимости, уважения многообразия, равенства возможностей, солидарности, безопасности и участия всего населения, в том числе групп и лиц, находящихся в неблагоприятном положении, и уязвимых групп и лиц»* [2].

«Доклад о мировом социальном положении Социальная уязвимость: источники и задачи» (Организация Объединенных Наций, Нью-Йорк, 2003 г.) стал документом, наиболее точно отражающим современное положение лиц с ОВЗ, так как в основу социальной уязвимости было положено *«наличие в какой-либо форме изоляции...»* [2]. Было обосновано, что социальная уязвимость инвалидов сопряжена и обуславливает бедность, существование социально-культурных предрассудков, дискриминационных отношений и практик, предопределяет низкий уровень жизни лиц с ОВЗ.

Конвенция о правах инвалидов принята Генеральной Ассамблеей ООН 13 декабря 2006 г., заложила законодательные основы понятия доступная среда на международном уровне. Закрепляется понятие «разумное приспособление», которое означает проектирование продуктов и среды, которая доступна для каждого человека и не нуждается в адаптации; это обоснованное приспособление среды под потребности инвалидов.

Обеспечение «разумного приспособления» включает в себя понятие «универсальный дизайн», целью которого является максимальное приспособление окружающей среды для доступности всего общества в целом. Доступная среда должна быть приспособленной, давать инвалиду равные со всеми права, а также не препятствовать осуществлению защиты прав других граждан [3].

Ратификация Конвенции о правах инвалидов повлекла за собой ряд новшеств в законодательстве Российской Федерации. В течение 6 лет (Конвенция была принята в 2006 г., а ратифицирована Россией в 2012 г.) проведена масштабная работа по внесению поправок в законодательство, обеспечивающих реализацию в России положений конвенции. В связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов вступил в силу ФЗ № 419 от 1.12.2014 г. «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ по

вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов». Данный закон стал очередной вехой развития доступной среды в РФ и повлек за собой внесение изменений в 25 федеральных законодательных актов и в 715 региональных законодательных актов, дискриминирующих инвалидов [4].

Начиная с 1 января 2016 г. было запрещено введение в эксплуатацию новых зданий, не приспособленных для передвижений инвалидов, а также закупка общественного транспорта, не предназначенного для передвижения инвалидов. Обеспечение доступной среды нашло отражение в различных кодексах (Кодекс РФ об административных правонарушениях, Градостроительный Кодекс РФ). Основным документом, в котором описываются основные требования к инклюзивной среде, является Свод правил СП 59.13330.2012 «СНиП 35-01-2001. Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения».

Согласно статье 2 ФЗ от 24.11.1995 г. № 181 «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», государство вырабатывает и производит систему мер, направленных на обеспечение равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества. В законе регламентирован порядок обеспечения условий доступности для инвалидов объектов социальной, инженерной и транспортной инфраструктур и предоставляемых услуг, а также оказания им при этом необходимой помощи [5].

Первой масштабной мерой по защите прав лиц с ОВЗ после ратификации Конвенции о правах инвалидов стала многоцелевая государственная программа «Доступная среда». Постановлением Правительства РФ от 1.12.2015 г. №1297 была утверждена на 2011-2020 годы. Целью программы является создание институциональных, экономических и правовых условий, способствующих интеграции инвалидов в общество и повышению уровня их жизни.

Программа «Доступная среда» действует не только на федеральном уровне, существуют и работают одноименные программы во всех регионах России и на муниципальных уровнях.

Работа по обеспечению доступной среды в РФ ведется по различным направлениям: разработка стандартов социального обслуживания людей с ограниченными возможностями, стандартов помещений, транспорта, парковок, лестниц, пандусов для инвалидов и маломобильных категорий населения, а также виды диагностики выполнения данных стандартов.

Большая работа ведется и по разработке программ образования для людей с ограниченными возможностями здоровья. Сейчас ее результатами можно назвать введение ФГОС начального общего образования обучающихся с ОВЗ,

адаптивных образовательных программ и разработка и включение в федеральный перечень учебников для детей с ОВЗ до 10 класса.

Таким образом, законодательство по обеспечению доступности среды лиц с ОВЗ в Российской Федерации является хорошо развитым, однако отсутствие органов надзора эффективности исполнения нормативно-правовых документов допускает возможность исключительно формального исполнения данного законодательства.

Список литературы

1. Конституция Российской Федерации (1993). М.: Приор, 2001. 48 с.
2. Всемирный доклад об инвалидности [Электронный ресурс] // Официальный веб-сайт ООН – Режим доступа: www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_ru.pdf
3. Конвенция о правах инвалидов [Электронный ресурс] : Принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи от 13 декабря 2006 года // официальный веб-сайт ООН – Режим доступа : http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/hr_education.shtml
4. Безбарьерная среда: некоторые важные результаты и показатели 2016 года [Электронный ресурс]: официальный сайт Правительства РФ – Режим просмотра: <http://m.government.ru/info/27282/>
5. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации [Электронный ресурс]: Федеральный закон Российской Федерации от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ – справ.-правовая система «Консультант-Плюс». [М., 2018]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/

**АНАЛИЗ СИТУАЦИИ В СФЕРЕ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
И ПОДДЕРЖКИ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ
В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН:
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ**
**ANALYSING THE SITUATION WITH SOCIAL PROTECTION
AND SUPPORT TOWARDS PEOPLE WITH DISABILITIES IN THE
REPUBLIC OF TAJIKISTAN: CURRENT STATUS AND PROSPECTS**

М.Г. Петрушков
*Российско-Таджикский Славянский университет,
Национальная ассоциация исследователей
государственной политики и управления Республики Таджикистан,
г. Душанбе, Республика Таджикистан*

M.G. Petrushkov
*Russian-Tajik Slavonic University,
National association researchers of State policy and
Management in Republic of Tajikistan,
Dushanbe, Republic of Tajikistan*

Исследуются вопросы социальной защиты лиц с ограниченными возможностями: проведен анализ стратегических задач национальной программы и анализ современного состояния финансирования сферы социальной защиты ЛОВ; осуществлена сравнительная оценка возможности достижения ожидаемых результатов Национальной программы реабилитации инвалидов и Программы среднесрочного развития Республики Таджикистан в области социальной защиты ЛОВ. Представлены практические рекомендации по внедрению ключевых компонентов рамок для перевода «Национальной программы реабилитации инвалидов на 2017-2020 гг.» на бюджетирование, ориентированное на результат.

The work deals with social protection of people with disabilities: namely it analyzes the strategic objectives of the national program and how well social protection of people with disabilities is financed. The paper provides a comparative assessment of how likely the National Program for the Rehabilitation of Disabled People and the Medium-Term Development Program of the Republic of Tajikistan in the field of social protection of people with disabilities are to meet expectations. The paper provides practical recommendations to facilitate implementation of the key components of the framework to enable result-oriented budget funding for the 2017-2020 National Program for the Rehabilitation of Disabled People.

Ключевые слова: люди с ограниченными возможностями, Национальная программа реабилитации инвалидов, государственная программа социальной защиты, бюджет, финансирование, бюджетирование, ориентированное на результат

Keywords: people with disabilities, National Program for the Rehabilitation of Disabled People, State Social Protection Program, budget, financing, performance related budgeting

В последнее время все большее внимание со стороны гражданского общества и государства уделяется вопросам социальной защиты, реабилитации и инклюзии людей с ограниченными возможностями (далее – ЛОВ). Исследования в области реализации государственных программ для создания равных условий социального обеспечения ЛОВ привлекают внимание

международной общественности. Важность результативности и эффективности реализации государственных стратегий и программ становится особым постулатом в процессах разработки и реализации государственной политики.

В Послании Президента Республики Таджикистан Э. Рахмон Маджлиси Оли Республики Таджикистан от 22.12.2017 г. отмечается: «...Необходимо придавать серьезное значение современным методам оценки принятых стратегий и программ, а программное финансирование в дальнейшем осуществлять по их результатам и эффективности...» [1].

Обзор проводимых в этом направлении исследовательских работ представителей гражданского общества различных стран свидетельствует о том, что «управление результативностью» для достижения желаемого конечного состояния является необходимым условием для разработки и реализации государственных программ, в частности, в области социальной защиты ЛОВ.

Численность инвалидов в мире продолжает расти в связи с различными факторами, такими как рост распространенности хронических заболеваний, непреднамеренных травм, эффективное лечение крайне тяжелых заболеваний, ранее приводящих к летальным исходам, рост продолжительности жизни и соответствующее увеличение количества людей пожилого и преклонного возраста.

По оценкам Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ), в настоящее время свыше 1 миллиарда людей (15% населения всех стран мира), в том числе около 100 миллионов детей (5.1%), живут, имея какую-либо форму инвалидности. При этом инвалидность непропорционально поражает уязвимые слои населения и более распространена среди женщин, пожилых людей и бедных людей. Подавляющее большинство инвалидов, примерно 80%, живут в странах с низким уровнем дохода [2]. В связи с этим комплекс проблем, связанных с лицами с инвалидностью, выходит на первый план в «повестке дня» любого государства, особенно, социально ориентированного, такого, как Таджикистан.

По данным государственной статистики, на декабрь 2016 г. в Республике Таджикистан численность инвалидов, состоящих на учете в органах социальной защиты населения, составила 144 886 человек, что на 2,5 тысячи человек больше, чем в предыдущем году. Ежегодно в стране свыше 7-8 тысяч человек впервые признаются инвалидами [3, с. 160-161].

Показатели «*инвалидизации*» среди детей до 18 лет в Таджикистане, к сожалению, существенно не изменились и продолжают сохраняться в последние 6 лет на довольно высоком уровне. Количество детей инвалидов в 2016 г. по сравнению с 2010 г. увеличилось на 857 человек, а по сравнению с 256

предыдущим 2015 г. – на 1121 человек. В целом, если на 10 тыс. человек приходится в общем 17 инвалидов, то на 10 тыс. детей – 67 детей инвалидов. Это соотношение свидетельствует о высокой доли инвалидности среди детей.

Рост числа инвалидов в стране сопровождается ухудшением их материально-социального положения в связи с рядом причин, главными из которых являются сложное экономическое состояние республики, рост потребительских цен, недостаточное поступление средств в Пенсионный Фонд (далее – ПФ) и Фонд социальной защиты населения (далее – ФСЗ). С одной стороны, это ведет к росту «давления» расходов на социальное обеспечение лиц с инвалидностью на государственный бюджет, с другой стороны, к маргинализации лиц с инвалидностью и росту бедности среди этой уязвимой категории граждан.

В связи с этим в качестве экстренных, превентивных, антикризисных мер был проведен ряд мероприятий:

1. В 2012 г. в соответствии с введенными изменениями в методологию сбора данных дети младше 2 лет перестали регистрироваться как лица, имеющие инвалидность, а были закреплены за учреждениями услуг раннего вмешательства.

2. В 2012 же году, в соответствии с «Положением о медико-социальной экспертизе» (Приложение к совместному распоряжению Министра труда и социальной защиты населения от 2 мая 2012 г., № 73 и Министра здравоохранения Республики Таджикистан от 2 мая 2012 г., № 189) началось тотальное переосвидетельствование инвалидов в Республике Таджикистан, вследствие которого многим официально зарегистрированным инвалидам была изменена группа инвалидности, а часть лиц, ранее имевших официально признанную инвалидность, и вовсе лишились ее.

3. В соответствии с вышеупомянутым Положением некоторые заболевания были исключены из перечня заболеваний, на основании наличия которых обратившимся производилось присвоение соответствующей группы инвалидности, либо были введены критерии тяжести заболеваний, дающие право претендовать на присвоение группы инвалидности при освидетельствовании. Итоги не заставили себя ждать: количество лиц с официально признанной инвалидностью в 2014 г. по сравнению с 2013 г. сократилось с 167,8 до 147 тысяч человек [3, с. 160], что привело, в свою очередь, к сокращению «нагрузку» на бюджет.

Однако события последующих лет показали, что данная мера может быть применена лишь в качестве паллиатива, и то, по возможности, как можно реже. В отличие от официального реальное количество лиц с инвалидностью от проведения переосвидетельствования практически не уменьшается, зато

вследствие отмены пенсии для определенных категорий ухудшается социальное положение этих слоев населения в стране.

Кроме того, необходимо подчеркнуть, что в связи с весьма ощутимым для населения страны бременем временных, финансовых, административных и иных затрат на получение статуса «лицо с инвалидностью» вкупе с низкой правовой грамотностью и скромным объемом предоставляемой помощи, многие таджикистанцы с ограниченными возможностями не обращаются в соответствующие государственные инстанции для присвоения им официального статуса «инвалид». Это, в свою очередь, дает основание различным независимым экспертам делать предположение, что реальное количество инвалидов Республике Таджикистан «перешагнуло отметку в 3% от всего населения страны» и в количественном выражении приближается к отметке в 300 тысяч человек.

Возникает непреодолимая, на первый взгляд, проблема обеспечения соответствующей социальной защиты ЛОВ. Сокращение финансирования социального обеспечения ЛОВ невозможно, ведь и так на современном этапе большая часть лиц с инвалидностью практически находится за чертой бедности и выживает лишь благодаря государственному социальному обеспечению. Снижение и без того невысокой пенсии по инвалидности и различных социальных пособий фактически поставит ЛОВ за грань выживания, что абсолютно недопустимо для современного социального государства.

Стремясь улучшить социально-экономическое и психологическое состояние лиц с инвалидностью, Правительство Таджикистана в 2016 г. приняло документ, ставший важнейшим компонентом национальной системы реабилитации ЛОВ, – «Национальную программу реабилитации инвалидов на 2017-2020 гг.» (утвержденную Постановлением Правительства РТ от 28.10.2016 года, № 455) (далее – НПРИ), основными целями которой являются:

- инклюзия лиц с инвалидностью;
- содействие в активном участии ЛОВ в хозяйственной, социальной, экономической, предпринимательской и иных видах деятельности;
- создание условий для увеличения доходов ЛОВ;
- улучшение жизни лиц с инвалидностью и снижение объема средств, выделяемых государством для обеспечения минимальных стандартов жизни ЛОВ.

НПРИ разрабатывалась как компонент реализации Таджикистаном «Целей устойчивого развития ООН» на основе базовых прав человека и личности, с учетом всех правовых документов и стратегий страны, внедряемых в последние годы, в частности, с учетом Закона РТ «О социальной защите

инвалидов». Этот Закон закрепил равное участие инвалидов в общественной жизни Таджикистана посредством обеспечения гарантированного доступа к услугам здравоохранения, реабилитации, образованию, трудоустройству, профессиональному обучению, к объектам культуры, спорта и развлечения, к транспорту, общественным местам и ИКТ.

Основной упор НПРИ сделан на пяти стратегических направлениях, среди которых наиболее актуальное – 3-е направление – «Социальная защита», включающее приоритетную социально-экономическую поддержку и расширение спектра социально-реабилитационных услуг лицам с ограниченными возможностями.

Особое внимание НПРИ уделяет детям с инвалидностью. Это выражается в акценте на неукоснительном обеспечении равного доступа к образованию, ранее закрепленному в «Национальной концепции инклюзивного образования для детей-инвалидов» (утвержденной Постановлением Правительства РТ от 30.04.2011 г., № 228), обязывающей все образовательные учреждения Республики Таджикистан обеспечить доступ и получение образования детьми с инвалидностью без дискриминации.

В связи с этим возникают закономерные опасения, что к моменту завершения срока реализации НПРИ из-за отсутствия четких количественных и финансовых индикаторов реализации этой программы будет невозможно оценить ее эффективность, степень увеличения интеграции ЛОВ в социально-экономическую жизнь общества, да и в целом эффективность системы социальной защиты ЛОВ в Республике Таджикистан.

На наш взгляд, необходим безотлагательный переход финансирования НПРИ *на бюджетирование, ориентированное на результат* (далее – БОР).

При наличии таких рамок уполномоченные лица и ведомства, ответственные за выработку и реализацию государственной политики, смогут лучше и эффективнее контролировать процесс бюджетирования, а также выделять ресурсы в соответствии с приоритетами Правительства.

Список литературы

1. Послание Президента Республики Таджикистан Э. Рахмон Маджлиси Оли Республики Таджикистан от 22.12.2017 г.
2. ВОЗ. Информационный бюллетень, 2017. Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/ru/> (дата обращения: 01.12.2017).
3. Статистический ежегодник Республики Таджикистан, 2017. Агентство по статистике при Президенте РТ, 2017.

ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ ПСИХИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ GENDER ASPECT OF MENTAL ILLNESS

С.В. Праводелов
Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского
S.V. Pravodelov
Lobachevsky University

Психические заболевания проявляются и протекают по-разному у мужчин и женщин. Это дает почву для проведения исследований в данном направлении. Гендерные аспекты психических заболеваний открывают нам возможность детального рассмотрения психического заболевания. Рассмотрены социокультурные и генетические аспекты психических заболеваний.

Mental illness manifests itself and proceeds in different ways in men and women. This provides the basis for research in this direction. The gender aspects of mental illness open up the possibility of a detailed examination of mental illness. The article deals with the socio-cultural and genetic aspects of mental illness.

Ключевые слова: психическое заболевание, ролевая перегрузка, социальная роль, социально-ролевые стереотипы

Keywords: mental illness, role overload, social role, socio-role stereotypes

Как таковые психиатрические концепции, которые объясняют гендерные различия в психических заболеваниях, пока не разработаны, но можно выделить такие гендерные различия, как социокультурные и генетические аспекты заболеваний.

В процессе социализации в современном мире к женщинам и мужчинам предъявляют разные требования. Образ мужчины в обществе включает в себя такие качества, как ответственность, самостоятельность, способность принимать решения и отвечать за них, смелость, активность. От женщины ожидают более осторожного поведения, эмоциональности, теплого отношения к окружающим, заботы о близких, умения сглаживать или предотвращать межличностные конфликты, аккуратность [1]. В меру агрессивное поведение мужчин в обществе поощряется, а женщинам приходится сдерживать свое агрессивное поведение, так как общество его не одобряет. Вследствие того, что женщинам приходится сдерживать и аккумулировать негативные эмоции, повышаются шансы их психических заболеваний.

Изначально диспропорции в уровне заболеваемости не существует, она возникает в результате политики «навешивания ярлыков» людям с психическими заболеваниями представителям обоих полов, чье поведение не соответствует закрепленным в обществе представлениям о «нормальности», наличия стереотипов в отношении женщин об их излишней эмоциональности,

чувствительности. Женские особенности поведения одновременно рассматриваются как нормальные, так и патологические. Неудивительно, что женщинам чаще ставится диагноз эмоционального либо психосоматического расстройства, ведь как «болезненные» классифицируются даже обычные для них состояния [1].

Можно выделить три модели гендерных различий в психиатрических расстройствах:

1. Психофизиологический подход, связывающий функциональные особенности женского организма с предрасположенностью к нервно-психическим заболеваниям.

2. Множественность ролей – это повышенное социальное давление, характеризующее социальную роль женщины в современном обществе. По причине ролевой перегрузки наступает нервно-психическая патология.

3. Социально-ролевые стереотипы – формируются в процессе первичной социализации. Культурно детерминированные нормы и стандарты поведения предписывают женщине при заболевании принимать лекарства и обращаться в медицинские службы за помощью, тогда как мужским стереотипом реакций соответствуют агрессия и алкоголизация [2].

У мужского пола чаще всего трудности связаны с профессиональным карьерным ростом и созданием семьи, а у женщин трудности связаны с ослаблением эмоциональных связей со взрослыми детьми. Чаще всего заболевания у женщин имеют социальную обусловленность – депрессивный синдром или тревога. Женщины попадают в стрессовую ситуацию из-за психосоциальных нагрузок. Им приходится совмещать огромное количество обязанностей в отличие от мужчин. Неравномерное распределение обязанностей по домохозяйству и воспитанию детей провоцирует у женщин ролевую перегрузку и повышенное нервно-психическое напряжение, вызывающее нарушения нервно-психического заболевания. Отсутствие самореализации в трудовой деятельности может привести женщину к депрессии. По данным некоторых исследований, психическое здоровье домохозяйек, как правило, хуже, чем у работающих женщин [2].

Генетический аспект влияет на многие психологические факторы личности, например, половозрастные, которые лежат в основе механизмов формирования и развития разнообразных психиатрических расстройств. Известно, что большинство особенностей психики человека, включая психические расстройства, его поведенческих особенностей обусловлены действием генетических факторов и характеризуются в той или иной степени выраженной наследственной предрасположенностью [3]. Но гены, вызывающие те или иные заболевания психотического ряда, не выявлены.

Огромное количество работ посвящено изучению межгенных взаимодействий в формировании неврозов, депрессивного фенотипа, шизофрении, психопатий. Огромный интерес, с точки зрения патогенетических аспектов психических заболеваний, представляют исследования по анализу гендерных различий [3].

Существуют механизмы формирования половых и гендерных различий, которые детерминированы воздействием андрогенов на мозговую систему человека, что позволяет высказать конкретные предположения относительно выраженности тех или иных качеств, признаков, свойств, особенностей (временных, личностных) психических заболеваний у мужчин и женщин [3]. Ученые из Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе (UCLA) во главе с Ся Ян установили, что тысячи генов ведут себя по-разному в одинаковых органах мужчин и женщин. Отсюда можно сделать выводы о различиях развития психических заболеваний у мужчин и женщин.

Для более точного понимания гендерной специфики психиатрических заболеваний необходимо учитывать не только социальные факторы, но и генетические аспекты предрасположенности мужчин и женщин. Гендерные аспекты психического заболевания в научном сообществе плохо изучены, и следует изучить данный вопрос более подробно, что может помочь в лечении и подходах к реабилитации психически больных.

Список литературы

1. Фролова Ю. Гендерный аспект психосоматических расстройств [электронный ресурс] Режим доступа: <http://elib.bsu.by/bitstream/123456789/11472/1/Фролова,%20Ю.%20Г.%20Гендерный%20аспект%20психосоматических%20расстройств.pdf>
2. Дзедисова А.А., Зотова М.О. Гендерные аспекты психического и психологического здоровья людей [электронный ресурс] Режим доступа: <http://textarchive.ru/c-1666013-p23.html>
3. Грошев И. Геномика психических заболеваний: исследование половозрастных и гендерных аспектов / И. Грошев // Врач. М: Издательство: Издательский дом "Русский врач". 2012. С. 14-17.

**МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СЕМЕЙ
С ТЯЖЕЛЫМИ НАСЛЕДСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**
**MULTIDISCIPLINARY SUPPORT OF FAMILIES WITH SEVERE
HEREDITARY DISEASES**

И.А. Серова, А.Ю. Ягодина
*Пермский государственный медицинский
университет имени академика Е.А. Вагнера
Министерства здравоохранения РФ, г. Пермь*
I.A. Serova, A.U. Yagodina
E.A. Vagner Perm State Medical University, Perm

Исследуются особенности адаптации больных муковисцидозом детей и их родителей. Выявлено, что дети и подростки относительно успешно адаптируются к существующим проблемам, в то время как родители детей больных муковисцидозом, испытывают серьезные социально-психологические потрясения. Семьи с тяжелыми наследственными заболеваниями нуждаются в мультидисциплинарной поддержке.

The article is devoted to the peculiarities of adaptation of children with cystic fibrosis and their parents. It was revealed that children and adolescents are relatively successfully adapted to existing problems, while parents of children with cystic fibrosis experience serious social and psychological shocks. Families with severe hereditary diseases need multidisciplinary support.

Ключевые слова: мультидисциплинарная поддержка, генетические заболевания, муковисцидоз, адаптация к болезни, комплексы неполноценности

Keywords: multidisciplinary support, genetic diseases, cystic fibrosis, adaptation to the disease, inferiority complexes

Цель мультидисциплинарного сопровождение семей с тяжелыми наследственными заболеваниями – побуждение к активному и осознанному отношению к себе на основе выявленных генетических особенностей.

Муковисцидоз – самое распространенное наследственное заболевание, протекающее с поражением практически всех органов и систем. Болезнь оказывает серьезное влияние на образ жизни людей, страдающих муковисцидозом. Пациентам ежегодно проводится большое количество обследований, ежеквартально необходим мониторинг основных жизненно-важных функций. Лечение включает диетотерапию, заместительную терапию ферментами поджелудочной железы, ингаляции муколитиков, коррекцию поражений печени, витаминотерапию, кинезитерапию, противовоспалительную терапию, санацию полости носа, антибактериальную терапию (внутривенную, пероральную, ингаляционную), лечение осложнений заболевания. Лечение должно быть последовательным, регулярным и постоянным. Терапевтические мероприятия распределяются в течение дня, а при тяжелом течении заболевания – и в течение ночи. При таком режиме в организации лечебного процесса активно участвуют не только медицинские работники, сам пациент,

но и все члены его семьи. Необходимые обследования и лечебные мероприятия отнимают много времени и требуют финансовых затрат. Сложная экономическая ситуация настоящего времени только усугубляет и без того непростое положение больных муковисцидозом и их семей. В силу указанных выше особенностей заболевания матери вынуждены находиться дома с больным ребенком, осуществлять уход и лечение. Кроме того, треть детей воспитываются в неполных семьях, некоторые испытывают трудности с жилищными условиями или выплачивают ипотечные кредиты в связи с приобретением жилья.

В декабре 2004 г. на базе пульмонологического отделения Пермской краевой детской клинической больницы организован Пермский региональный центр муковисцидоза (ПРЦМВ), который с момента своего возникновения стремился обратить внимание на мультидисциплинарное сопровождение патронируемых семей, а также Пермская региональная общественная организация «Общество помощи инвалидам и больным муковисцидозом» (2007), созданная родителями больных муковисцидозом детей и взрослыми пациентами. Основными целями организаций являются оказание всесторонней помощи и поддержки больным муковисцидозом, а также защита их законных прав и интересов.

Генетики называют наследование муковисцидоза аутосомно-рецессивным. Это значит, что рождение больного ребенка возможно (с теоретической вероятностью 1/4), если оба родителя являются носителями генетического дефекта. Таких носителей не так мало — один на несколько десятков человек. Внешне носительство никак не проявляется, родители могут быть совершенно здоровыми людьми, и рождение больного ребенка будет полной неожиданностью для всех. У одних и тех же родителей могут быть как больные дети, так и здоровые. Но в то же время есть и семьи, где больны все или почти все дети. Больные муковисцидозом могут создавать семьи. Раньше об этом не было и речи, потому что редко кто из них доживал до взрослого возраста, а те немногие, что доживали, очень сильно отставали в физическом развитии, так что речи не шло даже о вторичных половых признаках. До сих пор для многих больных затруднено или невозможно зачатие. Но, тем не менее, сейчас уже известен целый ряд случаев, когда молодые люди с муковисцидозом становились отцами или матерями. Есть такие семьи и в России. Более того: если второй супруг не является носителем дефектного гена, то дети таких пар будут клинически здоровыми. Соответственно, ведение пациентов предполагает медико-генетическое консультирование.

Как обеспечить участие пациентов в преодолении и профилактике болезни при помощи различных средств, в том числе внедрение методов заботы

как о самом себе, так и о своем будущем потомстве. Отношение к болезни, ее переживанию, средствам лечения менялось в ходе исторического развития. Этот процесс зависел от различных факторов, например, объяснения причин болезни, возможностей медицины, личностных качеств пациента. Исследование мнений и анализ оценок отношения пациентов к сложившемуся в обществе представлению о болезни чрезвычайно важны, в том числе для повышения эффективности лечения.

В настоящее время новые возможности для повышения активности пациента в отношении собственной болезни предоставляет социология медицины. Участвуя в качественных социологических исследованиях, пациент имеет возможность ретушировать образы болезни, менять переживание болезни, по-новому видеть личные и семейные перспективы. Метод глубинного интервью позволяет обсудить с пациентом оптимальные варианты отношения к болезни, фиксирует внимание на системе взглядов, ценностных ориентаций, установок, стереотипах участников лечебно-диагностического процесса, механизмах и моделях медико-социального поведения.

Попытка проведения глубинного интервью с заинтересованными пациентами, их братьями и сестрами по двум темам: «Я и моя семья» и «Мое будущее в моих руках» ставила задачу исследовать благосостояние пациента в пределах семьи, его отношения с братом или сестрой, влияние болезни ближайшего родственника на восприятие будущего. Для беседы с пациентом предполагалось использовать проектировочные рисунки для обсуждения мечты, возможных помощников в ее достижении, составление плана самосовершенствования, решение вопросов контроля и самоконтроля по его реализации. Оба интервью несли просветительскую и профилактическую функции – объяснение всем членам семьи, что такое генетическое заболевание, как его избежать с помощью рационального выбора брачных партнеров. Глубинное интервью с братьями и сестрами пациентов призвано сформировать установку разумной настороженности при планировании семьи.

Хотелось бы подчеркнуть, что не каждый человек нуждается в собеседнике. Согласие на интервью удалось получить только в пяти семьях, что свидетельствует о психологическом стремлении уйти от глубоко травмирующих обстоятельств жизни.

При использовании метода экспресс-диагностики депрессии [1] подростки демонстрировали результат от 3 до 6 баллов из 30 возможных, что не свидетельствовало о наличии у них депрессии. Они отмечали, что лишь иногда испытывали бессонницу, чувство грусти, ощущали необходимость усилий при умственных и физических нагрузках, недостаток энергии, чувствовали безнадежность в отношении будущего. Мамы больных муковисцидозом детей

имели очень высокий уровень депрессии – от 21 до 30 баллов. При этом отмечали, что почти всегда испытывают чувство безнадежности в отношении будущего. Несмотря на постоянную заботу о больных детях, осознавали себя никчемными и никому не нужными, характеризовали свое физическое, психологическое и социальное положение как «плохое» и «очень плохое». Очевидно, что в социально-психологическом плане муковисцидоз гораздо более негативно сказывается на состоянии родителей, нежели на состоянии самих пациентов. Дети, всю жизнь сосуществующие с болезнью, психологически адаптируются к ней, в то время как родители с трудом справляются с высокой социально-психологической нагрузкой и сложной социальной ролью, которую им приходится брать на себя в зрелом возрасте.

Для побуждения к активному и осознанному отношению к своему будущему средствами логотерапии была попытка использовать тест «Дерево» [2]. Дети со средней тяжестью заболевания и один из тяжелых пациентов просто мечтали исцелиться от болезни, только одна респондентка с тяжелой формой заболевания демонстрировала установку на преодоление препятствий: *«...Я часто болею, вынуждена пропускать много уроков. Поэтому, чтобы добиться чего-то в жизни, мне нужно идти своим особенным путем – не таким, как у остальных ребят...»*.

Преодоление комплексов неполноценности в семьях с тяжелыми наследственными заболеваниями традиционно возможно методом «жужжащей пчелы» – формирования многосубъектной оздоравливающей реальности, в которой действующими лицами являются не только врач, родители и пациент, но и социальные работники, психологи, социологи, юристы, экономисты, волонтеры, журналисты, благотворители, артисты, художники, тренеры, учителя, чиновники, соседи... Множественные соприкосновения здоровых и больных людей лечат и тех, и других.

Список литературы

1. Пакриев С.Г., Ковалев Ю.В. Экспресс-диагностика депрессий. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. №3. URL: // <http://medpsy.ru> (дата обращения 07.05.2016).
2. Серова И.А. Вкус меры. М.: изд.дом «Стратегия», 2007.

**ВЗАИМОСВЯЗЬ ВНУТРИСЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ
И ЖИЗНЕННОЙ СТРАТЕГИИ ИНВАЛИДА**
**A LINK BETWEEN FAMILY RELATIONSHIPS AND
THE LIFE STRATEGY OF THE DISABLED**

А.М. Сорокина

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И.Лобачевского»

A.M. Sorokina

Lobachevsky University

Жизненная стратегия ребенка-инвалида конструируется в семье. Семья может сформировать как активную, так и пассивную жизненную стратегию в зависимости от внутрисемейных отношений.

The life strategy of a disabled child is constructed in the family. The family can form both an active and a passive life strategy depending on the family relationships.

Ключевые слова: ребенок-инвалид, жизненная стратегия, социализация, внутрисемейные отношения

Keywords: disabled child, life strategy, socialization, family relations

Для большинства семей рождение ребенка – важное событие. Но некоторые семьи ждут испытание в связи с рождением у них ребенка с ограниченными возможностями здоровья. В России до сих пор придерживаются медицинской модели инвалидности, обеспечивая инвалидам лечение и выплаты пособий, объясняя это тем, что инвалид в дальнейшем не может быть полезен для общества [1].

На первых этапах жизни семьи с ребенком-инвалидом испытывают эмоциональное потрясение (от сомнения в правильности поставленного врачами диагноза до шока и самообвинения), изменяется привычный ход жизни, возникают финансовые трудности, связанные с затратами на лечение и реабилитацию ребенка, разрываются уже имеющиеся социальные связи. С возрастом становится заметнее, что такие дети не похожи на сверстников и, как следствие, происходит их социальная изоляция. Для ребенка с ОВЗ семья – это малая группа, где происходит его развитие и социализация, формирование его жизненной стратегии. Под жизненной стратегией понимается активность личности, направленная на самореализацию и связанная с понятиями жизненный путь, жизненный сценарий [2, 3]. В зависимости от внутрисемейных отношений формируется активная или пассивная жизненная стратегия.

Примерно четверть детей с ОВЗ воспитываются в неполных семьях [4]. Не выдержав свалившихся на него испытаний, отец уходит из семьи. Мать вынуждена решать множество проблем, связанных с жизнеобеспечением и

социализацией ребенка. Примерно половина детей воспитывается в полных семьях. В связи с большими финансовыми затратами отцам приходится искать дополнительный источник дохода. Это требует значительных затрат времени и сил, в связи с чем ребенку уделяется меньше внимания, поэтому вся забота о детях ложится на плечи матери. Остальные дети с ОВЗ проживают в многодетных семьях или воспитываются опекунами. В таких условиях детям уделяется недостаточно внимания, что оказывает влияние на их интеграцию в общество и формирование активной жизненной стратегии.

Родители оказывают большое влияние на конструирование жизненной стратегии ребенка-инвалида, особенно на ранних этапах социализации. Независимо от состава семьи (полные – неполные) социализация и реабилитация ребенка с ОВЗ может осуществляться по различным сценариям. Можно выделить несколько типов влияния семьи на формирование жизненной стратегии ребенка: развитие и доверие, нормализация, опека и изоляция, невмешательство в ситуацию, отчуждение [5].

Родители должны помочь детям определиться в постановке значимых жизненных целей и показать, что инвалидность не является решающим фактором, который может стать препятствием к их достижению.

Для формирования активной жизненной стратегии следует выявить сильные стороны ребенка-инвалида и развивать их, стараться не акцентировать внимание на недостатках. Родителям необходимо привлекать ребенка к выполнению посильных ему поручений по домашнему хозяйству, поддерживать ребенка в выборе хобби. Ребенку можно завести домашнее животное, что будет способствовать развитию самостоятельности, активности, настойчивости в достижении цели. Для более комфортной социальной адаптации необходимо научить ребенка самому общаться с окружающим миром. Для ребенка важно общение со сверстниками, это могут быть дети соседей, родственников, друзей семьи. Ребенок должен знать, как решаются бытовые проблемы, правила поведения в общественных местах (кино, театр, транспорт, магазины) [6].

Занятия адаптивным спортом играют большую роль в выборе активной жизненной стратегии, что усиливает социальный ресурс. По результатам исследования О.В. Юречко был сделан вывод, что в случае неудач 63 % инвалидов, занимающихся спортом, недовольны собой, в то время как 71% незанимающихся – недовольны обществом [7].

Существуют семьи, в которых родители не запрещают ребенку попробовать свои силы в различных видах деятельности, а так же самому решать возникающие проблемы. Однако, если ребенок не может самостоятельно разрешить возникающие трудности, родители всегда придут

ему на помощь. Главное в таких семьях, чтобы ребенок выбрал правильный жизненный путь.

Дети, выросшие в таких семьях, реально оценивают свои возможности, обладают высокой самооценкой. Это позволяет получить специальность, реализовать себя в общественной деятельности, открыть свое дело.

В результате такого воспитания ребенок не боится трудностей на своем пути, он ставит цели и определяет пути их достижения. Благодаря таким внутрисемейным отношениям у ребенка формируется позитивное видение мира и активная жизненная стратегия.

Существуют родители, которые не обращают внимания на особенности ребенка-инвалида, пытаются вырастить его не отличающимся от окружающих. Они отстаивают право ребенка на полноценную жизнь в обществе, стремятся дать ребенку образование, воспитывают в среде сверстников. Однако все же следует учитывать особенности ребенка, чтобы не нанести ему психологическую травму, поскольку он может не успевать за обычными детьми в силу своих особенностей. Такая система воспитания может развить в ребенке как активную, так и пассивную жизненную стратегию.

Часть семей, наоборот, акцентирует внимание на недостатке ребенка, болезнь возводится в культ, его оберегают от домашних дел, не дают возможность самостоятельно справляться с трудностями. При наличии в семье братьев или сестер, здоровых детей заставляют во всем уступать больному ребенку. В результате таких внутрисемейных отношений ребенок вырастает неуверенным в себе, эгоцентричным, несамостоятельным, с ярко выраженной иждивенческой позицией.

Родители, стесняясь своих детей-инвалидов, ограничивают или полностью избегают социальных контактов. Ребенка не водят на прогулки, общественные места, обучают дома. Вместо интеграции ребенка в социум ему обеспечивают изоляцию, поэтому у него не развиваются навыки коммуникации.

Поскольку ребенок-инвалид привыкает, что родные оберегают его от проблем, он с каждым днем становится все более зависимым от ближнего окружения, что не позволяет ему в будущем реализоваться во внешнем мире. Не наученный рассчитывать на свои силы ребенок во взрослой жизни он ожидает помощи извне (государство, волонтеры), а так же испытывает чувство одиночества и несправедливости судьбы. Таким образом, у него формируется пассивная жизненная стратегия.

Встречаются семьи, в которых родители детей-инвалидов полагают, что дети могут самостоятельно достигать поставленных целей. Если у ребенка что-то не получается, его не поддерживают и не помогают. Если ребенок

настойчиво требует помощи, то ему помогают, но не проявляют особой активности. В таких ситуациях ребенок испытывает тревогу и беспомощность. Такая позиция родителей оказывает двойственное влияние на формирование жизненной стратегии ребенка-инвалида. В одном случае у ребенка вырабатывается пассивность, инертность, отсутствие жизненных притязаний и он довольствуется тем, чем обеспечивает государство. В противном случае, ребенок, доказывая, что он не отличается от других членов семьи, имеет право на собственный выбор и возможность самореализации [8].

Имея ребенка-инвалида, отдельные семьи отгораживаются от него вплоть до полного прекращения общения. Забота о таком ребенке перекладывается на родственников (в основном бабушек и дедушек) или на профессионалов, в том числе в специализированных детских домах. При таком подходе в воспитании у ребенка формируется неуверенность в себе, замкнутость и даже агрессия. Ребенок-инвалид не приобретает навыки самообслуживания, у него возникают трудности с постановкой целей и не достаточно ресурсов для их достижения. В редких случаях при неимении поддержки родителей ребенок нацелен на решение проблем своими силами. Но в большинстве случаев рассчитывает на поддержку государства.

Ближайшее окружение детей-инвалидов оказывает большое влияние на формирование жизненной стратегии. Если родители помогают своему ребенку с формированием бытовых навыков, доверяют ему в постановке целей и в выборе методов их достижения, готовы оказать необходимую помощь, то и дети вырастают с адекватной самооценкой и уровнем притязаний, они открыты миру, умеют рассчитывать собственные силы и не ждут помощи от государства, то есть у них сформировалась активная жизненная позиция. Если в семье чрезмерно опекают ребенка-инвалида, не дают свободы выбора, изолируют от сверстников, родители отвергают ребенка, то в таком случае семья становится препятствием развитию и социализации ребенка. Формируется пассивная жизненная стратегия, ребенок-инвалид ждет помощи извне, не использует собственные ресурсы.

Список литературы

1. Костенко М.А. Проблемы социальной поддержки семей с детьми с врожденными нарушениями развития // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 1: Регионоведение: философия, история, социология, юриспруденция, политология, культурология. 2014. № 2 (139). С. 95-103.

2. Михайлова Т.А. Активизация жизнедеятельности лиц с инвалидностью как теоретическая проблема // Социальные отношения. 2016. № 4 (19). С. 77-85.

3. Тихонова И.В., Адеева Т.Н. Исследование жизненных траекторий лиц с ограниченными возможностями здоровья: методологический дискурс и типология // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2017. Т. 23. № 3. С. 210-216.

4. Потапова О.Н. Региональные особенности социализация нетипичных детей // Вестник Саратовского государственного технического университета. 2006. Т. 4. № 2 (17). С. 151-156.

5. Миронова М.В. Влияние семьи на жизненный путь ребенка-инвалида: автореф. дис. канд.социал.н. Екатеринбург, 2009. 20 с.

6. Блинков Ю.А., Игнатъева С.А. О коррекционной направленности семейного воспитания и обучения детей и подростков с отклонениями в развитии в процессе их реабилитации и социальной адаптации // Психолого-педагогический журнал Гаудеамус. 2006. Т. 2. № 10. С. 66-71.

7. Юречко О.В. Занятия адаптивным спортом как средство социализации людей с ограниченными возможностями //Теоретические и практические проблемы физической культуры и спорта Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 60-летию факультета физической культуры и спорта БГПУ / Под ред. О.В. Юречко. 2013. С. 215-223.

8. Миронова М.В. Семейные стратегии: ресурсы или ограничения жизненного пути ребенка-инвалида // Системная интеграция в здравоохранении. 2008. № 2. С. 55-61.

СЕМЬЯ КАК ФАКТОР ПСИХИЧЕСКОЙ ИНВАЛИДИЗАЦИИ FAMILY AS A FACTOR OF PSYCHIATRIC DISABILITY

С.А. Судьин

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

S.A. Sudin

Lobachevsky University

Исследуется роль семьи в формировании психической болезни на биологическом и социальном уровнях.

The role of family in a mental disease formation at the biological and social levels is investigated.

Ключевые слова: социология психического здоровья, семья психически больного, биологические и социальные факторы развития психических расстройств

Keywords: sociology of mental health, family with a mentally ill, biological and social factors of mental illness

Актуальность темы инвалидности и, в частности, психической инвалидизации, ставит в центр исследовательского интереса вопрос о факторах и механизмах ее формирования, понимание которых даст возможность разработки протективных и профилактических стратегий. В процессе психического становления именно семье принадлежит ключевая роль, которую мы предлагаем рассмотреть на биологическом, психологическом и социальном уровнях.

Вклад биологического компонента в процесс психической инвалидизации кажется очевидным: семья рассматривается как носитель определенных генетических особенностей, ответственных за формирование тех или иных психических нарушений на различных этапах взросления. В пользу этой версии говорят данные многочисленных исследований, полученных также с использованием близнецового метода. Драматический пример семьи Mr. Genain в которой у всех четверых дочерей-близнецов к 24 годам развилась шизофрения, стал хрестоматийным и используется едва ли не как главное доказательство наследственной природы шизофрении. Genain – это псевдоним, придуманный для сохранения конфиденциальности семьи, состоящий из двух греческих слов, означающих «ужасное рождение» [1]. Сестры Айрис, Нора, Мира и Эстер (под этими вымышленными именами они и вошли в историю) родились в апреле 1930 года в небольшом американском городке и сразу стали местной знаменитостью в силу уникальности факта одновременного рождения четверых монозиготных близнецов. Семья имела непростой анамнез — бабушка со стороны отца страдала паранойяльной шизофренией, родители девочек также имели проблемы с психикой, подвергали некоторых из них насильственным действиям и жестоким воспитательным практикам.

Если влияние биологического компонента не требует доказательств, то особенности проявления болезни в одной и той же семье не получится объяснить одними лишь наследственными факторами. В вышеупомянутой семье Mr. Genain можно проследить различия жизненных траекторий сестер в зависимости от модели взаимодействия с родителями: чем теплее были межпоколенные отношения, тем менее трагической была судьба девочек. Нора и Мира, к которым родители относились добрее, впоследствии вели самостоятельную жизнь, лишь иногда обращаясь за помощью к общественным организациям психиатрического профиля. Айрис и Эстер, которых родители характеризовали как «тупых» и «бесперспективных» и еще в раннем детстве повергли процедуре обрезания, в последующем демонстрировали низкие интеллектуальные возможности и, несмотря на наличие опыта работы, большую часть жизни провели в стационарных учреждениях [2].

Еще в 1984 г. в исследовании британских ученых М. Раттера и Д. Квинтона была установлена связь между душевным расстройством родителей и вероятностью развития психического нарушения у их детей. В рамках крупного лонгитюдного исследования были изучены 137 семей с 292 детьми в возрасте до 15 лет, в которых один из родителей имел опыт психиатрического лечения. Авторы выявили, что примерно треть этих детей не демонстрировала признаков каких-либо психических нарушений или поведенческих особенностей. У второй трети детей были отмечены преходящие психические нарушения, в то время как у последней трети душевные расстройства и поведенческие аномалии и часто возникали, надолго задерживаясь, либо не проходили вовсе. Наиболее неблагоприятными, с точки зрения проявления в последующих поколениях, были расстройства личности (враждебное, агрессивное, асоциальное, расторможенное поведение), а наиболее подверженными вредным последствиям родительских заболеваний оказались мальчики. Авторы обнадеживающе подчеркивают, что столь неутешительные данные свидетельствуют не о том, что родительская болезнь как биологический феномен является фактором риска, а о роли тех особенностей внутрисемейного взаимодействия, которые формируются вследствие психической болезни родителей [3].

Очевидно, что на выполнение родительских ролей крайне негативно сказываются депрессии. Было обнаружено, что матери, страдающие данным видом расстройств, демонстрируют меньшую вовлеченность в процесс социализации детей, практически не оказывают им поддержки, не обучают навыкам преодоления бытовых трудностей, более строги и склонны к жестким наказаниям за провинности. Они менее чувствительны и менее ответственны по отношению к своим обязанностям, менее доступны детям для общения и больше погружены в себя по сравнению с матерями, не страдающими депрессиями [4].

В этом контексте дети психически больных представляют собой группу риска, нуждающуюся в повышенном внимании не только со стороны медицинских, но и гражданско-общественных организаций, работающих в сфере психического здоровья. Конечно, нельзя вести речь о прямом наследовании родительских психических нарушений детьми; скорее, уместнее говорить об определенной предрасположенности, которая может перерасти в острое расстройство, а может остаться на всю жизнь гипотетическим риском в зависимости от целого ряда обстоятельств. Отсюда понятное желание вывести некоторые закономерности, которые могли бы сделать ситуацию более предсказуемой.

В последнее десятилетие появилось немало работ, в которых предпринимается попытка оценки взаимного влияния социальных и биологических факторов в развитии болезни у детей. Так, выявлено, что риск развития нарушения у ребенка тем выше, чем больше психотических эпизодов пережил его родитель, чем дольше длится заболевание и чем более выраженной является его симптоматика. Дело здесь не в том, что более сильная симптоматика обладает повышенными «способностями» к наследованию. Речь идет о том, что большая продолжительность родительской болезни затронула самые ранние стадии социализации ребенка, отняла больше времени на лечение и заставила дольше игнорировать его потребности в тот жизненный период, когда это было недопустимо. Формирующаяся депривация, усугубляющая общий негативный фон, рискует стать спусковым крючком начала болезни. Установлено, что у ребенка больше шансов развития психического расстройства в случае, если болезнь родителей проявилась в период его младенчества и самого раннего детства, нежели на более поздних стадиях социализации [5].

В этой связи необходимо упомянуть о качестве жизни, социально-психологических, бытовых и иных условиях, в которых живет ребенок группы риска по психическому заболеванию, чтобы они не провоцировали начала серьезного заболевания. Психогигиена в совокупности с усилением влияния благоприятных социально-экономических и прочих условий может стать решающим протективным фактором для ребенка. Такие обстоятельства, как бедность, безработица, семейное насилие, в том числе, сексуальное, семейная дисгармония и потеря близких будут травмирующими факторами даже для ребенка, не имеющего предрасположенности к развитию психических нарушений, не говоря уже о детях группы риска по этим видам заболеваний.

Протективные социально-психологические факторы поддаются усилению и развитию. Например, дети должны знать и осознавать, что их родители больны, что происходящие с ними время от времени изменения вполне естественны для их состояния. Дети должны осознавать, что они не виноваты в болезни своих родителей, которые, несмотря на свой недуг, продолжают их любить. К развитию защитных факторов относится также укрепление отношений со здоровым родителем, а также переключение на внешнее окружение, друзей, усиление внимания к школьной успеваемости, социально-одобряемым увлечениям и хобби.

Особое место в работе с детьми группы риска, особенно по психическим заболеваниям, принадлежит профилактической работе, благодаря которой могут быть снижены провоцирующие болезнь и усилены защитные факторы. Такая работа возможна в случаях, когда к решению задачи подключены

родители, родственники, специалисты, когда она носит систематический характер. У детей появляются неплохие шансы на нормальную социализацию, если все заинтересованные стороны будут работать над проблемой выстраивания нормальных детско-родительских отношений.

Социальные факторы формирования психической болезни в семье не исчерпываются трансляцией деструктивных коммуникативных моделей вследствие вынужденной дисфункциональности. В ряде случаев эта связь имеет обратный характер и выражается в стигматизирующей роли семьи по отношению к кому-то из своих членов. Относительно длительный период развития психического расстройства не только не позволяет провести моментальную диагностику состояния больного, но зачастую не дает ему поводов для обращения за медицинской помощью на первых этапах заболевания. В результате именно семья становится той средой, в которой происходит первичная «диагностика», основанная на сопоставлении текущего поведения родственника с его прежними паттернами, с общепринятыми правилами поведения и расхожими стереотипами безумия. В силу беспрецедентной важности семьи для человека, генерируемые ею оценки могут обладать невероятной программирующей силой и, в конечном итоге, формировать запрос на психиатрическое освидетельствование и лечение.

Список литературы

1. Davidson C.G. Abnormal psychology. NY: John Wiley and Sons, 2001. P. 288-289.
2. Duncan Connie. (2013). The Genain Quadruplets: A 55-year follow-up of two of four monozygous sisters with schizophrenia // Schizophrenia Research. doi 10.1016/j.schres.2013.06.011.
3. Rutter M, Quinton D (1984) Parental psychiatric disorder: Effects on children. Psychological Medicine 14: 853-880.
4. Berg-Nielsen T.S., Vikan A. & Dahl A.A. Parenting related to child and parental psychopathology: A descriptive review of the literature. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 2002. 7(4). P. 529-552.
5. Судьин С.А. Психическая болезнь как проблема социализации в межсиблинговом взаимодействии // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия Социальные науки №2(42). 2016. С. 111-118.

**ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОМОЩЬ ИНВАЛИДАМ В АЛЖИРСКОЙ
НАРОДНОЙ ДЕМОКРАТИЧЕСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**
STATE ASSISTANCE TO PERSONS WITH DISABILITIES
BY THE PEOPLE'S DEMOCRATIC REPUBLIC OF ALGERIA

Эльхади Хаддад
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского,
Алжирская демократическая республика*
Elhadi Haddad
*Lobachevsky University,
Algerian Democratic Republic,*

Речь идет о социальной политике Алжирской народной демократической республики в отношении людей с инвалидностью. Приводит конкретные нормативные акты регулирующие статус лица с инвалидностью, его права, обязанности государства по оказанию поддержки инвалидам.

The author describes the social policy of the people's democratic Republic of Algeria towards people with disabilities. Provides specific regulations governing the status of persons with disabilities, rights, duties of the state in providing support to people with disabilities.

Ключевые слова: Алжир, инвалид, социальная помощь, государственная поддержка
Keywords: Algeria, disabled person, social assistance, state support

Алжир – это самая большая и наиболее развитая страна на севере Африки. Он расположен у побережья Средиземного моря и занимает площадь 2381,7 тыс. км². Алжир имеет очень древнюю историю и древние традиции. Они сложились еще в доисламский период и сохранились до сих пор. Алжир является светским государством, но большинство его граждан исповедуют ислам. Соответственно, исламские нормы поведения влияют на все стороны жизни общества.

Одним из главных требований ислама является раздача пожертвований на бедных и больных. Государство как объединение людей тоже обязано осуществлять такую помощь. После освобождения от колониальной зависимости от Франции в стране началось формирование новой социальной политики, направленной на защиту и помощь людям с инвалидностью. Появились государственные учреждения и негосударственные организации, чья деятельность направлена на помощь людям с инвалидностью. Государство всячески поддерживает и способствует развитию различных ассоциаций, союзов, обществ, чья работа заключается в разносторонней помощи инвалидам и их адаптации к обычной жизни.

Парламентом принято несколько специальных законов, направленных на регулирование проблем, связанных с инвалидностью. Закон № 02-09 «О защите

и поощрения инвалидов» определил политику государства в области защиты прав человека, которая предусматривает защиту особых групп. Статья 20 данного акта определяет инвалидов как: «Каждый, независимо от возраста и пола, кто имеет генетическую, врожденную или приобретенную инвалидность, которая ограничивает его или ее способность заниматься деятельностью или несколькими основными видами деятельности в его личной или социальной повседневной жизни в результате его умственных, моторных или сенсорных функций». После установления инвалидности соответствующее лицо получает карточку инвалидности, которая позволяет ему воспользоваться приобретенными привилегиями, предоставленными ему законом.

Во-первых, получение социального гранта. В статье 20 данного Закона предусматривается, что «каждому инвалиду, у которого нетрудоспособность составляет 100% и не моложе 18 лет и без дохода, выделяется грант в размере 4000 дирхамов в месяц». Во-вторых, инвалид имеет право на пособие по социальному страхованию.

Другая форма этого «гранта солидарности» адресована инвалидам и пациентам с мышечной дистрофией, которые не моложе 18 лет, имеют хроническое заболевание, инвалидность или имеют карту инвалидности и не имеют никакого иного дохода. Грант составляет 1000 дирхамов в месяц в соответствии со статьей 50 Исполнительного декрета № 04/45, в котором указаны условия применения положений статьи 7 Закона № 02-09 о защите и поощрении инвалидов. Большинство инвалидов считают эти средства недостаточными для удовлетворения своих медицинских, образовательных и социальных потребностей. Они требуют, чтобы их ассоциации повышали выплаты до минимально гарантированного уровня оплаты за обслуживание 18 000 алжирских динаров. Дети-инвалиды имеют право на получение финансовой поддержки до достижения им совершеннолетия.

В соответствии с положениями Закона № 83-11 от 02.07.1983 г. о социальном страховании государство, осуществляющее социальную функцию, несет ответственность за интеграцию инвалида, который не является социально застрахованным в системе социального обеспечения как специальная категория. Он должен получать компенсацию за лечение и медицинское обслуживание, а также за протезы, инвалидные коляски, оплату социальным работникам и медицинское наблюдение.

Еще одно важное право, которые имеют в Алжире люди с инвалидностью на институциональную интеграцию. Институциональное спонсорство означает основную работу и постоянное наблюдение за обязательными и добровольными учебными программами и методологиями в отраслях и секциях, которые созданы для обеспечения этой категории.

Для детей с ограниченными возможностями гарантируется уход в раннем возрасте независимо от возраста, если инвалидность остается. Дети и подростки также подлежат обязательному обучению в учебных заведениях и учебных заведениях, где в этой области созданы соответствующие секции и отделения, особенно в школьных, профессиональных и больничных учреждениях. Лицам с ограниченными возможностями, которые учатся, для сдачи экзаменов, обеспечиваются соответствующие условия. Кроме того, государство следит, чтобы образовательные, профессионально-технические, жилые и транспортные объекты в государственных учреждениях были доступны для детей-инвалидов. Эти процедуры позволяют инвалидам приобретать профессиональные и практические знания для выхода на рынок труда и интеграцию в общество. Это важная часть политики, новое направление, гарантирующее инвалидам осуществление профессиональной деятельности, адаптированной к их возможностям.

Для этой цели в Алжире создан Государственный комитет по специальному образованию и профессиональному руководству. Он контролирует работу с людьми с инвалидностью в учебных заведениях, профессиональном образовании и специализированных учреждениях и направляет их в соответствии с потребностями, характером и степенью инвалидности. Существуют институты, которые созданы для обучения, и программы, принимаемые соответствующими министерствами, для психологической, социальной и профессиональной интеграции лиц с ограниченными возможностями.

После обретения независимости Алжир предпринял большие социальные усилия. В начале было всего 8 центров по уходу и реабилитации инвалидов. В 2010 г. – 441 центр специализировался на реабилитации различных видов инвалидности. А в 2013 г. было уже 500 образовательных учреждений для инвалидов.

Важным является право инвалида на работу. Успех занятости зависит от того, насколько члены общества, особенно работодатели и должностные лица, знают о праве инвалидов на получение оплаты труда, соразмерной их инвалидности, и что они не менее квалифицированы, чем обычные люди. В целях поощрения деятельности инвалидов и развитие их социальной и профессиональной интеграции созданы специальные организации адаптивной работы, которые учитывают характер инвалидности и степень умственных и физических способностей человека, помогая устроиться на работу.

В соответствии со статьей 19 Закона № 0,09 Государственная комиссия по специальному образованию и профессиональному руководству несет ответственность и за поиск подходящих рабочих мест для людей с

ограниченными возможностями. Список работ, на которых могут быть заняты инвалиды, определяется постановлением. Решения этого комитета являются обязательными для учреждений образования и профессионального образования, специализированных учреждений и организаций.

В этой связи закон требует, чтобы каждый работодатель выделил не менее 1% рабочих мест для инвалидов, признанных рабочими, но практическое применение этой статьи затруднено в конкретных предприятиях, где малое число рабочих мест. В случае, если невозможно применить 1% к учреждениям, в которых есть более одного работника, они должны выплачивать финансовый взнос, который определяется организацией и контролируется в специальном фонде для финансирования поощрения и продвижения людей с ограниченными возможностями. Если для занятия той или иной должности требуется прохождение определенного конкурса, человек с инвалидностью тоже может в нем участвовать. В соответствии со статьей 24 Закона № 02-09 ни один кандидат не может быть исключен из конкурса или профессионального экзамена, который позволяет ему участвовать в общественной или иной должности.

Важнейшим для людей с инвалидностью является право на интеграцию в социум, т.е. устранение барьеров для жизни. В целях восстановления социальной жизни и благополучия инвалидов закон ввел ряд мер, содействующих доступу к техническим устройствам и технической помощи для обеспечения физической независимости.

В государстве существует правило, что социальное жилье на первом этаже должно быть предусмотрено для инвалидов. Действует норма об освобождении от уплаты пошлин и налогов при приобретении туристических автомобилей со специальными счетчиками и получение водительских прав для инвалидов. Кроме того, действуют правила приоритета для доступа к общественным местам при наличии удостоверения об инвалидности, а также право на бесплатный проезд в общественном транспорте.

Таким образом, алжирское законодательство предусматривает широкий спектр различных видов помощи людям с инвалидностью в зависимости от их потребностей. Эта политика является частью внутренней политики государства, которая осуществляется в интересах населения страны.

**ПРОБЛЕМЫ ИНКЛЮЗИИ ДЕТЕЙ С ОВЗ
В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ШКОЛЫ**
**PROBLEMS OF INCLUSION OF CHILDREN WITH HIA
IN GENERAL EDUCATION SCHOOLS**

Т.В. Черкасова

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, г. Саранск

T.V. Cherkasova

Mordovian State University named after N.P. Ogareva, Saransk

Представлены результаты опроса школьников, направленного на выявление их отношения к детям с ОВЗ, к их обучению в общеобразовательных школах.

The article presents the results of a survey of schoolchildren, aimed at identifying their attitude towards children with HIA, to their education in general education schools.

Ключевые слова: дети с ограниченными возможностями здоровья, инвалидность, образование, инклюзия

Keywords: children with disabilities, disability, education, inclusion

Несомненно, проблема детской инвалидности – одна из острых проблем нашего общества. Ежегодно на свет появляется все больше детей с врожденными аномалиями развития, увеличивается и число недугов, приобретенных в раннем детстве. Инвалидность у детей означает существенное ограничение жизнедеятельности, способствует их социальной дезадаптации. Оказание только медицинской, материальной помощи не сможет в полной мере создать условия для интеграции инвалидов в общество. Освоение детьми с ОВЗ социального опыта, включение их в существующую систему общественных отношений требует от общества определенных дополнительных мер, средств и усилий (это могут быть специальные программы, специальные центры по социальной реабилитации, специальные учебные заведения). Но разработка этих мер должна основываться на знании закономерностей, задач, сущности процесса социально-педагогической реабилитации и обучения детей с ОВЗ в общеобразовательных учреждениях, исследованию которого и был посвящен наш опрос школьников по выявлению их отношения к детям-инвалидам.

Исследование было проведено в сентябре 2017 г. с использованием метода анкетирования. Оно проводилось в общеобразовательной школе с углубленным изучением отдельных предметов №18 г. Саранска РМ. Были опрошены ученики 10 А класса, всего 24 человека. Из числа опрошенных 16% составляли мальчики и 84% – девочки. У 41,5% респондентов есть друзья, знакомые люди, имеющие инвалидность. Очень важно знать, как относятся школьники к детям с ОВЗ. Результаты опроса представлены в таблице 1.

Т а б л и ц а 1

Отношение к детям-инвалидам

Отношение к детям-инвалидам	% от общего числа опрошенных
1. положительно	54
2. скорее всего положительно	20,8
3. никогда не задумывался (ась)	20,8
4. скорее всего отрицательно	-
5. отрицательно	-
6. другое	4,4
Всего	100

Также был получен ответ: «Я считаю, что дети-инвалиды те же самые люди, что и мы сами. Они ничем не отличаются от нас». В основном школьники к детям-инвалидам относятся положительно. Хотя большой процент опрошенных школьников никогда не задумывались о своем отношении к детям-инвалидам. Чтобы отношение не стало негативным, необходимо проведение мероприятий по его профилактике. Мнение школьников о месте трудностей, связанных с посещением школы и негативным отношением к детям-инвалидам среди остальных проблем, показано в таблице 2.

Т а б л и ц а 2

Место проблемы негативного отношения к детям с ОВЗ
среди остальных проблем

Вид проблемы	Общее
1. Проблемы со здоровьем	1-е место
2. Нехватка общения, отсутствие у них друзей	2-е место
3. Финансовые трудности	3-е место
4. Трудности с посещением школы	5-е место
5. Негативное отношение к детям с ОВЗ	4-е место

Изменение негативного отношения к детям-инвалидам считают возможным 66,4% школьников, лишь отчасти – 25%, нет – 4,1%, остальные 4,5% затрудняются ответить. Мнение детей о том, где должны обучаться дети-инвалиды, показано в таблице 3.

Т а б л и ц а 3

Образовательные учреждения, в которых должны обучаться дети с ОВЗ

Образовательное учреждение	% от общего числа опрошенных	
	мальчики	девочки
1. В специальных школах-интернатах	-	60
2. В домашних условиях	25	-
3. В обычных школах	50	30
4. другое	25	10

Среди вариантов «Другое» было отмечено: «Зависит от заболевания ребенка», «На выбор: дома или в обычных школах», «Зависит от желания

ребенка», «В обычных школах, для этого оборудованных». Девочки в большинстве своем считают, что дети-инвалиды должны обучаться в специальных школах, в то время как мальчики считают, что дети с ОВЗ должны получать образование в обычных школах. По нашему мнению, это связано с тем, что у девочек социальная установка сформировалась раньше, чем у мальчиков. Профилактику негативного отношения к детям с ОВЗ нужно начинать у детей в более раннем возрасте.

Создание специальных условий в обычных школах считают необходимым 78% школьников, затрудняются ответить 11% и не считают необходимым – 11%. Школьники отметили также условия, которые, по их мнению, должны создаваться для детей-инвалидов (таблица 4).

Т а б л и ц а 4

Условия, которые должны создаваться для детей с ОВЗ

Вариант ответа	%
1. Увеличение финансирования учебных заведений	35
2. Организовать обучение детей-инвалидов в одном классе со здоровыми детьми	13
3. сформировать в обычных школах специализированные классы для детей-инвалидов	7
4. Улучшить технич. оснащение школ, классов	10
5. Больше сил и времени сконцентрировать на организации надомного обучения	-
6. Проводить мероприятия по профилактике негативного отношения к детям-инвалидам	35
Всего	100

Таким образом, мероприятия по профилактике негативного отношения к детям-инвалидам являются одним из основных условий, которое необходимо, по мнению школьников, создавать. При этом девочки считают, что основным условием, создаваемым для детей-инвалидов, должна стать профилактика негативного отношения к ним окружающих, а мальчики основной упор делают на финансирование учебных заведений. Возможно, это связано с тем, что девочки быстрее, чем мальчики усваивают социальную установку и считают, что основной вид помощи детям с ОВЗ заключается не в финансировании, не в выплате материальной помощи, а в эффективной организации интегрированного образования обычных детей и детей с особыми нуждами.

Профилактика негативного отношения к детям-инвалидам должна включать в себя проведение мероприятий по раскрытию их проблем. Нами был разработан курс занятий для школьников по профилактике негативного отношения к детям с ОВЗ. Мероприятия проводились с октября по декабрь 2017 г. с опрошенными учениками по следующим темам:

1. Знакомство с детьми. Проведение анкетирования школьников с целью выяснения их отношения к детям-инвалидам.

2. Лекция о детях-инвалидах, об их проблемах «Калейдоскоп мнений» включает в себя краткое изложение основных причин, приводящих к инвалидности детей, и их проблем. Сами школьники активно высказывают свое мнение о проблемах детей-инвалидов.

3. Проведение мероприятия с рисунками школьников. Сюжеты для создания рисунков школьников касаются основных проблем, с которыми сталкиваются дети-инвалиды.

4. Сочинение на тему «Мой друг-инвалид». Дети раскрывали свое отношение к детской инвалидности и свои попытки помочь инвалиду.

5. Тренинг «Тропа доверия». В игровой форме школьники могли почувствовать себя человеком с ограниченными возможностями здоровья.

6. Организация клуба общения «Мы с вами» для общения школьников с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья.

7. Организация сбора «Нужные вещи для детей-инвалидов». Школьники приносят книги, журналы, игрушки для детей-инвалидов в школу, затем эти вещи передаются в специальные школы для детей-инвалидов.

8. Выпуск журнала или газеты о проблемах детей-инвалидов, которую школьники готовят самостоятельно.

9. Подведение итогов работы. Сами школьники анализируют, что нового они узнали о людях, имеющих ОВЗ, об их проблемах. Проводится повторное анкетирование школьников для оценки результата работы.

Доступность образования детей с ограниченными возможностями здоровья зависит, прежде всего, от возможности их обучения в общеобразовательных учреждениях с обычными школьниками. При этом важной формой работы должна стать профилактика негативного отношения к детям-инвалидам. Анализ проведенной работы со школьниками позволяет сделать вывод, что предложенные мероприятия положительно сказались на их отношении к детям-инвалидам: дети больше узнали о проблемах детей-инвалидов, улучшилось отношение к ним, школьники активно поддерживают идею интеграции детей с особыми нуждами в обычные образовательные учреждения. Данные мероприятия необходимо проводить во всех школах, т.к. они являются малозатратными и высоко результативными, активно поддерживаются самими школьниками.

ПРАВО НА ЖИЗНЬ ДАТЬ КАЖДОМУ? THE RIGHT TO GIVE LIFE TO EVERYONE?

Г.С. Широкалова

Нижегородская государственная сельскохозяйственная академия

G.S. Shirokalova

Nizhny Novgorod State Agricultural Academy

Приводятся некоторые результаты разведывательного исследования отношения студентов к абортам в случае выявления признаков серьезных заболеваний у ребенка. Многие, ссылаясь на божественный промысел, считают, что нельзя лишать будущего человека жизни; долг родителей – «нести свой крест». Поскольку ни одна семья не застрахована от рождения больного ребенка, государство должно оказывать всестороннюю помощь в социализации таких детей.

In the theses some results of intelligence research of the attitude of students to abortion are given in case of revealing of signs of serious diseases in the child. Most, referring to the divine fishery, believe that one can not deprive the future person of life; the duty of parents is "to bear their cross." Since no family is insured from the birth of a sick child, the state must provide all-round assistance in the socialization of such children.

Ключевые слова: инвалидность, аборт, дети, семья, родители, государство, студенты
Keywords: disability, abortion, children, family, parents, state, students

С 2013 г. в России по инициативе РПЦ собираются подписи за запрет абортов. Под обращением граждан 27 сентября 2016 г. поставил свой автограф и патриарх Кирилл. В настоящее время Общероссийское общественное движение «За жизнь!» собрало уже более миллиона подписей за законодательную защиту жизни с момента зачатия, что ставит вопрос о правомерности аборта по медицинским и иным показаниям [1]. В День защиты детей в России ежегодно стартует массовая акция против абортов; в этом году под названием «Они могли бы увидеть солнце». Проблема действительно остра: за последние 70 лет Россия потеряла из-за абортов более 140 миллионов человек [2]. По данным Росстата, в России только за 2016 г. было прервано около 850 тысяч беременностей [3].

Активизация данного движения обострила вопрос о праве на аборт в том случае, если медицинское исследование показывает, что ребенок родится инвалидом. Сбор денег на лечение таких детей в СМИ, соцсетях стал обычным делом для России, и студенты все чаще поднимают эту проблему в курсе социологии. В аудиториях есть ссылающиеся на заповедь «не убий», и те, (редко) кого беспокоит ухудшение генофонда нации. С целью формирования инструментария будущего исследования, мною было дано задание письменно ответить на вопрос: «Как должна поступить женщина, узнающая во время беременности, что у нее родится ребенок с ограниченными возможностями?» Ниже приводятся цитаты из ответов студентов, представляющие разные

позиции. Вначале рассмотрим аргументацию юношей: ведь большинство мужчин уходит из семей после рождения больного ребенка [4].

Ш.К.: «У женщины не должно возникнуть мысли в голове, когда выяснилось, что у нее родится больной ребенок с какими-нибудь отклонениями, чтобы делать аборт или замораживание плода. Она должна быть уверенной в себе, что сможет правильно воспитать, поднять этого ребенка, вылечить его. Государство должно помогать таким семьям в первую очередь. А что мы видим на данный момент? Государство платит мизерные пенсии, что на одно лекарство еле хватает. При рождении может требоваться операция, или спустя несколько лет, а на данный момент операция стоит больших денег, у многих людей нет таких денег. Помощи им от государства не ждать. И сейчас благодаря таким людям, которые создают благотворительные фонды, есть возможность вылечить ребенка. Мне стыдно за наше правительство, особенно за Государственную Думу, которая отталкивает от себя детей-инвалидов. Они, возможно, считают, что нам, россиянам, не нужны люди с ограниченными возможностями. Но, если задуматься, такого не бывает, чтобы все люди были здоровы. Я хочу сказать, что не надо полагаться на правительство, ничего хорошего вы от него не получите, только благодаря своим усилиям мы можем помочь таким семьям, только мы можем создать здоровую нацию».

С.С.: «Я думаю, что каждый ребенок достоин появиться на свет, не зависимо от того какой он. Жизнь короткая штука, нужно уметь жить, хотеть жить. Так же и дети с болезнями хотят жить. Если не дать родиться таким детям, это значит забрать жизнь у них. Еще не доказано, что существует связь между миром мертвых и миром людей, что существует рай или ад. А потому мы живем только одну жизнь, дальше пустота. Поэтому, я считаю, что каждый должен иметь жизнь».

Н.Д.: «Каждый родившийся младенец имеет право на жизнь, независимо от того инвалид он или нет. Родители, решившие принять такого ребенка, безусловно, достойны уважения. А отказавшиеся от него или сделавшие аборт, узнав диагноз, не заслуживают уважения, а лишь покажут свою слабость».

Т.П.: «Нельзя дать однозначного ответа. Решение, конечно, будет за родителями. Все зависит от того, насколько сильно они хотят иметь ребенка, что они готовы сделать для него, как смогут его обеспечить. Современное общество делает все возможное, чтобы инвалидам жилось комфортно. Проводятся собрания, агитация, выступления для молодежи».

Р.Н.: «Право на жизнь имеет каждый, но это уже право выбора самих родителей, готовы они взять такую ответственность или нет. Лично я не знаю, что выбрал бы. Это очень тяжело, и людей, которые воспитывают таких детей, можно считать героями. А государство должно поддерживать родителей».

Как видим, аргументация юношей чаще ведется с позиций гуманизма: каждый имеет право на жизнь. Человеческому эмбриону приписываются чувства разумного существа: он хочет жить. Подчеркивается обязанность родителей обеспечить полноценную жизнь любому ребенку. Хотя люди, делающие аборт или отказывающиеся от инвалида, недостойны уважения, но у родителей все же должно быть право выбора: надо учесть все последствия своего решения. Одни осуждают государственную политику помощи семьям, противопоставляя ей положительную роль фондов, помощь гражданского общества. У других незнание реалий проявляется в мнении, что государство делает все необходимое для помощи таким семьям.

Ответы девушек более взвешены.

Н.Т.: «Я считаю, что мать должна родить ребенка в любом случае. Исходя из религии, аборт – это большой грех, это также относится и к отказу от большого ребенка. Бог дал ему возможность прожить эту жизнь так или иначе. Мать должна пронести эту тяготу на себе и помогать своему ребенку в существовании. Значит так предопределено. На мой взгляд, для инвалидов созданы все условия для «обычной жизни», т.е. пытаются создать для них неограниченные возможности. Я встречала таких людей, общалась с ними, но близкого общения не было. Первое время я невольно обращала внимание на их заболевания, но по мере общения поняла, что это такой же человек, как и я, у него есть свои интересы, навыки и мечты. Человек может привыкнуть ко всему, а значит и ограничения становятся обыденностью».

А.Е.: «У многих людей инвалиды вызывают отвращение, общество их принимает с трудом. Некоторые оскорбляют детей-инвалидов – насмеются над ними, издеваются. Народ не понимает, что инвалиды – это те же люди, что и здоровые, только с ограниченными возможностями. Им следует помогать, поддерживать, а общение с ними должно быть на уровне с нормальными людьми. Готово ли российское общество решить эту проблему? Я думаю, готово. Многие создают благоприятные условия для существования детей-инвалидов. Для них проводятся всякие секции, праздники, мероприятия. В школах детям объясняют, что инвалиды – это те же люди, прививают правильное отношение к ним. В моем окружении нет таких людей. Но я отношусь к ним, как к обычным людям. Если таким людям потребуется моя помощь, постараюсь помочь в любой ситуации. Таким людям требуется больше внимания, чем обычным здоровым людям».

Р.А.: «С одной стороны, всегда надо давать шанс, даже тем, кому изначально с рождения будет тяжело. Ведь такие люди далеко не всегда обречены и могут добиться немалых высот. С другой стороны, рассматривая проблему с позиции родителей таких детей, нужно хорошенько подумать о

будущем и определиться, нужно ли это вам, и не будет ли страдать ребенок. Если вы готовы его поддерживать, воспитывать и проявлять к нему свою любовь, дабы социализировать его в этом жестоком мире, несмотря ни на что, то стоит, пожалуй, склонить свой выбор в пользу дать ему жизнь!».

О.А.: «Мы не можем решать судьбу другого человека, решать за него, имеет ли он право на жизнь или нет. Если Бог зарождает новую жизнь, то мы не вправе лишать человека его судьбы, несмотря на его отклонения (здоровье, внешность). Любой человек имеет право на жизнь! И мы не вправе ее у них отнимать! А те, кто это себе позволяет – не люди, а существа! Да, это не легко (содержать, лечить, воспитывать, обучать, общаться, лелеять и многое другое). Я считаю, что больным детям мы должны помогать. А если человек лишает жизни своего будущего ребенка из-за возможности отклонений в его здоровье, то эти люди просто трусы, эгоисты! Это не правильно, так не должно быть! Каждый из нас особенный, каждый по-своему. А что, если они просто особенные, а вовсе не больны, и не изгои общества, которое сейчас очень жестоко, аморально и безнравственно».

Итак, хотя девушки и ссылаются на божественное предопределение, более трезво оценивают трудности, которые ждут и родителей, и самих детей. Возможности их социализации анализируются как в зависимости от материального положения семей, так и условий, создаваемых государством, но при этом игнорируется экономическая цена этой помощи. Осуждается отчужденное, а порой жестокое отношение к инвалидам окружающих.

Конечно, жизнь внесет коррективы, не все сохранят верность идеалам своей юности, но пока либеральный рационализм, установка на атомизацию отношений не доминирует в ценностных ориентациях студентов. Но можно ли полагаться при решении столь сложных вопросов на миллионы подписей?

Список литературы

1. Патриарх Кирилл подписал обращение граждан о законодательном запрете абортов в РФ. – Режим доступа: <http://tass.ru/obschestvo/3658364><http://tass.ru/obschestvo/3658364> (дата обращения: 31.05.2018).

2. Старикова О. "20 абортов – предел": многодетная мать об отношении женщин к абортам. – Режим доступа: <https://tumix.ru/news/29228/20-abortov---predel-mnogodetnaya-mat-ob-otnoshenii-zhenschin-k-abortam>. 13 октября 2017 (дата обращения: 29.05.2018).

3. В России проходит ежегодная массовая акция против абортов. – Режим доступа: <http://sozidatel.org/novosti/12351-v-rossii-prohodit-ejegovdnaya-massovaya-aktsiya-protiv-abortov.html> (дата обращения: 30.05.2018).

4. <https://www.vladimir.kr.ru/daily/author/982/Де́ктярева А. 80 процентов отцов бросают своих больных детей. – Режим доступа: https://www.vladimir.kr.ru/daily/25640.4/803662/.17.02.2012> (дата обращения: 30.05.2018).

**СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ ПО ЗРЕНИЮ В
УСЛОВИЯХ НЕКОММЕРЧЕСКИХ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ**
**SOCIAL ADAPTATION OF DISABLED PERSONS ON THE VISION
IN THE CONDITIONS OF NON-PROFIT SOCIAL ORGANIZATIONS**

Т.А. Юмашева

Балашовский институт (филиал)

Саратовского национального исследовательского

государственного университета им. Н.Г. Чернышевского, г. Балашов

T.A. Yumasheva

Balashov Institute (branch)

Saratov National Research

Saratov State University named after N.G. Chernyshevsky, Balashov

Представлены результаты исследования процесса социальной адаптации лиц с ограниченными возможностями с нарушением зрения и работа по оптимизации данного процесса в условиях некоммерческой общественной организации.

The article presents the results of the study of the process of social adaptation of persons with disabilities with visual impairment and work to optimize this process in a non-profit public organization.

Ключевые слова: лица с ограниченными возможностями здоровья, инвалиды, социальная адаптация, некоммерческие общественные организации

Keywords: persons with disabilities, persons with disabilities, social adaptation, non-profit public organizations

Значимой задачей социальной политики является обеспечение равных возможностей лицам с ограниченными возможностями здоровья в реализации конституционных прав и свобод, преодоление ограничений в процессе жизнедеятельности, создание оптимальных условий, обеспечивающих ведение активной жизни, участие во всех сферах жизни общества – в политической, экономической, досуговой, образовательной.

Система социальной защиты населения представлена достаточным количеством учреждений, взаимодействующих с инвалидами. Суть социальной работы в этих учреждениях – это социальная реабилитация, то есть восстановление в привычных обязанностях, функциях, видах деятельности, характере отношений с людьми. Однако существенная роль отводится некоммерческим общественным организациям, которые оказывают различного рода поддержку и помощь. Данная работа посвящена изучению процесса

социальной адаптации инвалидов по зрению в условиях некоммерческих общественных организаций, что является весьма актуальным.

Основной целью работы является теоретическое и практическое изучение процесса социальной адаптации инвалидов по зрению в условиях некоммерческих общественных организаций на примере Балашовской местной организации Всероссийского общества слепых. Для достижения указанной цели было организовано исследование, направленное на изучение такого фактора, как влияния личностных особенностей на процесс социальной адаптации. В исследовании приняли участие все члены данной организации, являющиеся лицами с ограниченными возможностями с нарушением зрения.

Исследование проводилось с помощью следующих методов и методик: сбор информации; беседа с инвалидами по зрению и работниками общественной организации (метод получения и корректировки информации на основе вербальной коммуникации); наблюдение (метод, который используется при изучении внешних проявлений поведения человека, по которым можно составить представление о нем); ретроспективный метод (изучение личных дел, картотеки) и психодиагностические методики, а именно:

— методика «Диагностика социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда», содержащая высказывания о человеке, о его образе жизни, мыслях, привычках, стиле поведения, который можно соотнести с собственным образом жизни. С помощью данной методики выявлены такие показатели, как степень адаптированности инвалида, эмоциональный комфорт, принятие как себя так и других людей;

— методика «САН», предназначенная для получения более подробных сведений о самочувствии, активности, настроении;

— методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Т. Холмса и Р. Раге для определения степени стрессовой нагрузки человека, а также степени сопротивляемости стрессу.

В исследовании принимали участие 50 инвалидов по зрению, из них 38 женщин и 12 мужчин. Выбор клиентов осуществлялся в результате бесед, наблюдений, анализа личных дел инвалидов по зрению. Основным критерием выборки послужил факт приобретенной инвалидности, а также личностные особенности (повышенное чувство тревожности, страха, депрессивное состояние) лиц данной категории. Кроме того, при выборке испытуемых использовались рекомендации специалистов общества слепых (председателя, реабилитолога, специалиста социальной работы).

Исследование проводилось в 4 этапа.

1. Предварительный – выявление клиентов, знакомство с ними, установление доверительных отношений.

2. Основной – выявление личностных особенностей и адаптивных возможностей инвалидов по зрению.

3. Диагностико-апробационный – постановка социального диагноза, возможного прогноза, разработка комплексной программы социальной адаптации инвалидов по зрению в условиях общественной организации, ее апробация.

4. Контрольный – оценка эффективности комплексной программы социальной адаптации инвалидов по зрению в условиях общественной организации.

В результате наблюдения и беседы было установлено, что клиенты испытывают трудности в отношениях с окружающими, так как в большинстве своем испытывают страх и неуверенность. Постоянно преобладает чувство тревоги, страх за свое будущее.

Результаты методики К. Роджерса и Р. Даймонда показали следующее: уровень адаптации низкий (52%), уровень самопрятия – 54%, эмоциональная комфортность – 54%, что свидетельствует о низком уровне социально-психологической адаптации.

В ходе проведения методики «САН» нами были выявлены следующие показатели: самочувствие 3,4 балла, активность 3,9 балла, настроение 3,9 балла. Средний балл шкалы равен 3,6. Оценка ниже четырех баллов свидетельствует о неблагоприятном самочувствии, активности и настроении.

Методика Т. Холмса и Р. Раге определяет стрессоустойчивость и социальную адаптацию клиента – пороговая степень сопротивляемости стрессу 276 баллов при норме 200-299 баллов.

Интерпретация полученных данных позволила сформулировать социальный диагноз: низкий уровень социальной адаптации, обусловленный личностными особенностями (низкий уровень коммуникативных возможностей, конфликтность, подозрительность).

Интерпретация полученных данных свидетельствует о том, что сам по себе факт приобретения инвалидности является для людей стрессовым моментом, так как приходится резко менять выработанный годами жизненный стереотип, отвыкать от привычного окружения, отказываться от определенных привычек и т.д. Успешность социальной адаптации в данном случае определяется рядом факторов, среди которых достаточно значимыми являются состояние личности инвалида. Данные показатели, что выявило исследование, взаимосвязаны и взаимообусловлены и могут оказывать друг на друга как положительное, так и отрицательное влияние. С целью недопущения дезадаптации необходима определенная технология социальной адаптации (мероприятия по бытовой, коммуникативной, психологической адаптации, трудотерапия, терапия средой и т.д.). Инвалиды по зрению нуждаются в

290

квалифицированной помощи со стороны специалистов, при организации которой должны учитываться личностные особенности инвалидов по зрению.

Для коррекции выявленных трудностей в процессе адаптации, обусловленных влиянием установленных факторов, нами была разработана и предложена к реализации программа деятельности специалиста по социальной работе по оптимизации процесса социальной адаптации инвалидов по зрению в условия некоммерческих общественных организаций. Задачи программы: коррекция негативных личностных особенностей; оптимизация процесса социальной адаптации; социально-психологическая поддержка и помощь в разрешении проблем инвалидов по зрению.

В рамках реализации социально-профилактического направления было организовано проведение лекций, бесед, «круглых столов» с привлечением специалистов различных отраслей — учреждений социальной поддержки, органов здравоохранения, отдела культуры и спорта, священнослужителей, сотрудников правоохранительных органов. Проводились дружеские встречи на базе Балашовского МО ВОС с целью вовлечения как можно большего числа инвалидов по зрению в организованные формы социально-досуговой деятельности, формирование их активной позиции.

В рамках реализации социально-педагогического направления осуществлено привлечение к трудотерапии лиц, сохранивших нормальную работоспособность. Физическая активность и различные виды посильного труда – лучший способ отвлечься от неприятных переживаний. Организация различных экскурсий, конкурсов, викторин, оказание консультативных услуг ближайшему окружению в сфере их взаимодействия с другими людьми.

Для морального и психологического благополучия инвалидов по зрению, особое значение приобретают доброжелательные, наполненные заботой и пониманием взаимоотношения с социальными работниками. Необходимо особое внимание уделять повышению профессионального мастерства социальных работников при организации совместной деятельности с инвалидами по зрению.

В ходе организации деятельности по оптимизации процесса социальной адаптации лиц с ограниченными возможностями с нарушением зрения мы пришли к выводу о необходимости и значимости некоммерческих организаций в решении проблем инвалидов. Именно указанные организации могут занять лидирующую позицию в организации партнерского взаимодействия с государственными учреждениями, предоставляя большие возможности для реализации творческого подхода в решении проблем лиц с ограниченными возможностями. Полагаем необходимым объединение усилий всех структур для достижения большего социального эффекта в решении проблем инвалидов изучаемой категории.

ДОКЛАДЫ

ПРАВО НА ГОРОД ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ
THE RIGHT TO A CITY OF CHILDREN WITH DISABILITIES**А.А. Бесчасная***Северо-Западный институт управления – филиал Российской академии
народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ,
г. Санкт-Петербург, Россия***И.М. Фадеева***Научный центр социально-экономического мониторинга, г. Саранск, Россия***A.A. Beschasnaya***North-West Institute of Management – branch of the Russian Presidential
Academy of National Economy and Public Administration,**St. Petersburg, Russia***I.M. Fadeeva***Scientific Center for Socio-Economic Monitoring, Saransk, Russia*

Рассматриваются различные теории (урбанистики, городского взаимодействия, социальных пространств), которые определяют необходимость преобразования городского пространства с учетом потребностей детей-инвалидов. Концепт «право на город» выражается в предоставлении возможности не только горожанам, но и особым детям активно использовать ареалы городского пространства. Делается вывод, что наиболее приспособленными для потребностей детей-инвалидов являются городские сферы, активно поддерживаемые государством (учреждения образования, здравоохранения, культуры).

The article considers various theories (urbanistics, urban interaction, social spaces, etc.), which determine the need to transform the urban space, taking into account the needs of disabled children. The concept of "the right to a city" is expressed in providing an opportunity not only for citizens, but also for "special children" to actively use the areas of urban space. It is concluded that urban areas, actively supported by the state (educational, healthcare, and cultural institutions) are the most suitable for the needs of disabled children.

Ключевые слова: дети-инвалиды, городское пространство, право на город, родители, репрезентация, стратификация, ресурсы, мониторинг

Keywords: children with disabilities, urban space, the right to a city, parents, representation, stratification, resources, monitoring

Популярный в настоящее время концепт «право на город» был сформулирован во второй половине XX в. А. Лефевром и Д. Харви (автономно друг от друга) в период зарождения постиндустриальных технологий в западных странах. Лейтмотив «права на город» выражается в предоставлении возможности горожанам активно использовать городское пространство и

объекты, расположенные в нем, а также участвовать в его преобразовании. Но подобные идеи встречались и у урбанистов более раннего периода.

Переход обществ от традиционного уклада жизни к индустриальной экономике в XIX – начале XX вв. показал, что города выступают флагманами внедрения новых технологий производства, экономических отношений и модернизируемого благоустройства, затрагивающего как жизнь отдельных людей, так и городов в целом. Мерилом целесообразности происходящих изменений были и продолжают оставаться характеристики качества жизни горожан, в которых плотно переплетаются объективные условия их жизнедеятельности и субъективные оценки этих обстоятельств, а также возможности, по выражению современных ученых, городскими жителями реализовать свое право на город. Еще первые урбанисты-исследователи подметили, что городское пространство является площадкой расслоения и сегрегации, которое предоставляет различный доступ горожан к ресурсам, принадлежащих городу. Так, по мнению Л. Вирта, города имеют поясное зонирование. Эти ареалы отличаются между собой характером и «стоимостью» жизнедеятельности людей, населяющего их. Гетерогенность городского населения по различным критериям (раса, язык, социальный статус, доход и др.) способствует их тяге друг к другу и локализации в определенных пространствах города. Услуги городских учреждений (культурные учреждения, школы, кинотеатры, радио и др.) приспособляются к массовым требованиям обитающих в данной локации потребителей. То есть город, в соответствии с запросами городского населения, предоставляет возможности реализовать им свое право на город [1, с. 110-111; 2, с. 121].

Один из способов разрушения социальных границ с сохранением разнообразия участников городского взаимодействия был предложен Дж. Джекобс. Согласно ее мнению, в городских пространствах должны быть компактно сконцентрированы разнообразные «места» и услуги так, чтобы пространство города (и город сам по себе) было востребовано разными представителями населения и предоставляло возможность непосредственных коммуникаций между людьми. Планирование, реконструкцию и насыщение городов она представляла в своей книге «Смерть и жизнь больших американских городов» непременно с учетом интересов и мнения горожан. Подобный человекоцентрированный подход обеспечивает не только реализацию права индивида на город, но и пролонгированное существование самого города [3, с. 68, 70].

Зачатки технологической модернизации экономики в европейских обществах во второй половине XX века в сочетании с усилением правовых основ гуманистических подходов дали новый толчок развитию городов и

необходимости осмысления жизни. Сокращение прежней, индустриальной, ресурсной базы экономики обострило проблемы распределения, социального неравенства и социальной справедливости. Предложенные А. Лефевром и Д. Харви трактовки «права на город» стали методологическими принципами развития городов. Согласно А. Лефевру, социальное пространство характеризуется триединством, состоящем из пространственной практики, репрезентации пространства и пространства репрезентаций. Если в первых двух компонентах просматривается потребительское и воспроизводящее отношение индивидов к социальному пространству, то в третьей компоненте заключено деятельное, моделирующее участие людей к той среде, в которой они обитают. А. Лефевр характеризовал его как переживаемое, в котором акторы через придание эмоционального смысла предметам и событиям, происходящим в определенном времени и месте, создают новые качественные характеристики пространства и динамику изменений. Пространство репрезентаций является конфликтогенным, так как реализация прав индивидами сопровождается столкновением личного и общественного [4, с. 51-55]. Д. Харви ратовал за равенство и социальную справедливость в городах, пространство которых коммодифицируется, что ограничивает горожан в пользовании ими и благами, расположенными на городских территориях. Поэтому он настаивал на необходимости активного участия городского населения в управлении городским пространством, его предназначением и использованием в интересах различных представителей городских жителей.

Таким образом, концепт «право на город» эволюционировал от проживания индивида в городе в пределах дозволенного до «переживания» и преобразования им (индивидом) города, преодолевая его (города) опциональные границы. Право на город – это не просто «право горожан выходить на улицы или пользоваться многообразными возможностями городской жизни, но и их право «обживать» город, поддерживая комфортные для себя привычки и традиции, отстаивать свои представления о должном политическом, экономическом и инфраструктурном развитии города, заявлять о своих интересах и быть услышанными» [5].

Состав городского населения разнообразен по различным критериям и характеристикам, одними из которых является возраст и состояние здоровья. Среди особой группы жителей городов выступают дети-инвалиды, которые, возможно, наиболее уязвимы, с точки зрения реализации ими своего права на город. Право на город детей-инвалидов имеет свою специфику. С позиции пользования возможностями, предоставляемыми городом, в праве на город можно выделить права детей-инвалидов на здравоохранение, образование, культурный досуг и отдых в свободном формате на городских площадках,

свободу передвижения. С позиции участия детей-инвалидов в преобразовании городского пространства в соответствии со своими потребностями и интересами возникает непереносимое делегирование их прав на город законным представителям, причем как следствие неудовлетворительной реализации прав на здравоохранение, образование, культурный досуг и отдых в свободном формате на городских площадках, свободу передвижения. Иначе говоря, право на город детей-инвалидов имеет ограничения, во-первых, в силу медицинских показаний, во-вторых, оно опосредованно законными представителями, в-третьих, его понимание и реализация имеет потенциал искажения согласно субъективным представлениям и интересам законных представителей детей.

В качестве иллюстрации к представленным теоретическим положениям можно использовать данные комплексного мониторинга условий жизни семей с детьми-инвалидами г.о. Саранска, проведенного среди родителей, воспитывающих детей-инвалидов [6]. Несмотря на активное развитие спортивной и культурной среды города, все более соответствующей мировым стандартам, условия для реализации прав детей-инвалидов на город и его инфраструктуру пока реализованы недостаточно полно.

В аспектах реализации прав детей на здравоохранение и образование данный мониторинг продемонстрировал относительную удовлетворенность в оценках родителями получаемых медицинских и образовательных услуг. Так, качество медицинской помощи и качество образования, которое получает ребенок-инвалид, устраивает в той или иной степени в общей сложности 56,3% и 70,5% соответственно принявших участие в исследовании респондентов. Данные позитивные оценки здравоохранения и образования связаны, предположительно, с жестко контролируруемыми государством сферами. В тех же областях жизнедеятельности семей с детьми-инвалидами, в которых непосредственно отражена приспособленность городского пространства их потребностям и где отсутствует государственный контроль, наблюдается рост негативных оценок в возможностях реализации «особенными» детьми своих прав, в совокупности образующих право на город. Например, родители отмечают отдаленность лечебного учреждения (16,5%), неактуальность услуг спортивных учреждений (35,7%), учреждений культуры (19,4%), общественных организаций (18,4%), необходимость развития придомовой территории с целью создания комфортной среды для проживания детей-инвалидов (35,1%), необходимость создания дополнительных приспособлений в квартире (26,4%), на лестничной площадке / лифте (25,5%), на крыльце подъезда (26,5%); переполненность общественного транспорта (35,0%), нехватку льготного общественного транспорта (19,8%).

Другим аспектом реализации права на город детьми-инвалидами является устранение барьеров и недостатков в городской среде по удовлетворению их потребностей и интересов в соответствии с действующей нормативно-правовой базой. Данный компонент права на город характеризуется как рецессивный ввиду правового нигилизма родителей и ограниченности их представлений о социогенных потребностях детей. Так, опрос показал, что в «основном информированными» в правовых вопросах себя считают только 20% опрошенных; аналогичный показатель о недостатке знаний взрослыми о своих правах; большинство родителей осведомлены о международных правовых документах в области защиты прав детей, но практически мало кто имел представление о содержании государственной и республиканской программ «Доступная среда» на 2011-2015 гг. (с ними не знакомы более 60% родителей); 28,5% родителей не знают, что препятствует участию ребенка-инвалида в общественной жизни; недостаток знаний о своих правах испытывает пятая часть опрошенных, а недостаток информации и навыков общения, по оценкам родителей, служит проблемой для 12,5% детей.

Информация, полученная в результате мониторинга, показывает, что городское пространство обладает разнообразными ресурсами, способствующими формированию открытого взаимодействия между его пользователями. Использование городского пространства рассматриваемой категорией горожан происходит, исходя из сложившихся (государством определяемых) практик и пространственной организации, репрезентирующей свои пользовательские опции. К созданию пространства репрезентаций в соответствии со специфическими запросами детей-инвалидов взрослое сообщество не всегда готово, часто проявляя инертность и незаинтересованность. Данное обстоятельство стагнирует полное проявление права на город от имени детей-инвалидов, так как инициатива и притязание индивидов (в данном случае, родителей, законных представителей детей) лежат в основе партисипативности, т.е. участия городского населения в управлении развитием городского пространства, в улучшении качества жизни в городе. Реализация принципа устойчивого развития городов, повышение эффективности управления требуют поиска комплексных решений для всех социальных групп, включая право на город детей-инвалидов.

Список литературы

1. Вирт Л. Урбанизм как образ жизни // Избранные работы по социологии. Сборник переводов. М.: ИНИОН, 2005. 244 с.

2. Вирт Л. Жизнь в городе // Избранные работы по социологии. Сборник переводов. М.: ИНИОН, 2005. 244 с.
3. Цит по: Рыбинский В. Городской конструктор: идеи и города. М.: Strelka Press, 2014. 220 с.
4. Лефевр А. Производство пространства. М.: Strelka Press, 2015. 432 с.
5. Как реализовывать «право на город»? [Эл. ресурс]. Режим доступа: <http://club.gaidarfund.ru/articles/1162/> (дата обращения: 11.07.2018).
6. Мониторинг условий жизни семей с детьми-инвалидами г.о. Саранск: аналитический доклад. Саранск, 2012. 52 с.

**ПРАКТИКА РАБОТЫ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
ИНВАЛИДОВ В СФЕРЕ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**
**PRACTICE OF THE PUBLIC ORGANIZATION OF PEOPLE WITH
DISABILITIES IN THE SPHERE OF SOCIAL REHABILITATION**

А.С. Буланов

*Нижегородская региональная общественная
организация инвалидов «Инватур», г. Нижний Новгород*

A.S. Bulanov

Nizhni Novgorod region public organization "Invatur", Nizhni Novgorod

Речь идет о комплексном подходе негосударственной общественной организации к проблеме социальной реабилитации инвалидов. Описаны преимущества такой формы работы.

The article tells about the complex approach of a non-governmental public organization to the problem of social rehabilitation of disabled people. Advantages of this form of work are described.

Ключевые слова: инвалид, социальная реабилитация, социальные услуги
Keywords: persons with disabilities, social rehabilitation, social services

По официальным данным, в России сегодня насчитывается более 12 млн. человек, имеющих инвалидность [1]. Вопросы их социальной адаптации, интеграции в жизнь общества по-прежнему стоят очень остро. В 2012 г. Россия подписала Конвенцию ООН о правах инвалидов, в которой определена социальная модель понимания инвалидности, которая утверждает, что причина инвалидности – это не само заболевание, как таковое, а наличие барьеров вокруг человека (физических, организационных и «отношенческих»). В соответствии с ратификацией Конвенции внесены изменения в законы, реализуются программы в области инклюзивного образования, доступной среды. Для повышения эффективности этого процесса необходима координация общих усилий, а также активное участие людей с инвалидностью в процессе мониторинга через представляющие их организации [2].

НРООИ «Инватур» занимается проблемами социальной интеграции инвалидов с 1995 г. Особенность работы состоит в том, что практически все сотрудники организации – люди с различными формами инвалидности. «Ничего для нас без нашего участия» – наш главный принцип. В основе работы – комплексный подход к проблеме устранения барьеров на пути вовлечения человека с инвалидностью в активную жизнь. Работа ведется в следующих направлениях:

- защита прав и свобод;
- психологическая поддержка;
- получение качественного образования;
- трудоустройство;
- доступная среда;
- развитие параспорта;
- отдых и туризм.

В своей деятельности НРООИ «Инватур» не ставит ограничения по одной форме инвалидности (по зрению, слуху, поражению опорно-двигательного аппарата). Существуют универсальные барьеры, стоящие на пути социализации людей с инвалидностью, общие задачи по их преодолению.

Организация в 2018 г. вошла в реестр поставщиков социальных услуг Нижегородской области, создан «Центр активной жизни» – это инновационная технология, которая в ограничивающих условиях жизни создает для людей с инвалидностью режим равных возможностей. Деятельность центра основана на оказании взаимопомощи, люди с различными нарушениями жизнедеятельности помогают друг другу в осуществлении повседневных занятий, получении нужной информации, решении правовых вопросов.

Активно развиваются новые виды адаптивного спорта, в том числе бочча, трейл-ориентирование, лыжные гонки. НРООИ «Инватур» организует тренировки, соревнования. Занятия физической культурой и спортом – важный ресурс в активизации человека с инвалидностью.

Преимуществами деятельности общественной организации инвалидов по социальной реабилитации являются:

- реализация комплексного подхода к решению проблемы;
- тесная связь с целевой аудиторией;
- гибкая система финансирования;
- организация межведомственного взаимодействия.

Сотрудничество с органами власти, социальными и образовательными учреждениями, другими общественными организациями позволяет выявлять общие проблемы и инициировать их решение.

В планах работы – расширение сферы деятельности по оказанию социальных услуг, укрепление взаимодействия с другими регионами.

Список литературы

1. Положение инвалидов // Федеральная служба государственной статистики [Эл. ресурс]. Режим доступа http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/disabilities/ (дата обращения: 02.07.2018 г.).

2. Заключительные замечания по первоначальному докладу Российской Федерации // Комитет ООН по правам инвалидов [Эл. ресурс]. – Режим доступа https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fRUS%2fCO%2f1&Lang=ru (дата обращения: 02.07.2018 г.).

**ПОМОЩЬ СОЦИАЛЬНЫХ ВОЛОНТЕРОВ
СЕМЬЯМ С ДЕТЬМИ - ИНВАЛИДАМИ
(НА ПРИМЕРЕ СЕЛА ЧУРАПЧА РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ))
ASSISTANCE TO SOCIAL VOLUNTEERS
FOR FAMILIES WITH CHILDREN WITH DISABILITIES
(FOR AN EXAMPLE OF THE VILLAGE CHURAPCHA
OF THE REPUBLIC OF SAKHA (YAKUTIA))**

У.А. Винокурова, Г.Г. Алексеева
*Чурапчинский государственный институт физической культуры и спорта,
Северо-восточный федеральный университет им. М.К. Амосова,
Республика Саха (Якутия)*
U.A. Vinokurova, G.G. Alekseeva
*Churapchinsky State Institute of Physical Education and Sports,
North-Eastern Federal University,
Sakha (Yakutia)*

Рассматривается необходимость социального волонтерства для семей с детьми инвалидами в сельской местности. Приводены результаты социологических исследований и приводят пример социального волонтерства в селе Чурапча Чурапчинского района Республики Саха.

The article considers the need for social volunteering for families with children with disabilities in rural areas. The authors cite the results of sociological research and give an example of social volunteering in the village Churapcha of the Churapchinsky region.

Ключевые слова: социальное волонтерство, опрос, анкетирование, семьи с детьми инвалидами

Keywords: social volunteering, questioning, families with children with disabilities

В Республике Саха (Якутия), по последним официальным данным на конец 2016 г., количество детей инвалидов составляет 6247 человек. По результатам медико-социальных исследований Н.В. Саввина, А.А. Максимова выявили, что «наблюдается уменьшение числа детей-инвалидов, а распространенность детской инвалидности остается нестабильной, проявляя незначительные колебания в ту или иную сторону. Также существует зависимость состояния здоровья детей от условий и образа жизни семьи, влияния социально-экономических, медико-социальных и природно-климатических факторов на Север»[1].

Региональную особенность Республики Саха (Якутия) составляют дисперсность расселения в сельской местности, территориальная удаленность от районных центров, экстремальные климатические условия. Здесь порой непреодолимой проблемой выступает сезонность дорог, дороговизна транспортных перевозок, зачастую бездорожье. Поэтому проблемы семей с детьми-инвалидами наиболее остро стоят в сельской местности.

Усложнение социально-экономических условий жизни в республике увеличивает «напряженность социального пространства»[2] семей с детьми инвалидами, что сказывается на здоровье детей. Проблема их инвалидизации требует безотлагательной реализации мероприятий, направленных на повышение уровня здоровья детей, качества психолого-педагогических и медико-социальных мер, обеспечивающих адекватную адаптацию к определенным условиям жизни детей с выраженными нарушениями и ограниченными возможностями здоровья [3].

Особенность социализации детей-инвалидов состоит в том, что «им сложно усвоить нормы и правила поведения из-за наличия нарушений, отсутствия примера со стороны взрослых, невозможности совместного общения в реальных ситуациях»[4]. Из-за замкнутости среды у детей-инвалидов нет возможности освоить разные социальные роли по сравнению со здоровыми детьми, в результате чего процесс социального становления может быть деформированным или измененным. Социальная дезадаптация может быть из-за нехватки времени, средств, отсутствия желания у родителей, педагогов, психологов, медработников, социальных работников целенаправленно формировать социальные навыки, использовать их в повседневной жизни и создавать ситуации взаимодействия на основе актуальных для ребенка, подростка сфер жизнедеятельности [5]. Для посещения людей с ограниченными возможностями общественных мест должны быть предусмотрены пандусы, общественный транспорт для перевозки.

Для повышения социально-культурной активности инвалидов необходима помощь социальных волонтеров. В нашем обществе накопилось множество социальных проблем, которые невозможно решить одним указом правительства или государственной программой. В решении социальных проблем активную помощь может оказать гражданское общество, используя механизмы волонтерства [6].

Социальный волонтер – это человек, решающий фокусно-конкретную задачу мобильного целевого реагирования, стремящийся к самореализации, общению с единомышленниками, к профессиональному росту; он ищет среду поддержки, понимания и досуга. Это тот, кто нашел некий тонкий баланс между интересами собственного продвижения и стремлением послужить ближним, сделать что-то доброе.

Профессиональные волонтеры – люди, выбравшие сферу «социальной работы по роду деятельности и в свое свободное от основной работы время работающие добровольцами. Они обладают определенным уровнем профессионализма, имеют схожий круг интересов, стиль и образ жизни» [7].

«Современная добровольческая деятельность и добровольный труд жителей Республики Саха (Якутия) в социальной сфере направлены как на помощь людям, попавшим в трудную жизненную ситуацию, так и на реализацию социальных, индивидуальных потребностей и интересов граждан» [8]. Среди них нами были выделены социальные волонтеры, помогающие семьям с детьми-инвалидами.

Экстремальные климатические условия региона влияют на формирование желания оказать помощь нуждающимся. Климатические условия являются одним из важных составляющих взаимоотношений членов общества между собой. У людей, живущих в холодных, суровых климатических условиях, холод воспитывает такие качества, как взаимопомощь, отзывчивость, добрососедство, уважение.

Для выявления проблем семей с детьми инвалидами в с. Чурапча Республики Саха (Якутия) нами в 2017 г. проведено глубинное интервью 13 родителей, воспитывающих детей-инвалидов в подростковом возрасте, и интервью специалиста по делам инвалидов Управления социальной защиты населения и трудящихся с. Чурапча (УСЗНиТ).

В селе Чурапча на 2017 г. зарегистрировано всего 86 детей-инвалидов, семей с детьми инвалидами в подростковом возрасте 20, из них шесть семей имеют по 2 ребенка-инвалида. В Управлении социальной защиты населения и трудящихся с. Чурапча по работе с инвалидами предусмотрено 2 работника.

Результаты исследования показывают, что для повышения эффективности деятельности УСЗНиТ нуждаются в волонтерской помощи. Как

и предполагалось, дети-инвалиды не имеют достаточных коммуникативных навыков для общения с ровесниками. 46% родителей осведомлены о возможности принять помощь социальных волонтеров, и в основном нуждаются в помощи бытового характера и в проведении различного рода досуговых мероприятий. Большинство семей предполагают, что открытие волонтерского центра по социальной помощи и волонтеры положительно повлияют на социализацию их детей. Родители выразили желание, чтоб в культурных и образовательных организациях были построены пандусы, чтобы дети-инвалиды с нарушением опорно-двигательного аппарата («колясочники») могли беспрепятственно посещать желаемые места.

В начале интервью у некоторых родителей были определенные сомнения в эффективности помогающих усилий социальных волонтеров, поэтому в процессе интервью проведено информирование родителей о возможностях социальных волонтеров, ознакомление с примерами их работ. Но в процессе взаимодействия семей с волонтерами сформировалась положительная реакция родителей и детей.

Родители пришли к мнению, что для успешной социализации в обществе их детям нужны социальные волонтеры. У детей-инвалидов появилось желание посещать и принимать участие в общественных мероприятиях, в детских праздниках.

В 2017 г., в год молодежи проведено расширенное исследование: анкетирование молодежи с целью изучения особенности социального волонтерства в восприятии молодежи. (210 респондентов).

1. Исследование показало, что о социальном волонтерстве знают большинство респондентов (76,5%). Данный показатель свидетельствует о формирующемся присутствии волонтерского движения в гражданском обществе благодаря развитию помогающих профессий и настроенности населения на поддержку нуждающихся.

2. Опрошенные (65%) считают, что в помощи наиболее нуждаются «молодые семьи с детьми-инвалидами», чтобы избежать разладов и конфликтов из-за проблем в воспитании детей.

3. Большинство респондентов знакомы с инвалидами или слышали о них, что говорит о множестве нуждающихся людей в социальном волонтерстве.

4. При этом сохраняется предвзятое мнение (57%) о том, что волонтеры не могут влиять на положительную социализацию детей-инвалидов.

5. Большинство респондентов готовы помочь детям-инвалидам материально. Это подтверждается тем, что в Якутии часто проводятся масштабные благотворительные адресные акции и имеют большую популярность среди населения. Как говорится в якутской пословице «Кун

кибитэ кемускэс, айбы кибитэ аыныгас» («люди, живущие под одним солнцем, помогут нуждающемуся, защитят друг друга»), помощь в трудной ситуации – это одна из основных духовных ценностей коренных жителей Якутии, так как в экстремальных условиях холода только взаимопомощь может помочь выжить. Немало респондентов выразили готовность участвовать в проведении тренингов, спортивных и танцевальных занятий, желание помочь в поиске спонсоров проявили 106 человек из 210.

В 2017-2018 гг. проведено социологическое исследование «Волонтер Якутии» (507 респондентов). Анализ ответов позволил сделать следующие выводы: 30,9% опрошенных предпочли организацию и оказание материальной помощи, так как нет возможности уделить время для иной помощи. Более половины опрошенных респондентов имеют опыт общения с инвалидами. 46,8% респондентов согласны, что необходимо ввести такое понятие, как «социальные услуги», в части оказания безвозмездной помощи. Каждый пятый опрошенный желает проводить для детей-инвалидов спортивные мероприятия, тренинги.

Волонтерский центр ФГБОУ ВО ЧГИФКиС ведет активную работу по социальному волонтерству: студенты кафедры «Организация работы с молодежью» как будущие специалисты помогающих профессий проводят досуговые мероприятия для детей-инвалидов, готовят своими руками новогодние подарки, участвуют в мероприятиях УСЗНиТ с. Чурапча, проводят просветительскую работу. Осенью 2017 г. работниками института был открыт клуб «Гармония», который проводит обучающие мастер-классы по рукоделию, оздоровлению организма, огородничеству для женской половины села, акции по сбору материальной помощи малоимущим, многодетным семьям. В том же году молодые родители с детьми-инвалидами объединились и открыли группу взаимопомощи, которая активно сотрудничает с волонтерским центром института: для родителей с детьми-инвалидами проводятся семинары, беседы с опытными социальными работниками, психологами, логопедами; волонтеры центра помогают в организации досуговых мероприятий для детей-инвалидов. Тоже в 2017 г. молодые работники и врачи Чурапчинского района создали некоммерческую организацию «Харысхал» и практикуют выездные медосмотры для жителей отдаленных населенных пунктов района, где нет поликлиник, амбулаторий. Врачи организуют акции для детей, находящихся на стационарном лечении в Центральной районной больнице Чурапчинского района, и семинары, беседы по соблюдению здорового образа жизни.

На основе результатов проведенных опросов можно заключить, что гражданское общество поощряет и поддерживает социальное волонтерство. Семьи с детьми-инвалидами открыты для социального волонтерства, и имеется

определенная группа молодежи, стремящаяся помогать детям-инвалидам. Людям с ограниченными возможностями необходима не только помощь специалистов, но и социальных волонтеров. Волонтерам студентам социальное волонтерство помогает осмыслить свой жизненный путь.

Выводы:

1. На севере сформирована традиционная благотворительность, добровольная помощь в трудной ситуации как духовная ценность народа, поэтому социальное волонтерство имеет положительную динамику;

2. Наиболее уязвимой категорией являются молодые семьи с детьми-инвалидами, нередко распадающиеся под бременем трудностей в их воспитании;

3. Востребована не только помощь социальных волонтеров, но и информирование о господдержке, о правовой защите, информации о центрах психологической поддержки, социальной помощи.

Список литературы

1. Савина Н.В., Максимова А.А. Детская инвалидность как медико-социальная проблема в Республике Саха (Якутия) // Российский педиатрический журнал. №2. 2015. 28-31 с.

2. Беляева Л.А. Социальная модернизация в России в конце XX века. М., 1997. 137 с.

3. Карагодина О.А. Благотворительная деятельность как субстанциональное основание развития российского общества / О.А. Карагодина. М: Изд-во МГПУ, 2013. 128 с.

4. Бубеев Н.С. Трудоустройство инвалидов в изменяющихся социальных условиях российского общества. [Текст]: дис. ... канд. соц. наук: 22.00.04 / Н.С. Бубеев. Улан-Удэ, 2011. 20 с.

5. Казакова Л.А. Особенности социализации детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья // Сибирский педагогический журнал. 2010. №11. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-sotsializatsii-detey-i-podrostkov-s-ogranichennymi-vozmozhnostyami-zdorovya> (дата обращения: 14.09.2018).

6. Певная М.В. Волонтерство как социальный феномен: управленческий подход [Текст]: дис. ... доктора соц. наук: 22.00.08 / М.В. Певная. Екатеринбург, 2016. 368 с.

7. Кудрина У.В. Отношение населения республики Саха (Якутия) к социальному волонтерству // Актуальные вопросы права, экономики и управления: сборник статей XI Международной научно-практической конференции. В 3 ч. Ч. 3. Пенза: МЦНС «Наука и Просвещение». 2017. 236-240 с.

8. Концепция развития социального волонтерства в Республике Саха (Якутия) на 2011-2015 годы. URL: http://www.pandia.ru/text/category/saha_yakutiya_/6/

**ДОБРОВОЛЬЧЕСКИЕ ПРАКТИКИ
В СОЦИАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННЫХ НКО,
РАБОТАЮЩИХ С ЛЮДЬМИ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ
VOLUNTARY PRACTICES IN SOCIALLY-ORIENTED
NGOS WHO DEAL WITH DISABLED PEOPLE**

А.В. Жильцов

*Областная общественная организация
«Нижегородская Служба Добровольцев»*

A.V. Zhiltsov

*Regional public organization
“Nizhny Novgorod volunteers’ service”*

Представлен обзор практик оказания различных видов помощи людям с инвалидностью силами добровольцев.

The paper presents an overview of practices of different types assistance which volunteers provide to disabled people.

Ключевые слова: СО НКО (социально-ориентированные некоммерческие организации), добровольцы, добровольческие инициативы, люди с инвалидностью

Keywords: socially-oriented NGOs, volunteers, voluntary initiatives, disabled people

Согласно данным Федеральной Службы государственной статистики, сегодня в России насчитывается 12 111 000 людей с инвалидностью. Общая численность инвалидов, приходящаяся на 1000 человек населения – 82,5 человека, а это практически каждый девятый.

Среди них к категории людей с инвалидностью I группы (то есть имеющих неспособность к самообслуживанию и самостоятельному передвижению полностью зависящих от других людей) относятся 1466000 человек [1].

Государство оказывает людям с инвалидностью посильную помощь и поддержку, но есть у людей с инвалидностью ряд потребностей, которые до сих пор не могут быть удовлетворены государственными службами. Это и потребности в уходе за лежачими больными (например, социальный работник не может по регламенту ходить на дом каждый день осуществлять уход и помощь в гигиенических процедурах), и потребность в полноценной жизни (многие люди с ОВЗ сидят дома, потому что не могут самостоятельно спуститься на улицу, и потому что во всех городах практически отсутствует полноценная безбарьерная среда – общественный транспорт, пандусы, туалеты

для людей с ОВЗ), и потребность в самореализации и общении. То есть большинство потребностей человека, обозначенных в пирамиде Маслоу, у людей с инвалидностью не удовлетворяются в полной мере – особенно потребности в принадлежности, признании и самовыражении. Именно это – активное поле деятельности для добровольцев.

Сегодня в российских социально-ориентированных некоммерческих организациях разработан ряд эффективных практик и механизмов оказания добровольческой помощи людям с инвалидностью.

Например, в Региональной Общественной Организации Автомобилистов "СПБ.АВТО" (Санкт-Петербург) уже два года успешно функционирует проект "Автоволонтеры". Любой нуждающийся в автомобильной перевозке человек с инвалидностью может оставить заявку на специальной страничке в социальной сети «Вконтакте», и в течение 24 часов заявка будет обработана и услуга будет оказана.

В Нижнем Новгороде подобную инициативу поддерживал благотворительный фонд Олега Кондрашова (ныне не действующий): фонд организовал систему участия людей с ограниченными возможностями передвижения (инвалидов-колясочников) в крупных городских спортивных и развлекательных мероприятиях – организовывал бесплатные билеты и привлекал автоволонтеров из числа нижегородцев для организации перевозки на мероприятия и обратно.

Волонтерское движение «Милосердие» в Нижнем Новгороде организует регулярное посещение одиноких престарелых и тяжелобольных пациентов отделения сестринского ухода больницы № 34, хосписного отделения больницы № 47 и Сормовского дома-интерната для престарелых и инвалидов. Волонтеры помогают осуществлять прогулки на свежем воздухе, общаются, поздравляют с праздниками, оказывают духовную помощь.

Помогает инвалидам и православная служба помощи «Милосердие» в Москве. Волонтеры службы помогают в медицинских и реабилитационных учреждениях (осуществляется в больнице святителя Алексия, Первой городской клинической больнице им. Н.И. Пирогова, 2-й инфекционной больнице, Гематологическом научном центре и др.) – санитарно-гигиенический уход, моральная поддержка тех, кто в этом нуждается; оказывают посильную помощь персоналу медучреждений.

В Москве существует некоммерческая благотворительная организация «Центр социального развития и самопомощи Перспектива», которая занимается проблемами инвалидов по программе «Помощь в беде». Эта программы предусматривает оказание адресной помощи нуждающимся людям.

Одним из направлений деятельности Российского Красного Креста является патронажная медико-социальная помощь. В 1960 г. была создана Служба милосердия Российского Красного Креста, состоящая только из 10 медицинских сестер. В настоящее время в Службе милосердия региональных отделений Российского Красного Креста насчитывается сотни сестёр милосердия, сиделок. Патронажные сестры милосердия Российского Красного Креста ежегодно обслуживают более 100 000 одиноких и одиноко проживающих инвалидов и пенсионеров. Все эти люди страдают онкологическими, психическими, инфекционными и другими серьезными заболеваниями, сопряженными с длительными и сложными условиями ухода.

В Москве существует организация, которая готовит собак в помощники людям с инвалидностью — учебно-кинологический центр «Собаки-помощники инвалидов». Центр является благотворительной организацией, деятельность которой посвящена социальной реабилитации людей с ограниченными возможностями в домашних условиях с помощью специально обученных щенков.

В Нижнем Новгороде уже более 15 лет успешно работает общественная организация культурной, социально-трудовой реабилитации инвалидов опорников и колясочников «Инватур», которая реализует разные проекты, в том числе спортивные турниры и соревнования для людей с ОВЗ. Постоянными помощниками в организации и проведении этих мероприятий являются добровольцы.

Другой известный нижегородской пример – это театр неслышащих детей «Пиано», который существует с 1986 г. при Нижегородской школе-интернате для глухих детей. Театру активно помогают добровольцы в организации репетиций и спектаклей, в ремонте театра и благоустройстве территории вокруг него. Кроме того, сами артисты театры – неслышащие дети, инвалиды по слуху – являются волонтерами. Они регулярно проводят бесплатные представления и выступления для детей с инвалидностью, детских домов, участвуют в крупных социальных событиях в городе и регионе.

Несколько лет назад в Нижнем Новгороде была зарегистрирована общественная организация «Территория добра» – единственная НКО в регионе, оказывающая регулярную помощь домам престарелых. В организации нет штата сотрудников, всю деятельность осуществляют волонтеры, при этом под постоянной опекой «Территории добра» находятся 15 домов престарелых по всей Нижегородской области. Волонтеры постоянно организуют праздники, осуществляют сбор подарков и предметов гигиены, организуют концерты.

Уникальным можно назвать проект «Доступ открыт», его создали в 2013 г. два друга – Александр Мягков и Алексей Голубев, оба инвалиды-

колясочники с детства. Это интернет-сообщество «людей, равнодушных к проблемам инвалидов». В 2015 г. эта волонтерская инициатива была зарегистрирована как Автономная организация содействия социальной интеграции «Доступ открыт». Уникальность организации в том, что она объединяет добровольцев с инвалидностью и добровольцев, не относящихся к людям с ограниченными возможностями здоровья, вместе они занимаются волонтерством и благотворительностью. Сегодня уже создана и постоянно наращивается база добровольцев, развивается сеть клубов по всей Москве, проведены 4 ежегодных фестиваля волонтеров в центральных парках столицы.

Надо отметить, что добровольческое движение помощи людям с инвалидностью уже давно не является прерогативой некоммерческих организаций. Так, в России существует масштабное волонтерское движение конкурсов профессионального мастерства среди людей с инвалидностью «Абилимпикс», созданное Министерством образования и науки Российской Федерации. Для организации работы волонтеров создается сеть волонтерских центров «Абилимпикс». Такие центры будут создаваться на базе ведущих вузов регионов, которые имеют опыт инклюзивного образования, при их активном взаимодействии с общественными организациями, участвующими в движении «Абилимпикс». Прогнозируется, что волонтерские центры будут не только оказывать организационную поддержку в проведении региональных этапов Национального чемпионата, но и способствовать развитию социальной инклюзии в обществе. Соответствующие соглашения уже подписаны с 85 регионами.

Другой активный «игрок» в этой сфере – инициативные группы, которые пока не зарегистрированы как СО НКО. Так, например, недавно был создан и запущен виртуальный волонтерский сервис на Всероссийском портале для людей с инвалидностью DISLIFE. Это площадка для организации помощи людям с ОВЗ силами добровольцев. На ней люди с инвалидностью оставляют свои заявки с просьбой о помощи, добровольцы – свои предложения о помощи, а сама площадка является связующим звеном между теми и другими.

Список литературы

1. http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/disabilities/?fbclid=IwAR328QU9ymUAHztI9RJbBINVqcOium-6UJWmWxgAoSxNlMXhPx6-wA-QnEo

**СОВМЕСТНАЯ РАБОТА МЕСТНОГО САМОУПРАВЛЕНИЯ И
ОБЩЕСТВЕННОСТИ ГОРОДА ГДА҃НЬСКА ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ
РАВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ДЛЯ ГРАЖДАН**
**JOINT ACTIONS OF LOCAL GOVERNMENTS AND THE PUBLIC
OF THE CITY OF GDA҃NŚK TO SAFEGUARD EQUAL OPPORTUNITIES
FOR CITIZENS**

А.Б. Лымарь
Высшая социально-экономическая школа в Гданьске, Польша
A.B. Lymar
Higher Social-Economic School in Gdansk, Poland

Деятельность органов местного самоуправления в целях поддержки отдельных социальных групп населения и лиц с дополнительными потребностями требует компетентного подхода к оценке общего состояния локальных сообществ и профессиональной разработки стратегий развития, на основе которых могут создаваться региональные модели (проекты и программы) равных возможностей.

Activities of local self-government bodies supporting particular social groups and disabled people require a competent approach to assess the general condition of local communities and professional development strategies on the basis of which regional models (projects and programs) of equal opportunities can be created.

Ключевые слова: местное самоуправление, локальные сообщества, равные возможности, социальное проектирование, стратегия социального развития

Keywords: local government, local communities, equal opportunities, social design, social development strategy

Вопрос социального проектирования является одним из наиболее сложных и, одновременно, одним из наиболее обращающих на себя внимание в управленческих структурах европейских государств. Решение политических и макроэкономических задач возложено на высшие органы государственного управления. Местному самоуправлению делегирована обязанность по обустройству и обеспечению функционирования местных сообществ. Существенным является наличие и доступность финансовых возможностей у местного самоуправления для реализации различных программ и внедрения проектов, нацеленных на развитие и координацию социальных процессов.

Следует признать, что финансовые возможности значительно отличаются как в разных странах ЕС, так и в разных регионах самих этих стран. Это объяснимо рядом причин. Во-первых, различным уровнем экономики и технологической развитости, во-вторых, различной степенью подготовленности органов управления к решению задач социального характера. Заметными барьерами на пути к ровному и целенаправленному продвижению социального развития в отдельных регионах ЕС продолжают оставаться привязанность к традициям (исконным и относительно недавним), развитые социокультурные

предубеждения, пониженная социальная активность, связанная с внешними ограничениями или неподготовленностью исполнителей.

Обращает на себя внимание, что вопросы финансирования в современном ЕС могут быть частично или полностью решены за счет развитой за последние десятилетия системы поддержки социальных инициатив из фондов ЕС. Речь может идти о целевом финансировании и дофинансировании программ и проектов или о поддержке в виде грантов. Вопрос же о подготовленности исполнителей заданий в сфере социального развития остается нерешенным. В странах, прежде всего с переходной экономикой, больше внимания уделяется развитию компетенций в сфере бизнеса и финансов, чем вопросам изучения состояния общества и регулирования социальными процессами. Современный рынок наиболее либерален в отношении рынка труда и занятости. Проще говоря, если у человека возникают проблемы, то он в меру своих личных возможностей и активности может «поискать счастья» в любом другом регионе мира.

Понимая это, местное самоуправление в процессе рассмотрения и планирования социальных процессов вынуждено обращаться к максимально широко представленному экспертному сообществу в своем регионе. Широкое представительство, с одной стороны, свидетельствует о демократичности подходов к решению местных проблем, а с другой – об отсутствии необходимых компетенций у приглашенных экспертов. Это связано с тем, что в состав экспертных советов одновременно включаются как специалисты в различных областях социальной сферы, так и потенциальные потребители конечного программного продукта.

В контексте традиционного набора местных проблем в социальной и культурной сферах правительством Гданьска в 2017 г. была инициирована деятельность по разработке городской модели равноправной трактовки жителей города. Первый этап включал формирование рабочих групп по шести направлениям: 1) религия, вероисповедание, мировоззрение, 2) этническое происхождение, 3) пол, 4) возраст, 5) ограниченные физические возможности, 6) сексуальная ориентация. Гданьск является городом с древней историей и богатой традицией межконфессионального и межкультурного взаимодействия. Однако вопросы межрелигиозного взаимодействия все же нуждаются в некоторой корректировке в контексте доминирования католицизма в религиозной жизни современного государства и общества, а также в связи с изменениями в структуре общества и разнообразия мировоззрений.

Современное восприятие межэтнических и межкультурных связей в обществе города во многом связывается с контекстом общеевропейской и собственно польской политики в отношении мигрантов и беженцев. Вопросы

пола исследуются в контексте общеевропейской программы недопущения различных форм дискриминации по половому признаку, предотвращении любых форм насилия в семье, внедрение Европейской Карты равноправия женщин и мужчин. Проблемы возраста также связаны с общеевропейскими представлениями о расширении возможностей для людей старшего возраста, для их активного участия в жизни локальных сообществ, раскрытия творческого и образовательного потенциала. Тема людей с ограниченными физическими возможностями рассматривается в контексте общеевропейских гуманистических ценностей и мировых стандартов в оказании поддержки таким людям. И наконец, вопросы сексуальной ориентации отражают позицию ЕС в отношении сексуальных меньшинств, не допускающую дискриминации лиц с т.н. нетрадиционной сексуальной ориентацией (ЛГБТ).

Второй этап заключался в том, чтобы объединить вышеупомянутые направления модели по областям применения: 1) образование, 2) культура и свободное время, общественное здоровье и спорт, 3) инфраструктура, мобильность и транспорт, пространство общественное, 4) интеграция общественная и гражданская активность, 5) инновационность и предпринимательство, инвестиционная активность.

Общим итогом работы около сотни экспертов стала разработка перечня рекомендаций и голосование по ним. Всего было утверждено более ста семидесяти рекомендаций. Так как экспертная группа состояла, как было сказано выше, из «специалистов» и «потенциальных потребителей» продукта модели, не все принятые рекомендации согласовались между собой, хотя обладали равным статусом. Одни были исключительно декларативными без разработки реалистичного механизма их реализации, другие – предложениями по конкретным мероприятиям.

Направление образование предполагает преимущественно комплекс мер просветительского характера, прежде всего, на площадках школьного образования. В качестве цели было определено донесение информации до детей и школьной молодежи о существующих проблемах различных групп населения. Именно такое понимание цели вызвало впоследствии дискуссии и последующее неприятие советом города ряда положений модели. Если создание неограниченной образовательной среды для пожилых людей и инвалидов не вызывает возражений, то по другим направлениям возникли дополнительные вопросы. Трудно, например, разработать механизм для пропорционального участия в педагогической деятельности женщин и мужчин. Еще меньше понимания нашли предложения по просветительской деятельности на тему прав сексуальных меньшинств. Поддержка людей пожилого возраста через образование в основном понимается как воспитание уважения к старости

и поддержание народных и семейных традиций. Во многом аналогичен подход к вопросам культуры и свободного времени для различных социальных групп (групп модели), предполагающий, прежде всего, неограниченную доступность культурной среды. Однако и здесь наблюдается некоторая неопределенность в наличии механизмов реализации предложенных рекомендаций.

Более понятны рекомендации по инфраструктуре, мобильности и транспорту. Предложенные мероприятия могут быть реализованы, так как конкретика подкреплена реальной стоимостью инфраструктурных и транспортных услуг. Кроме того, тема доступности общественного пространства и мобильности встречается в финансируемых государством и ЕС программах и проектах. Области применения 4 и 5 не связаны с конкретными механизмами реализации модели и носят характер благожелательной интенции, если не брать во внимание случаи финансового поощрения работодателей за предоставление работы лицам с ограниченными возможностями или поддержку деятельности неправительственных организаций.

Очевидной особенностью предложенной модели является то, что не до конца определена целевая группа, которой эта модель адресована. Произошло смешение интересов и стилей по причине того, что: а) программа модели во многом опирается на претензии и потребности «экспертов-потребителей» (т.е. на их интерпретацию реально существующих проблем), б) «эксперты – специалисты» не предложили теоретически и логически обоснованных механизмов реализации (чего, к слову, от них никто и не требовал), в) мероприятия модели во многом покрываются уже реализуемыми аналогичными мероприятиями других программ (например, НКО, государства, ЕС). В частности, общеевропейские и польские государственные программы поддержки инвалидов уже достаточно разработаны и активно реализуются. Можно, например, упомянуть поддержку ЕС программ доступного пространства (образовательной, культурной, инфраструктурной среды) для инвалидов в рамках трансграничного сотрудничества. Кроме того, следует обратить внимание на правовой и культурно-этический аспекты. В частности, решение многих задач на местном уровне становится практически нереализуемым в связи с отсутствием у органов местного самоуправления необходимой правовой компетенции.

Подводя краткий итог, следует заметить, что управление социальными процессами со стороны органов местного самоуправления, прежде всего, должно основываться на компетентной оценке общего состояния локального сообщества. Далее потребуются разработка стратегического плана социального развития региона, а уже сама модель должна стать частью механизма реализации определенной стратегии. Каждая стратегия должна быть

направлена не только на решение проблем конкретной целевой группы (например, пожилых людей, молодежи, инвалидов), но и предусматривать комплекс мероприятий, мотивирующих в целом локальное сообщество к ее реализации. Правовые нормы ЕС также обязывают к соблюдению права граждан на охрану персональных данных, на безопасность любой информации, относящейся к жизни каждого человека. В этом контексте любые ссылки на индивидуальные потребности или особенности личности требуют максимальной корректности и соответствия действующим нормам закона.

Список литературы

1. Ustawa z dnia 3 grudnia 2010 r. o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania.
2. Europejska karta równości kobiet i mężczyzn w życiu lokalnym.
3. Model na rzecz równego traktowania (28.06.2018, Gdańsk)
4. Lymar A. Zadania samorządów terytorialnych w organizacji procesów społecznych (artykuł dla "Przegląd samorządowy Pomorze" (2018 r.).
5. „Gdańscy Tatarzy składają miastu ofertę nie do odrzucenia”, gaz. Dziennik Bałtycki, 29.03.2017.
6. Lymar A. Polityka migracyjna i polityka młodzieżowa w kontekście bezpieczeństwa terytorialnego. Współczesne wyzwania i zadania/Współpraca samorządu terytorialnego oraz grup dyspozycyjnych w zapewnianiu bezpieczeństwa społeczności lokalnych. Pod red. J. Maciejewskiego, D. Hoffman, A. Sokołowskiej, Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego 2017. S. 129-141.
7. Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

АНАЛИЗ СОТРУДНИЧЕСТВА ГОСУДАРСТВЕННЫХ СОЦИАЛЬНЫХ СЛУЖБ И СО НКО В КОНКУРСАХ НА ГРАНТЫ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ИНВАЛИДАМ ANALYSIS OF COOPERATION OF STATE SOCIAL SERVICES AND SO NPO IN GRANTS COMPETITIONS FOR THE PROVISION OF SOCIAL SERVICES TO THE DISABLED PEOPLE

М.Н. Максимова, М.М. Ильясов

Казанский государственный медицинский университет, г. Казань

M.N. Maximova, M.M. Ilyasov

Kazan State Medical University, Kazan

Анализируются причины, трудности, результаты сотрудничества государственных социальных служб и СО НКО в конкурсах на гранты для оказания услуг социального обслуживания инвалидов.

The causes, difficulties, results of cooperation of state social services and SO NPO in grants competitions for the provision of social services to the disabled people are analyzed.

Ключевые слова: государственные социальные службы; СО НКО; гранты для оказания услуг социального обслуживания инвалидов

Keywords: state social services; SO NPO; grants for the provision of social services to the disabled people

В Российской Федерации государственные социальные учреждения для расширения перечня оказываемых услуг привлекают дополнительные денежные средства путем участия в социальных конкурсах на получение грантов. Они могут заявляться во все грантовые конкурсы, где есть право на их участие согласно установленной организационно-правовой форме.

В Республике Татарстан (РТ) государственные учреждения подают в основном заявки на участие в трех конкурсах: 1) «Общественная инициатива», основной организатор Министерство труда, занятости и социальной защиты РТ; 2) конкурс социальных проектов ПАО «Татнефть»; 3) конкурс социальных и культурных проектов АО «РИТЭК». В других грантовых конкурсах государственные учреждения не могут принять участия, т.к. в них могут участвовать только НКО. Это одна из причин, почему государственные социальные учреждения взаимодействуют с СО НКО.

Есть ряд других причин, которые способствуют сотрудничеству данных организаций, среди которых можно выделить следующие [1]:

- привлечение дополнительных средств и специалистов;
- личные мотивы и побуждения;
- получение дополнительного опыта и навыков;
- расширение круга знакомств и профессионального роста;
- повышение эффективности, расширение направления деятельности и видов услуг;
- более детальное изучение интересующих вопросов и проблем, поиски их решения.

Сотрудничество государственных социальных учреждений и СО НКО в совместных участиях в проектах-грантах для оказания социальных услуг инвалидам среди основных механизмов взаимодействия занимает второе место. Это подтверждают 56% опрошенных организаций по регионам РФ, принявших участие в нашем исследовании.

Принимать участие в социальных конкурсах на получение грантов СО НКО начали в основном с 2011 г. Каждый год в разных СО НКО подано разное количество заявок на гранты, различается общее количество выигранных грантов. Это объясняется опытом участия СО НКО в грантах. Например, РЦДПОВ «Апрель» в городском округе «город Казань» РТ – шесть побед в конкурсах на гранты за последние пять лет. Это самый высокий показатель среди всех исследуемых 50 организаций по регионам РФ.

Статистика по участию и победам СО НКО в грантах у 67% исследуемых организаций Республики Татарстан и других регионов России, оказывающих социальные услуги инвалидам, показала следующее:

- Фонд президентских грантов РФ (67 заявок – 15 проектов победителей);
- Республиканский конкурс грантов КМ РТ (22 заявки – 8 проектов победителей);
- Конкурс проектов «Общественная инициатива» (29 заявок – 7 проектов победителей);
- Конкурс проектов ПАО «Татнефть» (47 заявок – 5 проектов победителей);
- Конкурс проектов АО «РИТЭК» (95 заявок – 33 проектов победителей);
- Другие грантооператоры (103 заявки – 29 проектов победителей).

Количество проигрышей СО НКО-заявителей в проектах на получение грантов можно объяснить следующими причинами.

Во-первых, это предъявляемые требования организатора-проекта («Общественная инициатива» [2]; Гранты КМ РТ [3]; ПАО «ЛУКОЙЛ» АО «РИТЭК» [4]; ПАО «Татнефть» [5]; Фонд президентских грантов РФ [6]) к участникам-заявителям:

- Общее количество разделов и пунктов, которые необходимо заполнить организации-заявителю, претендующей на субсидию в виде гранта.
- Количество этапов-проверок, которые должен пройти проект для победы.
- Необходимость софинансирования социального проекта.
- Количество основных номинаций, в которые можно заявиться.
- Максимальное количество заявок, которые может подать одна организация в течение одного конкурса.
- Максимальная сумма, которую можно получить на реализацию проекта.

Во-вторых, от бюджета организатора-конкурса.

Анализ данных позволил сделать следующие выводы:

- Самые высокие требования, которые предъявляет организатор-конкурсов, Фонд президентских грантов РФ (более 100 пунктов, которые необходимо заполнить, чтобы принять участие), но и там же максимальная сумма (более 10 млн. руб.), которую может получить организатор-заявитель, для реализации своего проекта.
- Самая маленькая сумма, которую можно получить в случае победы (до 50 тыс. руб.), предлагает грантодатель «Общественная инициатива», но при этом, обязательным условием является софинансирование проекта и привлечение других организаций к его реализации.

- Самый большой процент одобренных заявок (33,3%) приходится на организатора социальных проектов – кабинет Министров Республики Татарстан (69 одобренных проектов, из 212 заявленных).

- Самый низкий процент выигранных грантов (8,1% – 503 заявки и всего 40 получили финансирование), приходится на грантооператора ПАО «Татнефть», но большой плюс в том, что одна организация имеет право заявляться во все предложенные номинации (5).

- Самый популярный организатор-проектов, в которые заявлялись и побеждали организации, принявшие участие в нашем исследовании, ПАО «ЛУКОЙЛ» АО «РИТЭК» (33 проекта, три из которых выиграла организации Бавлинского района).

В-третьих, недостаточная грамотность сотрудников государственных социальных учреждений и СО НКО в процессе формирования и выполнения проектов-грантов, которые мы выяснили в ходе проведения интервью с руководителями исследуемых СО НКО.

Возникающие проблемы в ходе формирования и реализации проектов-грантов специалисты государственных социальных учреждений и СО НКО решали следующим образом: 1) изучали опыт выигранных проектов других районов (39% исследуемых организаций др. регионов РФ); 2) изучали онлайн-курсы (15%); 3) консультировались со специалистами, принимали участие в образовательных выездных семинарах (29%).

Результаты сотрудничества государственных социальных учреждений с СО НКО в конкурсах на получение грантов для оказания услуг инвалидам:

- У государственных социальных учреждений: 1) новые направления деятельности; 2) предоставление свободного времени родителям; 3) разработка и внедрение инновационных форм и методов работы; 4) социализация детей инвалидов, вовлечение их в развивающие занятия; 5) получено дополнительное финансирование, привлечено больше ресурсов, специалистов, увеличен охват получателей услуг, приобретено необходимое дорогостоящее оборудование.

- У СО НКО: 1) дополнительное финансирование, дополнительные ресурсы, расширение количества оказываемых услуг; 2) новые и дополнительные направления деятельности; 3) более качественное предоставление требуемых услуг.

Исходя из проведенного анализа, мы пришли к следующим выводам:

- 1) Государственные социальные учреждения и СО НКО активно сотрудничают в конкурсах на получение грантов для расширения перечня оказываемых услуг инвалидам.

2) Из пяти рассмотренных нами конкурсов, в которые заявлялись государственные социальные учреждения и СО НКО для оказания социальных услуг инвалидам, нет постоянных участников и постоянных победителей.

3) Причины взаимодействия государственных социальных учреждений с СО НКО в проектах грантах для оказания социальных услуг инвалидам:

- ограничения участия государственных социальных учреждений в конкурсах на гранты, связанные с организационно-правовой формой организации;

- недостаточность специалистов в этой области для самостоятельных заявок.

- привлечение дополнительных средств и специалистов;

- расширение направления деятельности и видов услуг;

- более детальное изучение интересующих вопросов и проблем, поиски их решения.

Данные других организаций по Республике Татарстан и других регионов России тоже говорят о большой эффективности сотрудничества государственных социальных учреждений и СО НКО в конкурсах на гранты для оказания услуг инвалидам. Доказательством является 97 выигранных грантов за последние 5 лет и более 5 тыс. инвалидов, обслуженных в результате реализации проектов-грантов.

Список литературы

1. Волонтеры (добровольцы). Волонтерские (добровольческие) организации: Учебное пособие / Peter Low [и др.]. Казань: КГМУ, 2003. С. 18-19.

2. Республиканский конкурс социальных проектов «Общественная инициатива». Положение о конкурсе // Сайт Министерства труда, занятости и социальной защиты Республики Татарстан [Эл. ресурс]. Режим доступа: <http://mtsz.tatarstan.ru> (дата обращения: 14.05.2018).

3. Республиканский конкурс на получение грантов Кабинета Министров Республики Татарстан для некоммерческих организаций, участвующих в реализации социально значимых проектов. Положение о конкурсе // Сайт Министерства труда, занятости и социальной защиты Республики Татарстан [Эл. ресурс]. Режим доступа: <http://mtsz.tatarstan.ru> (дата обращения: 14.05.2018).

4. Конкурс социальных и культурных проектов. Положение о конкурсе // Сайт ПАО «ЛУКОЙЛ» – АО «РИТЭК» [Эл. ресурс]. Режим доступа: <http://ritek.lukoil.ru> (дата обращения: 14.05.2018).

5. Конкурс на соискание грантов. Положение о конкурсе // Сайт ПАО «Татнефть». [Эл. ресурс]. Режим доступа: <http://www.tatneft.ru> (дата обращения: 14.05.2018).

6. Фонд президентских грантов. Положение о конкурсе [Эл. ресурс]. Режим доступа: <https://президентскиегранты.рф> (дата обращения: 14.05.2018).

ПОДДЕРЖКА БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОСТИ В РОССИИ **SUPPORTING CHARITY IN RUSSIA**

Т.Э. Петрова

Департамент культуры Правительства Российской Федерации

T.E. Petrova

Department of Culture of the Government of the Russian Federation

Рассматриваются вопросы государственной поддержки благотворительности в Российской Федерации. К главным достижениям в сфере благотворительности за последние десять лет, по оценке экспертного сообщества, относятся формирование и институциональное оформление самой сферы благотворительности.

The article deals with the issues of state support of charity in the Russian Federation. According to the expert community, the main achievements in the field of philanthropy in the last ten years are the formation and institutionalization of the sphere of charity itself.

Ключевые слова: государственная поддержка, благотворительность, взаимодействие, разгосударствление социальных услуг

Keywords: government support, charity, interaction, privatization of social services

В соответствии с Федеральным законом от 11 августа 1995 г. № 135-ФЗ "О благотворительной деятельности и добровольчестве (волонтерстве)" под благотворительной деятельностью понимается добровольная деятельность граждан и юридических лиц по бескорыстной (безвозмездной или на льготных условиях) передаче гражданам или юридическим лицам имущества, в том числе денежных средств, бескорыстному выполнению работ, предоставлению услуг, оказанию иной поддержки [1].

К главным достижениям в сфере благотворительности за последние десять лет, по оценке экспертного сообщества, относится формирование и институциональное оформление самой сферы благотворительности. Признаками ее институционализации является в том числе формирование законодательства в этой сфере и то, что получил развитие процесс формирования государственной политики в отношении благотворительности и добровольческой деятельности, важнейший этап которой начался с принятия Концепции содействия развитию благотворительной деятельности и добровольчества в Российской Федерации, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 июля 2009 г. № 1054-р [2].

По данным Росстата на конец 2017 г., в Российской Федерации зарегистрировано более 11,7 тыс. благотворительных организаций, в том числе 8,5 тыс. благотворительных фондов. В период 2011-2016 гг. количество социально ориентированных некоммерческих организаций увеличилось с 96 тыс. до 140 тыс.

По сведениям "Агентства социальной информации", в стране действует около 170 фондов целевых капиталов с совокупным объемом средств 19 млрд. рублей, которые поддерживают организации культуры, образования, науки. Порядка 150 крупных компаний на регулярной основе занимаются благотворительностью. Значительная их часть регулярно публикуют открытую отчетность о своей благотворительной деятельности. Согласно отчетам 55 таких компаний, на корпоративную благотворительность за год ими выделено более 15,5 млрд. рублей.

По данным мониторинга состояния гражданского общества, который с 2006 г. проводится Центром исследований гражданского общества и некоммерческого сектора НИУ ВШЭ, за прошедший год 57% россиян делали те или иные денежные пожертвования нуждающимся лицам, не являющимся их родственниками и друзьями, а также организациям, в том числе учреждениям социальной сферы, религиозным организациям и др. В среднем пожертвования составляли примерно 2,5 тыс. рублей в год на 1 жертвователя. Однако эта средняя величина складывается из относительно небольшого числа крупных пожертвований и многочисленных пожертвований в размере от 100 до 1 тыс. рублей [3].

Институционализованные формы благотворительности развиваются довольно интенсивно. Однако в России они представлены все еще гораздо меньше, чем, например, в США и странах Западной Европы. Одна из существенных причин этого – недостаток доверия к благотворительным организациям (по данным указанного мониторинга, им в настоящее время доверяют 24% россиян). Граждане предпочитают непосредственно переводить деньги нуждающимся, не прибегая к помощи благотворительных фондов. Это связано с дефицитом информации об их программах и конкретных результатах деятельности, а также с участившимися случаями появления лжефондов.

Другим направлением благотворительности является добровольчество (волонтерство).

Утвержден план мероприятий по развитию волонтерского движения в Российской Федерации (от 5 июля 2017 г. № 4723п-П44) в целях обеспечения участия различных групп населения в добровольческой (волонтерской) деятельности и благотворительности.

В рамках реализации плана принят Федеральный закон "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам добровольчества (волонтерства)", определивший статус добровольческих (волонтерских) организаций, организаторов добровольческой (волонтерской) деятельности и добровольцев (волонтеров), а также полномочия органов государственной власти и местного самоуправления в сфере их поддержки [4].

По данным Министерства просвещения Российской Федерации, по состоянию на 4 июня 2018 г. в Российской Федерации зарегистрировано 120 тыс. добровольцев и 5,4 тыс. добровольческих (волонтерских) организаций.

Для координации межведомственного взаимодействия образована Межведомственная комиссия по вопросам развития добровольчества (волонтерства), в состав которой вошли представители заинтересованных федеральных органов исполнительной власти, Общественной палаты Российской Федерации, АНО "Агентство стратегических инициатив по продвижению новых проектов", руководители некоммерческих организаций и всероссийских общественных движений.

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 6 декабря 2017 г. № 583 "О проведении в Российской Федерации Года добровольца (волонтера)" [5] распоряжением Правительства Российской Федерации от 27 января 2018 г. № 102-р образован организационный комитет по проведению в Российской Федерации Года добровольца (волонтера), который возглавил первый заместитель Руководителя Администрации Президента Российской Федерации С.В. Кириенко [6].

Оргкомитетом утвержден план основных мероприятий по проведению в Российской Федерации Года добровольца (волонтера), в который включена реализация межсекторальных мер, направленных на развитие добровольчества (волонтерства) и в конечном итоге – на достижение устойчивого роста числа граждан и организаций, участвующих в добровольческой деятельности.

В целях совершенствования механизмов налогообложения этой деятельности принят Федеральный закон от 23 апреля 2018 г. № 98-ФЗ "О внесении изменений в часть вторую Налогового кодекса Российской Федерации" [7].

В соответствии с федеральным законом предусматривается освобождение от обложения налогом доходов физических лиц, полученных добровольцами и волонтерами в виде выплат на возмещение их расходов, связанных с их деятельностью (на форменную одежду и специальную одежду, оборудование, предоставление помещения во временное пользование, проезд к месту осуществления благотворительной, добровольческой (волонтерской)

деятельности и обратно, питание, средства индивидуальной защиты, уплату страховых взносов на добровольное медицинское страхование), а также освобождение от налогообложения доходов в натуральной форме, полученных на указанные цели.

В соответствии с положениями главы 25 Налогового кодекса Российской Федерации благотворительные пожертвования, под которыми согласно действующему законодательству понимается безвозмездная передача (дарение), для целей налогообложения прибыли не учитываются.

Кроме того, в настоящее время Минэкономразвития России разрабатывается законопроект о внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием механизмов формирования и использования целевого капитала некоммерческих организаций. Законопроектом предусматривается отнесение к благотворительной деятельности не только пожертвований, например, образовательным организациям или музеям на текущую уставную деятельность, как это предусмотрено действующим законодательством, но и пожертвований, переданных на формирование целевого капитала, доход от которого организации будут получать ежегодно и который обеспечивает их долгосрочную устойчивость.

Список литературы

1. Федеральный закон от 11 августа 1995 г. № 135-ФЗ "О благотворительной деятельности и добровольчестве (волонтерстве)".
2. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 30 июля 2009 г. № 1054-р.
3. Информационно-аналитический бюллетень о развитии гражданского и некоммерческого сектора в РФ. НИУ-ВШЭ, 2016. № 1.
4. План мероприятий по развитию волонтерского движения в Российской Федерации от 5 июля 2017 г. № 4723п-П44.
5. Указ Президента Российской Федерации от 6 декабря 2017 г. № 583 "О проведении в Российской Федерации Года добровольца (волонтера)".
6. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 27 января 2018 г. № 102-р.
7. Федеральный закон от 23 апреля 2018 г. № 98-ФЗ "О внесении изменений в часть вторую Налогового кодекса Российской Федерации".

ВЫСТУПЛЕНИЯ

ИНВАЛИДНОСТЬ В ПРОСТРАНСТВЕ СОЦИАЛЬНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОЕКТОВ DISABILITY IN THE CONTEXT OF SOCIO-EDUCATIONAL PROJECTS

Р.М. Амбарцумян
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
R.M. Ambartsumian
Lobachevsky University

Анализируется взаимосвязь социально-образовательных проектов (СОП) и инвалидности. Делается вывод, что СОП в отношении проблем инвалидности выполняет инструментальную функцию, предоставляя информационную поддержку для инвалидов и членов их семей, осуществляющих уход, информируя социальное окружение об их проблемах, мобилизуя его на волонтерскую деятельность и способствуя активизации использования информационных технологий инвалидами.

The correlation between socio-educational projects and disability is analyzed. The conclusion is drawn that SOP concerning problems of disability performs tool function, providing information support for disabled people and their family members (caregivers), informing a social environment about their problems, mobilizing it for volunteer activity and promoting activation of IT-using by disabled people.

Ключевые слова: социально-образовательные проекты, инвалидность, волонтерство, социально-депривированные группы

Keywords: socio-educational projects, disability, volunteer activity, social deprived groups

Социально-образовательные проекты (СОП) являются центральной темой наших исследований уже не первый год. Мы определяем их как социально-инженерные проекты, направленные на решение наиболее актуальных проблем социокультурного развития общества посредством образовательных технологий. Подобная широта определения позволяет использовать их практически во всех предметных сферах и в отношении почти всех социальных групп, объединяемых по какому-либо признаку или их совокупности.

Одной из причин, актуализирующих обращение к социологическому анализу СОП, является возрастание потребности во всевозможных образовательных предложениях со стороны различных, в том числе, социально депривированных групп: пенсионеров, инвалидов. Рассмотрим основные факторы, позволяющие говорить об инвалидности в пространстве СОП и о СОП в пространстве инвалидности.

Прежде всего, содержательной основой СОП является определенная информация, относящаяся к тому или иному аспекту социального

функционирования. В 2016-2017 гг. нами было предпринято исследование пространства проектов, реализующихся в Нижегородском регионе. Среди аспектов, вызвавших наш интерес, было содержание проектов: спонтанный характер их реализации подталкивал организаторов СОП к выбору наиболее актуальных и даже злободневных, лежащих на поверхности тем. Отметим, что вопросы, связанные с медицинскими аспектами, становились темами СОП наиболее часто. В качестве основных содержательных направлений внутри данного типа проектов можно выделить несколько основных направлений: повышение уровня медицинской грамотности населения, популяризация здорового образа жизни и профилактических технологий. Один из примеров – нижегородский проект «Быстрее болезни», стартовавший в 2014 г.

Содержательно близкими к вопросам здорового образа жизни, являющимся основной темой СОП социально-медицинской направленности, являются проекты в сфере спорта. При этом спортивные достижения выступают не только как конечный результат, но и как основной инструмент достижения проектных целей, заключающихся в формировании устойчивых паттернов здоровьесберегающего поведения. Наши исследования показали, что характерными особенностями СОП спортивной направленности являются выездной формат и относительно непродолжительный характер мероприятий, поддержание здоровой атмосферы в ходе их реализации (запрет продажи и употребления алкоголя, отказ от вредных привычек на время участия и т.д.), частое чередование учебно-просветительских и спортивных компонентов СОП. В процессе реализации СОП осуществляется строгий контроль за соблюдением правил и применяются жесткие санкции по отношению к нарушителям вплоть до исключения из числа участников.

Включение инвалидности в тематику СОП позволит значительно расширить их тематический спектр за счет вопросов социально-правового статуса инвалидов, информирования родственников о возможностях ухода, об общественных организациях, оказывающих различные виды поддержки семьям, столкнувшимся с данной проблемой.

Понимание инвалидности как временной нетрудоспособности возлагает максимальную ответственность за свое состояние и его динамику непосредственно на самого инвалида. Большую роль в процессе восстановления и реабилитации инвалида играет доступ к информации, значительно облегчившийся в последние годы. Это обстоятельство идет параллельно с общей тенденцией к роботизации отдельных секторов социально-медицинской работы, а также росту возможностей самостоятельного менеджмента инвалидности или болезни. Цифровые технологии, давая доступ к специальной информации, начинают играть важную роль в реализации

социальной субъектности инвалида, задача управления которой раньше принадлежала исключительно врачам. Можно по-разному оценивать этот процесс: риски, сопровождающие подобную самостоятельность, очевидны, но развитие информационных технологий рано или поздно приведет к созданию высококачественных программных продуктов, позволяющих не только диагностировать состояние больного, но и предлагать оптимальные восстановительные практики. Среди первых шагов – внедрение технологий мобильной медицины, т.е., регулярное информирование в режиме онлайн, например, по вопросам протекания беременности, онлайн-консультирование в несложных случаях и др. Критика в отношении большинства подобных продуктов основывается на неправомерности дистанционного консультирования в подобных случаях и формах, опасности постановки даже первичного диагноза без личного контакта со специалистами, игнорирование индивидуальности каждого случая и, нередко, популизме при его разработке и внедрении.

Тем не менее, при усилении социально-образовательной составляющей подобные проекты могут иметь право на существование и быть успешными. Например, в Башкортостане уже несколько лет реализуется очень интересный проект «Врач РБ-Онлайн». Этот проект инициировал главный врач одной из городских больниц г. Уфы. Главная цель проекта – оперативное информирование пациента при помощи социальных сетей и сайта в любое время суток. Проект не ставит своей целью постановку диагноза и не претендует на подмену традиционных медицинских практик. Самое главное – заставить пациента прийти в больницу на диагностику, если есть подозрения на какие-то болезни или отклонения.

Завершая анализ информационного аспекта, отметим, что СОП в сфере здоровья формируют не только практики здорового образа жизни, но и представления о здоровье как социальной норме, моде и необходимости; в противном случае, нормой могли бы стать различные популярные увлечения с сомнительными последствиями для здоровья.

Говоря о взаимосвязи ИТ и инвалидности, необходимо отметить не только ее содержательную, но и технологическую составляющую. Инновационный формат СОП, позволяющий использовать широкий спектр информационных технологий при его реализации, обеспечивает доступ к информации с любого мобильного устройства, частично снимая проблему доступности образовательных услуг, остроту потребности в инклюзивных мероприятиях. Возможности связи с несколькими абонентами одновременно, передачи видео- и аудиоконтента, интерактивного общения в режиме реального времени уже стали повседневной реальностью. Конечно же, это не решит проблемы с

мобильностью инвалида, но позволит частично компенсировать потери от ограничений, обусловленных болезнью. Риск «консервации инвалидности» в четырех стенах — весьма логичный контраргумент в данной ситуации, но решение этой проблемы также может стать темой СОП.

Наконец, еще одним контекстом взаимодействия СОП и инвалидности является способность проектов повышать гражданскую активность их участников, побуждать их к волонтерской деятельности, в том числе направленной на решение проблем инвалидов. Для проектов, непрерывно реализующихся на протяжении нескольких лет, стало характерным формирование сети волонтеров и координаторов, занимающихся вовлечением в СОП новых членов, а также пула экспертов, привлекаемых на регулярной основе.

СОП в отношении проблем инвалидности выполняет инструментальную роль, предоставляя информационную поддержку для инвалидов и членов их семей, осуществляющих уход, информируя социальное окружение об их проблемах, мобилизуя его на волонтерскую деятельность и способствуя активизации использования информационных технологий инвалидами.

ОТНОШЕНИЕ ГРАЖДАН К ИНТЕГРАЦИИ ИНВАЛИДОВ В ОБЩЕСТВО

ATTITUDES OF CITIZENS TOWARDS THE INTEGRATION OF PEOPLE WITH DISABILITIES INTO SOCIETY

К.А. Антипов

*Пермский национальный исследовательский
политехнический университет, г. Пермь*

К.А. Antipov

Perm National Research Polytechnic University, Perm

Рассматривается изменение отношения граждан к положению инвалидов в обществе, их участию в образовательном процессе, профессиональной деятельности, досуге. Автором делается вывод, что уровень интеграции носит низкий характер, так как инвалиды по-прежнему сталкиваются с непониманием своего статуса обычными гражданами. Вместе с тем, в регионах наблюдаются положительные сдвиги, вызванные деятельностью общественных организаций в отношении интеграции инвалидов в общество.

The article discusses the change in the attitude of citizens to the position of persons with disabilities in society, their participation in the educational process, professional activities, and leisure. The author concludes that the level of integration is low, as people with disabilities still face a lack of understanding of their status by ordinary citizens. However, in the regions there are positive aspects caused by the activities of public organizations in relation to the integration of persons with disabilities into society.

Ключевые слова: инвалиды, инвалидность, ограниченные возможности, отношение к инвалидам, интеграция, адаптация

Keywords: disabled people, disability, limited opportunities, attitudes towards disabled people, integration, adaptation

Количество инвалидов в российском обществе сохраняется на высоком уровне, несмотря на определенные изменения в законодательстве, уточнение условий и критериев определения инвалидности. По состоянию на 1 января 2018 г. в России проживает около 12 млн. 100 тыс. граждан с инвалидностью [1]. Данная цифра колеблется, но, очевидно, что большинство инвалидов продолжают испытывать нехватку возможностей для интеграции в общество, преодолевая проблемы самостоятельно или благодаря близким. Несмотря на то, что в крупных городах реализуются проекты формирования безбарьерной среды, можно констатировать, что действия в отношении инвалидов находятся еще на начальном уровне.

В рамках советской системы акцент в интеграции инвалидов был сделан на их включенности в трудовые отношения. Так, на передовых предприятиях Прикамья – Телефонном заводе, заводе им. Дзержинского, заводе им. Свердлова активно использовался труд инвалидов. Одновременно в отношении них предприятием реализовывалась социальная политика, направленная на решение бытовых проблем. Остальные проблемы решались инвалидом самостоятельно или при помощи близких родственников, сослуживцев. Таким образом, трудовая интеграция, имела приоритет перед интеграцией социальной, культурной. С распадом советской системы даже трудовая интеграция фактически превратилась в нерешаемую проблему, а предприятия, находящиеся в тяжелых экономических условиях, стали массово отказываться от труда инвалидов, мер их поддержки.

В современных условиях акцент делается больше не на трудовой интеграции, а на возможности инвалидам получать доступ к системам информации, государственным услугам, к медицине, получению образования. Трудовая интеграция возлагается скорее на самого инвалида, который решает проблему с трудоустройством самостоятельно. Положительным моментом является вовлечение инвалидов в спортивную и досуговую деятельность. Участие инвалидов в спортивных мероприятиях, проведение спортивных состязаний среди инвалидов благоприятно отражаются и на отношении к инвалидам со стороны общества. Успехи паралимпийцев показывают и самим инвалидам, и всем гражданам, что существуют возможности реализации и с ограничениями по здоровью. Естественно, это не носит массового характера, но, может содействовать изменению отношения общества к инвалидам и инвалидности.

Интеграция инвалидов имеет многогранный характер. С одной стороны, существует потребность самого инвалида в интеграции в образовательные, профессиональные, экономические структуры. С другой стороны, существует отношение к этой интеграции представителей исполнительной власти, которые выполняют предписания законодателей по организации безбарьерной среды, не всегда учитывая возможности самих инвалидов. И еще одной стороной является готовность общества, отдельных индивидов воспринимать участие инвалидов в различных видах деятельности, их присутствие в жизни обычных людей. Последняя грань является наиболее проблемной.

Как показывают опросы общественного мнения, проводимые федеральными социологическими службами и региональными исследователями, граждане считают, что равные возможности для инвалидов в обществе еще не реализованы, то есть понимание проблемы есть. По данным ВЦИОМ от 2015 г., 67% респондентов отметили, что инвалиды не обладают теми же возможностями для образования и трудоустройства, что и другие граждане, а противоположное мнение высказали лишь 21% респондентов [2]. То есть понимание, что инвалиды являются социально уязвимой группой, у граждан есть. Данные ФОМ показывают, что граждане наделяют инвалидов положительными качествами и не испытывают дискомфорта от общения с ними [3]. Но, одно дело оценочное суждение, другое дело реальные жизненные ситуации, где мнение может поляризоваться. Периодически возникают конфликты из-за включения детей с инвалидностью в образовательный процесс, в трудовые отношения, в посещение мест организации досуга, размещения пандусов у жилых домов, доступа к транспорту [4; 44]; [5; 15]. В этих ситуациях проявляется противоречивое отношение к интеграции инвалидов.

Отчасти решению проблемы преодоления негативного отношения к инвалидам содействуют волонтеры, некоммерческие организации, работающие с этой социальной группой. Но, это очень длительный процесс, а действия носят скорее точечный характер. Изменение отношения к интеграции инвалидов у граждан будет складываться, если граждане будут отмечать, что для инвалидов создают не идеальные условия, предполагающие большие финансовые и организационные усилия, а достаточные для получения образования, трудоустройства, организации досуга. То есть, сугубо бюрократический подход здесь вряд ли сработает. Образ инвалида не только как человека, имеющего проблемы со здоровьем, но и как «неудобного» человека, потребителя государственных ресурсов, достаточно устойчив в сознании части населения.

Таким образом, несмотря на административные усилия в отношении создания физической безбарьерной среды для инвалидов, наделении гражданами инвалидов положительными качествами, отношение к инвалидам складывается из реальных жизненных ситуаций. Инвалиды редко посещают кино, театры, магазины, учреждения, поэтому появление маломобильного гражданина продолжает вызывать удивление. Необходимо разграничивать те усилия, которые прилагает власть для конструирования безбарьерной среды, и реальную включенность людей с инвалидностью в многообразные виды общественных отношений.

Список литературы

1. Сколько инвалидов в России. Коммерсант. [Электронный ресурс]. – URL <https://www.kommersant.ru/doc/3622120> (дата обращения: 17.08.2018).
2. Инвалиды и мы. Пресс-выпуск ВЦИОМ. [Электронный ресурс]. – URL <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=115349> (дата обращения: 23.08.2018).
3. Отношение к инвалидам. Пресс-выпуск ФОМ. [Электронный ресурс]. – URL <https://fom.ru/obshchestvo/10898> (дата обращения: 23.08.2018).
4. Баринова Г.В. Социализация личности с ограниченными возможностями в системе российского образования // Педагогическое образование и наука. 2011, № 2. С. 44-51
5. Антипов К.А., Малкова М.А. Проблема защиты прав авиапассажиров с ограниченными возможностями // Вестник Прикамского социального института. 2016, № 2 (74). С. 15–22.

БЕЗБАРЬЕРНЫЙ ТУРИЗМ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЛЮДЕЙ С ОСОБЕННОСТЯМИ РАЗВИТИЯ BARRIER-FREE TOURISM AS AN INDICATOR OF THE QUALITY OF LIFE OF PEOPLE WITH SPECIAL NEEDS

А.А. Болтаевский
Российский университет кооперации, г. Москва
A.A. Boltaevskiy
Russian University of cooperation, Moscow

На основе системного подхода рассматривается новое для России явление – безбарьерный туризм, для которого характерны размытость терминологий и отсутствие правовой базы. В ближайшие годы данный вид туризма имеет наибольшие перспективы в столичном регионе, что связано, в том числе, с программами московского правительства.

The author on the basis of the system approach considers a new phenomenon for Russia, barrier-free tourism, which is currently characterized by the vagueness of terminology and the lack of legal framework. In the coming years, this type of tourism has the greatest prospects in the

capital region, which is connected, among other things, with the programs of the Moscow government.

Ключевые слова: безбарьерный туризм, доступный туризм, инватуризм, Россия, социальное положение, тенденции, перспективы

Keywords: barrier-free tourism, accessible tourism, infoturism, Russia, social situation, trends, prospects

В настоящее время на наших глазах в обществе происходит отказ от негативного восприятия каких-либо патологий человеческого организма. Так, еще четверть века назад дети и подростки ставили клеймо на слабовидящем сверстнике, самым безобидным обращением к которому становилось «очкарик». Негативно воспринимались глухонемые, вынужденные общаться на языке жестов, инвалиды-колясочники, не говоря уже о людях, по разным причинам лишившихся зрения или конечностей. Массы причисляли их к аутсайдерам: лицам, которые не вызывают доверия в виду неспособности жить по правилам, принятым в группе [1, с. 21]. Сегодня, напротив, в моде очки без диоптрий, создающие имидж успешного делового человека и взятые на вооружение многими звездами шоу-бизнеса, например Ксенией Собчак. Более того, лица с ограниченными возможностями доказывают свою конкурентоспособность, как в спортивных соревнованиях (Оскар Писториус), так и в модельном бизнесе. Так, в июне 2018 г. на конкурс Grand Mini-miss в Италию отправилась пятнадцатилетняя россиянка Ангелина Митюнина, совмещающая карьеру с учебой в школе для слабослышащих. При этом девушка уверена в своих силах: «Я туда еду, чтобы доказать, что люди с ограниченными возможностями способны на все!» [2].

Разумеется, что и ранее в истории были известны примеры влиятельных и успешных людей, оказавшихся инвалидами: один из самых ярких в этом ряду 32-й президент США Франклин Делано Рузвельт, прикованный после перенесенного полиомиелита прикованным к инвалидной коляске, но, несмотря на это, ставший одним из самых успешных политических деятелей XX в. Другой пример: Фрэнсис Форд Coppola, после аналогичного заболевания превратился в изгоя у сверстников, не принимавших его в свои игры. Однако именно вынужденное одиночество привело его к возможности анализировать и выдумывать, мечтать и импровизировать. Не это ли способствовало его блестящей кинематографической карьере?.. Однако, именно в начале XXI в. происходит активное включение лиц с ограниченными возможностями в повседневную жизнь. Число маломобильных людей, совершающих поездки с целью путешествий, увеличивается по причине увеличения продолжительности жизни, улучшения качества жизни в целом и качества медицинских услуг, в частности.

Актуальность указанной темы не вызывает сомнений, но ее изучение сопряжено с целым рядом сложностей. Начнем с того, что определенная новизна данного явления в нашей стране породила значительное количество взаимозаменяемых терминов: безбарьерный туризм, доступный туризм, инватуризм, паратуризм и др. При этом, как справедливо отмечают М.В. Шимолина и А.В. Чернов, некоторые из указанных терминов имеют двойной смысл [3]. Так, под паратуризмом иногда понимается вид туризма с использованием парапланов, а доступный туризм многими воспринимается в качестве малобюджетного, демократичного. Что касается инватуризма, то в последние годы общепринято не указывать лицам с ограниченными возможностями на их особенности развития. Таким образом, более приемлемым является термин «безбарьерный туризм»: его чаще используют и авторы исследовательских работ [4; 5; 6; 7]. Впрочем, иногда авторы стремятся к объединению синонимичных терминов, применяя своеобразную игру слов [8]. Не менее несовершенна и правовая база [7].

Анализируя безбарьерный туризм в России, следует отметить, что в настоящее время в России подавляющее большинство туркомпаний не имеют программ отдыха, рассчитанных на инвалидов. По состоянию на 2017 г. в Москве отсутствуют специализированные организации, которые занимались бы разработкой и организацией туристических маршрутов для маломобильных групп населения. Действовавший с 2005 г. «Национальный центр туризма для инвалидов «Инватур» был ликвидирован 21 сентября 2016 г. В Санкт-Петербурге сегодня действует одна подобная организация – турфирма «Либерти». В списке предлагаемых «Либерти» туров экскурсии и поездки не только по Москве и Санкт-Петербургу, но и по другим городам нашей страны (например, Новгород) и даже за границу (Барселона, Париж, Прага, Рига). Предоставляют подобные услуги и несколько крупных туркомпаний, например, «Агентство ВЕЛЛ», компания «Амадэль Тур» и др. Периодически различные разовые экскурсионно-маршрутные мероприятия осуществляют региональные отделения таких организаций, как Всероссийское общество слепых и Всероссийское общество глухих.

В то же время столичный регион может служить крупной пилотной площадкой для развития доступного туризма при поддержке городского бюджета. Москва является, пожалуй, первым отечественным городом, который приспособливается к нуждам лиц с ограниченными возможностями. Мэр Москва С.С. Собянин известен такими программами, в рамках которых город должен стать удобным для жизни, доступным и комфортным для всех категорий граждан, в том числе маломобильных групп населения (пенсионеров, инвалидов): «Доступная среда 2011-2015 гг.», «Социальная интеграция

инвалидов и формирование безбарьерной среды для инвалидов и других маломобильных групп населения», весной 2018 г. стартовал проект «Московское долголетие», число участников которого, по прогнозам, к концу года может достигнуть 200 – 300 тыс. человек. Много делается для того, чтобы гостиницы и общественный транспорт были приспособлены для указанных социальных групп. Впрочем, по словам одной из женщин-инвалидов, самое сложное по-прежнему спуститься из квартиры вниз и затем подняться в нее.

В Москве, по официальным данным, проживает около 1,11 млн. инвалидов, из которых 75% приходится на лиц пенсионного возраста [9]. Несмотря на все сложности, уже сегодня, по данным опросов, 25% инвалидов называют путешествия в качестве предпочитаемых видов досуга [10].

Согласно исследованиям ФГУП РАМИ «РИА Новости» (2013 г.), топ-10 наиболее доступных музеев Москвы для безбарьерного туризма включает в себя такие объекты, как Государственный историко-архитектурный, художественный и Муниципальный краеведческий музей «Дом на набережной», Государственный Дарвиновский музей, Государственная галерея на Солянке, Третьяковская галерея на Крымском Валу, Московский музей современного искусства в Ермолаевском переулке, Государственный музей обороны Москвы, Государственный выставочный зал «Богородское». В то же время общее состояние доступности московских музеев для лиц с ограниченными возможностями расценивается, как «неудовлетворительное» и по-прежнему оставляет желать лучшего, несмотря на предпринимаемые Правительством Москвы усилия. Нередко остаются недоступными для инвалидов-колясочников общественные туалеты, что приводит к ошутимому дискомфорту.

Подводя итоги, отметим, что развитие безбарьерного туризма в Москве осложняется размытостью правовой базы, слабой информированностью лиц с особенностями развития, а также необходимостью сотрудничества федеральных и столичных властей. В то же время необходимо создание государственной туристической компании, ведь государство и общество заинтересованы в развитии данного продукта, в том числе и повышении качества жизни слабо защищенных слоев населения, тем более в условиях, когда туристические кадры готовят, в том числе, и государственные образовательные учреждения.

Список литературы

1. Беккер Г. Аутсайдеры: исследования по социологии девиантности / пер. с англ. Н. Фархатдинова. М.: Элементарные формы, 2018. 271 с.

2. Купцов С. Глухота не мешает быть красивой // Газета Metro Москва. 2018. 4 июня. № 61. С. 6.
3. Шимолина М.В., Чернов А.В. Инва или паратуризм: вопросы терминологии // Научно-техническое и экономическое сотрудничество стран АТР в XXI веке. 2014. Т. 2. С. 210-215.
4. Бавельский А.Д., Зорин Г.И., Ручин А.А. Безбарьерный туризм в Москве: учебно-методическое пособие. М.: Логос, 2011. 168 с.
5. Безбарьерный туризм в России: тенденции, проблемы, решения. Сборник материалов по итогам Всероссийской веб-конференции (15 июня 2017 г.). Ставрополь: Инватурифо, Ставропольский гос. аграрный ун-т, 2017. 84 с.
6. Киреева Ю.А. Проблемы развития безбарьерного туризма в России // Вестник РМАТ. 2014. № 2. С. 41-45.
7. Зайцева Н.А., Шуравина Д.Б. Безбарьерный туризм. М.: Кнорус, 2016. 176 с.
8. Аникеева О.А., Анисимова Ю.А. Россия без барьеров: туризм, доступный для всех // Сервис в России и за рубежом. 2011. № 6. С. 14-20.
9. Социальная защита. Инвалиды // Развитие города [Электронный ресурс] URL: <https://www.mos.ru/city/progress/programs/cat/99120/item/136120/year/2016/> (дата обращения: 05.06.2018).
10. Комплексный мониторинг уровня и качества жизни инвалидов в г. Москве: информационно-аналитический доклад. II этап / под общ. ред. В.А. Петросяна, Е.И. Холостовой. М.: ГАУ ИДТО ДТСЗН, 2017. 257 с.

**ВОЛОНТЕРСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАК СРЕДСТВО
СОЦИАЛИЗАЦИИ ИНВАЛИДОВ
VOLUNTEERING AS A MEANS OF SOCIALIZING
OF PEOPLE WITH DISABILITIES**

Н.Г. Готовцев, А.И. Слепцов

*Московский государственный психолого-педагогический университет,
Региональная общественная организация инвалидов
«Сильные Активные Молодые Инвалиды», г. Москва*

*N.G. Gotovtsev, A.I. Slepstov
Moscow State University of Psychology & Education,
The regional public organization of disabled people
“Strong active young disabled people”, Moscow*

Рассматриваются социальные аспекты добровольческой деятельности. Раскрывается сущность этого понятия с точки зрения актуального законодательства. Обосновывается необходимость активного вовлечения людей с ограниченными возможностями в волонтерскую деятельность с опорой на существующие примеры действующих общественных объединений.

This article considers social aspects of volunteer activity. The essence of this concept is revealed in terms of actual legislation. The need for active involvement of people with disabilities in volunteer activity is justified based on current examples of existing public associations.

Ключевые слова: волонтер, волонтерство, молодежь, инвалиды, добровольчество, общество, социальная общность, общественное движение, общественные организации, некоммерческие организации

Keywords: volunteer, volunteering, youth, people with disabilities, volunteer activity, society, social community, social movement, public organizations, non-profit organizations

Волонтерская деятельность как общественный феномен представляет большой интерес для изучения различными науками.

В современной научной литературе феномен волонтерства достаточно широко исследован. Среди зарубежных работ большое внимание уделяется изучению стимулов и мотивов добровольческой деятельности с разных точек зрения (экономической, психологической, организационной, социально-демографической, культурной, институциональной, индивидуальной) и разных уровней (макро-, мезо-, микроуровней). Среди наиболее известных исследователей можно назвать следующих: Д. Байди, К. Бернгардт, Ю. Берсон, Дж. Боно, Т. Вантилборг, Ю. Вей, Дж. Виллемс, М. Джегерс, А. Джил-Лакруз, Н. Донти, П. Дуайер, К. Марчелло, С. Найджел, О. Нов, Р. Пеперманс, М. Снайдер, Г. Хайбректс, Дж. Хофманс, Т. Шлезингер.

Среди отечественных авторов наиболее полно данный вопрос изучали: Н.Г. Бодренкова, Л.А. Кудринская, И.В. Мерсиянова, М.В. Певная, И.В. Самаркина, Е.Е. Строкова, А.Е. Шадрин, П.В. Шевченко, А.А. Тимофеева, И.П. Савченко. В данных исследованиях представлен экономический, социологический, социально-психологический, правовой подходы к рассмотрению феномена волонтерства.

Существует целый ряд синонимичных понятий, которые используются для обозначения изучаемого феномена, такие как добровольческая деятельность, добровольчество, волонтерство. Следует отметить, что в России чаще употребляется понятие «добровольчество», хотя в последнее время наблюдается позитивная динамика в отношении распространения понятия «волонтер».

Это связано с тем, что подписанный президентом РФ Федеральный закон от 05.02.2018 № 15-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам добровольчества (волонтерства)», уравнивал такие понятия, как «волонтерство» и добровольчество».

Согласно этому закону, под волонтерской деятельностью понимается «добровольная деятельность в ходе выполнения работ и оказания услуг в целях:

– социальной поддержки и защиты граждан, включая улучшение материального положения малообеспеченных, социальную реабилитацию безработных, инвалидов и иных лиц, которые в силу своих физических или интеллектуальных особенностей, иных обстоятельств не способны самостоятельно реализовать свои права и законные интересы;

– подготовки населения к преодолению последствий стихийных бедствий, экологических, промышленных или иных катастроф, к предотвращению несчастных случаев;

– оказания помощи пострадавшим в результате стихийных бедствий, экологических, промышленных или иных катастроф, социальных, национальных, религиозных конфликтов, жертвам репрессий, беженцам и вынужденным переселенцам;

– содействия укреплению мира, дружбы и согласия между народами, предотвращению социальных, национальных, религиозных конфликтов;

– содействия укреплению престижа и роли семьи в обществе;

– содействия защите материнства, детства и отцовства;

– содействия деятельности в сфере образования, науки, культуры, искусства, просвещения, духовному развитию личности;

– содействия деятельности в сфере профилактики и охраны здоровья граждан, а также пропаганды здорового образа жизни, улучшения морально-психологического состояния граждан;

– содействия деятельности в области физической культуры и спорта (за исключением профессионального спорта), участия в организации и (или) проведении физкультурных и спортивных мероприятий в форме безвозмездного выполнения работ и (или) оказания услуг физическим лицам;

– охраны окружающей среды и защиты животных;

– охраны и должного содержания зданий, объектов и территорий, имеющих историческое, культовое, культурное или природоохранное значение, и мест захоронения;

– подготовки населения в области защиты от чрезвычайных ситуаций, пропаганды знаний в области защиты населения и территорий от чрезвычайных ситуаций и обеспечения пожарной безопасности;

– социальной реабилитации детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей, безнадзорных детей, детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;

– оказания бесплатной юридической помощи и правового просвещения населения;

– содействия добровольческой (волонтерской) деятельности;

- участия в деятельности по профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних;
- содействия развитию научно-технического, художественного творчества детей и молодежи;
- содействия патриотическому, духовно-нравственному воспитанию детей и молодежи;
- поддержки общественно значимых молодежных инициатив, проектов, детского и молодежного движения, детских и молодежных организаций;
- содействия деятельности по производству и (или) распространению социальной рекламы;
- содействия профилактике социально опасных форм поведения граждан».

Волонтерами являются физические лица, которые осуществляют данную деятельность, согласно целям, описанным выше.

Волонтерская деятельность несет в себе множество функций и возможностей для современных людей, однако, нам бы хотелось более подробно остановить свое внимание на социализирующей функции, которая все чаще становится предметом изучения в контексте социализации различных категорий граждан.

При анализе социологической и психолого-педагогической литературы нами было выявлено, что наибольший акцент в исследованиях делается на социализации студенческой молодежи через волонтерскую деятельность.

Однако, анализ литературы привел нас к мысли, что участие в волонтерской деятельности лиц с ограниченными возможностями, чаще всего, заключается в объектной роли, что означает, что волонтерская деятельность направлена исключительно на помощь инвалидам и практически не рассматривается, как возможность их участия в данной деятельности в качестве волонтера.

На наш взгляд, данная позиция нуждается в существенной доработке и более полном осмыслении, так как выделенные нами группы нуждаются в специальных средствах и способах социализации наиболее остро.

Конечно, не стоит приуменьшать роль и значимость волонтерской деятельности в работе с инвалидами по обеспечению необходимого уровня жизнедеятельности, организации досуга и др., но, на наш взгляд, необходимо активнее включать инвалидов и в сам процесс оказания добровольческой помощи другим людям.

Данное положение обусловлено несколькими взаимосвязанными факторами:

1. Включение людей с ограниченными возможностями в волонтерскую деятельность позволяет наиболее полно реализовать функцию общения данных людей не только в ограниченном кругу, но и в общей системе социальных связей. Это позволит развивать коммуникативные навыки инвалидов, а также снижать риск распространения социальной депривации среди данной группы людей.

2. Участие инвалидов в волонтерских движениях в качестве субъектов позволяет обеспечить их включение в трудовую и социально-значимую деятельность, что, уменьшит число незанятых инвалидов и снизит риск распространения девиантных форм поведения, в виду отсутствия занятости и применения собственных возможностей.

Также это позволяет организовать профессиональную самореализацию инвалидов, так как записи о деятельности и достижениях в добровольческой сфере отражаются в «книжке волонтера» и приравниваются к трудовому стажу. В приказе Федерального агентства по делам молодежи указано, что волонтерская деятельность россиян учитывается в личных книжках как трудовой стаж [2].

3. Вовлечение инвалидов в волонтерскую деятельность также позволяет расширить круг выбора организации досуга. Ограниченность реализации различных форм досуга порождает большое число психологических и социальных проблем – замкнутость и чувство собственной ненужности в обществе, стремление к формированию и развитию девиантного поведения.

Наиболее эффективным способом преодоления данных проблем является организация социально положительных форм досуга. Это позволит инвалидам повысить свою значимость, так как они будут пребывать в ситуации выбора, а именно выбора направления волонтерской деятельности, коих на сегодняшний момент достаточно много.

4. Еще одним социализирующим аспектом является возможность изучения особенностей жизнедеятельности других людей и помощи им. Нередко встречается ситуация, когда лица с ограниченными возможностями здоровья концентрируются на собственной беспомощности и неполноценности, развивая в себе чувство одиночества. Знакомство с проблемами и трудностями других людей позволяет искать новые жизненные силы, транслировать чужой положительный опыт через призму собственной жизни.

Перечисленные выше возможности социализации инвалидов в волонтерской деятельности не являются исчерпывающими.

Говоря о современной практической реализации данной проблематики, хотелось бы привести несколько примеров, в которых инвалиды являлись субъектами волонтерской деятельности.

Региональная общественная организация инвалидов «САМИ» была создана в 2011 г. в городе Москва, однако сегодня организация консолидирует в себе силы представителей из разных регионов. Организация содействует интеграции молодых инвалидов и предлагает участие в качестве волонтеров в мероприятиях различного уровня. Наиболее крупным мероприятием, в котором данная команда волонтеров принимала участия, является Олимпиада-2014 в Сочи. Среди обязанностей для инвалидов на Олимпиаде были те же функции, что и для здоровых людей.

Еще одним примером является участие инвалидов-волонтеров на Всемирном конгрессе людей с ОВЗ, который прошел осенью 2017 г. в Екатеринбурге. Важно отметить, что подготовительные курсы для волонтеров были организованы преподавателями с инвалидностью.

В заключение хотелось бы отметить, что привлечение инвалидов к волонтерской деятельности позволит повысить ее статус и популяризировать ее среди других людей, по принципу «он смог – сможешь и ты». Организация подобных движений должна получить массовое распространение во всех регионах нашей страны.

Список литературы

1. Федеральный закон от 05.02.2018 № 15-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам добровольчества (волонтерства)» // Информационная система Гарант.

2. Приказ Федерального агентства по делам молодежи от 4 декабря 2013 г. № 377 «Об утверждении Положения о порядке регистрации и учета молодых граждан, принимающих и изъявивших желание принять участие в добровольческой (волонтерской) деятельности на территории Российской Федерации» // Информационная система Гарант.

3. Агирбов С.Р., Сказко А.С. Добровольчество (волонтерство): этический аспект / С.Р. Агирбов, А.С. Сказко // Научно-исследовательские публикации. 2014. № 4. С. 68-73.

4. Андреева Г.М. Социальная психология. М.: Аспект-Пресс, 2003. 338 с.

5. Басов Н.Ф. Социальная работа с инвалидами: учебное пособие / Под редакцией доктора педагогических наук, профессора Н.Ф. Басова. М.: КНОРУС, 2012. 400 с.

6. Бидерман К. Координация работы добровольцев и менеджмент волонтерских программ в Великобритании: Учеб. пособие / К. Бидерман. Москва: Альфа-М, 2009. 64 с.

7. Вандышева Л.В. Дидактика социального образования: организация волонтерства. Самара: Изд-во «Самарский университет», 2016. 276 с.

8. Дементьева Н.Ф., Андреева Т.В. Социокультурная реабилитация инвалидов в системе интеграции их в общество. Медико-социальная экспертиза и реабилитация, 2011. № 1. С. 28-30.

9. Клепикова А.А. Добровольцы благотворительной организации в государственном учреждении для людей с тяжелой инвалидностью: конструкты волонтерства и профессионализма / А.А. Клепикова // Журнал исследований социальной политики. 2011. Т. 9. № 3. С. 3-67.

10. Кудринская Л.А. Добровольческий труд: сущность, функции, специфика [Текст] / Л.А. Кудринская // Социол. исслед. 2006. № 5. С. 15-22.

11. Мерсиянова И.В., Якобсон Л.И. Потенциал и пути развития филантропии в России: Монография [Текст] / И.В. Мерсиянова. Москва: Изд. дом Гос. ун-та ВШЭ, 2010. 206 с.

12. Ощехина О.В. Волонтерство как технология социального воспитания студенческой молодежи [Текст] / О.В. Ощехина // Социол. исслед. 2007. № 5. С. 57-63.

13. Павленок П.Д., Руднева М.Я. Технологии социальной работы с различными группами населения: Учебное пособие / Под проф. П.Д. Павленка. М.: ИНФРА-М, 2013. 272 с.

14. Певная М.В. Волонтерство как социологическая проблема / М.В. Певная // Социол. исслед. 2013. № 2. С. 110-119.

15. Певная М.В. Дисциплинарные и методологические подходы к исследованию волонтерства / М.В. Певная // Известия Уральского федерального университета. Сер. 1, Проблемы образования, науки и культуры. 2013. № 2 (113). С. 174-180.

16. Развитие молодежной активности в волонтерской деятельности: Сб. статей. Мурманск: Новое начало. 2007. 41 с.

17. Сорокин П.А. Система социологии: Учебник / П.А. Сорокин. Москва: Астрель, 2008. 560 с.

18. Тимофеева А.А., Савченко И.П. Проблемы и перспективы развития волонтерского движения в современном российском обществе / А.А. Тимофеева, И.П. Савченко // Современные траектории развития социальной сферы: образование, опыт, проблемы, наука, тенденции, перспективы: материалы Междунар. науч.-практ. конф / под общ. ред. В.И. Кошель. Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2017. С. 148-150.

19. Холостова Е.И. Волонтеры: Словарь-справочник / Е.И. Холостова. Москва: НОРМА-ИНФРА М, 2012. 102 с.

20. Шевченко П.В. Социальная роль московского волонтерства / П.В. Шевченко // Социол. исслед. 2013. № 8. С. 60-71.

**ТУБЕРКУЛЕЗ, БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОСТЬ И СОЦИАЛЬНО
ОРИЕНТИРОВАННЫЕ НЕКОММЕРЧЕСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ
(РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ)**
**TUBERCULOSIS, CHARITY AND SOCIALLY-ORIENTED NON-PROFIT
ORGANIZATIONS (REGIONAL DIMENSION)**

В.В. Деларю
*Волгоградский государственный медицинский университет
Минздрава России, г. Волгоград*
V.V. Delaryu
The Volgograd State Medical University, Volgograd

Показано, что благотворительная помощь больным туберкулезом людям как социальная практика фактически полностью отсутствует. Одна из причин этого в том, что социально ориентированные некоммерческие организации ее оказанием практически не занимаются.

Shown, that the charitable help to tuberculosis patients as social practice had almost completely absent. One of the reasons for this is that the socially-oriented non-profit organizations practically don't do it.

Ключевые слова: туберкулез, благотворительность, социально ориентированные некоммерческие организации

Keywords: tuberculosis, charity, socially-oriented non-profit organizations

Туберкулез традиционно рассматривается как социально значимое заболевание, при этом 15-30% пациентов фтизиатрического профиля имеют инвалидность, в большинстве случаев (75-85%) – II^г группу инвалидности [1, 3]; Показатель первичного выхода на инвалидность по туберкулезу в Волгоградской области на протяжении 10 лет значительно превышает аналогичный по РФ, составляя в среднем 36-78 на 100 тыс. населения (по РФ – 39,2). В данном контексте, с учетом декларируемого «социально ориентированного» вектора развития российского общества, правомерно было бы предполагать, что достаточно значительному количеству лиц с данным расстройством оказывается социальная, в частности, благотворительная помощь (причем, согласно современным представлениям, социальная помощь больным не может сводиться исключительно к выплате пенсий / пособий вследствие официально установленных видов и степени выраженности нарушений функций организма человека, степени выраженности ограничений основных категорий жизнедеятельности, а должна представлять более широкий комплекс услуг социального, материального, юридического, образовательного характера). Однако комплексное исследование реабилитационного процесса во фтизиатрии в Волгоградском регионе показало, что ее получает крайне ограниченное количество больных туберкулезом лиц: всего 2,4% из них

ответили, что они регулярно получают благотворительную помощь, по мнению еще 4,8% они получают ее иногда, редко, а 92,8% отрицали даже однократное получение какой-либо благотворительной помощи; врачи-фтизиатры и терапевты общесоматической сети подтвердили справедливость подобной оценки [2, 4, 5].

Естественно, что благотворительная помощь может предоставляться различными структурами, организациями, ассоциациями, отдельными лицами. В этой связи представляет интерес деятельность социально ориентированных некоммерческих организаций (СОНКО) по ее оказанию.

Понятие «социально ориентированные некоммерческие организации» введено Федеральным законом от 05.04.2010 г. № 40-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросу поддержки социально ориентированных некоммерческих организаций». В частности, статья 2 Федерального закона от 12.01.1996 г. № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях» была дополнена пунктом 2.1. следующего содержания: «Социально ориентированными некоммерческими организациями признаются некоммерческие организации, созданные в предусмотренных настоящим Федеральным законом формах (за исключением государственных корпораций, государственных компаний, общественных объединений, являющихся политическими партиями) и осуществляющие деятельность, направленную на решение социальных проблем, развитие гражданского общества в Российской Федерации, а также виды деятельности, предусмотренные статьей 31.1 настоящего Федерального закона». При этом органы государственной власти и органы местного самоуправления в соответствии с установленными ФЗ «О некоммерческих организациях» и иными федеральными законами полномочиями оказывают поддержку СОНКО (льгот по уплате налогов и сборов, размещение заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд и др.) при условии осуществления ими в соответствии с учредительными документами указанных выше видов деятельности.

Согласно данным территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Волгоградской области (Волгоградстата), в 2016 г. социально ориентированной деятельностью в Волгоградской области занимались 7400 человек штатных сотрудников и 32700 добровольцев, а осуществляли деятельность почти три тысячи СОНКО, на счета которых поступило денежных средств и иного имущества на сумму 6,6 миллиарда рублей, из которых на благотворительную помощь было направлено 286,8 миллионов рублей, т.е. всего 4% [6]. Представляется, что сложившаяся региональная ситуация в целом соответствует ситуации в стране: по

стремлению к благотворительной деятельности Россия занимает 127-е место в мире из 145 [7].

Таким образом, СОНКО благотворительностью практически не занимаются, а направляемые на нее средства (в объеме 4% от всех поступивших на их счета средств) распределяются среди различных организаций / ассоциаций, объединений и отдельных представителей многочисленных групп так называемых социальных аутсайдеров, в результате чего только единичные больные туберкулезом лица получают данный вид помощи, чаще всего как единовременные денежные выплаты к Всемирному дню борьбы с туберкулезом (ежегодно отмечается 24 марта).

Список литературы

1. Бородулина Е.А., Домницкий О.А., Бородулина Е.В. Инвалидность у больных туберкулезом в современных условиях // Вестник современной клинической медицины. 2017. Т.10, вып.6. С. 11-15.

2. Юдин С.А., Барканова О.Н., Борзенко А.С., Деларю В.В. Оценка информированности врачей о социальных проблемах пациентов // Туберкулез и болезни легких. 2015. № 12. С. 23-25.

3. Юдин С.А., Барканова О.Н., Борзенко А.С., Деларю В.В. Комплементарность оказания медицинской, социальной и психологической помощи во фтизиатрии (в оценках врачей и пациентов) // Туберкулез и болезни легких. 2017. № 4. С. 7-10.

4. Юдин С.А., Борзенко А.С., Деларю В.В. Оказание социальной помощи больным туберкулезом людям (по результатам социологического исследования) // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2013. Вып.2 (46). С. 44-46.

5. Юдин С.А., Деларю В.В., Борзенко А.С. Оказывается ли благотворительная помощь больным туберкулезом? // Туберкулез и болезни легких. 2013. № 7. С. 9-10.

6. <http://bloknot-volgograd.ru/news/nekommercheskie-organizatsii-volgograda-ne-khotyat-878851>.

7. <https://www.rbc.ru/newspaper/2013/08/13/56c13ab29a7947299f72df67>.

**ГРАЖДАНСКОЕ ОБЩЕСТВО И ИНВАЛИДЫ:
НОРМЫ, ЦЕЛИ, ПРАКТИКИ**
**CIVIL SOCIETY AND DISABLED PEOPLE:
NORMS, PURPOSES, PRACTICES**

М.А. Казаков

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

М.А. Kazakov

Lobachevsky University

Выделена роль и специфика активности инвалидов, которые оказывают воздействие на процессы их интеграции и мобилизации в современном гражданском обществе Российской Федерации. Показаны нормы, регулирующие их поведение, цели государственного управления – интегрирующие сообщество инвалидов, а также практики, подрывающие систему социальной безопасности и защиты. Делается акцент на форсированном варианте развития страны как отвечающем ныне совпадающим интересам большинства граждан и высшей власти.

The role and specificity of the activity of disabled people that influence the processes of their integration and mobilization in the modern civil society of the Russian Federation are singled out. The norms regulating their behavior are shown, the goals of public administration are integrating the disabled community, on the other hand, practices that undermine the system of social security and protection. The focus is on the accelerated version of the development of the country as meeting the now coinciding interests of the majority of citizens and the supreme power.

Ключевые слова: гражданское общество, общественные организации, общество инвалидов, стабильность, мобилизация, экономический прорыв

Keywords: civil society, public organizations, disabled society, stability, mobilization, economic breakthrough

Гражданское общество как совокупность неполитических отношений, огражденных законодательством от произвольной регламентации их функционирования со стороны государственной власти, находится на начальном этапе формирования своей устойчивости в РФ. При содержательной ныне размытости таких категорий его структурирующих, как «демократия» и «средний класс», ключом к пониманию которых являются принципы народного суверенитета, гражданства и диалога. Усиленной трансляции понятия «политической нации» в значении со-гражданства, от 80 до 95% жителей страны идентифицируют себя как «граждане России». Наиболее сильным консолидирующим фактором выступает государство, за ним следуют гордость за свою историю и культуру [1], что отражает конкретно-исторический уровень развития гражданского общества в России.

Большинство граждан в центре и на местах (по различным исследованиям) вполне точно формулируют спектр общественных объединений и социальных групп, составляющих базу гражданского общества,

основные функции, причины и препятствия, сдерживающие процессы его становления. 75% россиян этой части – потенциально готовы к участию в акциях гражданского общества, направленных на решение социально-экономических проблем. В лидерах общественного мнения на текущий момент – волонтерские и экспертные объединения [2]. Но в пятерку традиционно активных общественных организаций в регионах, участвующих в реализации социальных проектов, входят женские, молодежные объединения, профсоюзы, общества ветеранов и *инвалидов*.

В рамках выделенного сообщества жизнедеятельность составляющих его индивидов регулируется как особыми нормативными представлениями, указывающими на возможные достижения для конкретной группы, так и социальными нормами, закрепленными традициями заботы и помощи. Эти нормы охватывают преимущественно тот вектор развития, что направлен на выживание, *саморазвитие* инвалида, где оно понимается как сознательное усилие, изменение или столь же сознательное стремление человека сохранить собственную *субъектность*.

Во многом этим объясняются *предпосылки активности* людей с ограничениями жизнедеятельности в социальных процессах, состоящих в тех или иных организациях, что остаются актуальными для России. Сама же эта активность формируется соответственно специфике среды и проявляется в том, что инвалиды как особая общность, включающая членов различных слоев и ведущая доступную борьбу за признание своей самости, при поддержке структур государства и общества сокращает социальные дистанции, формируя тем самым дополнительный импульс их стабильности.

Понятно, что даже в границах современного гражданского общества такая направленность действий не является заданной в реальной жизни и даже не самым распространенным способом личностного бытия инвалида. Неверием и «в себя», и помощь «других» поражено значительное их число. Поэтому, и для увеличения удельного веса тех, кто разделяет ценности саморазвития и личного участия, и тех, кому последнее, действительно, не под силу, нужна реальная адресная помощь государства. Она легитимизирует власть, чьи решения, пересекаясь с функцией гражданского общества по оказанию помощи его наименее обеспеченным группам, находят закрепление в социальных практиках. В том числе, касающихся и работающих инвалидов.

Уже в Прогнозе долгосрочного социально-экономического развития на период до 2030 г., что представляет (апробированную за последние 5 лет) идеологию власти в области развития экономики и социальной сферы, находим соответствующие целевые ориентиры:

– рост реальной заработной платы, особенно в отраслях здравоохранения и образования;

- увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 74 лет (2018 г.);
- *создание новых рабочих для инвалидов;*
- создание 25 млн. высокопроизводительных рабочих мест;
- целевые показатели по уровню бедности, расслоению и формированию среднего класса были скорректированы, но остались среди целевых показателей [3].

Однако «произошедшая коммерциализация услуг социальной сферы, низкие расходы федерального бюджета на повышение качества человеческого капитала и качества жизни (образование, здравоохранение, экология), перевод на полную оплату населением коммунальных услуг, удорожание транспортных и информационных расходов фактически подорвали систему социальной безопасности и защиты населения. ...люди ждут худшего от своей повседневной жизни, а не от угроз внешних, как это было, 20 и 10 лет назад» [4]. А это совсем другая стабильность. Следствия ее неоднозначны, но также понятны.

«Ослабевшие институты не выдержат реальных противоречий, если они вырвутся наружу; следовательно, этот момент надо оттягивать всеми доступными способами. С другой стороны, и сторонники демократии должны ясно отдавать себе отчет в том, что в таких условиях демократизация приведет не к немедленному торжеству либеральных свобод и принципов, а к новому варианту «катастрофы» – интенсивной, длительной, с непредсказуемыми последствиями» [5]. Власть отвечает на этот вызов «новыми майскими» Указами Президента РФ 2018 г. [6], призванными регламентировать *форсированный* вариант развития страны на базе конвергенции моделей экономической и социальной политики.

И снова, как это уже было, их исполнение (может) не понравится ни президенту, ни рядовым гражданам, включая инвалидов. «Кривая совпадения» прежде всего в острой потребности экономического прорыва и мобилизации «людей в ареалах, переживающих модернизацию» (*К. Дойч*) как потенциальных возможностей укрепления социальных механизмов, образующих *качество* гражданского общества. Отказ от реализации форсированного варианта развития приведет к резкому сокращению экономических, политических и иных потенциалов действующей власти для реагирования на ситуацию в социуме.

Список литературы

1. Дробижева Л.М. Российская идентичность: факторы интеграции и проблемы развития // Социологическая наука и социальная практика. № 1. 2013. С. 74-78.

2. Казаков М.А. Публичная экспертиза в стратегии гуманизма // Наследие В.Г. Короленко // Стратегии гуманизма: сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции (Нижний Новгород, 24-26 апреля 2018 г.) / Под ред. А.Н. Фортунатова. Н. Новгород: Изд-во ННГУ, 2018. С. 290-302.

3. Прогноз долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2030 года. М.: Минэкономразвития, 2013. 354 с.

4. Морозова Г.В. Результативность государственной политики по модернизации России // Государственная политика развития на современном этапе: содержание, направление и перспективы: Материалы международной научной конференции (Москва, 27 октября 2016 г.). Под общ. ред. В.И. Якунина. М.: Изд-во Московского университета, 2017. С. 112-121.

5. Ковалев В.А. Воспоминания о несостоявшейся «модернизации» (региональные аспекты) // История и политика: региональная интеграция, региональная идентичность и устойчивое развитие в сравнительной перспективе: Материалы IX Международного симпозиума. 27-29 мая 2014 г. Н. Новгород: НИУ РАНХиГС, 2014. С. 105-107.

6. Подробнее на ТАСС: Режим доступа: // tass.ru/politika/5182019 (дата обращения: 03.09.2018 г.).

**РОЛЬ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СОЦИАЛЬНОЙ
ПОДДЕРЖКЕ МОЛОДЫХ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ
С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**
**THE ROLE OF SOCIAL ORGANIZATIONS
IN THE SOCIAL SUPPORT OF YOUNG FAMILIES WHO BRING
UP CHILDREN WITH DISABILITIES**

Ю.А. Кострова
*Самарский национальный
исследовательский университет им. академика С.П. Королева*
Y.A. Kostrova
Samara University

Обосновывается значимость развития сетевой модели социальной поддержки молодых семей, воспитывающих детей-инвалидов. Охарактеризована роль общественных организаций в активизации ресурсов данной категории семей.

The article substantiates the significance of the development of a network model of social support for young families raising children with disabilities. The role of public organizations in activating the resources of this category of families is characterized.

Ключевые слова: молодая семья, дети-инвалиды, общественные организации, сетевая модель социальной поддержки

Keywords: young family, disabled children, public organizations, network model of social support

Анализ официального дискурса социальной политики, социоэкономической деятельности и повседневных практик молодой семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья, позволяет сделать вывод о преобладании инструментальной модели социальной поддержки процесса становления семейных отношений, усложненного фактором инвалидности ребенка.

Преобладание инструментальной модели социальной поддержки молодой семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья, приводит к тому, что основные направления социальной политики в отношении данной категории семей по-прежнему остаются в плоскости материальных выплат, льгот и компенсаций. За пределами внимания остаются проблемы совмещения родительских и профессиональных ролей молодых супругов, организация семейной досуговой деятельности, поддержка молодой семьи в реализации социализационной, реабилитационной и других функций, обеспечивающих полноценное развитие ребенка в семье. Дискриминация в сфере занятости, отсутствие качественного и удобного для семей с детьми-инвалидами медицинского обслуживания, существование очередности в дошкольные образовательные учреждения – все это нередко приводит к социальной дезадаптации молодой семьи в обществе.

Кроме того, сосредоточение внимания на материальных выплатах воспроизводит практику патернализма в отношении молодой семьи, превращая ее в пассивного реципиента социальных выплат, объект социальной политики, нивелируя ресурсы активности. При этом зачастую предполагается, что интересы молодой семьи и общества совпадают, поэтому государственные интересы задают необходимое направление, с которым молодым супругам следует сверяться в процессе становления семейных отношений. Все это ограничивает возможности использования в социоэкономической практике ресурсов активности самой молодой семьи в конструировании успешных практик жизнедеятельности.

Обратим внимание на то, что инструментальная модель – лишь одна из возможных в практике социоэкономической поддержки молодой семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья, наряду с которой возможно использование и ряда других моделей. Учитывая активный потенциал молодежи, ведущей может стать сетевая модель, в основе которой работа по месту жительства, стимулирование общественной активности через участие молодых семей в выработке семейных программ развития своей общины. Община представляет собой территориальное образование, в которое могут быть включены от 100 до 1000 человек. Основная цель сетевой социальной работы – установить стабильные социальные связи в общине,

позволяющие осуществлять членам общины обмен ресурсами. Важным элементом организации социальной поддержки через активизацию социальных сетей является наличие в общине процессов саморегуляции и саморазвития, основным субъектом которых может стать молодая семья. Основные задачи сетевой социальной работы – способствование информированности о проблемах членов общины, установление социальных целей, поддержание уровня вовлеченности в процесс принятия решений. Одной из форм осуществления такой деятельности может стать установление единого информационного пространства. Например, на электронных форумах даже те члены общины, которые пока не готовы к активным действиям по осуществлению социальных перемен, могут выражать свое мнение относительно способов решения той или иной проблемы. Это так называемый пассивный способ участия, который вместе с тем является важным этапом на пути активизации внутренних ресурсов молодых семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья. В дальнейшем большая часть общины будет способна не только выражать собственное мнение, но и принимать непосредственное участие в сетевом обмене. Таким образом, развитие сетевой модели позволит организовать молодым семьям, воспитывающим детей с ограниченными возможностями здоровья, продуктивный обмен ресурсами с социальным окружением, повышая информированность, ответственность и уверенность молодой семьи.

В рамках сетевой модели возможна также активизация ресурсов молодых семей через участие в деятельности общественных организаций, объединяющих людей с ограниченными возможностями здоровья. Еще Г. Спенсер выступал в поддержку этого явления, называя его «положительное частное благодеяние» [1]. Благотворительность на государственном уровне, по мнению Г. Спенсера, может лишь нарушить естественный ход социального развития, поскольку государство тем самым поощряет неадаптированных членов общества и ущемляет адаптированных. Государственные формы социальной поддержки он относит к «безответственному» виду благотворительности, так как распределение помощи в ее рамках отличается высокой степенью спонтанности: то тем, кто сумел подать прошение, то просто случайным нищим. При этом Г. Спенсер не был непримиримым противником любого вида социальной поддержки. Он лишь выступал против доминирования ее государственных форм, поскольку видел в этом тенденцию к деморализации общества [1]. Таким образом, Г. Спенсер в своих работах фактически предложил теорию многовариантной социальной поддержки, подчеркнув особую важность развития добровольческого сектора [1].

Сегодня в России происходит возрождение изложенных идей в силу ряда причин. Во-первых, развитие третьего сектора сегодня – единственный реальный механизм повышения ответственности как государства перед своими гражданами, так и граждан перед государством. Во-вторых, ни одна страна не может решать задачи социальной поддержки населения, опираясь лишь на государственный бюджет. И, наконец, еще одна важна причина в том, что традиционные для нашей страны формы социальной помощи превращают клиента социальной службы в объект деятельности, порождая иждивенческие настроения. Способствуя попаданию людей в ситуацию ожидания помощи от государства, мы тем самым получаем замкнутый цикл: государственная помощь – рост потребностей клиентов – увеличение объемов помощи – ускорение роста потребностей в ней. Преодолеть указанную последовательность возможно лишь посредством выхода за рамки традиционной системы социальной поддержки, а именно акцентирования внимания на поощрении возможностей для самообеспечения граждан.

Что касается общественных организаций, инициаторами и участниками которых выступают люди с ограниченными возможностями здоровья, то их развитие приобретает сегодня для России особую важность. Так, последние выступают важным работодателем для людей с ограниченными возможностями здоровья, что может стать серьезным ресурсом и для молодых супругов, воспитывающих ребенка с инвалидностью и, как правило, сталкивающихся с проблемой совмещения трудовой и родительской ролей.

Кроме того, общественные организации в отличие от государственных структур, осуществляющих социальную реабилитацию, имеют более низкие издержки, больше возможностей для привлечения дополнительных ресурсов, а также быстрого перераспределения имеющихся средств в соответствии с меняющейся социальной ситуацией, что позволяет реализовывать альтернативные программы в области социальной поддержки.

И, наконец, еще одной важной причиной, обуславливающей актуальность развития общественных организаций, объединяющих молодые семьи, воспитывающих детей с инвалидностью, является тот факт, что именно в рамках данных организаций, на наш взгляд, созданы наиболее благоприятные условия, способствующие активизации людей с ограниченными возможностями здоровья. В современном обществе происходит отказ от «медицинской» модели инвалидности и переход к социальному пониманию данного феномена, в рамках которого инвалидность трактуется как одна из форм социального неравенства. В связи с этим, основной акцент в работе с инвалидами в настоящее время делается на обеспечении им равных возможностей участия во всех сферах общественной жизни. Основной же

348

смысл добровольческого движения состоит в поощрении активного участия граждан в жизни человеческого сообщества. Указанные обстоятельства будут способствовать более успешной интеграции молодой семьи с ребенком с инвалидностью в общественные отношения.

Список литературы

1. Штейман М.А. Оффер Дж. Спенсер и будущее благосостояния: искаженный взгляд // Социальные и гуманитарные науки. РЖ. Серия 11. 2001. №2. С. 29-33.

РОЛЬ НКО В СОЦИАЛЬНОЙ ИНТЕГРАЦИИ И АДАПТАЦИИ СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ **THE ROLE OF NGOS IN SOCIAL INTEGRATION AND ADAPTATION OF FAMILIES WITH DISABLED CHILDREN**

Ю.В. Кремнева

*Сообщество семей слепоглухих,
Общественный совет Центра инноваций социальной сферы
Нижегородской области*

А.Е. Солдаткин, А.А. Варызгина
Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

Дж. Фейгельсон

Университет Глазго, Великобритания

Y. Kremneva

*Inter-regional charity organization 'Death-blind families' community',
Public Council of the Center for Social Innovation
in the Nizhny Novgorod Region'*

A. Soldatkin, A. Varyzgina
Lobachevsky University

J. Fagelson

University of Glasgow, United Kingdom

Анализируется роль НКО в процессе адаптации семей с детьми, имеющими особенности развития. Материал основан на результатах социологического исследования, проведенного в Нижегородской области в 2018 г. Помощь НКО семьям с детьми-инвалидами, основанная на модели партисипаторности, высоко эффективна. Однако, в процессе реализации такой модели НКО сталкиваются с рядом проблем, связанных с преобладанием в общественном сознании традиционной патрон-клиентской модели взаимодействия.

The article presents the analysis of the role of NGOs in the process of adaptation of families with children with disabilities. The article is based on the results of a sociological survey conducted in the Nizhny Novgorod region in 2018. NGOs' assistance to families with disabled children, based

on a participatory model, is highly effective. However, NGOs face a number of problems due to traditional patron-client interaction model dominated in the society.

Ключевые слова: НКО, дети-инвалиды, партисипаторный подход, социальная интеграция

Keywords: NGOs, children with disabilities, participatory approach, social inclusion

Социально-экономические и политические изменения, произошедшие в нашей стране в 1990-е гг., создали условия для появления новых социальных институтов, в том числе новых типов некоммерческих благотворительных организаций, ставящих своей целью оказание помощи различным социально уязвимым группам населения. Снижение социальной незащищенности населения, в том числе семей с детьми, может достигаться как результат объединения различных ресурсов и государственных, и негосударственных организаций, а также ресурсов формальных и неформальных социальных сетей [1]. Некоммерческие и негосударственные организации играют важную и все более значимую роль в помощи социально уязвимым группам населения, семьям с детьми, в том числе семьям с детьми, имеющими особенности развития, восполняя недостаток поддержки этих категорий населения со стороны государственных структур [2].

В последние годы все большее внимание исследователей и практиков привлекает партисипаторная (соучаствующая) модель организации помощи социально уязвимым и имеющим особые потребности группам населения, в частности, детям-инвалидам. Суть партисипаторного подхода состоит в постепенном переходе от модели «донор – реципиент» или «терапевт – клиент» к совместному участию сообщества в исследовании и изменении ситуации [3-5]. При этом объединение усилий сообщества может быть как временным на неформальной основе для решения экстренных или сходных проблем, так и формироваться вокруг проектов, разработанных различными организациями: государственными, некоммерческими, благотворительными [6].

Для НКО применение партисипаторной модели является естественным, однако стоит отметить, что НКО могут развивать взаимодействие в рамках данной модели двояко. С одной стороны, они могут существовать в форме благотворительных организаций (то есть, в определенном отношении, взаимодействуя с получателями помощи сверху вниз), с другой – как представители групп интересов, отзывающихся на специфические задачи тех или иных категорий социально незащищенных граждан. Во втором случае, как правило, партисипаторный стиль характерен для внутренней среды таких групп, однако вовне они могут находиться на разных стадиях взаимодействия с различными акторами – от патрон-клиентской до соучаствующей.

Естественный для НКО способ существования и действия построен не только на логике соучастия, но и на сетевой логике организации, в отличие от иерархической. НКО привлекают и распределяют ресурсы (информационные, физические, финансовые, организационные) через сети многочисленных более или менее формальных связей. Такая система организации взаимодействия не дублирует государственные услуги, а заполняет пробелы в их системе. В частности, нуждающиеся в социальной помощи могут получать постоянный доступ к среде общения и получения информации в отличие от эпизодических контактов с представителями государственных служб. При этом за счет использования слабых социальных связей участники сети могут получить доступ к ресурсам, с трудом достижимым через формальные или сильные сетевые взаимодействия [7]. За счет сетевого эффекта (возрастания ценности подключения к сети для индивидуального участника с ростом количества участников) может достигаться заметное обогащение ресурсами для тех, кто участвует в сети [3].

Проявления данных тенденций можно наблюдать на примере действующих в Нижегородской области НКО, в частности МБОУ «Сообщество семей слепоглухих» и проекта «Дом удивительных людей», реализуемого этой организацией. Проект представляет собой проживание в доме-отеле семей со слепоглухими детьми, сопровождаемое работой специалистов и волонтеров как с детьми, так и с членами семей. Включенное наблюдение, проведенное летом 2018 г., а также серия интервью позволили выявить ряд особенностей работы со слепоглухими детьми и их семьями в ходе этого проекта.

Проект основан на персонализированном подходе к каждому ребенку. Помощь и терапия организуются, исходя из индивидуальных потребностей ребенка и поставленных на период пребывания индивидуальных целей. Проект носит в высокой степени инклюзивный характер. В активную деятельность включены не только дети, но и все присутствующие члены их семей. Включенность имеет большое значение для братьев и сестер ребенка – они не чувствуют себя исключенными и обделенными вниманием, учатся лучше взаимодействовать с сиблингами со слепоглухотой. В жизни семей со слепоглухими детьми в результате участия в проекте происходят значимые положительные изменения. Оказание именно комплексной помощи детям с комплексными нарушениями здоровья. Государственные органы, оказывающие медицинскую и социальную помощь в соответствии с законом, зачастую не могут проявить необходимую гибкость и обеспечить ребенку помощь в соответствии с индивидуальными нуждами. Деятельность общественной организации не подменяет государственную помощь, но восполняет дефицит гибкости и индивидуализированной помощи.

Круглосуточный характер внимания специалистов и волонтеров к детям позволяет родителям частично переключиться на другие виды деятельности, кроме ухода за ребенком, получить психологическую разгрузку, освоить новые способы взаимодействия и занятий с ребенком, которые затем можно применить дома. Кроме того, в инклюзивной среде происходит интенсивное общение родителей между собой, формируются социальные сети поддержки, которые продолжают работу по завершении проекта. Включенность в сети социальной поддержки, практик взаимопомощи служит серьезным основанием для преодоления трудных жизненных ситуаций [3, 8] и особо важна для родителей, имеющих детей-инвалидов, ощущающих определенную отчужденность, отстраненность от других родителей с детьми, в силу того, что их дети имеют особые потребности. В свою очередь получение в инклюзивной среде эмоциональной разгрузки и поддержки важно для интересов ребенка. Как свидетельствуют исследования, родители обеспечивают лучший уход за ребенком, если регулярно получают эмоциональную поддержку [9, 10].

Укреплению и гармонизации отношений внутри семьи слепоглухого ребенка способствует вовлечение в проект братьев и сестер. Исследования свидетельствуют, что информированность братьев и сестер о диагнозе, лечении, особых потребностях сиблинга способствует укреплению внутрисемейных связей, адаптивности и ощущения благополучия сиблингов [11, 12].

Модель организации помощи, основанная на участии и инклюзивности, таким образом, демонстрирует высокую эффективность в помощи семьям с детьми с множественными сенсорными нарушениями. Однако эта модель сталкивается со специфическими проблемами, связанными именно с соучастием. Как отмечают основатели и менеджеры НКО, некоторые семьи демонстрируют тенденции регрессии к традиционной патрон-клиентской модели взаимодействия. Причины этого недостаточно исследованы и, по-видимому, достаточно разнообразны. Эта проблема может стать предметом отдельного дальнейшего исследования.

Список литературы

1. Ивашиненко Н.Н., Теодорович М.Л. Ресурсы применения партисипаторных технологий для повышения социальной защищенности населения России // Вестник Нижегородского госуниверситета им. Н.И. Лобачевского: Серия Социальные науки. 2012. №1(25). С. 35-44.

2. Варызгина А.А. Эффективность обращения населения за социальными услугами в некоммерческие организации // Женщина в российском обществе. 2014. №2 (71). С. 87-94.

3. Партиципаторный подход в повышении качества жизни населения: Монография / Под общей редакцией Н.М. Римашевской Н.М., Иващенко Н.Н. Нижний Новгород-Москва: Изд-во Нижегородского государственного университета. 2013. 268 стр.

4. Uphoff N. (1991), 'Fitting Projects to People', in Cernea M. (ed), (1991), Putting People First: Sociological Variables in Rural Development, (2nd Edition), New York: OUP; Fekade, W (1994): Local Determinants of Development Sustainability; A study of Rural Development Projects in Tanzania; The SPRING Research Series no. 7, Dortmund

5. Reason P. and Bradbury H. (2001) Handbook of action research: Participative inquiry and practice, London: Sage Publications

6. Теодорович М.Л., Иващенко Н.Н. Преодоление бедности в России. Возможности применения партиципаторного подхода. Монография. Lambert Academic Publishing. 2018. 64 с.

7. Грановеттер М. Сила слабых связей // Экономическая социология. Т. 10. № 4. Сентябрь 2009. С. 31-50.

8. Benda-Beckmann F. von, Benda-Beckmann K. von, Casino E. / Hirtz F. Woodman G. and Zacher H. (eds.) (1988) Between kinship and the state. Social security and law in developing countries, Dordrecht: Foris Publication.

9. Sloper P. (1999) 'Models of service support for parents of disabled children. What do we know? What do we need to know?', Child: Care, health and development, 25(2). Pp. 85-99.

10. White N. and Hastings R.P. (2004) 'Social and Professional Support for Parents of Adolescents with Severe Intellectual Disabilities', Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities. Wiley/Blackwell (10.1111), 17(3). Pp. 181-190. doi: 10.1111/j.1468-3148.2004.00197.x.

11. Lobato D.J. and Kao B.T. (2002) 'Integrated Sibling-Parent Group Intervention to Improve Sibling Knowledge and Adjustment to Chronic Illness and Disability', Journal of Pediatric Psychology. Oxford University Press, 27(8), pp. 711–716. doi: 10.1093/jpepsy/27.8.711.

12. Caldin R. and Cinotti A. (2016) 'Living with disability. Taking care of siblings', Ricerche di Pedagogia e Didattica: Journal of Theories and Research in Education, 11(3). P. 1-16. doi: 10.6092/issn.1970-2221/6442.

**РЕСУРСЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ
СОЦИАЛЬНЫХ СЛУЖБ И СО НКО ДЛЯ ОКАЗАНИЯ
УСЛУГ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ИНВАЛИДАМ**
**RESOURCES OF COOPERATION
OF STATE SOCIAL SERVICES AND SO NPO
FOR THE PROVISION OF SOCIAL SERVICES TO DISABLED PEOPLE**

Д.С. Максимов
Казанский государственный медицинский университет, г. Казань
D.S. Maximov
Kazan State Medical University, Kazan

Анализируются ресурсы взаимодействия, механизмы ресурсообеспечения во взаимодействии государственных социальных служб и СО НКО для оказания услуг социального обслуживания инвалидам.

The interaction resources, the mechanisms of resource provision in the cooperation of state social services and SO NPO for the provision of social services to the disabled people are analyzed.

Ключевые слова: государственные социальные службы; СО НКО; ресурсы взаимодействия; механизмы ресурсообеспечения; услуги социального обслуживания инвалидам

Keywords: state social services; SO NPO; the interaction resources; the mechanisms of resource provision; social services to disabled people

Одним из условий социально-экономического развития страны и ее регионов является становление и развитие институтов гражданского общества, эффективное взаимодействие государства и НКО.

Оказывая социальные услуги, государственные учреждения взаимодействуют с СО НКО, в результате чего оказывается больше услуг, охватывается большее количество людей, нуждающихся в помощи, повышается социальный эффект. Это взаимодействие осуществляется по разным направлениям и включает различные мероприятия.

В сфере социального обслуживания большое значение имеют механизмы ресурсообеспечения, с помощью которых государство, в т.ч. государственные социальные учреждения, взаимодействуют с СО НКО.

В нашем исследовании мы рассмотрим пять основных групп механизмов ресурсообеспечения, которые применяются данными организациями, а именно: конкурсные, социально-технологические, организационно-структурные, процедурные (переговорные), комплексные (комбинированные).

1. *Конкурсные* механизмы – организация (претендент) выигрывает конкурс, организованный на условиях совместной реализации социального проекта участниками из двух или трех секторов. В данную группу входят механизмы выполнения социального заказа на уровне субъекта РФ,

муниципального социального заказа, муниципального гранта, гранта субъекта РФ, тендера, различных социальных конкурсов для гражданских инициатив и НКО по разным номинациям, конкурса авторских вариативных программ и др. [1, с. 6-7].

В отличие от государственных социальных учреждений СО НКО, благодаря своей организационно-правовой форме, кроме средств, привлекаемых из бюджета в виде субсидий – выполнение госзаказа, могут также получать поддержку государства за счет средств выигранных грантов, что предполагает привлечение дополнительных ресурсов на расширение видов услуг [2, с. 17].

Государственный заказ на предоставление социальных услуг, в том числе инвалидам России, для СО НКО формируется в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 23 августа 2011 г. № 713 «О предоставлении поддержки социально ориентированным некоммерческим организациям». Ежегодно на конкурсной основе предоставляются федеральные государственные гранты [3].

СО НКО Республики Татарстан могут принять участие в социальных конкурсах на получение грантовой поддержки на региональном и федеральных уровнях, а именно:

- Фонд президентских грантов. Система государственной грантовой поддержки НКО существует с 2006 г. на реализацию социально значимых проектов и проектов в сфере защиты прав и свобод человека и гражданина. В 2017 г. бюджет фонда составил 6 653,8 млн. руб., из них 139,5 млн. руб. – для реализации 89 татарстанских проектов. 2016 г. – 4 589,9 млн. руб., из них 20 млн. руб. – для РТ, 2015 г. – 2 698 млн. руб., 2014 г. – 2 401 млн. руб., 2013 г. – 1 924 млн. руб. [4].

- Республиканский конкурс на получение грантов Кабинета Министров Республики Татарстан для некоммерческих организаций, участвующих в реализации социально значимых проектов [5]. С 2009 г. для НКО проходят ежегодные конкурсы на лучший инновационный проект по различным направлениям (8 номинаций, выделено средств в 2013 г. – 9 800 тыс. руб., в 2014 г. – 9 900 тыс. руб., в 2015 г. – 9 880 тыс. руб., 2016 г. – 9 890 тыс. руб., в 2017 г. – 9 900 тыс. руб.) [6]. В 2017 г. в республиканском конкурсе на получение грантов Кабинета Министров Республики Татарстан для НКО – 69 проектов (из 212 заявок), из них 18 – от общественных организаций ветеранов, пенсионеров и инвалидов.

- Конкурс социальных проектов «Общественная инициатива» был организован и проведен Министерством труда, занятости и социальной защиты РТ в 2002 г. [7]; номинации учреждаются ежегодно; выделено средств в 2013 г. – 300 тыс. руб., в 2014 г. – 300 тыс. руб., в 2015 г. – 300 тыс. руб., в 2016 г. – 300

тыс. руб., в 2017 г. – 300 тыс. руб. [8]. В 2017 г. победителями конкурса «Общественная инициатива – 2017» признаны 14 проектов (из 85 заявок).

• Конкурс социальных и культурных проектов АО «РИТЭК» проводит ПАО «ЛУКОЙЛ» в регионах ПФО с 2002 г., в РТ – с 2010 г. Количество реализованных проектов по РТ: 2013 г. – 120, 2014 г. – 136, 2015 г. – 166, 2016 г. – 152, 2017 г. – 197. Общая сумма грантовой поддержки за 7 лет составляет 165 млн. руб. [9].

• Конкурс на соискание грантов ПАО «Татнефть» [10]. ПАО «Татнефть» проводит конкурс социальных и культурных проектов в республике Татарстан – с 2016 г. Количество реализованных проектов по РТ: 2016 г. – подано 67 заявок, одобрено 28 с бюджетом 160 млн. руб.; 2017 г. – подано 503 заявки, одобрено 40 с бюджетом 180 млн. руб. [11].

Благодаря конкурсному подходу в распределении бюджетных средств между СО НКО происходит активизация мыслительного и творческого потенциала сотрудников организаций, что позволяет повысить уровень и качество предоставляемых ими социальных услуг, расширить возможности некоммерческих организаций.

2. *Социально-технологические* механизмы базируются на определенной социальной технологии (ноу-хау), созданной вновь или применяя старую, но с использованием новых подходов и методов, которые отличаются высокой эффективностью использования средств и качеством результатов в отличие от технологий и подходов, применяемых государственными социальными учреждениями. Участвуют НКО в социальном обслуживании населения наряду с другими организациями в таких сферах деятельности, где требуется лицензирование (медицинское обслуживание, образование и т.п.).

3. *Организационно-структурные* механизмы предполагают создание новой организационной структуры для решения совокупности социально значимых задач, через вовлечение граждан и общественных объединений, делегируя часть функций при финансовой поддержке со стороны государства.

4. *Процедурные* механизмы взаимодействия включают правила сотрудничества СО НКО и государства (государственных социальных учреждений) для решения социальных проблем. Они чаще всего оформляются в виде специального соглашения, действующего в течение определенного периода (координационные и общественные советы, круглые столы, комитеты, форумы граждан и т.п.). Например, в 2017 г. при МТЗ и СЗ РТ проведено 5 заседаний Общественного совета, 12 республиканских торжественных мероприятий, 3 отчетно-выборных конференции республиканских общественных организаций ветеранов и инвалидов. Республиканские СО НКО активно участвуют в обсуждении, разработке и реализации различных

социальных программ, рабочих группах, направленных на регламентацию социальной поддержки некоммерческого сектора [12].

Данные механизмы ресурсообеспечения реализуются в формах, которые закреплены в законах субъектов РФ или региональных нормативных-правовых актах и других документах.

Процедурные механизмы ресурсообеспечения могут реализоваться в виде льгот некоммерческим и благотворительным организациям (льготы по уплате налогов, таможенных и иных сборов и платежей; полное или частичное освобождение от платы за пользование государственным и муниципальным имуществом; материально-техническое обеспечение и субсидирование деятельности благотворительных организаций т.д.).

5. *Комплексные (комбинированные)* механизмы – это системы взаимодействия, сочетающие в себе элементы механизмов разных, как минимум двух типов механизмов. К ним относятся: ярмарки НКО, ярмарки социальных проектов и услуг; проведение консультаций между сторонами; обмен информацией по проблемам, интересующим стороны; проведение совместных мероприятий; заключение соглашений и договоров; разработка бизнес-плана, планов, программ; принятие совместных актов и документов; общественно-экспертные советы; участие НКО в законотворческом процессе (лоббирование) другие [13].

Постановление Правительства РФ от 23 августа 2011 г. № 713 «О предоставлении поддержки социально-ориентированным НКО» привело к развитию дополнительных механизмов ресурсообеспечения [14].

Проведенный анализ механизмов ресурсообеспечения в результате взаимодействия государственных социальных учреждений с СО НКО позволяет сделать следующий вывод: 1) широко применяются этими организациями пять основных механизмов ресурсообеспечения для оказания услуг социального обслуживания инвалидам; 2) применение данных механизмов ресурсообеспечения позволило расширить качество и количество предоставляемых услуг, направления социального обслуживания, продолжить развитие социальных сторон гражданского общества России.

Список литературы

1. Технологии общественного участия и межсекторного социального партнерства. Методическое пособие / под ред. М.Б. Горного. СПб.: Норма, 2013. 95 с.

2. Голубев С.В. Система государственной поддержки СО НКО как инструмент развития рынка социальных услуг / С.В. Голубев [и др.] М.: Грифон, 2017. 60 с.

3. О приоритетных направлениях поддержки СО НКО // Сайт Министерства экономического развития Российской Федерации. [Эл. ресурс]. Режим доступа: <http://econopoly.gov.ru> (дата обращения: 05.04.2018).

4. Фонд президентских грантов [Эл. ресурс]. Режим доступа: <https://президентскиегранты.рф> (дата обращения: 04.05.2018).

5. Постановления Кабинета Министров Республики Татарстан «О предоставлении государственной поддержки некоммерческим организациям Республики Татарстан, реализующим социально значимые проекты» от 08.06.2009 г. № 373 // Официальный сайт компании «КонсультантПлюс» [Эл. ресурс]. Режим доступа: <http://base.consultant.ru> (дата обращения: 04.04.2018).

6. Республиканский конкурс на получение грантов Кабинета Министров Республики Татарстан для некоммерческих организаций, участвующих в реализации социально значимых проектов // Сайт Министерства труда, занятости и социальной защиты Республики Татарстан [Эл. ресурс]. Режим доступа: <http://mtsz.tatarstan.ru> (дата обращения: 05.05.2018).

7. Постановление КМ РТ от 07.04.2005 № 167 «О проведении конкурсов социальных проектов в Республике Татарстан» // Официальный сайт компании «КонсультантПлюс» [Эл. ресурс]. Режим доступа: <http://base.consultant.ru> (дата обращения: 03.05.2018).

8. Республиканский конкурс социальных проектов «Общественная инициатива» // Сайт Министерства труда, занятости и социальной защиты Республики Татарстан [Эл. ресурс]. Режим доступа: <http://mtsz.tatarstan.ru> (дата обращения: 05.05.2018).

9. Конкурс социальных и культурных проектов // Сайт ПАО «ЛУКОЙЛ» – АО «РИТЭК» [Эл. ресурс]. Режим доступа: <http://ritek.lukoil.ru> (дата обращения: 03.05.2018).

10. Конкурс на соискание грантов // Сайт ПАО «Татнефть». [Эл. ресурс]. Режим доступа: <http://www.tatneft.ru> (дата обращения: 03.05.2018).

11. Гранты для добрых дел. Статья 05.07.2018 г. // Сайт ПАО «Татнефть». Пресс центр. [Эл. ресурс]. Режим доступа: <http://www.tatneft.ru> (дата обращения: 03.05.2018).

12. НКО и власти Республики Татарстан работают вместе на благо жителей региона! Статья 05.12.2017. // Сайт Общественной палаты Республики Татарстан [Эл. ресурс]. Режим доступа: <http://opr.tatar> (дата обращения: 05.04.2018).

13. Механизмы социального партнерства в учреждениях системы социальной защиты: учебно-методический комплект / И.А. Медведева [и др.] // Сургут: Изд-во бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Методический центр развития социального обслуживания», 2013. 104 с.

14. Постановление Правительства РФ от 23 августа 2011 г. № 713 «О предоставлении поддержки социально ориентированным некоммерческим организациям» // Официальный сайт компании «КонсультантПлюс» [Эл. ресурс]. Режим доступа: <http://base.consultant.ru> (дата обращения: 04.04.2018).

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В СОВРЕМЕННОМ ГОРОДЕ
(НА ПРИМЕРЕ ГОРОДА ЯРОСЛАВЛЯ)**
**THE QUALITY OF LIFE OF PEOPLE WITH DISABILITIES
IN THE MODERN CITY
(FOR THE EXAMPLE OF YAROSLAVL CITY)**

А.И. Руденко
Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова
A.I. Rudenko
P.G. Demidov Yaroslavl State University

Рассмотрена категория «качество жизни», сделан вывод, что для ее изучения относительно лиц с ограниченными возможностями здоровья необходимо исследовать субъективные оценки и объективные показатели, в частности степень реализации законопроекта «Доступная среда». Было выяснено, что реализация проектов не соответствует должному уровню, а в ходе интервью оценены социально-психологические настроения и мнения жителей с ОВЗ в городе Ярославле и представлен ряд рекомендаций по улучшению их качества жизни.

Within the framework of this study, the category "quality of life" was considered. Concerning the study of the quality of life of disabled persons it was concluded that it's necessary to research subjective assessments and objective indicators, particularly the degree of implementation of the draft law "Accessible Environment". It was found that the project is not satisfactorily implementate, and during the interview the socio-psychological attitudes and opinions of Yaroslavl residents with disabilities were evaluated and a number of recommendations to improve their quality of life were provided.

Ключевые слова: качество жизни, измерение качества жизни, инвалидность, лица с ОВЗ, «Доступная среда»

Keywords: quality of life, measuring quality of life, disability, people with disabilities, «accessible environment»

Тема равенства прав и свобод людей разных социальных групп является достаточно актуальной. В современной России постоянно разрабатываются проекты по улучшению качества жизни населения. Вопрос о качестве их фактической реализации остается открытым. Социальная группа, включающая людей с ограниченными возможностями здоровья, достаточно велика. Люди с инвалидностью как участники социально-экономических отношений играют значимую роль в жизни общества. Они нуждаются в предоставлении равных возможностей в трудовой и образовательной сферах, должны иметь государственную поддержку, получать необходимый уровень медицинской помощи и чувствовать себя комфортно в условиях современного города.

Термин «качество жизни» начал использовать Дж. Гэлбрейтв 60-е гг. XX в. [1]. Появившись как проблема охраны окружающей среды, обновления городов и здоровья, проблема «качества жизни» стала приобретать более общее

смысловое значение. В итоге, «качество жизни» превратилось за рубежом в научное направление, изучающее природно-социально-психологические условия человеческого существования.

Большое количество научной литературы по проблеме качества жизни говорит о многообразии подходов к исследованию данного феномена (географических, экономических, социологических, политических, экологических и пр.).

Сторонником социологического подхода является доктор наук Л.А. Беляева, которая предлагает определять качество жизни населения как «комплексную характеристику условий жизнедеятельности, выражающуюся в субъективных оценках и объективных показателях, и удовлетворения материальных, культурных, социальных потребностей, а также связанную с восприятием людьми своего положения» [2]. Уровень жизни населения рассматривается как одна из составляющих качества жизни и считается более узкой категорией. Л.А. Беляева определяет уровень жизни с помощью условий существования индивида в сфере потребления и говорит о возможности его измерения через социально-экономические показатели [2].

К сторонникам экономического подхода можно отнести доктора экономических наук В.Н. Бобкова, который считает, что качество жизни определяется содержанием сферы здоровья и безопасности жизнедеятельности, семейно-личностной, гражданско-общественной мировоззренческой сферой, духовно-культурной, интеллектуально-образовательной, профессионально-трудовой, антропо-природной и экономической, представляя собой характер созидательной деятельности как личности, социальных групп, так и всего общества. По мнению В.Н. Бобкова, нельзя определять качество жизни лишь на базе статистических данных. Требуются социологические исследования, экспертные оценки, опросы населения для более полной оценки этого феномена [3].

Для изучения качества жизни лиц с ОВЗ была рассмотрена теория инвалидности, которая стала предметом социологии городского пространства. Р. Имре, например, делит людей на тех, у кого есть доступ к городскому пространству, и тех, у кого его нет. Он называет это явление «отличительной пространственной демаркацией и исключением» [4]. Таким образом, городская среда разделяет людей на две противоположные группы инвалидов и неинвалидов, трудоспособных и нетрудоспособных, социально включенных и социально исключенных.

В рамках изучения доступности благ для людей с ОВЗ в условиях городской среды была рассмотрена деятельность государства. Сегодня действует глобальный законопроект, направленный на улучшение качества

жизни людей с ограниченными возможностями здоровья по всей России – «Доступная среда».

Программа «Доступная среда» на 2011-2015 гг. вступила в силу после Постановления Правительства РФ от 17 марта 2011 г. N 175, позже была продлена до 2020 г. В Распоряжении от 26 ноября 2012 г. №2181-р были сформулированы все аспекты программы.

В Программу включено две подпрограммы:

- обеспечение доступности приоритетных объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения;
- совершенствование механизма предоставления услуг в сфере реабилитации и государственной системы медико-социальной экспертизы.

Город Ярославль является столицей Золотого кольца России, в нем реализуется ряд законопроектов, создается аппарат по предоставлению возможности получения инклюзивного образования, а также располагаются филиалы сообществ по поддержке людей с ограниченными возможностями здоровья. В этой связи данный город – подходящее место для проведения данного исследования. На первый взгляд сложно сказать, насколько город адаптирован для людей с инвалидностью, и сложно оценить их уровень и качество жизни. Чтобы получить данную информацию, необходимо прибегнуть к исследованию.

Выводы

В результате проделанной работы, на примере повышения качества жизни людей с инвалидностью по зрению, были разработаны следующие рекомендации:

- Учитывая, что многие жалуются на сложности в поиске работы, необходимо предоставить больше возможностей для трудоустройства. Создать систему льгот для предприятий с целью мотивации их для набора специалистов среди инвалидов по слуху и зрению. А также создать возможность более легкого поиска работы.

- Необходимо отказаться от дешевых поставок из Китая, а именно поддержать отечественных производителей. Необходима поддержка развития предприятий, где работают инвалиды по зрению, как в этой сфере, так и в других.

- Следует уменьшить сроки выдачи технических средств реабилитации. Некоторым инвалидам по зрению приходится ждать более года, чтобы получить необходимое. Очень тяжело жить год без трости, лупы, приборов для чтения и прочих технических средств.

- Учитывая, что 1 социальный работник занимается 10-12 людьми с инвалидностью, необходимо увеличение штата этих специалистов. Следует расширить перечень бесплатных услуг.

- Не нужно ужесточать критерии системы по определению групп инвалидности в целях искусственного уменьшения числа инвалидов и экономии.

- Большинство инвалидов по зрению не довольны состоянием дороги, тротуаров, поэтому необходимы меры по поддержанию их качества, с целью защиты от травматизма инвалидов по зрению. Требуются качественные очистительные работы зимой.

- Так же для улучшения условий жизни в городе и защиты здоровья необходимо оснащение всех светофоров города аудио системой и поддержание их работы. Здесь же требуется создание большего числа ориентиров, таких как перила, специальные дорожки.

- Необходимо решить одну из самых главных задач – адаптации транспорта для инвалидов по зрению: оснащение аудиосистемой оповещения всех остановок с целью информирования людей ожидающих транспорта о том, какой именно транспорт к ним прибывает, это касается всего общественного транспорта, включая маршрутное такси; оснащение этой системой и самого транспорта, чтобы инвалиды по зрению, находясь в транспорте, знали, какие остановки они проезжают. Дополнительно необходимо создание более крупных и ярких номеров на транспорте.

- Для удобства в домах необходимо оснащение лифта аудио системой оповещения и подсветка для кнопок.

- Многие инвалиды по зрению не могут посещать культурно-развлекательные учреждения, для них необходимо предоставления «доступной среды» в театрах, цирке и др.

- Необходимы комфортные условия в банках, магазинах, торговых центрах и медицинских учреждениях: создание ярких вывесок и указателей, больших ценников; оснащение системой голосовой помощи, создание аппарата для упрощения покупки самого необходимого. Требуется работа с инвалидами по зрению на индивидуальном уровне, для этого следует обучить персонал работе с данной социальной группой. Это касается кондукторов, продавцов, работников развлекательных центров, сотрудников банков, кассиров и др.

- Обеспечение «доступной среды» в образовательных учреждениях.

- Учитывая огромный вклад в жизнь инвалидов по зрению Всероссийского общества слепых, следует увеличить финансирование, а также расширить его возможности и сферу его влияния, с целью набора еще большего числа людей с ограниченными возможностями здоровья в его состав, оказания

им помощи, в том числе в трудоустройстве, вовлечения даже тех, кому сложно перемещаться по городу; подключения помощи социальных работников. Все это будет способствовать большей интеграции инвалидов по зрению в социум.

Список литературы

1. Гэлбрейт Д. Жизнь в наше время. М: Издательство. Прогресс. 1986. 45 с.
2. Беляева Л.А. Уровень и качество жизни. Проблемы измерения и интерпретации // Социологические исследования. 2009. №1. С. 33-42.
3. Бобков В.Н. Психологическая и экономическая составляющие категории качества и уровня жизни // Психология в экономике и управлении. 2010. № 2. С. 52-58.
4. Imrie R. Barrired and bounded places and the spatialities of disability // Urban Studies, 2001. Vol. 38.№ 2. P. 231-237.

СТИГМАТИЗАЦИЯ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

THE STIGMATIZATION OF DISABILITIES IN MODERN RUSSIA

М.М. Симонова
*Пермский государственный
национальный исследовательский университет, г. Пермь*
M.M. Simonova
Perm State National Research University, Perm

Применительно к лицам с ограниченными возможностями здоровья раскрывается содержание феноменов стигматизации и самостигматизации, анализируются причины, формирующие то или иное отношение общества к инвалидам. Выделяются проблемы, обусловленные проявлением стигматизации по отношению к инвалидам в современной России.

The article reveals the essence of the phenomenon of stigmatization and self-stigmatization. The main problems associated with the stigmatization of disabled people are described. The reasons that form relation of society to disabled people are pointed out.

Ключевые слова: стигматизация, самостигматизация, стигма, люди с ограниченными возможностями здоровья, инвалидность

Keywords: stigmatization, self-stigmatization, stigma, disabled people, disability

Общество – это динамическая система, которая непрерывно развивается, улучшается, совершенствуется. Каждая новая фаза общества имеет свои отличительные черты, характерные ценности и нормы, а также проблемы и сложности. Некоторые проблемы, например, связанные со взаимоотношениями между людьми, остаются актуальными с времен древних цивилизаций и по сей

день. Так, явление стигматизации характерно для каждого этапа развития общества – оно прогрессирует и распространяется вместе с ним.

Термин «стигматизация» в социологический дискурс ввел И. Гоффман [1]. Он дал определение понятия «стигма», которое обозначает качество, выдающее какое-то постыдное свойство индивида, причем характер этого качества определяется не его внутренним содержанием, а отношениями по поводу него. Отсюда, стигматизация есть процесс «навешивания» социальных ярлыков; соотнесение какого-либо качества (как правило, отрицательного) с отдельным человеком или множеством людей. Стигма появляется тогда, когда индивид имеет некоторые особенности, которые не присущи нашему окружению. Человек, имеющий резкое отличие, будет восприниматься нами как человек «другой» категории: *«в нашем сознании он превращается из цельного обычного человека, в неполноценного, обладающего каким-то дефектом»* [1]. При этом все остальные качества человека, будь то его доброта, честность или, может быть, какой-либо талант, «перечеркиваются» наличием у него стигмы. Теперь она является главной чертой, определяющей индивида.

Явление стигматизации, как и многие другие процессы, протекающие в обществе, не возникает само по себе: существует множество факторов, которые являются причиной негативного отношения к конкретному индивиду или группе лиц. Условно их можно разделить на несколько типов.

Самой явной причиной стигматизации индивида являются стереотипы, основанные на социально-демографических признаках индивида. Сюда мы можем отнести расовую и национальную, профессиональную, гендерную принадлежность, ролевые стандарты, возрастную категорию индивида.

Еще одним фактором, повышающий риск стигматизации индивида, является его ассоциация с девиантным поведением. Девиация бывает как негативная (возникает при наличии у индивида склонности к совершению преступлений, пристрастия к алкогольным и наркотическим веществам, несоблюдению норм, установленных в обществе и проявлению социального паразитизма), так и позитивная (заключается в совершении человеком довольно необычных поступков, которые не вызывают неодобрения со стороны общества).

Внешний вид, не соответствующий норме, – следующий фактор, повышающий риск стигматизации индивида. Проявлением «ненормальности» могут быть физические недостатки, лишний вес, болезни кожи, недостатки лица, наличие татуировок, вызывающая, яркая одежда, отклонение в физическом развитии.

Несоответствие социальным стандартам – четвертый фактор стигматизации индивидов. Его можно конкретизировать через низкий уровень

грамотности, отсутствие места работы, принадлежность к «непристойной профессии», нетрадиционная сексуальная ориентация, внешне неявные отклонения в сфере здоровья, психические заболевания. Порождают стигматизацию и недостатки личного характера индивида. Это могут быть слабохарактерность, беспомощность, неуверенность, агрессивность и зависимость от внешних условий.

Но индивид может подвергнуться стигматизации, не имея ни одного из вышеперечисленных факторов. Причиной является наличие стигматизированных индивидов в кругу близких людей (родители, друзья, родственники). По И. Гофману, это «понимающие» люди, на которых *«переносится часть позора, связанного с ними стигматизированного индивида»* [1].

Наиболее сильной стигматизации подвержены люди с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), т.к. их недостаток, в отличие от других выделенных часто стигматизируемых групп, в большинстве случаев заметен для окружающих. Сейчас инвалидность рассматривается не только как медицинская проблема, но и как ограничение социального функционирования индивида на фоне ряда значимых институтов, таких как образование, культура, политика, семья и т.д.

По причине «заметности» своего отклонения, инвалиды чаще получают негативные реакции от окружающих людей, что сказывается на их отношении к себе. Здесь возникает явление самостигматизации, суть которого заключается в том, что индивид, в процессе воздействия стигмы, вживается в ее образ. Его характер, поведение и установки «подстраиваются» под назначенную социальную роль.

Отношение людей к инвалидам напрямую зависит от государства – какие права оно гарантирует, какую помощь оказывает людям с ограниченными возможностями. То есть, чем больше государство обеспокоено условиями жизни людей с ОВЗ, тем лучше отношение окружающих к ним. По данным Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ), равные условия и возможности для инвалидов в нашей стране пока не созданы. В 2015 г. две трети опрошенных россиян (67%) сказали, что люди-инвалиды не обладают теми же возможностями для образования и трудоустройства, что и другие граждане (среди обучающихся в ВУЗах высказавших данную позицию было 73%, среди жителей крупных городов – 80%) [2]. Поэтому и инвалиды продолжают считать себя неравноправной социальной группой, дискриминируемой в трудовых, семейных и иных социальных отношениях.

Процесс общения людей с ОВЗ с окружающими людьми довольно своеобразен: общество может пренебрежительно относиться к инвалидам, и

инвалид, соответственно, формирует потребительское, иждивенческое отношение к обществу. В малых социальных группах специфика личности инвалида может быть обусловлена семейными отношениями (гиперопека, усугубляющая инвалидизацию и формирующая психологические комплексы) и взаимодействием с социальным окружением (отсутствие социальных навыков общения со здоровыми сверстниками).

В явлении стигматизации по причине инвалидности стоит отметить, что степень угнетения со стороны общества зависит от пола инвалида. Так, например, женщина с ОВЗ испытывает более негативное воздействие со стороны общества. Это вызвано общественным представлением, что женщина-инвалид не сможет реализовать присущие ей социальные роли матери и жены, т.к. сама нуждается в заботе и помощи. В глазах общественности она – одинокая и непривлекательная особа для создания семьи, поэтому наличие у нее установок на вступление в брак и создание семьи вызывает недоумение и непонимание.

Рано или поздно, человек с ОВЗ будет вынужден обеспечивать себя и свою семью. Тогда возникает новая проблема – трудоустройства. Сегодня уровень трудоустройства инвалидов относительно низок. Но на это преимущественно влияет не отказ работодателей от такого сотрудника (во-первых: за отказ в принятии на работу инвалида работодатель несет ответственность; во-вторых: инвалиды зачастую хорошие работники, т.к. их мотивация работать значительно выше). Люди с ОВЗ имеют некие стереотипы в отношении работодателей и своего трудоустройства. Именно они влияют на низкий уровень их занятости. Так, по данным опроса ВЦИОМ, в 2016 г. среди 1200 опрошенных инвалидов г. Москвы 74% респондентов были вынуждены сами искать работу, 69% указывали, что обращались за помощью к знакомым. Услуги кадровых агентств почти не востребованы: всего 9% опрошенных нашли работу благодаря подобным организациям. Время поисков работы напрямую связано с тем, какую инвалидность имеет будущий работник. Так, люди с заболеванием опорно-двигательного аппарата подвержены наиболее длительному поиску работы: более трети (35%) представителей данной категории инвалидов находятся в состоянии поиска работы дольше полугода [3].

Стигматизация людей с ОВЗ выступает как довольно сложное, многомерное явление, характеризующееся изменением отношения окружающих лиц к индивиду с инвалидностью и его отношением к самому себе. Немаловажную роль в процессе стигматизации инвалидов, а именно в ее регуляции, играет государство: в России не существует правил, закрепленных на законодательном уровне, которые бы смогли улучшить жизнь инвалидам

посредством контроля и пресечения возможных унижений и лишений, особенно в государственных и муниципальных учреждениях и при приеме на работу. Данная тема требует более глубокого анализа и дальнейшего изучения для снижения негативных последствий стигматизации.

Список литературы

1. Гоффман И. Стигма: Заметки об управлении испорченной идентичностью. Часть 1. Стигма и социальная идентичность. Часть 2. Контроль над информацией и социальная идентичность / Пер. М.С. Добряковой [Эл. ресурс]. Режим доступа: https://www.hse.ru/data/2011/11/15/1272895702/Goffman_stigma.pdf (дата обращения 10.06.2018).
2. Инвалиды и мы: послесловие к инциденту в Нижнем Новгороде. Пресс-выпуск 14 августа 2015 г. [Эл. ресурс]. Режим доступа: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=115349> (дата обращения 29.06.2018).
3. Трудоустройство с ограниченными возможностями. Пресс-выпуск 17 июня 2016 г. [Эл. ресурс]. Режим доступа: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=115739> (дата обращения 29.06.2018).

ОБЩЕСТВО-ИНВАЛИД (К СОЦИАЛЬНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ ПОСТСОВЕТСКОЙ РОССИИ) HANDICAPPED SOCIETY (TO SOCIAL CHARACTERISTICS OF POST-SOVIET RUSSIA)

А.Н. Фатенков

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

A.N. Fatenkov

Lobachevsky University

Диагностируется общественное нездоровье современной России. Оно проявляется, в частности, в синдроме дефицита имперскости и синдроме претенциозного инклюзива.

The social illness of today's Russia is being diagnosed. It manifests itself particularly in the syndrome of imperial deficit and in syndrome of pretentious inclusion.

Ключевые слова: общество-инвалид, общественное нездоровье, синдром дефицита имперскости, синдром претенциозного инклюзива, постсоветская Россия

Keywords: handicapped society, social illness, syndrome of imperial deficit, syndrome of pretentious inclusion, post-Soviet Russia

Общество-инвалид – не вполне дееспособное, в той или иной степени неполноценное (если называть вещи своими именами, не играя в толерантность и либеральную «инклюзию»). Ущербное не потому, что не стало гражданским=буржуазным, а, напротив, именно потому, что стало

буржуазным=гражданским. Полуфеодальные атавизмы и трансгуманистическая инноватика общей картины не меняют.

Постсоветская Россия – в ряду с другими бывшими республиками СССР – обломок родной страны. Не чужой, не соседней, своей когда-то. В результате распада государства и социальной деструкции возникает общество-ампутант. Потеряны территории. В обозримом будущем их не вернуть. Вместе с территориями, и даже прежде них, потеряны люди. Советские люди (национальность не имеет тут решающего значения) сформировали действительно новую социально-историческую общность. Бездумно отброшен уникальный суперэтнический проект – проект единения на основе ценностей светской культуры нелиберального толка. Остаточные индивиды и группы того единения вынуждены либо встраиваться – на заведомо проигрышных условиях – в новые социальные реалии, либо маргинализироваться, пассивно или активно. Особенно непросто тем, кто оказался на «спорных территориях»: «человеческий материал» превратился там в разменную монету циничной политической комбинаторики. Но и в «метрополии» ситуация такова, что в 2017 году (только по официальным данным Академии наук) за рубеж уехало сто тысяч человек с высшим образованием. Взамен – несколько померкших «звёзд» попкультуры и масса неквалифицированных мигрантов. Соматические дефекты – утрата земель и людей в их телесном качестве – ведут к расстройству общественной психики.

На отдельных социально-психопатологических феноменах современной российской действительности и остановлюсь чуть подробнее. Не особенно заботясь о систематике, не прибегая к статистике, всецело доверяя своей интуиции и своим ощущениям, словом, следуя интеллектуальной традиции экзистенциализма. И ещё примечание: не акцентирую внимания на различии «общественной идеологии», то есть пропаганды, идущей от социальных верхов, и «общественной психологии», то есть умонастроением социальных низов, реципиентов пропаганды. Судя по результатам выборных кампаний, весомая доля пропагандистских клише электоратом усваивается. Лбом стену, конечно, не прошибёшь, тем более что стена виртуальная. Но и молчать неумоготу, когда сталкиваешься с вопиющим непотребством.

Ампутация совести. Воруют на кладбищах. Куда уж дальше... Два фамильных захоронения. Оба обкрадены: одно в 1990-е (позарились на латунные элементы ограды), другое – в этом году. Собственно, здесь можно было бы поставить тематическую точку. Указан не просто единичный факт (хотя уже и не совсем единичный), требующий статистической поддержки, и даже получив её, всё равно не дорастающий по убедительности до уровня социального закона. Указано событие. Оно по мощи не уступит закону.

Никогда. Одного осмысленного события достаточно для крепости доказательств: человекообразных, не формализуемых исчерпывающим образом. Пускаться в дальнейшие размышления в очерченном предметном поле не очень хочется ещё и потому, что подбирать цензурные лексемы становится всё труднее. И всё-таки ещё несколько содержательных штрихов, пусть и на грани фола.

Больные на голову. Рыба гниёт не с хвоста. В России уж точно. Уровень нынешней элиты (едва удержался от закавычивания), особенно её публичного слоя, удручающе низок. Известный журналист Александр Невзоров (мы одного поколения) в июльской радиопередаче высказался без обиняков: российская элита – это «дремучие дуры с надутыми губами». Разумеется, тут охвачена лишь часть правящего класса, та, которая помечается обычно литерой «Ж». Другая часть, с литерой «М», – это, несомненно, умники с надутыми мозгами. Полужомбированные существа сколковского и аналогичного с ним производства. Элементарного фейс-контроля достаточно, чтобы не ошибиться с идентификацией. Манера руководства – оголтелый технократизм с культом количественных, априори монетизируемых показателей. Пресловутое исчисляющее мышление, не обремененное пониманием. Встречаются и манерные гибриды: ни советский управленец, ни капиталистический менеджер... вообще не пойми что, карикатура одна. Того же пародийного сорта мельтешащие фигуры штатной «оппозиции». Безнадёгой попахивает... Дело не в ностальгии по позднесоветской правящей «геронтологии». И тогда абсурда хватало – как и иронии в ответ. «Товарищ, вы будете смеяться, но у нас опять умер Генеральный секретарь...» – анекдот февраля-марта 1985 г. В этой регулярно скорой смене первых лиц, впрочем, что-то есть, что-то естественное... не успевают надоесть. Настоящая проблема в том, что оцифрованные мозги нынешних топ-менеджеров тупее склеротических мозгов членов Политбюро. Вновь актуальна ядрёная частушка про обмен «хулигана» на арестованного политического борца из Латинской Америки... Не исключено, правда, что актуализация её (частушки, не континента) – тоже от некоторого общего недомогания, от ирреального поиска лёгких путей. Да и диссидентствующий «герой» четверостишья в итоге оплошал: проживая сейчас в Великобритании, обвинён там в скачивании детской порнографии. Мозги явно набекрень. И как в свете этого относиться к диагнозам репрессивной советской психиатрии? Пятьдесят на пятьдесят...

Синдром дефицита имперскости. Величие немногословно. Империи не кричат о себе взахлёб, не пустословят. Запечатлевают себя – монументально – в камне. Советский Союз, без сомнения, был империей. Со всеми её достоинствами и недостатками. Уважая себя, не цеплялся за «имперский»

ярлык. Противники, наоборот, злословя, называли СССР «империей зла». Идиоты! Мнят, что разрушили его сами, извне. Сегодня устрашающую бирку приклеивают, похоже, к Китаю. А тому вполне хватает именовать свою неброскую мощь Поднебесной. Вернёмся, однако, в Россию. Не от большого ума, не от уверенности в себе и теперешние доморощенные разговоры о «Красной империи». Словосочетание оказывается в уморительном ряду. Сейчас на каждом углу по «империи»: «империя света» (люстры, торшеры, бра), «империя сумок» (кожгалантерея), «империя мяса» (гастроном), «империя хищников» (цирковая программа). И, как правило, всё это в постройках из хлипкого материала. Впечатление такое: поддай хорошенько плечом, и рухнет как карточный домик. Профессиональный строитель, с которым товариществу, в подробностях, доходчивым многоэтажным дискурсом разьясняет, чего стоит новодел.

Империя, снова о ней, это не столько милитаризм (его сейчас у нас в избытке), не столько мобилизационный режим экономики, сколько воплощение неординарной справедливости и её идея. Разумеется, обратное не верно: далеко не каждая неординарная справедливость требует имперского оформления. Социализму, свободному от коммунистических иллюзий, есть что заявить о себе в разных политико-метафизических форматах. И только в частности – в имперском. «Верхняя Вольта с ракетами» – о Советском Союзе, кто не в курсе, – это враньё, тусовочное словоблудие. Ракеты опирались тогда на здоровую идею, противостоящую патологии капиталистического окружения. Эта идея, однако, оказалась непосильной для многих членов социалистического общества. И не её в том вина. Кредо социализма (в экзистенциалистском прочтении): ценность труда не редуцируется без потерь к его денежной стоимости; отсюда следует, что человека можно подкупать, но нельзя купить – принципиально. (Можно, увы, паразитируя на ситуации, «идейно» недоплачивать трудящемуся.) Кредо капитализма: ценность труда может быть без потерь выражена в его денежной стоимости, следовательно, человек покупается и продаётся – без проблем. (Здесь недоплата ни в каких оправданиях, по большому счёту, не нуждается: она предмет торга, сутяжничества.) Мещанский соблазн – прибыльно продаться по спекулятивной цене, соблазн, дополняющий своей несбыточностью быль капиталистического присвоения, стимулирующий и поддерживающий её превращённой формой, – крайне опасен, деструктивен для практики социализма, что и показал позднесоветский период истории. Мещанская зараза редуцирует человечность, жизненно-противоречивую со стержнем достоинства, к одномерно пошлomu «человеческому капиталу». Бессубъектный и безыдейный, он эфемерно лёгок, как и всякая отчуждённость.

Скудость идей и обида на мир. Нынешняя – капиталистическая – Россия ничего толкового и оригинального на идейном поприще предъявить не в состоянии. Ни для внутреннего потребления, ни для внешнего. Модель «многополярного мира»? Так либеральный Запад и экономически успешный Восток дадут тут нам сто очков вперёд. «Традиционные ценности» (фактически – согбенную богобоязненность с заскоками мессианизма)? Так исламский фундаментализм кратно «традиционалистичнее». Бюрократически-олигархический «патриотизм» с оффшорным душком? Так и в других государствах его предостаточно. Всё – мимо.

И нечего удивляться, что мы никому особо не интересны (интересна наша территория и её недра плюс отдельные высокопрофессиональные специалисты). Но мы – в обиде. Как инвалид в обиде на всех и вся. Ведь мы хотим понравиться. Хотим быть принятыми всеми: и на общих основаниях, и – здесь главная закавыка – в качестве привилегированной фигуры одновременно. Не выходит. И тогда поднимается идеологическая – ложного сознания – волна. Интенция официозных СМИ параноидальна: мир оскандалился, соседи – злыдни, мы – единственная надежда человечества. Ну а очередной внутренний «кидок» трудящегося спасителя – повышение пенсионного возраста – это, конечно, не «кидок», а «горькое лекарство», проявление высшей монетарной справедливости. От паранойи – к шизе...

Синдром претенциозного инклюзива. Он возникает при требовании недомогающего, не вполне дееспособного быть включённым в социальную структуру и в качестве равного другим, и, тут же, в качестве неравного, особенного, исключительного. Инклюзив – это эгалитаристское опрощение и искажение эксклюзива. Реши уж, в конце концов, что для тебя важнее: быть «как все» или из ряда вон выходящим? Понятно, речь не об однозначно-абстрактном ответе (ни на одном из указанных полюсов раз и навсегда не удержаться). Да и диалектический изыск особенного как синтеза общего и единичного выручает лишь от случая к случаю. Речь о склонности и об ответственном решении в каждой конкретной ситуации. Независимо от того, индивид или общность (группа) оказываются перед «выбором».

Я не за спартанские порядки и не за приоритет экспонатов Кунсткамеры. Не за идиллический гуманизм – за реалистичную человечность. Будь собой, не просись никуда – ни в социальную институцию, ни в мировое сообщество. Если за душой (не за пазухой) что-то есть – примут, не оттолкнут. А нет, так и не надо, сохраняй достоинство, не разменивайся на мелочную месть и словесную перепалку. Бить, так наотмашь, чтобы перед тобой уже никого и ничего не стояло. Ну а если просишься – нечего выставлять кондиции, терпи. И прекрати нудеть о «двойных стандартах». В социальной жизни они всегда двойные: свой

– чужой, властвующий – подданный, здоровый – больной. Содержательное искажение стандарта справедливости, когда власть бездарнее подданных, есть симптом деградации общества, его нездоровья. Справедливо – в формате социальной медицины наверняка – не здоровому подстраиваться под больного, а больному тянуться за здоровым: тогда появляется шанс на излечение. Последнюю формулу подсказал товарищ из профильного вуза. Подписываюсь под ней.

**ЮНИСЕФ КАК ФЛАГМАН ОПТИМИЗАЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ
В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ИНВАЛИДОВ**
**UNICEF AS THE FLAGSHIP OF OPTIMIZATION PROCESSES IN THE
FIELD OF PROTECTION OF THE RIGHTS OF DISABLED PEOPLE**

Е.Б. Ходырева
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
Е.В. Khodyreva
Lobachevsky University

Рассматривается международный дискурс о политике в области прав инвалидов; анализируется деятельность ЮНИСЕФ как глобальной организации, призванной защищать права людей с инвалидностью, включая детей.

An international discourse on the policy on the rights of persons with disabilities is considered; UNICEF activities are analyzed as a global organization designed to protect the rights of people with disabilities, including children.

Ключевые слова: люди с ограниченными возможностями, инвалидность, инклюзия, социальная адаптация, барьеры при трудоустройстве

Keywords: people with disabilities, disability, inclusion, social adaptation, barriers to employment

С 1970-х гг. в преобладающий дискурс об инвалидности в Северной Америке, Великобритании и большей части Западной Европы сосредоточился на «социальной модели», которая заключается в том, что людей считают инвалидами из-за их социальной, политической, культурной и физической среды, но не в результате их физических, сенсорных или умственных нарушений. В Великобритании, в частности, многие в движении за права инвалидов утверждают довольно резкую дихотомию между «социальными» и «медицинскими» моделями инвалидности, а с 1980-х гг. это привело к осуществлению реформ в области образования, занятости и социального обеспечения, которые пытались устранить барьеры и способствовать равенству и социальной интеграции инвалидов в общество. В основе этого дискурса

лежит лозунг «Ничего о нас без нас», в котором выражается стремление людей с ограниченными возможностями вернуть контроль над своей жизнью [1]. Вместо того, чтобы люди без инвалидности принимали решения, выступали от их лица или иным образом доминировали в принятии решений, инвалиды утверждают свои способности и право быть независимыми.

В то время как некоторые участники движения за права инвалидов опираются на социальную модель для создания слишком экстремальных и поляризованных мнений в отношении инвалидности, нет сомнений в том, что теория социальной модели оказала значительное влияние на восприятие понятия инвалидности. Во многом благодаря активному участию самих инвалидов Конвенция ООН о правах инвалидов [2] представляет собой сбалансированное и практическое определение инвалидности, которое возводит во главу угла права человека, при этом полностью признавая реалии физического, сенсорного, интеллектуального или психосоциального нарушения.

В Конвенции утверждается, что «инвалидность является развивающейся концепцией» и что понятие инвалидности вытекает из взаимодействия между лицами с нарушениями и отношением к ним в обществе, заключающемуся в ряде препятствий и барьеров на пути их полной и эффективной инклюзии наравне с остальными гражданами.

Особое место в дискурсе об инвалидизации занимает вопрос детей-инвалидов. Дети-инвалиды являются одной из наиболее маргинализованных и исключенных групп в обществе. Столкнувшись с повседневной дискриминацией в форме негативных настроений, отсутствием адекватной политики и законодательства, им фактически запрещается реализовывать свои права на здравоохранение, образование и даже выживание.

Оценки показывают, что в мире насчитывается не менее 93 миллионов детей с ограниченными возможностями [3]. Количество детей-инвалидов преобладает среди самых бедных слоев населения. Они с меньшей вероятностью посещают школу, получают доступ к медицинским услугам или слышат свои голоса в обществе. Их инвалидность подвергает их более высокому риску физического насилия, они часто лишены надлежащего питания или гуманитарной помощи в чрезвычайных ситуациях.

«Видение ЮНИСЕФ заключается в том, чтобы создать мир, в котором каждый ребенок может расти здоровым, быть защищенным и получать образование, чтобы дети могли полностью реализовать свой потенциал. Каждый день ведется работа над тем, чтобы сделать это реальностью. Защита прав детей-инвалидов не является новой темой для ЮНИСЕФ. Она является неотъемлемой частью всей нашей деятельности, поскольку Конвенция о правах

ребенка – первый международный договор, в котором четко признаются права детей-инвалидов. С принятием Конвенции о правах инвалидов наша работа по инвалидности набрала силу» [4].

Работа ЮНИСЕФ более активно фокусируется на справедливости, которая направлена на выявление и устранение коренных причин неравенства, чтобы все дети, особенно те, кто сталкивается с острейшими лишениями в обществе, могли реализовать свои права.

С момента принятия в 1989 г. Конвенции о правах ребенка ЮНИСЕФ разрабатывал способы определения нормативных процессов в области международного права с целью информировать общество и осуществлять работу по развитию прав детей и женщин. В течение 1990-х гг. организация перешла к глобальной пропаганде роли Конвенции в ликвидации всех форм дискриминации в отношении инвалидов и разработке и реализации программ сотрудничества с международными партнерами.

В 2006 г. мандат Конвенции был вновь расширен, включив положения о правах инвалидов. Конечной целью всех мероприятий, поддерживаемых ЮНИСЕФ, является осуществление прав всех детей и женщин. Права человека и право детей и людей с ограниченными возможностями определяют работу организации во всех программных областях. На международном уровне ЮНИСЕФ ставит перед собой ряд задач, направленных на улучшение положения инвалидов всех возрастов и их социальной защищенности.

Во-первых, ЮНИСЕФ считает, что работа по инвалидности будет успешной только в том случае, если сам ЮНИСЕФ станет более открытой организацией. Для этого ЮНИСЕФ разработал политику в области людских ресурсов в сфере трудоустройства инвалидов и создал Фонд инвалидов для поддержки инвалидов и членов их семей. Предпринимаются усилия для обеспечения того, чтобы отделения ЮНИСЕФ, его информационно-коммуникационные технологии и веб-сайты были доступны для персонала, консультантов и посетителей с ограниченными возможностями. ЮНИСЕФ также имеет интерактивную ориентацию по инвалидности для сотрудников, чтобы повысить уровень их информированности, понимания и улучшения отношения к участию людей с ограниченными возможностями в полноценной жизни. Приверженность ЮНИСЕФ справедливости и многообразию форм реабилитации инвалидов может быть реализована, только когда сам ЮНИСЕФ является более инклюзивной организацией для своих сотрудников и членов общества. Активно поощряя права инвалидов на занятость, выявляя и устраняя препятствия для равного доступа к возможностям, продвижению по службе, ЮНИСЕФ стремится создать недискриминационную и инклюзивную культуру на рабочем месте. Для поддержки инвалидов и членов их семей в 2012 г. был

создан специальный Фонд поддержки проживания инвалидов, обеспечивающий помощь сотрудникам с ограниченными возможностями в преодолении барьеров при трудоустройстве.

Во-вторых, необходимо развивать лидерство в области прав детей-инвалидов и наращивать потенциал среди сотрудников и партнеров. ЮНИСЕФ придает большое значение партнерским отношениям и отношениям сотрудничества как важнейшего средства достижения лучших результатов для каждого ребенка. ЮНИСЕФ полны решимости сотрудничать с правительствами, партнерами ООН, организациями гражданского общества, организациями инвалидов, научными кругами и частным сектором для осуществления программ и политики, связанных с инвалидностью, и выступать за права всех детей. Особую важность имеют партнерские отношения и сотрудничество как способы работы с сообществом инвалидов.

В-третьих, ЮНИСЕФ выступает за реализацию подходов, направленных на включение детей с инвалидностью в полноценную жизнь, учитывая их проблемы на протяжении всего жизненного цикла, включая раннее вмешательство и поддержку семьи. Дети-инвалиды не являются однородной группой. Вопросы дискриминации, инклюзии и развития детей могут сильно варьироваться в зависимости от типа инвалидности, окружающей среды, культуры, традиций и социально-экономического положения ребенка и его семьи или опекунов. В острых гуманитарных ситуациях особенно уязвимы дети-инвалиды и их семьи. Основное обязательство ЮНИСЕФ в отношении детей – предоставлять набор гуманитарной помощи всем детям независимо от их статуса или контекста. ЮНИСЕФ стремится к обеспечению гендерного равенства, прав человека, гуманитарных принципов. Это означает, что готовность к чрезвычайным ситуациям и своевременное реагирование, включая мероприятия по раннему восстановлению, поощряют и защищают права детей-инвалидов, а также их семей, выживать и жить достойно, принося пользу обществу в целом. Такой подход предполагает адаптацию гуманитарной деятельности, включающей всех детей, в том числе живущих с инвалидностью, в интересах создания основы для всеобъемлющей долгосрочной защиты и поддержки. Помимо готовности и реагирования ЮНИСЕФ активизирует усилия по выявлению и уменьшению рисков детей-инвалидов и их семей, на которые в значительной степени влияют гуманитарные кризисы, ставящие под угрозу раннее и устойчивое восстановление. Инвестиции в управление рисками может быть эффективным способом снижения общего воздействия кризиса, создания потенциала для управления и устойчивости, а также предотвращения нарушений в осуществлении прав детей-инвалидов.

Дети-инвалиды имеют одинаковые социальные потребности, интересы и права, как и любой другой ребенок. Однако в значительной степени из-за стигматизации и дискриминации дети-инвалиды часто лишены возможности участия в полноценной жизни. Им часто отказывают в доступе к культурным или развлекательным мероприятиям или информации в области репродуктивного здоровья и других областях, которые жизненно важны для беспрепятственной интеграции ребенка в общество и его перехода во взрослую жизнь. ЮНИСЕФ считает, что благодаря повышению осведомленности всех участников социальной интеграции, вовлечение детей-инвалидов в этот комплексный процесс действительно способно привести к социальным изменениям.

Цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия [5], касаются не только инвалидности. В результате люди с инвалидностью, составляющие 15% мирового населения и часто являющиеся беднейшими из бедных слоев населения, не в полной мере получают преимущества от многих программ развития и гуманитарного реагирования. Это серьезно ограничивает возможности таких программ для удовлетворения потребностей наиболее уязвимых граждан и особенно детей-инвалидов.

Список литературы

1. Hallett S. (2015) 'Enabling the Disabled': The Growing Role of Civil Society in Disability Rights Advocacy // Civil Society Contributions to Policy Innovation in the PR China. The Nottingham China Policy Institute Series. Palgrave Macmillan, London. P. 173-195.

2. Конвенция о правах инвалидов. Принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи от 13 декабря 2006 г. Режим доступа: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml (дата обращения: 06.05.2018).

3. World Health Organisation. World report on disability. Режим доступа: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/en (дата обращения: 06.07.2018).

4. UNICEF for every child. Режим доступа: https://www.unicef.org/disabilities/index_65841.html (дата обращения: 06.07.2018).

5. Декларация Тысячелетия ООН. Режим доступа: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/summitdecl.shtml (дата обращения: 06.07.2018).

ИНТЕРНЕТ-СООБЩЕСТВА ИНВАЛИДОВ ONLINE COMMUNITIES OF DISABLED

Е.А. Шинкаренко
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
Е.А. Shinkarenko
Lobachevsky University

Представлен обзор сообществ социальной сети «ВКонтакте», посвященных различным аспектам жизни людей с инвалидностью. Анализируется популярность сообществ, их тематика, информационное содержание.

Thesis presents overview of groups in the social network «Vkontakte», which is devoted to different life aspects of disabled. Key aspect of analysis are group rating, themes and content.

Ключевые слова: инвалиды, интернет-сообщество, социальные сети

Keywords: disabled, social network, online community

В настоящее время Интернет объединяет миллионы пользователей по всему миру. С распространением мобильных технологий все большее число людей получает доступ к глобальным ресурсам, поскольку владение компьютером становится не обязательным условием выхода в Интернет. Социальные сети выступают как один из наиболее востребованных ресурсов для общения и получения информации. Среди преимуществ регистрации в одной или нескольких сетях отметим возможность поиска тематических сообществ и кооперации по интересам. Одна из наиболее популярных социальных сетей «ВКонтакте» в настоящее время насчитывает более 97 млн. пользователей [1]. При запросе по ключевому слову «инвалид» обнаруживается более 4700 сообществ. Рассмотрим специфику наиболее крупных объединений, насчитывающих более 4000 пользователей.

Самое массовое объединение (24 549 чел.) является закрытым (то есть, доступ предоставляется по предварительной заявке, с согласия администратора), главная тематика – общение и знакомства. Вторая по численности группа (21 734 участника) посвящена всероссийскому социальному проекту DISLIFE – онлайн-сервисы для инвалидов, среди которых помощь волонтеров, трудоустройство, знакомства, юридическая помощь). Другие сообщества являются не столь массовыми (менее 10 000 участников). Среди них также есть открытые группы знакомств, где желающие могут разместить фото, рассказ о себе, описать цель общения.

В особую группу можно выделить сообщества для родителей детей-инвалидов. Такие сообщества созданы для информирования о деятельности специализированных организаций или с целью объединения родителей детей с

нарушениями развития. Примером объединения первого типа может служить группа «Дети-инвалиды города Тюмени», презентующая одноименную организацию в социальной сети. В сообществе представлена информация о специфике деятельности: документы, реквизиты для пожертвований, проводимые мероприятия, перечень услуг. Идентичное оформление группы «Всероссийского общества инвалидов», где информация о прошедших фестивалях, марафонах, выставках, перемежается с объявлениями о вакансиях и приеме в учебные заведения.

Для групп, объединяющих родителей детей-инвалидов в различными заболеваниями, характерен просветительский контент: перечень организаций, работающих с детьми с ограниченными возможностями (медицинская реабилитация, объединение сиделок, центры продаж средств реабилитации, благотворительные фонды и т.д.), выдержки из правовых актов, обмен опытом, ссылки на ресурсы схожей тематики.

Особый пласт сообществ представляют группы по трудоустройству инвалидов, самая массовая из таких групп насчитывает 7 600 пользователей. Среди предлагаемых вакансий в большинстве своем удаленная работа: администрирование интернет-магазина, консультант косметической сети (Avon, Oriflame), набор текстов и т.д. К кандидатам предъявляется минимальный набор требований: персональный компьютер, доступ в Интернет, наличие свободного времени, желание зарабатывать. Вакансии, требующие специальных навыков и образования, в таких сообществах отсутствуют.

Согласно исследованию Всероссийского центра исследования общественного мнения (ВЦИОМ), 70% инвалидов по слуху и с заболеваниями опорно-двигательного аппарата ищут работу самостоятельно, используя специализированные вебсайты, газеты и журналы или обращаются к знакомым/родственникам [2]. Иными словами, группы в социальных сетях выступают скорее как вспомогательный путь поиска работы.

Подводя итог, можно говорить о том, что в социальных сетях представлены как отдельные организации для инвалидов, так и виртуальные сообщества различной тематики. Имея мобильный телефон или персональный компьютер с выходом в глобальную сеть, люди с ограниченными возможностями могут найти общение по интересам, узнать о специализированных организациях, способных оказать помощь. Интернет-коммуникация и кооперация в сети будут способствовать расширению круга контактов, повышению уровня информированности о своих правах и возможностях, интеграции людей с ограниченными возможностями в жизнь социума.

Список литературы

1. Статистика социальной сети «ВКонтакте» [Эл. ресурс]. Режим доступа: <<https://vk.com/about>> (дата обращения: 04.10.2018).
2. Трудоустройство с ограниченными возможностями // Инициативный опрос ВЦИОМ. (17.06.2016). [Эл. ресурс]. Режим доступа: <<https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=345>> (дата обращения: 04.10.2018).

**РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ПРАКТИКИ И ИНКЛЮЗИЯ
ИНВАЛИДОВ**

ДОКЛАДЫ

**РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
СПИННОГО МОЗГА**
**REHABILITATION OF DISABLED PERSONS WITH TRAUMATIC
DISEASE OF SPINAL CORD**

Т.В. Буйлова, Е.А. Северова

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

T.V. Buylova, E.A. Severova

Lobachevsky University

Анализируется почти двадцатилетний опыт реабилитации людей с травматической болезнью спинного мозга в Институте реабилитации и здоровья человека ННГУ им. Н.И. Лобачевского. Основной метод реабилитации – лечебная гимнастика и кинезотерапия.

The paper analyses almost twenty years of experience in rehabilitating people with traumatic disease of the spinal cord at the Institute of Rehabilitation and Human Health of NNSU named after N.I. Lobachevsky. The main method of rehabilitation is physiotherapy and kinesitherapy.

Ключевые слова: реабилитация, инвалиды, травматическая болезнь спинного мозга
Keywords: rehabilitation, the disabled, traumatic disease of the spinal cord

Проанализирован собственный опыт реабилитации больных с травматической болезнью спинного мозга (ТБСМ) с 1998 по 2016 гг. и опыт работы с данной патологией лучших центров реабилитации в Европе. Получены ответы на некоторые вопросы, касающиеся реабилитации больных с ТБСМ, а именно: как правильно организовать процесс реабилитации с ТБСМ, какие методики наиболее эффективны и какие методики наиболее информативны для оценки эффективности реабилитационного процесса. Сделан вывод, что оптимальные результаты реабилитации возможны только в специализированном ПСМТ отделении с бригадной работой на максимальное восстановление и профилактику всех осложнений с установкой на получение оптимальных функциональных результатов в и после реабилитационного центра, на уровне участия (согласно международной классификации функционирования – МКФ).

Основным методом реабилитации больных с последствиями спинальной травмы является лечебная гимнастика или кинезотерапия. В процессе реабилитации больных с ТБСМ использовались различные кинезотерапевтические методы и методики: тренировка баланса, обучение и коррекция ходьбы, активная и пассивная гимнастика, тренировка мелкой моторики, обучение пользованию дополнительными средствами опоры, резистивные упражнения, гимнастика с функциональной электромиостимуляцией во время ходьбы, гидрокинезотерапия, методы ЛФК на нейрофизиологической основе (ПНФ-терапия, Бобат-терапия и др.).

Наш опыт показывает, что наиболее эффективным методом (который в ряде случаев является минимально достаточным для больных с ТБСМ) является методика проприоцептивного нейромышечного прототерия (ПНФ терапия). Именно с помощью данного метода можно решить ключевые задачи реабилитации для данной категории пациентов. Начиная с 40-х гг. 20-го века данный метод признан в Европе как один из наиболее эффективных в физической терапии. Его основополагающая философия состоит в том, что все люди, включая больных и инвалидов, обладают реальным неиспользованным потенциалом (Kabat, 1950). ПНФ предусматривает использование диагональных (естественных) двигательных паттернов, дозированное сопротивление с постепенным его уменьшением, включение ротационного компонента, отказ от постепенного возрастания физических нагрузок, включение в движения мышечных групп, предварительное растяжение, которое облегчает мышечное сокращение; работу по интенсивной программе максимальной активности. Проанализированы результаты сочетанного использования ПНФ-терапии с другими методами реабилитации у 113 больных в возрасте от 18 до 52 лет с ТБСМ: с многоканальной миостимуляцией во время ходьбы, а также со стабилотренингом на нестабильной подвижной биомеханической платформе IMOOVE. Для оценки полученных результатов использовалась функциональная оценочная шкала для больных с травмой спинного мозга (Valutazione Fuczionale Mielolesi, или VFM) [no M. Taricco и соавт., 2000].

**МОЛОДЫЕ ИНВАЛИДЫ В ИНКЛЮЗИВНОЙ СРЕДЕ ВЫСШЕГО
ОБРАЗОВАНИЯ (НА ПРИМЕРЕ ГОРОДА САРАТОВА)
YOUNG PEOPLE WITH DISABILITIES IN AN INCLUSIVE
ENVIRONMENT IN HIGHER EDUCATION (ON THE EXAMPLE
OF SARATOV)**

С.Г. Ивченков

*Саратовский национальный исследовательский
государственный университет им. Н.Г. Чернышевского, г. Саратов*

S. G. Ivchankov

Saratov State University named after N.G. Chernyshevsky, Saratov

По результатам социологического исследования, проведенного методом формализованного интервью инвалидов (N=488 респондентов), выявлено, что сообщество лиц с ограниченными возможностями здоровья безусловно приветствует развитие системы инклюзивного образования. Оно соответствует их насущным потребностям. Однако его формальное внедрение в образовательные институты всех уровней не всегда соответствует возможностям учащихся с ОВЗ. Инвалиды сталкиваются с обилием проблем, начиная от финансового дефицита, недостаточной материально-технической базы (отсутствия медицинского оборудования, пособий, технических средств для учащихся-инвалидов), и недостаток квалифицированных педагогов, психологов, тьюторов, медицинских специалистов. Все это приносит дискомфорт в процесс обучения лиц с ограничениями по здоровью, на практике изолирует их от сокурсников, сводя на нет основные принципы инклюзии.

Article based on the results of sociological research method formalized interviews of persons with disabilities (N = 488 respondents) revealed that the community of persons with disabilities will certainly welcome the development of the system inclusive education. It meets their pressing needs. However, its formal introduction in educational institutions at all levels is not always consistent with the capabilities of students with HIA. People with disabilities are faced with lots of problems, ranging from fiscal deficits, insufficient material and technical basis (lack of medical equipment, manuals, technical means for students with disabilities), and lack of qualified tutors, pedagogues, psychologists, medical professionals. All this brings discomfort in training persons with limitations in health, in practice isolates them from fellow students, nullifying the basic principles of inclusion.

Ключевые слова: лица с ограничениями по здоровью, инвалиды, инклюзивная система образования

Keywords: persons with limitations in health, disabled persons, inclusive educational system

Сегодня все чаще в научно-исследовательской и педагогической среде как в России, так и за рубежом звучит тезис о необходимости и правомерности развития инклюзивного образования, предполагающего организацию процесса совместного обучения и воспитания детей, юношества с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в социальной среде, где таких ограничений нет. В его основе лежит идеология, исключающая любую дискриминация, но предполагающая создание доступных безбарьерных условий реализации потребности в образовании. И это не случайно. Число лиц с ограниченными

возможностями во всем мире, в том числе и в России, стремительно растет. Всего инвалидов в нашей стране, по данным официальной статистики на 1 января 2018 г., насчитывалось 12111 тыс. человек. Из них дети в возрасте до 18 лет 651 тыс. человек, молодежи в возрасте 18-30 лет 527 тыс. человек [1].

Сегодня в мире существуют различные подходы к этой проблеме в образовательном контексте. Это и расширение доступа к образованию (widening participation), и мейнстриминг (mainstreaming), предполагающий общение инвалидов со своими сверстниками на различных мероприятиях, праздниках, досуговых проектах. Интегративный подход (integration) нацелен на приведение потребностей детей, молодежи с ограниченными возможностями в соответствие с существующими институтами образования, адаптацию к ним [2]. Однако наиболее эффективным способом интеграции инвалидов в социум выступает инклюзивный подход, требующий модернизации образовательных институтов, их перепланировки и организации помещений для учебного процесса с учетом нужд и потребностей всех учащихся, включая лиц с ограниченными возможностями здоровья. В России в 2012 г. был изменен закон «Об образовании» [3], и у лиц с ограничениями по здоровью появилась правовая основа для получения образования и возможность обучаться вместе с обычными сверстниками.

Однако образовательные институты всех уровней, формально перешедшие на инклюзивную систему образования, сталкиваются с обилием трудностей. Система дистантного обучения лишь отчасти решает эти проблемы, мало способствуя интеграции инвалидов в общество. Исходя из этого, в Саратове был проведен социологический опрос инвалидов методом формализованного интервью. По вероятностной территориально - квотной выборке было опрошено 488 респондентов. Критерии отбора – район проживания и наличие инвалидности.

Опрос показал, что 70% опрошенных поддерживают внедрение инклюзивного обучения студентов с ограниченными возможностями здоровья и обычных студентов при создании всех необходимых условий для инвалидов. Еще 17% респондентов безоговорочно, полностью поддержали внедрение такого совместного обучения. 6% – затруднились с ответом. 4% отметили, что это может снизить уровень образования. 2% – категорически возражали против инклюзивного обучения. Иными словами, инклюзивное образование отвечает чаяниям лиц с ограниченными возможностями, но только если для этого будут созданы комфортные условия.

При этом 75% опрошенных убеждены, что целесообразно реализовывать инклюзивные подходы в обучении детей/студентов с ограниченными возможностями здоровья на всех уровнях образования, сохраняя

преимущество: детский сад-школа-вуз. Однако 6% инвалидов считают приемлемым инклюзивное образование только на уровне общего образования. 4% – только на уровне дошкольного образования. 3% видят эту форму приемлемой только в среднем профессиональном образовании. 2% – только на уровне высшего образования.

Самое распространенное мнение о предпочитаемых формах образования студентов с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) – совместное обучение с другими учащимися в любых вузах (47% опрошенных). Особенно на этом настаивали представители молодого и среднего поколения инвалидов. На втором месте (с большим отрывом) – обучение в специализированных группах в некоторых вузах (12%). В 2 раза чаще других об этом говорили инвалиды юного возраста. 11% инвалидов отметили, что это зависит от степени тяжести заболевания. 10% – предпочли бы занятия на дому, с использованием дистанционных технологий. 8% респондентов высказались за создание специализированных вузов. 6% опрошенных ориентированы на сочетание дистанционных технологий и совместного обучения в любых вузах. 5% инвалидов хотели бы видеть возможные сочетания разных форм обучения.

Вопрос о наличии специальных условий для обучающихся студентов с ограниченными возможностями здоровья, из предусмотренных законодательством в образовательном подразделении вызвал наибольшее затруднение у инвалидов, особенно старших возрастных групп. 45% опрошенных – затруднились с ответом. 15% респондентов говорили об использовании специальных образовательных программ и методов обучения. 13% – об обеспечении доступа в здания образовательных организаций. 7% указали на использование специальных технических средств обучения коллективного и индивидуального пользования. 4% – на использование специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов. Еще столько же (4%) указали на проведение индивидуальных и групповых коррекционных занятий. 3% пожаловались, что специальные условия в образовательных учреждениях отсутствуют. Еще столько же (3%) указали, что имеются не все условия, все зависит от ограниченности конкретных возможностей студента-инвалида. Однако еще 3% отметили, что имеющаяся возможность перейти на индивидуальный план обучения значительно облегчает ситуацию реального обучения студентов с ОВЗ. Еще 2% указали на использование специфических дидактических материалов. Наряду с этим обозначались также (по 1%) предоставление услуг тьютера, помощника, оказывающего обучающемуся необходимую техническую помощь, использование дистанционных технологий, наличие в образовательном учреждении специализированного компьютера, а также указывалось на

отсутствие опыта работы преподавателей со студентами с ОВЗ и медицинского персонала.

Контрольный вопрос о специалистах, сопровождающих реальное обучение лиц с ограниченными возможностями здоровья в образовательном подразделении, показал, что 43% опрошенных затруднились с обозначением субъектов такой помощи студентам-инвалидам, что косвенным образом показывает незначительность такой деятельности. 26% респондентов так и ответили, что их обучение никто не сопровождает. Только 10% инвалидов назвали тьютора (ассистента, помощника). По 5% назвали социального педагога или помощников декана. 4% назвали педагога – психолога. По 3% указали либо на технического специалиста по программным и информационным средствам, либо на родителей. По 1% обозначили тифлопедагога или педагога по индивидуальным занятиям, или сотрудников психолого-педагогического центра.

На вопрос о рисках развития инклюзивного высшего образования в настоящее время самым распространенным мнением инвалидов (34%) оказалось то, что в нем больше плюсов, инклюзивное образование следует поддерживать. Более того, в ходе формализованного интервью они часто добавляли, что «не стоит бояться что кто – то здоровый что – то не дополучит, зато все будут добрее». Вместе с тем, 15% опрошенных говорили о возможном снижении качества высшего образования, особенно в силу того, что нормы оценки степени подготовленности студентов оказываются размытыми. Кроме того, говорили о «распылении» внимания педагогов на разные группы студентов. К этому можно добавить еще 1% тех, кто упоминал ситуации с затруднениями при обучении по некоторым профессиональным дисциплинам, где не предусмотрено ограничение здоровья.

10% инвалидов указывали на отсутствие необходимых условий, недостаточное техническое и учебно – методическое обеспечение обучения. 9% респондентов обратили внимание на неготовность педагогов, сотрудников вузов взять на себя ответственность за студентов-инвалидов. О дефиците специалистов, психологов, врачей для обеспечения медицинской помощи говорили 8% лиц с ограниченными возможностями здоровья. К этому можно добавить еще 3% опрошенных, которые указывали на сложности адаптации студентов с ОВЗ как в плане дискомфортных тяжелых бытовых условиях в учебном учреждении, так и при передвижении по городу.

6% респондентов обратили внимание на отсутствие возможности трудоустройства инвалидов. Кроме того в комментариях упоминалась распространенность ситуации, когда подготовка специалиста в действительности не влечет за собой реализацию им своих навыков в

профессиональной деятельности. 5% инвалидов говорили о негативной реакции со стороны здоровых студентов, их невосприятии проблем обучающихся с ОВЗ. Такова же доля опрошенных (5%), считающих, что в вузах недостаточно средств для полноценного обеспечения организационного и технического оснащения адаптивных образовательных услуг. Им вторили еще 4% респондентов, отмечающих формализм, риск для инклюзивного высшего образования остаться на бумаге из-за нехватки финансирования.

Таким образом, сообщество лиц с ограниченными возможностями здоровья безусловно приветствуют развитие системы инклюзивного образования, оно соответствует их насущным потребностям. Однако пока его формальное внедрение в образовательные институты всех уровней не всегда соответствует возможностям учащихся с ОВЗ. Инвалиды сталкиваются с обилием проблем от финансового дефицита, недостаточной материально-технической базы (отсутствия медицинского оборудования, пособий, технических средств для учащихся-инвалидов) до недостатка квалифицированных педагогов, психологов, тьюторов, медицинских специалистов. Все это привносит дискомфорт в процесс обучения лиц с ограничениями по здоровью, на практике изолирует их от сокурсников, сводя на нет основные принципы инклюзии.

Список литературы

1. Положение инвалидов. Федеральная служба государственной статистики //URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/disabilities/#(дата обращения 01.03.2018)
2. Бут Т. Политика включения и исключения в Англии: в чьих руках сосредоточен контроль? / Сост. Ш. Рамон и В. Шмидт. Московская высшая школа социальных и экономических наук. Хрестоматия по курсу Социальная эксклюзия в образовании. М., 2003.
3. Методическое пособие для обучения (инструктирования) сотрудников учреждений МСЭ и других организаций по вопросам обеспечения доступности для инвалидов услуг и объектов, на которых они предоставляются, оказания при этом необходимой помощи / Р.Н. Жаворонков, Н.В. Путило, О.Н. Владимирова и др. Министерство труда и социальной защиты населения Российской Федерации. В 2-х ч. М., 2015.

**ОНТОЛОГИЯ НЕПРОТИВОРЕЧИВОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ
КОНСТРУКЦИИ СПЕЦИАЛЬНОГО
И ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**
**ONTOLOGY OF SELF-CONSISTENCY OF SOCIAL CONSTRUCTION
OF SPECIAL AND INCLUSIVE LEARNING**

Л. Калиникова-Магнуссон
Высшая школа г. Евле, Швеция
Liya Kalinnikova Magnusson
Higher School, Gavle, Sweden

Обозначаются несколько центральных вопросов о взаимоотношении специального и инклюзивного образования, таких как: что известно об инклюзивном образовании для детей с нарушениями развития? культурно-исторический опыт стран и филиация идей инклюзивного образования; цели тысячелетия и специальное образование. Поднимается тема «онтологической непротиворечивости» социальной конструкции специального и инклюзивного образования и роль специального образования как «культурного медиатора» между ребенком-инвалидом и обществом.

The article is focussing on and discussing several central issues about relations between special and inclusive education, such as: what is known about inclusive education for children with disabilities?; cultural-historical experience of some countries and filiation of inclusive education ideas; millennium sustainable developmental goals and special education. Themes of 'ontological consistency' of the nature of special and inclusive education and special education as a 'cultural mediator' between children with disabilities and society are presented.

Ключевые слова: инклюзивное образование, специальное образование, дети с нарушениями развития, культурно-исторические паттерны

Keywords: inclusive education, special education, children with disabilities, cultural-historical patterns

Большинство стран мира разделяют ценности международных организаций и сообществ в области инклюзивного образования и ратифицируют документы, продвигаемые ими через UNICEF, UNESCO, Совет Европы, Организацию Объединенных Наций, Европейский союз. Разделяя общие ценности, страны тем не менее существенно различаются в решении проблем инклюзивного образования, одним из которых является вопрос о специальном образовании для детей с нарушениями развития. Как показывают исследования, например, в странах Европы, образование для таких детей различается по нормативно-правовому обеспечению, объёму государственного финансирования, уровню научного обеспечения, кадровому потенциалу, техническому оснащению, наконец, по масштабу [1].

Северные страны Европы имеют долгую историю развития демократической модели школьного образования. Например, Швеция строила фундамент школы «для всех» ('skolan för alla') или «народной школы» (folkskola), начиная с 1842 г. Процесс развития школьного образования шел

постепенно и включал несколько периодов от недифференцированной формы обучения к дифференцированному обучению, к последующему интергированному обучению и к обучению, отвечающему потребностям рынка. Развитие специального образования являлось неотъемлемой частью этого процесса и понимания, что инвалидность – это не индивидуальная проблема, это проблема всего общества. Частные и государственные инициативы в отношении детей с инвалидностью находили свою реализацию, не противореча ожиданиям общества.

Если анализировать демократическое движение в образовании в постсоветских странах, невозможно оставить без внимания советскую модель специального образования, которая с самого начала ее создания была государственной и строилась на основах принципа «социалистического гуманизма»: идее конструирования нового человека для нового коммунистического общества. Ожидания советской страны относительно детей с нарушениями развития были чрезвычайно высоки и направлены на создание такого образования, которое позволяло бы формировать из таких детей будущих «труженников» для целей индустриализации. Высокие идеи принципа социалистического гуманизма вдохновляли теорию и практику специального образования на поиск методов «нормализации» таких детей, вселяли веру в профессионалов и общество, что через специальное образование эти дети станут полезными для него гражданами [2; 3]. Внедрение принципа на практике приводило ко все большей дифференциации детей с нарушениями развития и исключению их из регулярных/массовых школ, а также признанию, что часть таких детей не подлежит обучению.

В ряде стран мира специального образования для детей с нарушениями развития не существует до сих пор. Благотворительность является единственной формой общественного признания таких детей. Это имеет место во многих странах Африки, частично Латинской Америке.

Онтологическая «непротиворечивость». Приобретенный разными странами опыт создания специального образования показывает, что возникновение специальных образовательных учреждений являлось результатом гуманизации обществ, что специальное образование по своей природе являлось *включающим* и выполняло роль *социального/культурного медиатора* между ребенком-инвалидом и обществом, смягчая отношение к таким детям. Обращение к вопросам появления специальных учреждений и интерпретация исторического опыта, накопленного разными странами мира, показывают, что специальные условия воспитания, развития и обучения являлись и остаются в значительной степени динамической *пред-историей* инклюзивного образования на всех уровнях его организации: от микро- до

макроуровня. Специальное и инклюзивное образование онтологически взаимосвязаны «непротиворечивыми» отношениями в истории их развития.

Актуализация дискуссии о взаимоотношении специального и инклюзивного образования вызвана целым рядом вопросов теоретического и прикладного характера, ответы на которые остаются открытыми, требуя более углубленного изучения и критического анализа инклюзивных процессов, происходящих под влиянием неолиберальных реформ в образовании. Остановимся кратко на трех вопросах, как нам представляется, центральных для данной дискуссии.

Что известно об инклюзивном образовании для детей с нарушениями развития? Российские и зарубежные исследования отмечают, что инклюзивное образование (совместное обучение детей) в большей мере исследовано с позиций прав всех детей на образование. Утверждается, что включающее образование должно учитывать индивидуальные особенности детей и создавать всем детям условия для *участия* в совместном образовательном процессе. Действительно, исследования доказывают, что инклюзивное образование готовит всех детей к соблюдению прав в интересах всех; ресурсы специального образования в инклюзивной школе поддерживают не только детей со специальными образовательными потребностями, но также тех, у кого возникают трудности обучения, уменьшая и предотвращая эти трудности как можно раньше; поддерживает социальное здоровье всех учеников; инклюзивные школы по месту жительства являются частью сетевого взаимодействия, участвуют в дальнейшей социализации своих учеников, их профобучении и трудоустройстве. Однако вопросы *участия* учащихся в образовательном процессе исследованы крайне ограниченно, известно лишь, что инклюзивное образование способствует формированию эмоциональной зрелости и обогащению социального опыта всех учащихся. Образовательный потенциал инклюзивной школы также исследован недостаточно [4]. Дети с нарушениями интеллектуального развития продолжают обучаться в специальных школах/классах по специальным программам, находясь в параллельном учебном процессе. Ориентация школьного образования на академические достижения школьников является основным препятствием к полной инклюзии для этой группы детей. Исследователи и практики вновь возвращаются к концепции *инклюзивного образования*, его интерпретации и пониманию.

Культурно-исторический опыт стран и филиация идей инклюзивного образования. Второй вопрос, существенно влияющий на продвижение совместного обучения всех детей, связан с многообразием и уникальностью культурно-исторических паттернов развития национальных систем

специального образования в различных странах. Сущностные особенности таких паттернов формировались под влиянием доминирующих идеологий, определявших или нормировавших социальную структуру общества: право на гражданство, распознавание «*инвалидности/disability*», институциональные формы образования и отбор в них, теорию и практику обучения. Культурно-исторические паттерны специального образования той или иной страны играют исключительно важную роль в понимании уникальности «*конструирования*» совместного обучения всех детей в инклюзивных школах. Филиация/заимствование идей инклюзивного образования из различных стран и их внедрение в соответствии с образовательными моделями этих стран нуждаются в критическом анализе того, что именно заимствуется и имеет быть целью внедрения. Процесс деинституциализации/закрытие специальных школ-интернатов в странах бывшего Советского Союза (например, в Республике Молдова, находящейся в тяжелейших условиях экономического кризиса) и перевод детей в регулярные школы на практике оставил обучавшихся в них детей без специальных образовательных ресурсов и привел к выпадению значительного их числа из процесса обучения [5; 6]. Специальные школы-интернаты советского времени получали полное государственное финансирование, а семьям гарантировалась поддержка в форме непрямого экономического трансфера на воспитание и обучение их детей. Понятно, почему инклюзивное образование встречает сопротивление со стороны родителей, которые в условиях бедности не в состоянии удовлетворять базовые потребности своих детей*. Инклюзивное образование приобретает форму *сегрегационной интеграции* [7] или *скрытой дискриминации* [1].

Цели тысячелетия и специальное образование. Организация Объединенных Наций (ООН) определила 17 целей для устойчивого развития стран в третьем тысячелетии. Одна из этих целей направлена на развитие качества образования как основного условия улучшения качества жизни и напрямую адресована преодолению бедности и неграмотности. Качественное образование видится через доступность к инклюзивному образованию для жителей планеты и обеспечение их инструментами, «необходимыми для разработки инновационных решений самых больших проблем в мире». Известно, что жизнь с инвалидностью сопряжена со множеством социально-экономических проблем, разрешение которых нуждается в дополнительных ресурсах и участия общества. Как может быть достигнута идея инклюзивного

* Kalinnikova Magnusson, research grant: «Human resources in poverty and disability: family perspective (Moldova and Ukraine): 348-2011-7346 [2012-2014]», funded by the National Scientific Council of Sweden (Vetenskapsrådet)

образования в странах с высоким уровнем бедности, отсутствием доступности к образованию для детей и отсутствием специального образования (при полном отсутствии специальных образовательных ресурсов)? Может быть, пример конструирования инклюзивного образования в этих странах мира даст новый опыт сообществу педагогов и исследователей в понимании, что такое инклюзивное образование для детей с нарушениями развития.

Список литературы

1. Малофеев Н. (2018). Альманах ИКП РАО. №34.
2. Замский Х. (1980). История олигофренопедагогики. М.: Просвещение
3. Kalinnikova L. & Trygged, S. (2014). A retrospective on care and denial of children with disabilities in Russia. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 16 (3), 229-248.
4. Hornby (2014). *Inclusive Special Education. Evidence- Based Practices for Children with Special Needs and Disabilities*. Springer.
5. Kalinnikova-Magnusson L. (2016). “One step ahead and two steps back” : meeting special education and inclusive challenges in the context of poverty (case study in the context of Republic of Moldova). *Journal of Research in Special Educational Needs*, 16 (Suppl. 1), 786-788.
6. Kalinnikova-Magnusson L. & Bodorin C. (2017). Habilitation resources in families with hearing impaired children : substitution and complementation of shortage services (Republic of Moldova). *TILTAI*, 77 (2), 11-27.
7. Haug P. (2016). Understanding inclusive education: ideals and reality. *Scandinavian Journal of Disability Research*. Vol 19, Iss 3. P. 206-217.
8. UN: Sustainable development goals (2016). <https://www.un.org/sustainabledevelopment/blog/2015/12/sustainable-development-goals-kick-off-with-start-of-new-year/>
9. Alderson P. (2018) All School Students and Teachers Are Affected by Special Educational Needs or Disability. How the Rights of (SEND) Services: Teaching, Psychology, Policy. *London Review of Education*, v16 n2. P. 175-190.

**УРОВЕНЬ СОЦИАЛЬНОГО САМОЧУВСТВИЯ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ
РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА, УЧАСТВУЮЩИХ В РАСШИРЕНИИ ЕГО
ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ**
**THE SOCIAL WELL-BEING LEVEL OF FAMILY MEMBERS WITH
DISABLED CHILD, PARTICIPATING IN THE EXPANSION
OF HIS PHYSICAL ACTIVITY**

М.В. Курникова, Л.Н. Стрельцов
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
M.V. Kurnikova, L.N. Streltsov
Lobachevsky University

Дается определение социального самочувствия семьи, критерии и индикаторы его оценки. Предлагается рассмотреть регулярную физическую активность ребенка-инвалида как средство влияния на социальное самочувствие членов его семьи. Приводится анализ уровня социального самочувствия по тесту «Интегральный индекс социального самочувствия (ИИСС-20)» родителей и других членов семьи, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями здоровья, регулярно занимающегося плаванием.

The article defines the family social well-being, the criteria and indicators for its evaluation. It is suggested to consider the regular physical activity of a disabled child as a way of influencing the family members social well-being. An empirical analysis of the social well-being level based on the "Integral index of social well-being (IISW-20)" of parents and other family members taking swimming trainings with a disabled child is given.

Ключевые слова: социальное самочувствие, семья с ребенком-инвалидом, двигательная активность

Keywords: social well-being, family with a disabled child, physical activity

Одним из наиболее актуальных аспектов социологического анализа современных тенденций общественного развития является изучение социального самочувствия. С социологической точки зрения, социальное самочувствие – это восприятие и оценка жизненной ситуации в соотнесении с жизненным идеалом, основанным на ценностных ориентациях, социальных установках и уровне притязаний конкретного человека, конкретной социальной группы. Этот показатель отражает обобщенную эмоционально-оценочную реакцию социальной группы или индивида на социальные изменения своего положения в трансформирующемся обществе.

В эмпирических исследованиях по изучению социального самочувствия одним из подходов является измерение показателей удовлетворенности различными аспектами жизни и психологического комфорта (безопасность, отношения в семье, досуг, возможность творческой самореализации, комфортная среда обитания, состояние здоровья). Критерии исследования и оценки социального самочувствия содержат три основных компонента:

внутреннее состояние человека (здоровье, настроение, испытываемые чувства счастья, оптимизма), оценку внешних условий (восприятие ситуации в стране), восприятие собственного положения в будущем [1].

При исследовании семьи социологи выделяют следующие индикаторы, которые влияют на социальное самочувствие ее членов: степень урбанизированности среды расселения; демографическая структура; характеристики возможной занятости населения; этнические характеристики; количественные и качественные характеристики сферы обслуживания; доступность детских дошкольных учреждений; характеристики культурных учреждений, спортивных и физкультурных сооружений; учреждений здравоохранения; социальное самочувствие или субъективное восприятие человеком своей роли в семье. И.В. Щекина к показателям благополучной семьи относит: стабильный социальный статус семьи, экономическую независимость, здоровье членов семьи и образ жизни, сплоченность и единство семьи, хорошее социальное самочувствие, успешные и здоровые дети, наличие положительных семейных традиций [2].

Инвалидность ребенка становится причиной глубокой и продолжительной социальной дезадаптации всей семьи. Воспитание ребенка, независимо от характера и сроков его заболевания или травмы, изменяет, а нередко нарушает весь привычный ритм жизни семьи. Обнаружение у ребенка дефекта развития и подтверждения инвалидности почти всегда вызывает у родителей тяжелое стрессовое состояние, семья оказывается в психологической сложной ситуации.

В нашей стране пока не существует общепринятой системы критериев и индикаторов, по которым можно было бы измерить уровень социального самочувствия семьи с ребенком-инвалидом. Социологи, педагоги и специалисты здравоохранения в основном акцентируют внимание на материально-бытовых, финансовых, жилищных условиях, проблемах обучения ребенка, получения полноценной медицинской помощи и социально-бытового обслуживания [3]. Некоторые исследователи считают, что в целях обеспечения субъективного социального самочувствия данной категории семей в первую очередь необходимо своевременное оказание им специальной психологической помощи в вопросах воспитания, принятия особого ребенка и взаимодействия с ним [4].

Социологи, занимающиеся исследованием социального самочувствия инвалидов, единодушно отмечают, что физическая подготовка, спортивная квалификация, регулярная физкультурная деятельность положительно влияют на уровень жизнестойкости, сознание и поведение человека в различных благоприятных и неблагоприятных обстоятельствах, что приводит к

повышению субъективного ощущения качества жизни лиц с ограниченными возможностями здоровья [5].

При этом инициатором и активным организатором вовлечения в регулярную двигательную активность ребенка с нарушениями развития в необходимом объеме может быть только семья.

Двигательная активность человека, ее воздействие на здоровье, физическое развитие, функциональное состояние органов и систем, эмоциональную и когнитивную сферу достаточно подробно, глубоко изучено и выделено в отдельные научные дисциплины в медицине, педагогике и психологии. Положительная роль физической культуры в формировании качества жизни современного человека во всех возрастных периодах вне зависимости от состояния здоровья неоспоримо доказана. Регулярная физическая активность для ребенка с особенностями развития является необходимым и обязательным средством абилитации, профилактикой осложнений основного заболевания. Расширение двигательных возможностей у ребенка-инвалида снижает уровень психологического дискомфорта у родителей [6].

Мы предполагаем, что регулярная физическая активность ребенка с ограниченными возможностями здоровья ведет к положительным изменениям во всех сферах жизни ребенка повседневной коммуникативной, досуговой, образовательной, что в свою очередь положительно влияет на внутрисемейные отношения и опосредованно повышает уровень социального самочувствия членов его семьи.

Цель исследования – оценка уровня социального самочувствия членов семьи ребенка-инвалида, участвующих в расширении его двигательной активности.

Методы и организация исследования. Исследование проводилось с участием членов семей, посещавших занятия по обучению плаванию детей с ограниченными возможностями здоровья на базе муниципальных физкультурно-оздоровительных учреждений города Нижнего Новгорода. Опрошены 21 человек ($n=21$), из них 17 матерей, 2 отца и 2 бабушки. Средний возраст детей $10,3\pm 4,1$ лет, 14 мальчиков и 7 девочек. Нозологические характеристики состояния здоровья детей распределились следующим образом: 9 человек имели нарушения интеллекта, 5 человек – заболевания опорно-двигательного аппарата, 4 человека – соматические расстройства, 3 человека – сочетанную патологию слуха и зрения.

Социальное самочувствие измерялось по тесту «Интегральный индекс социального самочувствия (ИИСС – 20)», авторы Е.И. Головаха, Н.В. Панина, А.П. Горбачик. В основе данного измерения лежит концептуальное положение, согласно которому социальное самочувствие человека определяется степенью

удовлетворения его социальных потребностей, которые, в свою очередь, являются производными от существующей в обществе системы социальных благ, их производства и распределения: чем больше человек ощущает нехватку социальных благ, тем хуже его социальное самочувствие. Тест состоит из 20 индикаторов с последующим присвоением баллов по градациям ответов. Значение суммы баллов интерпретируется как положительное или отрицательное социальное самочувствие с той или иной степенью выраженности [7].

Результаты и их обсуждение. Анализ итогов теста ИИСС-20 показал, что среднее значение уровня социального самочувствия членов семей, воспитывающих ребенка-инвалида, составляет $42,5 \pm 8,4$ балла. Согласно нормативным границам, предлагаемым авторами теста, данный результат может быть оценен как повышенный, то есть хороший. Подробное распределение по уровню социального самочувствия исследуемой группы представлено в таблице 1.

Таблица 1

Сравнительная оценка уровня социального самочувствия исследуемой группы

№ пп	Наименование уровня социального самочувствия	Нормативные границы уровня социального самочувствия по тесту ИИСС-20 (баллы)	Распределение по уровню социального самочувствия исследуемой группы (чел.)
1.	Низкий	20-27	1
2.	Пониженный	28-29	1
3.	Средний	30-40	5
4.	Повышенный	41-42	4
5.	Высокий	43-60	10

Таким образом, 47,6% участников исследования имеют высокий уровень социального самочувствия, из них 8 матерей, 1 отец и 1 бабушка.

Так как основной контингент респондентов составили матери детей-инвалидов, и, традиционно, именно на мать ложится вся ответственность за здоровье и ежедневная забота о ребенке-инвалиде, мы провели отдельный анализ распределения их уровня социального самочувствия (табл. 2).

Таблица 2

Сравнительная оценка уровня социального самочувствия матерей детей-инвалидов исследуемой группы

№ пп	Наименование уровня социального самочувствия	Нормативные границы уровня социального самочувствия по тесту ИИСС-20 (баллы)	Распределение по уровню социального самочувствия матерей детей-инвалидов исследуемой группы (чел.)
1.	Низкий	20-27	1
2.	Пониженный	28-29	1
3.	Средний	30-40	3
4.	Повышенный	41-42	4
5.	Высокий	43-60	8

Уровень социального самочувствия у более половины матерей детей-инвалидов в группе исследования явно диагностируется на повышенном и высоком уровне.

Таким образом, регулярная физическая активность ребенка-инвалида может быть рассмотрена с позиции положительного влияния на критерии и индикаторы, которые составляют основу оценки социального самочувствия членов его семьи.

Список литературы

1. Кученкова А.В. Социальное самочувствие и субъективное благополучие: соотношение понятий и способов измерения // Вестн. РГГУ. Сер. Философия. Социология. Искусствоведение. 2016. № 2 (4). С. 118–127.

1. Щекина И.В. Система сигнальных показателей и индикаторов благополучия семей с детьми // Новая наука: Опыт, традиции, инновации. – 2015. №1. С. 58-64.

2. Доскин В.А., Батышева Т.Г., Лильин Е.Т., Глазкова С.В. Современные научные представления об улучшении качества жизни детей с ограниченными возможностями // Вестник перинатологии и педиатрии. 2014. Т. 59. № 5. С. 4–8.

3. Баранова Т.Ф. Социальная защита семьи как основа социальной безопасности ребенка-инвалида // Наука. Образование. Личность. 2014. №2. С. 74-78.

4. Болах Б., Приступа Т. Оценка восприятия качества жизни спортсменов-инвалидов // Физическое воспитание студентов. 2014. № 1. С. 13–16.

5. O’Neil M.E., Palsano R.J., Westcott S.L. Relationship of therapists’ attitudes, children’s motor ability, and parenting stress to mothers’ perceptions of therapists’ behaviors during early intervention // Physical Therapy. 2001. Vol. 81. №8. P. 1412-1424.

6. Головаха Е.И. Измерение социального самочувствия: тест ИИСС / Е.И. Головаха, Н.В. Панина, А.П. Горбачик // Социология. 1998. №10. С. 45-66.

**АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ СПОСОБЫ КОММУНИКАЦИИ (АСК).
ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ РАЗМЫШЛЕНИЯ О ЯЗЫКЕ ПРЕПОДАВАНИЯ
И ОБУЧЕНИЯ В ОБЛАСТИ АСК**

**ALTERNATIVE AND AUGMENTATIVE COMMUNICATION (AAC).
PEDAGOGICAL REFLECTIONS UPON TEACHING AND LEARNING
LANGUAGE IN THE AAC FIELD**

**Магнус Магнуссон
Швеция,**

Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, г. Москва

**Magnus Magnusson
Sweden,**

Lomonosov Moscow State University, Moscow

Преподавание любого языка требует осознания его индивидуальных особенностей, что приобретает особую значимость в случае предъявления особых требований и коммуникации, чем и выступает АСК. Автор продемонстрирует, как люди, использующие АСК, изучают язык с точки зрения общей теории изучения языка и стрессоустойчивости.

Teaching any language demands awareness of special aspects of each language and linguistic competence, especially important when coping with special communication demands as is the question with Augmentative and Alternative Communication (AAC). I will present some aspects on language learning and teaching for AAC-users in relation to general language learning and teaching and stress mutuality.

Ключевые слова: АСК, коммуникация, история, педагогика, терапия

Keywords: AAC, communication, history, pedagogy, therapy

The following text is partly based upon a series of lectures in Minsk, the capitol of Belarus at the university of Maksim Tank. The lectures had the intention to develop a course in AAC in countries where Russian is a working language and the work was done within the frames of a Swedish developmental project within the Visby program at the Swedish Institute. Today, the department of Special Education at this university has an AAC-center of their own and a course in AAC has been running under the management of this department.

The concept of Communication

Most definitions agree on the fact that communication consists of (meaningful) interaction between two or more participants. More detailed definitions also conclude that the most common tool for human communication would be language and that communication has a temporal dimension as well as a spatial, that it connects users across time and distance. A related word is Interaction. Communication and interaction can appear at any distance, from eye-to-eye to pole to pole. However, when we use the word distance in connection with communication, we generally imply a long distance. To be able to create this distance communication you have to use language and some sort of tool, in general a telecommunication tool.

The most general and optimal situation for communication would however probably be the situation where the participants can use as many of their sensory organs as possible, without intermediate tools of any sort, in other words a situation where you can see, hear, touch, smell etc your partner, in other words sharing the same experienced space or "room", at the same time. When we communicate or interact with each other we probably consciously or unconsciously attempt to create the feeling that we are in the same "room" where we also have the possibility to create and to share common memories, something very important when we talk about communication because we often talk between ourselves about the things we have in common, that is, shared memories or comparative memories from similar experiences. The communicative "room" becomes a common creation where we build and specify and enlarge it together. This communicative "room" is difficult to create when we think about distance.

The Concept of Language

Language is probably one of the most complicated and complex concepts of humanity in general. It is the only concept in our civilization, which can be studied only through itself, which of course makes it almost impossible to define once and for all. Within the margins of this paper it is impossible to more than touch upon this concept but it deserves mentioning, since it is often confused with the more general concepts communication and interaction. A very general and functional definition of language could be that it is the most structured form of exchange of ideas that we have among human beings. By this we touch upon the assumption that language has to do with our thinking (= ideas and concepts) and the transferring of ideas between people and that it is mutual and dependant on more than one person. Those are basic parts of language usage. This also means that it is possible to define language as a sub-category to communication.

All human beings are born into specific language communities and with a basic ability to develop language and from the very beginning of life brought up to master at least one so called mother tongue or, in modern societies, more than one language as mother tongue(s). Some people are, from different reasons, blocked from using their language abilities in a way, which is the major way among people over the world, that is, through spoken language. In other words, language and language abilities manifest themselves through other channels where the idea of AAC will be very visible. AAC really focuses on learning and managing language(s) in ways, which are new in the sense that they are not used by a majority of language users. This also puts new demands on methods for the teaching of language and in other words new demands on teachers. See below under AAC for further discussions.

Ability to manage understandable and often standardized language is something, which is very important in the modern world and often going on through

the whole life span of humans where we go on learning language(s). In the world today there are at least 3500 existing separate languages and even though some languages disappear, new ones are added and the surviving languages develop and can metaphorically be described as living organisms. For modern people it is difficult to understand their mother tongue as it was spoken and written a few generations ago.

The concept of Culture

Another very vague and unspecific word is culture. By this we could mean the common rules, traditions, history, memories, language etc that connect a group of people together and make them feel that they are connected to each other. The word culture transcends words like country, nation, group etc and is sometimes used also in the sense of that which keeps us in order together, how we are brought up or formed by our environment. We all belong to a culture, and at least one. Languages are part of the culture and an important part of learning a language is to belong to a certain culture or that the language makes you belong to a certain culture.

The concept of Ethics

If human beings are going to live together they have to agree on certain rules of what should be allowed and not in the behaviour between themselves. We often talk about what is Right and Wrong or Suitable and Passable. We develop in human cultures rules for how to behave and call it Ethics – what we should do to each other to be good and functioning human beings, that is, human beings who can belong and live together with other human beings.

The Concept of technology.

Technology is simply a name for the tools we use in life. Technology can be specific or general (=integrated) and it can be complicated in its structure as well as in its application as well as un-complicated. The question about integrated technology vs technology with specific and limited functions – so called dedicated technology - leads us into very complicated problems. A comb or a spoon are examples of very specialized tools with highly specialized and dedicated functions. The computer, however, is an example of a non-specific tool, which can be used in many different ways and where even combinations of seemingly separate functions give way to new functions, which makes the computer full of integrated functions. Finally, when the trust in the technology is strong enough, the computer might become a tool for your personality directly, a sort of symbiosis between the animate and the inanimate (Treviranus, 1993). Some authors of fiction for instance Arthur Koestler or Karel Capek and Isaac Asimov have also speculated on the fact that the ultimate tool of human beings, seems to be another human being. Would that mean that our technological motivation, deep down in our collective Jungian subconscious mind, would be to create something in our own image, in other words to play God? Or just to create a child? We might see this as the ultimate form of integration.

Computer technology is a technology of communication and information. This has created the concept ICT (Information and Communication Technology) as a general term for computer technology. When we talk about communication we sooner or later come close to the question of the relation between form and content. The philosopher MacLuhan stated that "the medium is the message" in his classical book the Gutenberg Galaxy, stating that the mass fabrication of the written word forever has changed the thoughts of people. In other words, our thoughts become dependent and variable according to the medium whereby we express them. MacLuhan's statement could be considered as a simplification of Whorf's theories on human language and its cultural dependency. Ong expresses a different idea (Ong, 1990) when he says that the same idea can be expressed in many different ways, not dependant of the medium, that is the form.

Technology has become an integrated part of human behaviour today. It is very difficult to imagine a society of humans where some sort of technology would not be a part of that society and the American philosopher Don Ihde (1990) even speculates if there ever in the history of Man has been a sort of Garden of Eden situation where Man used no technology whatsoever. Even some animals like Chimpanzees or Bonobo apes use technology in their everyday life. Tools are natural extensions of our bodies and minds. Every day in our lives we manage or meet with hundreds of tools and the managing and understanding of those tools demand from us a very large volume of knowledge. Among all the knowledge we acquire in our life, the management of tools take up a very large space. In certain theoretical contexts, we can even see language itself as a tool.

The concept of education.

When we approach new methods like AAC we have to learn new things. When we have to learn new things we have to organize our process of learning. This means that we need some form of education and some teachers. The concept education includes a situation or a specific environment, an activity or several activities and some participants. In this situation there is a meeting between the participants where they act jointly. The two main types of participants are the learner and the teacher and sometimes the roles can be mixed.

This activity is goal oriented towards a problem to solve, an item of information to remember or a question to answer. Those three goals are different parts of the general concept of learning, which is the main goal of education, according to all educational models. If we tie modern ideas and definitions on education together, there seems to be a need of a technology where participants can interact and use as many sensory channels as possible and where it is possible to interact with many in the same way as with few, and where language knowledge is

important. Furthermore, it is important to realize that communication can be both synchronous as well as asynchronous [1].

The concept of Special Needs

Since the 1960's and WHO's definition of the concepts of impairment, disability and handicap the debate about human rights and society's responsibility and the role of the individual etc has been clarified. The general international classification systems ICIDH- or ICF-concepts used today are based upon social and functional as well as biological considerations. This problem of words and concepts is important on another level. Groups of people with disabilities, within or outside their NGO:s have rightly commented on the fact that when we talk about disabilities and when we create new concepts and words, then it is very rare to find people with disabilities involved [2;3]. The debate on inclusion has made questions about how to perceive the life-worlds for people who might be expressing special needs in modern society to become a part of society and how to define those needs and the underlying causes for those needs, a very complicated debate.

The concept of AAC – the foundations.

At the end of the 1970's, was born the idea of an international organization for the needs of non-speaking people and when it was established, the name became ISAAC. The name ISAAC is an abbreviation for International Society for Augmentative and Alternative Communication and the concept "Augmentative and Alternative Communication" – AAC – was defined as the field of work and interest including forms of communication intended as an alternative and/or a support (= Augmentation) for spoken language. The organization with its first president Shirley MacNaughton from Canada, the woman who discovered BLISS, was built like a wheel with a mother organization in the middle and local national chapters in the periphery as well as special working groups. ISAAC has several thousands of members all over the world and local chapters in more than 20 countries. It organizes a biennial world-conference in different locations every time (2006 – Düsseldorf, 2008 – Montréal, 2010 – Barcelona etc. and 2018 in the Gold Coast in Australia). The local chapters also organize local and regional conferences. In the so called East-European countries there has been a biennial conference organized six times and the seventh was in 2009 in Archangelsk, the first AAC-conference in Russia. The mother organization has initiated the publishing of several journals. ISAAC has a central web-site <https://www.isaac-online.org/english/home/>.

The most important publication of ISAAC, is the quarterly scientific journal AAC, which is rated highly in international ratings of scientific journals. ISAAC publishes other journals and information material. The organization has from the beginning been focussing on technological development and technological aids for individuals with communicative disabilities and problems. However, we should

remember that it is easy to develop the concept of “technology” to include more abstract items like speech and writing which could be considered as basic tools for language usage and interaction between people. We could even state that language is a tool for thinking, so the concept “technical aid” could include a very wide meaning. Language today is of the utmost importance in all social contexts and many theories about language use and the research into language also concentrates today on the social and cultural content of language. Linguistics is the most accepted form of language science. For decades it has encompassed “sub-sciences” like socio-linguistics and later, linguistic anthropology or anthropological linguistics, where early Russian language research as exemplified by Vygotskij and Bachtin is of high demand. Language is an integrated part of humanity and human life and there are many ways of understanding language. The field of AAC especially calls for good methods in the field of language usage and developmental studies [4].

ISAAC very early tried to include perspectives from many different groups, professionals as well as end-users of AAC. Members were recruited from many professional groups like speech therapists, psychologists, technicians, doctors, nurses, physio-therapists, ICT-specialists etc. Besides, special focus was put on the recruitment of individuals with special communicative problems and companies in the field. The latter group has a special section. ISAAC identified different main target groups for its work, meaning people in need of AAC.methods or technological aids. The main groups were (and still are)

- individuals with (strong) dysarthria, that is motor-based speech problems
- individuals with Aphasia and other language disabilities
- individuals with cognitive problems (Mental retardation, senility etc)
- individuals with different types of Autism/

In later years the problems connected with Dyslexia have started to become included as well. AAC soon came to be divided into two main functional fields:

- AAC with technical aids (“supported” communication)
- AAC without technical aids.

The first field came to be in focus in the beginning since the organization during the early years mainly focussed on technological development. One of the reasons was that symbol-based communication – mainly BLISS, had been developed in the early 1970’s and that this form of communication needs special tools. Another reason was the fact that microprocessor technology came to be used in pc-based AAC-tools as well as dedicated tools with multiple functions. The distinction between AAC with and without aids has more and more come to be obsolete since methodologies become more and more integrated with each other and that AAC-methodology in general is characterized by multi-functionality.

BLISS was the first system of special symbols developed to function as a sort of language based on basic symbols which were possible to combine in very many ways to constitute a language used by pointing or indicating. It was based upon the ideas of former Austrian Chemist Karl Kasiel Blitz who became Charles Bliss when leaving his original country because of nazi persecutions (<https://en.wikipedia.org/wiki/Blissymbols>).

From the start, AAC-technology included personal technological communication systems, mostly aimed at individuals with multiple disabilities and needs. The technology offered possibilities to control the systems by sophisticated controls where motor abilities in any limb or part of the body (including eye-movements) could be used. In a number of later systems, the neurological activity in peripheral nerves could be used and today there even exist systems which in a limited sense use activities in the Central Nervous System. In most cases there came into existence different types of writing systems, but also more general environmental control systems. The very first system for writing came before the personal computers and was developed by a company in UK resulting in the POSSUM-system. Another early system which deserves mentioning is the portable Canon Communicator system which was a small pocket-size type-writer. After a few years writing systems entirely based upon PC:s were developed, often in international cooperation.

Communication boards for direct choice or scanning were also developed and gave the users the possibility to communicate through indicating pictures or symbols and during the later part of the 1970's the interest for BLISS-symbols grew in many countries. It became important to develop alternative presentations systems. Already during the 1960's, researchers at The Royal Technical College in Stockholm, under the leadership of Professor Gunnar Fant developed a speech synthesizer, that is, a piece of equipment which was able to produce artificial speech a common feature in AAC-systems today. However, there still are problems remaining regarding AAC-systems. I present 6 of them below:

- Naturalness: How to make the aid perceived as natural in relation to its field of usage?

- Transparency: How to make a system become integrated with the user and the environment or context so that it becomes a natural part of the every day usage?

- Speed: How to make the aid so fast that it comes close to the speed of natural human speech? How to reach fluency and stop pauses?

- Ergonomics: How to make the aid easy to understand and to use?

- Diagnostics and prescription: How to make the optimal analysis of the real need of the end user?

– Generalization: How to create enough general data based upon general observations so that we can develop a general AAC-theory and general AAC-methods? Is it possible?

An example of an interesting and somewhat different development of AAC-technology focussing on the social function of the language, there are systems using whole units, for instance sentences, components in story-telling, phrases etc so that surface communication will keep a very strict and bound form and that the users start from whole blocks of communication, like memories. You could almost define this as “re-cycling speech” or maybe a more adequate term would be to talk about standardized speech as a form of pragmatics [5], which builds upon the fact that most of us say the same things many times in our daily communications with other people – highly formalized speech. The basic thought in systems using this approach is that it will be easy to become a part of different communicative contexts and to share thoughts, memories and stories with other people. Human beings are story tellers and all of us have stories to tell each other and to share experiences and ideas. And this of course includes people who use AAC-technology or methodology. This technological approach is also of interest for people who lose their ability to remember.

Sign-language, signed language and body-language became natural methods for unsupported AAC. Methods for communication where speech is no main component and where the body is the “tool”, will of course include different types of signed or gesture languages. Since the different national sign languages of deaf people have a clear status since generations, they have not naturally become included into the concept AAC. Separate and often simplified gesture languages or signed languages have been developed.

AAC based upon technical aids has always been very international but signed communication has been more national and local. Two well-known systems exemplifying this are the Makaton-system in UK and the Amerind-system in the USA. In Sweden a very special methodology has been developed for giving children with mental retardation a multi-channel method for learning to use language been developed. It is based upon signing words at the same time as people are talking with and showing pictures to the children. This multi-channel method has been developed by professor Irene Johansson and is used in several countries, often for children with Down syndrome.

However, the human body does not just communicate with direct gestures and signs. All our communication and perception is intentional even though we are not always aware of the intention. The French Philosopher Maurice Merleau-Ponty is discussing the meaning of the human body in communication and that our ability to communicate lies in the whole body. He is talking about the Lived Body meaning that we perceive and communicate with the world not through separate sensory or

motor systems but through the whole body at once, a very holistic approach, which is very adaptable to AAC.

Future considerations.

During latter years the focus has moved from the initial target groups motor problems and multi disabilities to cognitive problems or Aphasia and Dyslexia and their relation to AAC. AAC as a concept for these groups is not very homogenous and there is an ongoing debate in what way the field of AAC really should be defined. Since the target groups often are small and very heterogenic, every "case" we study and try to solve will be unique and it will be difficult to draw any conclusions out of the results. AAC is not a field easily open to reductionism. Instead AAC-research focus on variation and collecting different solutions. This means that AAC becomes a field where many people have ideas but few dare to make general conclusions. There are many different tracks of development in the AAC-field and I will indicate some of them below. One of the most interesting tracks is the one about telecommunication, including Internet, cell-phones, multi-media communication etc. Telecommunication has developed rapidly during the last few decades all over the world. From the early experiments by Alexander Graham Bell in the late 19th century and the early usage of the telegraph half a century earlier, we see today that the concept telecommunication has grown to include many tools and methods for distance communication.

The constant discussions about inclusion have also affected the AAC-field. Since the individuals who use AAC often have very complicated needs they demand very specific solutions to obtain inclusion, be it at school or at work places or into society in general. The talk about specific target groups have changed from talking about groups with specific disabilities to groups with specific communicative needs to be fulfilled.

In general our basic idea of communication is based upon the assumption that we use all our physical and mental abilities to get across to each other. This means that we use our hearing and our seeing as well as our feeling and even tasting as parts of our general communicative abilities. We can say that communication is a way of sharing between people, ideas and emotions. The optimal communication between individuals would be the situation where it would be possible to use all sensory systems – to see, feel, touch, hear smell and even taste each other – in the communicative "room".

When Bell more or less involuntarily invented the telephone he was trying to develop a supportive system for the hearing impaired. This meant that the first direct interpersonal technological system of distance communication effectively excluded the awareness of vision as a part of the communicative system since he focussed on hearing. Then we have to remember that most of the early more technologically

primitive systems of distance communication were visual like smoke signalling, semaphoring, gesturing etc, even though different cultures on Earth have developed auditory systems as well like whistling, drumming, using horns etc. Most systems have supported the innate human abilities by using amplifying and supportive tools. The first really functioning distance communicative system for several sensory canals was the telegraph where the letters of our alphabet was translated into sounds as well as simple signs.

The film industry presented visions of transferring ideas and emotions in one direction for many years until the first systems came where it was possible to get a more general multi-sensory communicative technology in the form of television.

The real breakthrough into general multisensory distance communication came in the 1970's with the telefax and soon afterwards with the first videophones [6]. A lot of new concepts were born and in general we can say that all new systems tended to be built around the telephone as the core-concept since this piece of technology is the one where the general public has the greatest awareness and knowledge after a century of world-wide usage.

In today's communicative tools, many functions are integrated in a way so that functionality becomes complicated. The cognitive structure of for instance a remote control of a TV- receiver is very complicated and demands long hours of learning. Communicative problems have become quite visible today. It could mean a hearing impairment, a motor impairment with clear speech problems as a result, cognitive impairment [7], just to give a few examples. All these functional disabilities diminish the communicative abilities and make the communicative room smaller. However, in modern times, technology and tools for people with functional disabilities is more available. Industries have been developed and welfare systems in many countries have included technical aids for people with disabilities in their support system [8].

I already mentioned multi-functionality as a sign of the new technology and we can see today how the two most popular new communication tools in the world today – the mobile phone and the communication pad– have included a great number of functions in them, including for instance Internet communication. This tool, which in reality is an extension to our whole personality, is revolutionizing the whole idea of world-wide inter-personal communication. One of the reasons might also be that it takes away some of the large costs for communication which makes it possible for people in many different countries to experience a sort of equalizing. We see that the new technologies and tools for communication diminishes distances, takes away inequalities and makes a lot of promises to all of us, no matter where we might live in the world or what needs or problems we have [9].

Conclusion

The field of AAC initially gives the impression of being very specialized and apart with target groups with very special needs. However, when we consider the basic questions regarding language as such and teaching and learning language, there are many things to be learnt by studying the field more clearly. The didactics and pedagogy involved in learning for instance BLISS or any of the signed languages could support in many ways didactics used for second language learners. And teaching AAC-methods could benefit from a deep study into linguistic theory with semantics and pragmatics as basic components.

References

1. Zirkin B.G. & Sumler D.E. (1995). Interactive or Non-interactive? That Is the Question!! An Annotated Bibliography *Journal of Distance Education* 10(1995)1
2. Seale J.K. (1998). Two Perspectives on the Language of Special Needs Computing: Towards a Shared View, *Disability & Society* 13(1998)2. P. 259-260.
3. Johnson L. & Moxon E. (1998). In Whose Service? Technology, Care and Disabled People: The Case for a Disability Politics Perspective *Disability & Society* 13(1998)2. P. 241-258.
4. von Tetzchner S. & Jensen M.H. (Eds) (1996). *Augmentative and Alternative Communication: European Perspectives*, London, Whurr.
5. Todman J., Alm N. & File P. (1999). Modelling Pragmatics in AAC. In: Loncke F.T. & al (Eds): *Augmentative and Alternative Communication – New Directions in Research and Practice*, pp 84-91, London, Whurr Publishers.
6. Magnusson M. & Brodin J. (2004). *Bibliography on Videotelephony and Disability. Research Report 36, Technology, Communication, Handicap, Lärarhögskolan i Stockholm.*
7. Magnusson M. (1999). *Virtual Language Training for People with Aphasia*, University of Joensuu, Faculty of Humanities, In: Nenonen, Marja & Järvikivi, Marja (Eds) (1999) *Languages, Minds and Brains*, Papers from a Norfa Summer School, Mekrijärvi, Finland, June 22-29, 1998. P. 101-103.
8. King T.W. (1999). *Assistive Technology – Essential Human Factors*, Boston, Allyn & Bacon.
9. Bergquist M. (1996). *Informationsteknologi och globalisering*, Göteborg, Ljusgården (1996)16 sid 05-18.
10. Brodin J. & Magnusson M. (Eds) (1993). *Virtual Reality & Disability* Stockholm
11. Cerf V. (1976) *The Electronic Mailbox: A New Communication Tool for the Hearing Impaired* *Annals of the Deaf* 123(1976). P. 768-772.

12. Eco U. (1997). *The Search for the Perfect Language, The Making of Europe*, Blackwells, London
13. Ihde D. (1990). *Technology and the Lifeworld*. Midland Book, Indiana University Press
14. Ong W.J. (1986; 1990). *Oral and Written Culture*, Göteborg, Anthropos
15. Treviranus J. (1994). *Mastering Alternative Computer Access: The Role of Understanding, Trust, and Automaticity, Assistive Technology* (1994)6. P. 26-41.
16. University, Dept of Education, Technology, Communication and Disability, nr 9.

**АБИЛИМПИКС КАК РЕСУРС В РАЗВИТИИ ИНКЛЮЗИВНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**
**ABILIMPIKXS AS A RESOURCE IN DEVELOPMENT
OF INCLUSIVE PROFESSIONAL EDUCATION**

В.В. Сизикова, О.А. Аникеева
Российский государственный социальный университет, г. Москва
V.V. Sizikova, O.A. Anikeeva
Russian State Social University, Moscow

Инклюзивное образование для практической реализации нуждается в прикладном механизме реализации. Международный чемпионат Абилимпикс направлен на формирование профессиональных компетенций как в прикладном их значении, так и в теоретическом. Опыт его организации и проведения в России по направлению «социальная работа» – неоценимый вклад в развитие инклюзивного образования.

Inclusive education needs the applied mechanism of realization for implementation. The international Abilimpiks championship is directed to formation of professional competences both of their applied value, and in theoretical. Experience of its organization and carrying out in Russia in the "social work" direction – an invaluable contribution to development of inclusive education.

Ключевые слова: инклюзивное образование, социальная работа, профессиональное образование, Абилимпикс

Keewords: inclusive education, social work, professional education, Abilimpiks

Инклюзивное образование как ближайшая перспектива интеграции инвалидов в общество однозначно принято. Это большой шаг. Теперь важно обеспечить условия, при которых инклюзия возможна. Одним из путей решения проблем становится профессиональное образование, адаптированное к возможностям и потребностям лиц с инвалидностью. В этом направлении необходимо решить как минимум две задачи: изучить возможности и потребности лиц с инвалидностью в получении профессионального образования, а также разработать методики преподавания, соответствующие этим возможностям. При этом самое важное – не снижать требований к

результатам образования и уровню формирования профессиональных компетенций.

Разумеется это предполагает большую научную исследовательскую работу, начало которой уже положено. Также требуется большая учебно-методическая работа, которая находится только в стадии поиска решений. И в обоих случаях требуется апробация найденных решений практикой.

Международный чемпионат Абилимпикс, адресованный лицам с инвалидностью, был впервые проведен в Японии в 1953 г. Сейчас с мире более 50 стран входят в это движение. С 2014 г. чемпионат проводится в России. В настоящее время в нем участвуют 75 субъектов образования из 23 регионов страны, а в 2018 г. в этом чемпионате должны принять участие все регионы. В ходе чемпионата проверяются практические профессиональные компетенции людей с инвалидностью, которые либо имеют профессиональную подготовку, либо нет.

Российский государственный социальный университет выступает организатором этих соревнований с 2014 г. Для каждого уровня составляются соответствующие по сложности задания. Практические навыки проверяются в заданиях, составленных на основе стандартов профессиональной деятельности.

Для тех, кто может выполнять обязанности социальных работников, не имеющих профессионального образования, могут быть предложены задания по проверке навыков предоставления услуг при обслуживании на дому. Например, проведение социально-медицинских услуг (измерение давления или температуры), проводить действия по формированию здорового образа жизни (например, помощь в проведении физических упражнений).

Более сложные задания касаются тех, кто имеет профессиональное образование или еще учится. Например, задание на установление нуждемости граждан для предоставления социальных услуг. Это трудовое действие требует знаний о нуждемости, законодательства о его установлении, а также знания порядка действий по установлению нуждемости, умения работать с документами и общаться с людьми, оказавшимися в трудной жизненной ситуации.

В заданиях могут быть и ситуативные задачи из опыта практической социальной работы. Они предлагаются конкурсантам в виде описаний. В задание входит описание ситуации с точки зрения социальной диагностики, выявление важнейших проблем гражданина, выбор путей их решения и нормативно-правового обоснования решений. Отвечая на эти вопросы, конкурсанты должны предложить и выбор субъектов, которые могут оказать помощь в решении проблем клиента. Это задание может быть адаптировано к реальным условиям того или иного региона. Итогом ответа на конкурсный

вопрос (решение ситуативной задачи) должен стать алгоритм решения практической ситуации.

Задания могут быть разной направленности и уровня сложности. Но они, во-первых, ориентированы на те практические действия, которые совершают профессионалы на различных должностях в социальной сфере. Основой для составления задач являются стандарты профессиональной деятельности социального работника и специалиста по социальной работе. Во-вторых, выполнение этих заданий требует знаний теоретических дисциплин, нормативно-правовой базы, а также знаний и понимания условий применения технологий социальной работы.

Таким образом, в составлении заданий соединяются теоретические и практические (прикладные) знания. Этот подход дает возможность людям с инвалидностью подготовиться разносторонне к выполнению своих профессиональных обязанностей в ходе подготовки к чемпионату. Организаторы чемпионатов проводят мероприятия, помогающие лицам с инвалидностью лучше подготовиться к участию в состязаниях. В этом проявляется самостоятельность инвалидов и их стремление к автономности, к самореализации и обеспечению достойного уровня жизни [1, с. 154].

Организация и проведение чемпионатов Абилимпикс имеет большое значение еще и по той причине, что это дает возможность внести изменения в учебный план по подготовке специалистов по социальной работе [2, с. 126-134]. Подготовка практико-ориентированных задач вводится в планы ведения предметов, и студенты готовятся к решению аналогичных задач. Таким образом происходит укрепление и учебного процесса.

Взаимодействие студентов и преподавателей, а также участников конкурсов и организаторов создает пространство, в котором лица с инвалидностью учатся взаимодействовать, понимать и быть понятыми, учатся отстаивать свои права и выполнять обязанности. Это очень важно в обеспечении автономности инвалидов [3, с. 255-260].

Учебный процесс организуется как инклюзивное образовательное пространство. Это формирует новое профессиональное мышление и способность взаимодействия у будущих специалистов социальной сферы. В современных условиях образование таких специалистов проходит на протяжении всей жизни. Это концепция непрерывного профессионального образования [4, с. 33-41]. Участие в конкурсах может продолжаться всю профессиональную карьеру, что стимулирует инвалидов постоянно повышать свой профессиональный уровень [5, с. 553-557].

Чемпионат Абилимпикс набирает обороты и расширяется. Его развитие имеет большое значение для осознания и решения проблем инвалидов. Одним

из самых важных и перспективных путей является развитие инклюзивного профессионального образования. Важно также и то, что этот чемпионат стал всероссийским. В регионах России все больше участников чемпионата. Это позволяет сделать новые шаги в развитии инклюзивного образования.

Список литературы

1. Аникеева О.А., Максимова Е.В., Середина М.И. Социальное партнерство в корреляции жизненной ситуации инвалидов в современной России: ожидания и реальности. //Economic and Social Development/ 25th International Scientific Conference on Economic and Social Development «XVII International Social Congress (ISC-2017)/ Book of Abstract. Moscow, 30-31 October 2017.

2. Аникеева О.А., Сизикова В.В., Фомина С.Н. Особенности подготовки и переподготовки специалистов помогающих профессий // Современные методы взаимодействия и способы сотрудничества специалистов помогающих профессий. Сборник научных трудов участников III Международной научно-практической конференции. Под ред. А.М. Митяевой, С.В. Мурашевой. 2018. С. 126-134.

3. Сизикова В.В., Аникеева О.А. Социальное партнерство в формировании активной жизненной позиции лиц с инвалидностью // Социальная безопасность и защита человека в условиях новой общественной реальности. Современные научные подходы и формы социальной практики в социальной работе с людьми, имеющими инвалидность. Сборник материалов VIII Международной научно-практической конференции. Пермь, 14 декабря 2016 г. (г. Пермь, 14 декабря 2016 г.) / под общ. ред. З.П. Замараевой, М.И. Григорьевой; Перм. гос. нац. исслед. ун-т. Пермь, 2016. 338 с. С. 255-260.

4. Sizikova V.V., Anikeeva O.A. Life Long Learning in Social education. // Contemporary Problems of Social Work. Academic Journal Vol. 3. No.3 (11) 2017. P. 33-41.

5. Козловская С.Н. Социальное сопровождение инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в различных сферах жизнедеятельности // Ценностные ориентации молодежи в условиях модернизации современного общества Материалы Межрегиональной научной конференции. Под ред. Г.Ю. Лизуновой. М., 2018. С. 553-557.

**К ВОПРОСУ О ПОДГОТОВКЕ ПЕДАГОГОВ
К ИНКЛЮЗИВНОМУ ОБРАЗОВАНИЮ В СФЕРЕ ЮРИСПРУДЕНЦИИ
ON THE ISSUE OF TRAINING TEACHERS
FOR INCLUSIVE EDUCATION IN THE FIELD OF JURISPRUDENCE**

В.И. Цыганов, Л.Р. Романовская
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
V.I. Tsyganov, L.R. Romanovskaya
Lobachevsky University

Исследуется проблема подготовки преподавателей юридического факультета к работе со студентами с ограниченными возможностями здоровья.

The authors explore the problem of training teachers to work with students with disabilities at the Faculty of Law.

Ключевые слова: инвалиды, инклюзивное образование, юридическое образование
Keywords: disabled, inclusive education, legal education

Инклюзия в современной России рассматривается в качестве одной из стратегических задач развития системы образования, в том числе среднего профессионального и высшего. Принятый в 2012 г. Федеральный закон № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» ввел такие понятия, как инклюзивное образование, адаптированная образовательная программа, особые образовательные потребности. Под инклюзивным образованием закон понимает обеспечение равного доступа к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей.

Организация инклюзивного образования предполагает, в частности, адаптивность системы образования к особенностям лиц с ОВЗ, создание необходимых условий для получения ими качественного образования без какой-либо дискриминации. Это требует большого внимания со стороны государства, образовательных организаций и профессионального сообщества, значительных материальных затрат и трансформации образовательного процесса.

В Нижегородском государственном университете им. Н.И. Лобачевского много делается для создания безбарьерной среды, позволяющей инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья получить доступ к университетской инфраструктуре. Расширяется доступ к информационным образовательным ресурсам. В рамках Института реабилитации и здоровья человека ННГУ создан ресурсный центр инклюзивного образования, который является основным структурным подразделением, обеспечивающим

комплексное сопровождение образовательного процесса инвалидов и лиц с ОВЗ.

Одним из важных направлений деятельности по обеспечению инклюзивного образования, на наш взгляд, является дополнительная подготовка преподавателей, направленная на получение ими знаний о психофизиологических особенностях инвалидов и лиц с ОВЗ, влияющих на процесс обучения. Такие лица имеют особые образовательные потребности, различающиеся в зависимости от категории нарушения (нарушения слуха, зрения, ограничение двигательных функций). Преподаватели должны учитывать эти особенности обучающихся и предлагать им альтернативные методы выполнения и контроля самостоятельной работы, промежуточной аттестации, использовать специальные методические приемы и образовательные технологии. Преподаватели также должны быть готовы корректировать способы подачи материала, иметь информацию о материально-технической базе Университета, обеспечивающей удовлетворение особых образовательных потребности таких студентов и применять специальные технические средства обучения.

Так, для обучающихся с нарушениями слуха преподаватель должен обеспечить возможность получения учебного материала визуально (в виде презентаций, распечаток лекции, заданий, вопросов и др.). Для обучающихся с нарушениями зрения преподаватель подбирает учебные материалы, а тифлоинформационное отделение ресурсного центра инклюзивного образования обеспечивает их адаптацию для восприятия этих материалов аудиально (на слух) с применением персонального компьютера. Необходимо отметить, что тифлоцентр ННГУ располагает комплексом технических и программных средств, обеспечивающих полноценное использование компьютерных тифлотехнологий: компьютерные рабочие места для слепых и слабовидящих пользователей, оборудованные Брайлевскими дисплеями и специализированным программным обеспечением; сканеры; принтеры для обычной и рельефно-точечной печати; копировальный аппарат, позволяющий при копировании увеличивать изображение.

Очень важно для преподавателей быть психологически готовыми к работе с инвалидами и лицами с ОВЗ, не игнорировать таких студентов, включать их в работу группы, создавая комфортный климат для их активного участия в образовательном процессе.

Юридическое образование является одним из востребованных направлений среди лиц с ОВЗ. В связи с этим видится необходимым прохождение всеми преподавателями юридического факультета курсов повышения квалификации по программе «Организация инклюзивного

образования в ВУЗе», в рамках которой они не только получают всю необходимую информацию, но и становятся участниками различных тренингов, направленных на формирование психологической готовности к работе с инвалидами. В 2017 г. факультетом повышения квалификации и профессиональной переподготовки ННГУ была впервые организована такая программа, направленная на формирование компетенций по реализации инклюзивного образования. Занятия в рамках данной программы вели медики, психологи, социальные педагоги. Обучающимися по данной программе были изучены методологические, теоретические и нормативно-правовые основы инклюзивного образования в ВУЗе, практические аспекты моделирования образовательного процесса в инклюзивной образовательной среде ВУЗа, теоретические основы социально-психологического сопровождения студентов с ОВЗ в системе высшего образования.

В заключении хотелось бы подчеркнуть, что проблема развития инклюзивного образования – это не только вопросы материально-технического и методического обеспечения, но и вопрос адаптации профессорско-преподавательского состава к условиям инклюзии.

В развитых странах инклюзия реализуется уже в течение сорока лет, накоплен богатый опыт в этой сфере. Проведение международных научно-практических конференций по тематике организации инклюзивного образования в ВУЗах также способствует формированию готовности российских преподавателей работать в новых условиях.

**РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ПРАКТИКИ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ:
ОПЫТ ГЕРМАНИИ**
**REHABILITATION PRACTICES FOR PERSONS WITH DISABILITIES:
THE GERMAN EXPERIENCE**

Д.А. Шпилев
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского,
Нижегородская Академия МВД России*
D.A. Shpilev
*Lobachevsky University,
Nizhny Novgorod Academy of the MIA of Russia*

Рассматриваются реабилитационные практики для инвалидов в Германии, созданные за последние годы в рамках инклюзивного подхода. Особое внимание уделяется таким видам практик, как спорт для людей с ограниченными возможностями, организация мастерских для инвалидов, предоставление инвалидам скидки и консультаций при покупке специального автомобиля.

Rehabilitation practices for people with disabilities in Germany, created in recent years as part of an inclusive approach, are considered. Special emphasis is placed on such practices as sports for people with disabilities, the organization of workshops for the disabled, and the provision of discounts and advice to people with disabilities when buying a special car.

Ключевые слова: реабилитация, инвалиды, люди с ограниченными возможностями, спорт для инвалидов, мастерская для инвалидов, автомобиль для людей с ограниченными возможностями

Keywords: rehabilitation, disabled people, people with disabilities, sports for people with disabilities, workshop for people with disabilities, car for people with disabilities

Термин «реабилитация», или «восстановление» обозначает услуги социального характера, направленные на реинтеграцию в общество больных, физически или умственно неполноценных граждан, а также граждан, находящихся под угрозой инвалидности в профессиональной и социальной жизни [1].

ВОЗ трактует термин «реабилитация» следующим образом: реабилитация предполагает скоординированное использование медицинских, социальных, профессиональных, педагогических и технических мер, а также воздействие на физическую и социальную среду с целью достижения максимально возможной самостоятельности клиента и его участия во всех сферах жизни [2].

Немецкие специалисты отмечают, что всего несколько лет назад обычные люди и люди с ограниченными возможностями жили в параллельных мирах, мало контактировали друг с другом, учились, лечились и работали порознь. В настоящее время люди с ограниченными возможностями больше не рассматриваются исключительно как объект заботы. С помощью современных методов социальной работы они превратились в полноправных членов общества, ведущих активную социальную жизнь, в ряде случаев ограничиваемую лишь серьезной степенью инвалидности. Таким образом, инвалидность сегодня – это уже не просто окончательный приговор, не только судьба отдельного человека, но и вызов для его семьи, друзей, коллег. Жизнь с инвалидностью превратилась из индивидуальной в общую социальную ответственность. Инклюзивный подход привел к созданию учреждений полного дня для детей-инвалидов, разработке и совершенствованию технологий ранней поддержки для людей с ограниченными возможностями, в частности, помощь в интеграции при школьном обучении, в трудоустройстве, помощь семьям инвалидов [3].

Отметим наиболее интересные реабилитационные практики для инвалидов в Германии. В первую очередь, следует назвать активное развитие спорта для людей с ограниченными возможностями. Люди с постоянными физическими недостатками вынуждены преодолевать в повседневной жизни

как организационные, так и психологические препятствия. Недостаточные физические способности часто приводят к снижению самооценки, результатом чего становится замкнутость, возникают дефициты социализации. Именно поэтому спортивная деятельность в группе или клубе помогает поддерживать позитивный настрой, предоставляет возможности для проявления храбрости, устраняет дефицит общения. Занятие спортом в группах или в клубах дает прекрасную возможность для интеграции инвалидов в общество, например, при проведении совместных спортивных мероприятий. В дополнение к положительным последствиям для здоровья, таким как поддержание физической формы и работоспособности, занятия спортом также создают ощущение личных достижений, укрепляют уверенность в себе, мотивируют к дальнейшим победам. Это особенно важно для людей, чья повседневная жизнь сопряжена со многими трудностями. Следовательно, спорт для людей с ограниченными возможностями является важным делом, тем более что почти каждый инвалид может найти правильный вход в мир спорта при наличии соответствующей поддержки. Помимо индивидуальной помощи и терапии социальный работник должен помочь при выборе подходящих спортивных сооружений. В частности, в поиске индивидуального предложения от спортивного клуба. Диапазон возможных спортивных дисциплин для инвалидов большой и варьируется, например, от баскетбола на инвалидных колясках до гребли. Однако нужно заметить, что из 8,6 миллионов инвалидов в Германии только очень небольшое количество в настоящее время активно занимаются спортом. Это означает, что данное направление реабилитации людей с ограниченными возможностями будет интенсивно развиваться в ближайшие годы [4].

Второй интересной формой реабилитации инвалидов в Германии является организация мастерских для инвалидов (*Werkstatt für behinderte Menschen – WfbM*, термин используется с 2001 г., зафиксирован в Кодексе социального права, пришел на замену таким понятиям, как, например, «защищенная мастерская»). В зависимости от характера и тяжести инвалидности у людей с ограниченными возможностями могут возникать сложности с поиском подходящей работы на открытом рынке труда. Таким образом, мастерские для инвалидов – это специальные учреждения реабилитации, задачей которых является профессиональная интеграция инвалидов и включение их в повседневную рабочую жизнь. Люди, работающие в таких мастерских, являются инвалидами из-за физических, умственных или психологических нарушений. Работа в мастерской дает инвалиду возможность развиваться индивидуально и лучше определять свою повседневную жизнь. Фиксированный ежедневный ритм, а также ощущение того, что ты делаешь

что-то хорошее, – важная часть самооценки. Предлагаемые рабочие места играют важную роль в оказании помощи инвалидам в их повседневной жизни, в раскрытии их личного потенциала и развития талантов. Рабочие часы, а также задачи на рабочем месте сокращаются или делятся на простые шаги и адаптируются к индивидуальным возможностям инвалидов. В настоящее время в Германии существует около 685 крупных мастерских, предлагающих людям с ограниченными возможностями более 350000 рабочих мест. Уровень безработицы для людей с ограниченными возможностями составляет около 14%, что немного ниже среднего по Европе. В более крупных городах, таких как Мюнхен, Берлин или Гамбург, существует большое количество государственных и частных учреждений, которые активно работают в самых разных секторах и предлагают реабилитацию инвалидов в различных областях профессиональной деятельности. Большое внимание также уделяется поведению людей с ограниченными возможностями на рабочем месте. Они должны изучать дружелюбный способ общения с коллегами, эффективную коллективную работу и другие основные правила поведения на рабочем месте и, конечно, своевременно и правильно одеваться для выхода на работу [5].

Третьей формой реабилитации инвалидов в Германии является предоставление инвалидам скидки и консультаций при покупке автомобиля. Мобильность является неотъемлемой частью жизни для значительной части населения Германии. Регулярное использование личного автотранспорта, автобусов и поездов – это привычная повседневная реальность. Но для многих людей с ограниченными возможностями это затруднительно без дополнительных усилий. Не во всех регионах общественный транспорт достаточно развит, обычный новый автомобиль в большинстве случаев не предназначен для удовлетворения конкретных потребностей водителя или пассажира с физическими недостатками. Для поддержания у инвалидов необходимой степени мобильности обычно требуется специально оборудованный автомобиль. Однако стоимость нового транспортного средства и необходимые изменения в нем могут составлять много тысяч евро, которые зачастую отсутствуют у людей с ограниченными возможностями. Чтобы дать инвалидам возможность полноценно участвовать в повседневной и профессиональной жизни, им предоставляется скидка по инвалидности при покупке автомобиля.

Чтобы иметь право на скидку по инвалидности при покупке автомобиля, в большинстве случаев необходимо представить продавцу карту инвалидности, на которой должна стоять одна из следующих отметок:

- G –ограничения при ходьбе
- aG – серьезные ограничения при ходьбе

- H – беспомощный
- B1 - слепой
- G1 – глухой

Эти отметки обозначают 50% степень инвалидности (Grad der Behinderung – GdB). В этом случае людям с ограниченными возможностями предоставляется 20% скидка на покупку автомобилей Alfa Romeo, Jeep, Lancia и Mitsubishi. Исключением является производитель Ford, который предоставляет людям с ограниченными возможностями скидку при покупке автомобиля уже с 20% степенью инвалидности.

Для получения скидки по инвалидности при покупке автомобиля должны быть соблюдены и другие условия. Например, некоторые производители требуют, чтобы автомобиль был зарегистрирован на самого инвалида, имеющего разрешение на управление автотранспортным средством. Тем не менее, производители Citroën, Nissan, Opel, Peugeot и Renault предлагают возможность зарегистрировать автомобиль на родственников. Таким образом, инвалидам предоставляется скидка при покупке автомобиля, даже если они не зарегистрированы в качестве владельца автомобиля в документах [6].

Это был краткий обзор только некоторых реабилитационных практик для инвалидов в Германии. Однако даже на этих примерах можно заметить, какие усилия по интеграции в общество людей с ограниченными возможностями предпринимаются немецкими социальными работниками в рамках инклюзивного подхода. Несомненно, весь этот опыт должен быть основательно проанализирован на предмет возможности его использования в российских условиях, в том числе, и при возможной частичной адаптации к нашим реалиям.

Список литературы

1. Duden. URL: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Rehabilitation> [дата обращения 02.09.2018].
2. Disability prevention and rehabilitation. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40896/WHO_TRS_668.pdf;jsessionid=2C7F72677F4898227568F90801CC6C35?sequence=1 [дата обращения 02.09.2018].
3. Soziale Arbeit mit Behinderten. URL: <https://www.fernstudium-soziale-arbeit.de/arbeit-mit-behinderten/> [дата обращения 02.09.2018].
4. Behindertensport – Warum Sport für Menschen mit Behinderung wichtig und möglich ist. URL: <https://www.apotheken-wissen.de/behindertensport-sport-fuer-menschen-mit-behinderung/> [дата обращения 02.09.2018].

5. Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM). URL: <https://behinderung.org/arbeit/werkstaetten-fuer-behinderte-menschen.htm> [дата обращения 02.09.2018].

6. Behindertenrabatt beim Autokauf – Tipps für Vergünstigungen beim Pkw-Kauf. URL: <https://www.autokauf.org/behindertenrabatt-autokauf/> [дата обращения 02.09.2018].

ВЫСТУПЛЕНИЯ

ОРГАНИЗАЦИЯ БЕЗБАРЬЕРНОЙ СРЕДЫ КАК УСЛОВИЕ РАЗВИТИЯ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ (НА ПРИМЕРЕ НИ ТГУ) THE ORGANIZATION OF BARRIER-FREE ENVIRONMENT AS A CONDITION OF DEVELOPMENT OF INCLUSIVE EDUCATION (ON THE EXAMPLE OF TOMSK STATE UNIVERSITY)

Е.А. Аверина, К.Э. Волкова
*Национальный исследовательский
Томский государственный университет, г. Томск*
Е.А. Averina, K.E. Volkova
National Research Tomsk State University, Tomsk

Описываются нормативно-правовые основания и опыт оценки доступности входных групп учебных корпусов и научной библиотеки НИ ТГУ.

The article describes the legal framework and experience of assessing the availability of input groups of education buildings and the research library of Tomsk State University.

Ключевые слова: безбарьерная среда, инклюзивное образование, ВУЗ
Keywords: barrier-free environment, inclusive education, University

Одним из базовых условий успешности современного человека является качественное образование. Согласно 43 статье Конституции РФ, «каждый имеет право на образование» [1] любого уровня, в том числе и люди с инвалидностью. Включение их в образовательный процесс имеет не только гуманитарное значение, т.е. позволяет удовлетворить потребность отдельного человека, но и может снизить уровень социального иждивенчества, позволив людям с инвалидностью включаться в трудовую деятельность разной направленности.

Численность инвалидов в общей массе студентов российских вузов относительно невелика и составляет на начало 2017/2018 учебного года 21757 человек.[2]

Ратификация конвенции ООН «О правах инвалидов» положила начало изменениям в ряде законодательных актов страны, в том числе и ФЗ «Об

образовании». Так, помимо ранее существовавших льгот при поступлении, появилось законодательно определённое понятие «инклюзивного образования», в том числе высшего. В 2017 г. отменена обязанность предоставлять документ об отсутствии противопоказаний к обучению, а значит, для поступления человека с инвалидностью в вузы нормативных препятствий стало меньше.

В современных российских условиях развитие инклюзивного образования обладает рядом специфических черт, одной из которых является «принудительное» внедрение без предварительной подготовки. Т.е. переход от специального образования через интеграцию к инклюзии сжат до исторически ничтожного периода и характеризуется низким уровнем готовности к инклюзии всех заинтересованных сторон.

ФЗ «Об образовании» трактует инклюзивное образование как «обеспечение равного доступа к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей». При этом образовательные организации всех уровней и профилей должны создавать «специальные условия для получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья», которые включают «использование специальных образовательных программ и методов обучения и воспитания, специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов, специальных технических средств обучения коллективного и индивидуального пользования, предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего обучающимся необходимую техническую помощь, проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий, обеспечение доступа в здания организаций, осуществляющих образовательную деятельность, и другие условия, без которых невозможно или затруднено освоение образовательных программ обучающимися с ограниченными возможностями здоровья».[3]

Создание безбарьерной среды представляется наиболее важным, т.к. отсутствие физической доступности делает невозможным реализацию иных специальных условий обучения. Обеспечение доступности среды регламентировано программой «Доступная среда», введенной в 2012 г. и действующей в настоящее время до 2020 г.

Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации совместно с Фондом содействия научным исследованиям проблем инвалидности составило «Методическое пособие для обучения (инструктирования) сотрудников учреждений МСЭ и других организаций по вопросам обеспечения доступности для инвалидов услуг и объектов, на которых они предоставляются, оказания при этом необходимой помощи»[4].

Данное пособие определяет шесть основных зон, которые необходимо обустроить для нужд инвалидов. Для каждой зоны приведены относящиеся к ней конкретные объекты и критерии, по которым будет определяться доступность этих объектов для инвалидов.

Рассмотрим доступность для инвалидов входных групп учебных корпусов НИ ТГУ, поскольку, если в корпус невозможно попасть, то и дальнейшее создание условий для обучения не имеет смысла.

Высшие учебные заведения относятся к сфере образования, для которой обязательно составление паспорта доступности. Паспорта доступности НИ ТГУ находятся в открытом доступе по адресу: http://www.tsu.ru/university/social/Accessible_environment.php.

Оценка входных групп корпусов производилась по следующим критериям:

- Наличие информационных табличек с наименованием вуза, корпуса, продублированных шрифтом Брайля;
- Наличие пандуса, тактильных полос на ступенях лестниц и перед препятствиями, оформление лестниц и пандуса поручнями и площадками для разворота;
- Двери, их ширину и высоту порогов;
- Наличие кнопок вызова персонала и обозначений входа и доступности объекта.

Были изучены входные группы двух учебных корпусов и научной библиотеки НИ ТГУ.

Если анализировать доступность входных групп каждого объекта в отдельности, то необходимо отметить, что входная группа Главного корпуса ТГУ оборудована кнопкой вызова персонала для помощи, расположенной на высоте не более 1,1 метра, что соответствует требованиям доступности. Здесь же расположен значок доступности объекта для людей с инвалидностью, передвигающихся на коляске. Запланированный согласно паспорту доступности пандус заменен мобильным подъемником, который находится на вахте корпуса вместе со специально обученным сопровождающим сотрудником.

Однако имеется ряд несоответствий требованиям доступности. В частности, отсутствует табличка, дублированная шрифтом Брайля и тактильная лента на ступенях, нет яркой маркировки на дверях и поручнях.

Учебный корпус № 2 оборудован пандусом и кнопкой вызова персонала (на боковой двери, которая завершает пандус). На пандусе присутствуют площадки для проезда коляски и ее разворота (у двери). Верхние поручни

расположены на высоте примерно 0,9-1 м, нижние – примерно на высоте 0,6-0,7 м, что соответствует требованиям. Входная дверь легкая и широкая, без порога. На дверях присутствует яркая маркировка и знак доступности объекта.

Однако и эта входная группа не лишена недостатков, так, лестница не продублирована поручнями, отсутствуют тактильные полосы на лестнице и пандусе и вывеска учреждения с тактильным дублированием текста.

Входная группа Научной библиотеки ТГУ имеет достаточно высокое крыльцо, не оборудованное пандусом, однако имеется кнопка вызова специалиста, который при помощи мобильного подъемника поможет человеку с инвалидностью попасть внутрь. Имеется значок доступности для людей с нарушениями слуха.

Однако, как и остальные изученные объекты, НБ ТГУ не имеет тактильных полос на лестнице и вывески учреждения с тактильным дублированием текста.

В целом входные группы учебных корпусов и научной библиотеки можно отнести к категории «доступен частично/избирательно». Так, люди с инвалидностью, передвигающиеся на колясках, могут войти с помощью сотрудников, люди с нарушениями слуха при входе не будут испытывать никаких затруднений, а людям с нарушениями зрения достаточно сложно ориентироваться в пространстве, т.к. условия доступности входных групп для данной категории не созданы.

Необходимо отметить, что в целом работы по созданию доступной физической среды ведутся, несмотря на ряд объективных препятствий, таких как историческая ценность зданий и их давняя постройка, не позволяющая проводить перепланировку. Однако необходимо отметить, что в обозримой перспективе нужно систематизировать деятельность по созданию безбарьерной среды с учетом реальных потребностей абитуриентов и студентов, а также учесть имеющиеся недостатки, в том числе технологического характера. Кроме того, имеющиеся паспорта доступности нуждаются в пересмотре и актуализации, а план работ по созданию доступной среды в существенной корректировке.

Список литературы

1. Конституция РФ [Электронный ресурс] // "Гарант-Интернет" URL: <http://www.constitution.ru/10003000/10003000-4.htm> (дата обращения: 25.06.2018)

2. Сведения об инвалидах – студентах профессиональных образовательных организаций и образовательных организаций высшего образования // Официальный сайт Федеральной службы государственной

статистики URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat_ru/statistics/population/disabilities/# (Дата обращения: 18.05.2018)

3. Статья 79 ФЗ «Об образовании» // Официальный сайт Консультант Плюс URL: http://www.consultant.ru/document/Cons_doc_LAW_140174/708566b2fd52d51c70e2f0c8e02abb2d81a6c22e/ (дата обращения: 30.06.2018)

4. Методическое пособие для обучения (инструктирования) сотрудников учреждений МСЭ и других организаций по вопросам обеспечения доступности для инвалидов услуг и объектов, на которых они предоставляются, оказания при этом необходимой помощи [Электронный ресурс]. URL: http://www.invalidnost.com/pdf/Metodicheskoe_posobie.pdf (дата обращения 19.05.2017).

**СОЦИАЛЬНЫЙ ЗАПРОС НА РЕАБИЛИТАЦИОННУЮ ТЕХНИКУ
ДЛЯ МАЛОМОБИЛЬНЫХ ДЕТЕЙ
С УЧЕТОМ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПОДХОДА***
**SOCIAL REQUEST OF REHABILITATION EQUIPMENT
FOR DISABLED CHILDREN,
TAKING INTO ACCOUNT THE INDIVIDUAL APPROACH**

Г.Б. Аненкова, Н.П. Корогодова, А.А. Чернецкая
*Саратовский государственный
технический университет им. Ю.А. Гагарина, г. Саратов*
G.B. Anenkova, N.P. Korogodova, A.A. Chernetskaya
Yuri Gagarin State Technical University of Saratov, Saratov

Рассматривается проблема системы обеспечения реабилитационным оборудованием детей с ограниченными возможностями здоровья, отношение к техническим средствам реабилитации повседневного пользования семей с детьми-инвалидами на примере семей детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Текст опирается на результаты анкетного опроса родителей и экспертного интервью специалистов, непосредственно вовлеченных в реабилитационный процесс.

The article deals with the problem of the system of providing rehabilitation equipment for children with disabilities. The subject of the study is the needs of disabled children in technical means of rehabilitation, taking into account the individual approach.

Ключевые слова: дети с нарушением опорно-двигательного аппарата, индивидуальный подход, реабилитация, потребности семей, удовлетворенность качеством оборудования, предоставляемого органами социальной защиты

Keywords: children with disorders of the musculoskeletal system, individual approach, rehabilitation, technical means, medical and social expertise

* Исследование выполнено при финансовой поддержке РНФ в рамках научного проекта №18-18-00321.

В Российской Федерации наблюдается увеличение общего числа детей-инвалидов в последние годы. Дети с инвалидностью нуждаются в реабилитации и лечении, от качества и уровня реабилитационных мероприятий зависит восстановление функций организма и дальнейшая социализация. Важную роль в этих процессах играет использование реабилитационной техники и специализированного оборудования.

В федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду [1], входят далеко не все технические средства реабилитации, которые применяются на современном этапе развития технологий для реабилитации детей с детским церебральным параличом. Такая выборочность и ограниченность приводит к образованию несоответствия между потребностями семей в технических средствах реабилитации и предложениями государственной системы социального обеспечения. Это приводит к снижению эффективности социальной и медицинской реабилитации, повышению неудовлетворенности получателей социальных услуг.

Реабилитация детей с ограничениями жизнедеятельности – это сложный, долговременный, многоуровневый процесс, это огромный труд самого ребенка, родителей, которые являются экспертами в области социализации своих детей, их оптимизм и упорство. Статья 7, пункт 2 Конвенции ООН «О правах инвалидов» гласит, что *«...во всех действиях в отношении детей инвалидов первоочередное внимание уделяется высшим интересам ребёнка...»*. [2] Поэтому социальная работа с маломобильными детьми строится на комплексной реабилитации и опирается на принципы индивидуального подхода к каждому ребенку, его способностям и возможностям.

Исследование системы обеспечения техническими средствами реабилитации и потребностей детей с нарушением опорно-двигательного аппарата в оборудовании повседневного пользования проводилось среди родителей данной категории детей методом анкетирования (N=100) и медицинских работников разного уровня методом экспертного интервью (N=3). Активное участие родителей в опросе и подробные ответы специалистов позволили получить объемные данные по исследуемой проблеме. В исследовании приняли участие респонденты – жители г. Саратова (80% выборки) и Саратовской области (20% выборки). В опросе приняли участие семьи мальчиков – 43% и семьи девочек – 57%. При этом детей с тяжелой степенью заболевания – 45%, детей с легкой степенью нарушения развития – 18%. Это означает, что примерно половину выборки составили родители, дети которых самостоятельно себя не обслуживают, не сидят и не передвигаются.

При тяжелой форме ДЦП родители наиболее остро реагируют на качество оборудования, так как для их детей необходимы дополнительные приспособления, крепления и поддержки. При массовых закупках выигрывает поставщик с наименьшей стоимостью контракта при базовой комплектации изделия, поэтому респонденты нуждаются в технической подгонке средств реабилитации, предоставляемых Министерством социального развития. 57% из них производят подгонку самостоятельно, в контакте с производителем – лишь 4%, а с помощью врача – 2% респондентов. Не удалось технически подогнать изделие под индивидуальные особенности ребенка 2% опрошенных. В ходе исследования выяснилось, что в технической подгонке, в большей степени, нуждаются кресла-коляски комнатные (15%) и прогулочные (16%), опоры для стояния (10%), опоры для сидения (8%), ходунки (10%).

Практически 87% респондентов отметили потребность в специализированном оборудовании, не входящим в федеральный перечень [3]. Из этого числа семей приобретают оборудование за свой счет – 58%, посредством обращения в благотворительные фонды – 46%, за счет сбора пожертвований – 10%, берут в прокат – 49% семей. По данным опроса, респонденты нуждаются в специализированных средствах, не входящих в федеральный перечень ТСР, но не могут приобрести их самостоятельно и готовы взять ТСР, бывшие в употреблении.

По мнению 63% опрошенных, в Саратовской области не хватает сертифицированных специалистов-реабилитологов, которые имели бы профессиональную квалификацию в подборе оборудования для каждого конкретного ребенка. 83% отмечают необходимость дополнительного обучения специалистов.

Таким образом, родителям приходится самостоятельно производить техническую подгонку кресел-колясок, опор для стояния и сидения. Дети со средней и тяжелой степенью заболевания более нуждаются в оборудовании, не входящем в Федеральный перечень, и они вынуждены обращаться за помощью в благотворительные фонды. Большой проблемой является отсутствие в Саратовской области специалистов по подбору технических средств. Развитие Пункта проката технических средств, считают родители, намного облегчит процесс подбора приспособлений для реабилитации детей, а также даст возможность использования ТСР из Пункта проката во время ожидания собственных ТСР, обеспеченных органами социальной защиты. Информанты экспертных интервью отмечают некомпетентность специалистов, дезориентацию родителей, отсутствие межведомственного взаимодействия, противоречивость законодательной системы.

Проведенное исследование показывает низкий уровень обеспечения техническими средствами реабилитации и высокий уровень потребности маломобильных детей в индивидуализированной технике. Расширение федерального перечня технических средств реабилитации и внесение в него таких средств, как приспособление для купания, специализированные подъемники, велосипеды для реабилитации детей с детским церебральным параличом и другие тренажеры для повышения эффективности лечения данной категории детей, стало бы одним из решений проблемы обеспечения потребности детей с особенностями физического развития.

Поэтому, на наш взгляд, система обеспечения детей-инвалидов техническими средствами реабилитации на современном этапе требует пересмотра и доработки. Без соответствующего оборудования, кресел-колясок с индивидуальными креплениями, боковыми поддержками крайне сложно проходит процесс реабилитации и формирования самостоятельности ребенка в инвалидном кресле: его внимание сосредоточено на физическом дискомфорте.

Эффективный реабилитационный процесс возможен только при применении современных технологий в области реабилитационной техники, в том числе, предметов повседневного пользования. Необходимо учитывать индивидуальные особенности ребенка, наладить систему подбора технических средств реабилитации и систему обеспечения детей с нарушением опорно-двигательного аппарата необходимым оборудованием, которое будет способствовать их физическому развитию и, как следствие, повышению мобильности и адаптивности. Индивидуальный подход в подборе технических средств реабилитации мы рассматриваем как стратегию, способствующую повышению качества жизни и социальной интеграции детей-инвалидов.

Список литературы

1. Приказ Минтруда России от 24.05.2013 N 214н (ред. от 14.12.2017) Об утверждении классификации технических средств реабилитации (изделий) в рамках федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2005 г. N 2347-р/Электронный ресурс // <http://legalacts.ru/doc/prikaz-mintruda-rossii-ot-24052013-n-214n/> (дата обращения 21.04.18)

2. Конвенция о правах ребенка. Резолюция 44/25 Генеральной Ассамблеи от 20.11.1989 г. http://un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/childcon.shtml (дата обращения 26.06.18)

3. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 24 мая 2013 года N 214н «Об утверждении классификации

технических средств реабилитации (изделий) в рамках федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденного распоряжением Правительства РФ»

**ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕФЛЕКСИИ И
ОТНОШЕНИЯ К ТРУДУ ПЕДАГОГОВ ШКОЛЫ
ДЛЯ СЛАБОВИДЯЩИХ**
**FEATURES OF PROFESSIONAL REFLECTION AND ATTITUDES TO
WORK OF TEACHERS OF SCHOOL FOR THE VISUALLY IMPAIRED**

Е.Н. Башук, О.М. Орлова, П.А. Шкапина
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
E.N. Bashuk, O.M. Orlova, P.A. Shkapina
Lobachevsky University

Изучалась профессиональная рефлексия педагогов школы для слабовидящих детей. Установлена важная роль профессиональной рефлексии в трудовой мотивации и ответственном отношении к труду.

In this work the professional reflection of teachers of school for the visually impaired was studied. The important role of professional reflection in work motivation and responsible attitude to work was determined.

Ключевые слова: профессиональная рефлексия, профессиональная деятельность педагогов спецшкол, трудовая мотивация, профессиональное выгорание

Keywords: professional reflection, professional activity of teachers of special schools, work motivation, professional burnout

Образовательная деятельность педагогов в школах для детей с ограничениями по зрению требует особого психологического профессионализма, индивидуально-специфического восприятия действительности слабовидящих и способности к пониманию специфики их обучения и развития. Это определяет особые требования к профессионализации учителей и воспитателей специализированных школ, связанных с индивидуальным подходом в обучении, при этом необходимо учитывать, что методически и организационно условия труда сложнее, чем в общеобразовательных школах. Успешность профессиональной деятельности педагогов школ для слабовидящих детей зависит от адекватности восприятия педагогических ситуаций и внутренней готовности к профессиональному развитию и самосовершенствованию. Данные качества зависят от профессиональной рефлексии педагогов.

Значение рефлексии в становлении профессионализма доказано организационной практикой [1]. В нашей трактовке, профессиональная

рефлексия – это осознание себя в профессиональной сфере, внутренняя работа, определяющая профессиональный самоанализ, внутреннюю репрезентацию внешних событий, связанных с процессом труда, и оценку себя внутри этих событий. Цель данного исследования заключается в изучении взаимосвязи рефлексии с профессионально значимыми качествами педагогов спецшколы для слабовидящих детей. В качестве ключевых характеристик труда мы рассматриваем те, которые показывают отношение к профессиональной деятельности: трудовую мотивацию, перфекционизм и профессиональное выгорание.

Профессиональную рефлексию мы изучали с помощью разработанного нами метода «Оценка профессиональной рефлексии» [2]. В опроснике выделено 3 шкалы, относящихся к профессиональной рефлексии: межличностная рефлексия, трудовая рефлексия, организационная рефлексия; и 2 дополнительные: личностная рефлексия; самопрезентация. Личностная рефлексия – это внутренняя работа, направленная на самоанализ своей сущности, отображение в сознании и оценка своего поведения и деятельности. Под трудовой рефлексией понимается осмысление работником событий, возникающих в процессе труда, и отображение себя как субъекта труда, внутренняя сосредоточенность на своем профессиональном совершенствовании, контроль своих профессиональных недостатков, анализ успехов и неудач. Под межличностной рефлексией понимается представление и самоанализ педагогом своих отношений с коллегами, родителями и детьми, разработка внутренних стратегий межличностного взаимодействия и алгоритмов действий в предполагаемых ситуациях. Организационная рефлексия – это сосредоточенность на проблемах организации и себе как субъекте, который решает эти проблемы, стремление представить себя на месте руководителя, решающего задачи повышения эффективности работы организации. Под самопрезентацией имеется в виду демонстрация человеком стилей поведения, ожидаемых окружающими, стремление человека выглядеть в глазах других людей лучше, чем он есть на самом деле, самомониторинг и самоконтроль своего поведения в окружении значимых людей. Результаты психометрической проверки свидетельствуют о высокой надежности и валидности опросника.

В исследовании участвовали учителя специализированной школы для слабовидящих г. Нижнего Новгорода. Проведен сравнительный анализ различий между педагогами общеобразовательных школ и педагогами спецшколы для слабовидящих детей. Групповые показатели по изучаемым характеристикам соответствуют статистической норме, при этом установлены достоверные отличия при $p < 0,05$. Педагоги спецшколы, по сравнению с их

коллегами из общеобразовательных школ, демонстрируют меньшую выраженность симптомов эмоционального истощения при более высоком уровне перфекционизма. Это может свидетельствовать о большей адаптивности и более высокой степени ответственности педагогов спецшкол.

Анализ взаимосвязи профессиональной рефлексии и выгорания у педагогов спецшколы показал наличие отрицательных достоверных корреляций ($p < 0,02$). Установлено, что чем более выражена личностная и профессиональная рефлексия, тем менее выражены симптомы профессионального выгорания: эмоциональное истощение, деперсонализация, редукция профессиональных достижений. Это указывает на то, что учителя спецшколы, склонные к размышлениям о себе, анализу процесса своего труда и труда руководителя, более равнодушны к подопечным, родителям и коллегам, стремятся к их пониманию, проявляют большее стремление к профессиональной успешности. В целом, на основании полученных данных можно предполагать, что профессиональная рефлексия может препятствовать развитию эмоционального выгорания педагогов.

В профессиональной деятельности важным качеством личности является перфекционизм. Под перфекционизмом в отечественной и зарубежной литературе понимается стремление к совершенству, безупречности в деятельности. В исследуемых нами группах изучалась выраженность перфекционизма с помощью методики "Многомерная шкала перфекционизма" П. Хьюитта и Г. Флетта. Установлены достоверные корреляции ($p < 0,05$) перфекционизма, ориентированного на себя с личностной, межличностной и организационной рефлексией. Это может свидетельствовать о том, что рефлексивный опыт может способствовать развитию стремления к совершенству и готовности к работе с высокой степенью ответственности.

Нами изучались связи профессиональной рефлексии и трудовой мотивации, диагностику которой проводили с помощью методики «Оценка мотивационной готовности». Установлены достоверные корреляции ($p < 0,05$) организационной и трудовой рефлексии с такими составляющими отношения к труду, как мотивационная ответственность, готовность работать сверхурочно, стремление к повышению качества труда, готовность прилагать усилия для повышения результативности труда, следовать требованиям, готовность к межличностному взаимодействию для достижения максимального результата и к внедрению инноваций. В целом, на основании проведенного анализа можно констатировать, что проявления трудовой мотивации связаны с выраженностью профессиональной рефлексии у педагогов спецшколы.

На основании проведенного исследования можно констатировать, что применительно к практике работы педагогов спецшкол профессиональная рефлексия может способствовать большей ответственности в процессе труда и готовности к профессиональному самосовершенствованию.

Список литературы

1. Захарова Л.Н. Рефлексивное мышление: закономерности спонтанного использования и возможности развития // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. 2008. № 3. С. 17-23.

2. Орлова О.М. Роль профессиональной рефлексии в профилактике выгорания педагогов // Помогающие профессии: научное обоснование и инновационные технологии / Под общ. ред. проф. З.Х. Саралиевой. Нижний Новгород, 2016. С. 781-784.

ФОРМИРОВАНИЕ МОДЕЛИ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ДУБЕНСКОМ МУНИЦИПАЛЬНОМ РАЙОНЕ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ

THE FORMATION OF THE MODEL OF INCLUSIVE EDUCATION IN DUBNO MUNICIPAL DISTRICT OF THE REPUBLIC OF MORDOVIA

Д.А. Бистяйкина, Т.В. Соловьева

Национальный исследовательский

Мордовский государственный университет, г. Саранск

Н.М. Коломенцева

Администрация Дубенского муниципального района республики Мордовия,

с. Дубенки, Республика Мордовия

D.A. Bistiakina, T.V. Soloveva

National research Mordovia state University, Saransk

N.M. Kolomentseva

Administration of Dubenski municipal district of the Republic of Mordovia,

Dubenki, Republic of Mordovia

Речь идет о формировании модели инклюзивного образования на муниципальном уровне. Приводится пример инклюзивного образования на уровне района Республики Мордовия.

The article deals with the formation of the model of inclusive education at the municipal level. An example of inclusive education at the level of the region of the Republic of Mordovia is given.

Ключевые слова: инклюзивное образование, образование, межведомственное взаимодействие, модель, социальная работа, индивид, муниципальный уровень

Keywords: inclusive education, education, interdepartmental interaction, model, social work, individual, municipal level

Модернизация отечественной образовательной системы основывается на принципах индивидуализации и гуманизации и направлена на разработку моделей инклюзивного образования, которые наиболее полно отражают характер и содержание помощи детям с ограниченными возможностями здоровья. Для муниципальной образовательной системы внедрение модели инклюзивного образования является значимым социальным аспектом: начиная с соблюдения прав детей с ограниченными возможностями здоровья и заканчивая формированием для них доступной образовательной среды.

Целью формирующего эксперимента являлось проектирование модели инклюзивного образования на базе Дубенского муниципального района.

Задачи формирующего эксперимента:

- 1) спроектировать модель инклюзивного образования Дубенского муниципального района и рассмотреть условия ее эффективного внедрения;
- 2) определить критерии эффективности внедрения модели инклюзивного образования Дубенского муниципального района;
- 3) разработать рекомендации по проектированию и реализации муниципальной модели инклюзивного образования.

Проектирование муниципальной модели инклюзивного образования осуществлялось последовательно в несколько этапов. На первом этапе осуществлялось проектирование компонентов модели инклюзивного образования, прорабатывалась ее структура и проводился анализ условий эффективного внедрения в образовательную систему Дубенского муниципального района. На втором этапе разрабатывалась система критериев и показателей успешности внедрения модели инклюзивного образования в условиях муниципальной образовательной системы. На третьем этапе формировались рекомендации по реализации муниципальной модели инклюзивного образования.

Нами была разработана муниципальная модель инклюзивного образования Дубенского муниципального района Республики Мордовия, (основанная на модели, предложенной Н.А. Медовой), включающая целевой, управленческий, организационно-содержательный и результативно-критериальный компоненты (рисунок 1).

Целевой компонент обеспечивает направленность изучаемого процесса, определение целей, ожидаемых результатов. Целью моделирования является формирование доступного образования для детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях муниципальной образовательной системы.

Согласно цели спроектированной модели учебно-воспитательный процесс должен быть ориентирован на построение индивидуальной траектории получения образования ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

Управленческий компонент как элемент модели представлен двумя уровнями: муниципальным и уровнем образовательных организаций. *На муниципальном уровне выделены два подуровня:*

– организационно-методический подуровень включает организацию инклюзивного образования детей с ограниченными возможностями здоровья; научно-методическую поддержку специалистов сопровождения; создание алгоритма взаимодействия различных учреждений, осуществляющих психолого-педагогическое, медико-социальное сопровождение и ресурсное обеспечение ребенка с ограниченными возможностями здоровья;

– консультативный подуровень, реализуемый медико-психолого-педагогической комиссией Дубенского муниципального района, решающей вопросы определения образовательного маршрута детей с ограниченными возможностями здоровья, подбора приемлемого варианта инклюзии.

Уровень образовательных организаций тоже содержит в себе два подуровня:

– организационно-методический подуровень, реализующийся в организации доступного образования для детей с ограниченными возможностями здоровья в конкретной образовательной организации с учетом ее специфики, направленности, сложившихся традиций и т.п.; методическая поддержка специалистов, работающих с детьми с ограниченными возможностями здоровья;

– консультативный подуровень, реализуемый медико-психолого-педагогическим консилиумом на базе образовательных организаций, разрабатывающих индивидуальные программы развития детей с ограниченными возможностями здоровья и осуществляющих их медико-психолого-педагогическое сопровождение.

Организационно-содержательный компонент модели позволяет осуществить проектирование и структурирование содержания образования с учетом инклюзивного подхода. Данный компонент включает:

– полисубъектный компонент, определяющий деятельность специалистов при сопровождении ребенка с ограниченными возможностями здоровья в образовательном пространстве (создание специальной образовательной среды; формирование толерантности субъектов образовательного процесса по отношению к детям с ограниченными возможностями здоровья; формирование инклюзивной компетентности на курсах повышения квалификации у специалистов системы инклюзивного образования и др.);

– диагностический компонент, реализующий комплексный подход к изучению детей с ограниченными возможностями здоровья и позволяющий проектировать индивидуальный и коллективный маршруты их развития, что обеспечивает эффективность образовательного процесса;

– технологический компонент модели отражает совокупность форм, методов, приемов, технологий, средств инклюзивного образования в муниципальной образовательной системе;

– учебно-методический компонент, включающий содержание инвариативной и вариативной частей образовательной программы, коррекционного компонента урочной и внеурочной деятельности.

Результативно-критериальный компонент, отражающий критерии эффективности реализации муниципальной модели инклюзивного образования, включает в себя совокупность результатов реализации всех выше указанных компонентов в общей системе их взаимодействия, представляя, тем самым, степень конструктивности внедрения самой модели.

Образовательные организации Дубенского муниципального района, внедряющие модель инклюзивного образования, на основании решения ПМПК, особенностей психофизического развития и особых образовательных потребностей ребенка должны использовать в образовательном процессе следующие виды инклюзии (разработанные нами на основе базовых моделей интегрированного обучения, предложенных Н.Н. Малофеевым и Н.Д. Шматко): постоянная полная инклюзия, постоянная неполная инклюзия, постоянная частичная инклюзия, временная частичная инклюзия, эпизодическая инклюзия.

Частичная и временная инклюзия рассматриваются как переходный этап на полную форму обучения. Любой предложенный вариант предполагает: медико-психолого-педагогическое сопровождение (индивидуальные и подгрупповые занятия с дефектологами, психологами, логопедами и др.); выбор пакета коррекционных курсов в соответствии с инклюзивным компонентом образовательной организации. Данное направление направлено на компенсацию нарушений у детей с ограниченными возможностями здоровья и предоставление равных стартовых возможностей для всех обучающихся при включении в общеобразовательный процесс.



Рисунок 1. Модель инклюзивного образования Дубенского муниципального района Республики Мордовия

Внедрением муниципальной модели инклюзивного образования и дальнейшей ее реализацией должен заниматься Отдел образования администрации Дубенского муниципального района, назначающий муниципального координатора, в обязанности которого входит: планировать, организовывать и координировать работу по включению детей с ограниченными возможностями здоровья в инклюзивный образовательный процесс; организовывать подготовку специалистов для системы инклюзивного образования; координировать межведомственную работу по созданию условий для адаптации, обучения и социализации детей с ограниченными возможностями здоровья; проводить мониторинг эффективности системы инклюзивного образования Дубенского муниципального района.

По решению Отдела образования администрации Дубенского муниципального района внедрение инклюзивного образования на начальном этапе будет реализовано в следующих образовательных организациях: МБДОУ «Дубенский детский сад комбинированного вида «Солнышко», МБОУ «Дубенская СОШ», МБОУ «Поводимовская СОШ», МБУДО «Дубенский центр детского творчества», так как по итогам паспортизации на предмет доступности обучения для детей с ограниченными возможностями здоровья именно в этих образовательных организациях были выявлены наиболее благоприятные условия.

Таким образом, спроектированная муниципальная модель инклюзивного образования, основанная на целостности составляющих ее компонентов (целевого, управленческого, организационно-содержательного и результативно-критериального), раскрывает особенности построения системы инклюзивного образования в Дубенском муниципальном районе Республики Мордовия. Успешное внедрение данной модели основывается на реализации следующих условий: наличии необходимого нормативно-правового, материально-технического, учебно-методического, информационного обеспечения инклюзивного образования; успешного функционирования службы медико-психолого-педагогического сопровождения, продуктивного межведомственного взаимодействия по созданию условий для воспитания, обучения, адаптации и социализации детей с ограниченными возможностями здоровья.

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ
САМОРЕАЛИЗАЦИЯ ЛИЧНОСТИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В ИНКЛЮЗИВНЫХ ПРАКТИКАХ
SELF-REALIZATION OF THE INDIVIDUAL WITH DISABILITIES
IN INCLUSIVE PRACTICES**

П.А. Галушкин

*Московский педагогический государственный университет,
г. Москва*

Е.Д. Исаева

*Государственный гуманитарно-технологический университет,
г. Орехово-Зуево*

P.A. Galushkin

*Moscow Pedagogical State University,
Moscow*

E.D. Isaeva

*State University of Humanities and Technology,
Orekhovo-Zuevo*

Исследуется проблема самореализации личности с ограниченными возможностями здоровья. Обосновывается программа психологического сопровождения процесса самореализации личности с ограниченными возможностями здоровья в инклюзивных практиках. Приводится описание реализованных в исследовании инклюзивных практик. Проводится психологический анализ реализованной практики психологического сопровождения процесса самореализации личности с ограниченными возможностями здоровья в инклюзивных практиках. Обосновываются психологические приемы работы с молодыми людьми с ОВЗ по стимулированию у них процессов самореализации.

The article raise the problem of the self-realization of the individual with disabilities. Justified program of psychological accompaniment of the process of self-realization of the individual with disabilities in inclusive practices. Describes the implemented the study of inclusive practices. Conducted psychological analysis of realized psychological practices accompany the process of self-realization of the individual with disabilities in inclusive practices. Justified psychological techniques for working with young people with HIA processes them promotion fulfillment.

Ключевые слова: самореализация, потребность в самореализации, личность с ограниченными возможностями здоровья, инклюзивные практики, формы психологической работы с личностью с ОВЗ, референтная группа, самоуважение, самопринятие

Keywords: need for self-realization, self-realization, a person with disabilities, inclusive practices, forms of psychological work with personality with HIA, reference group, self-esteem, self-acceptance

Исследовательский интерес к проблеме самореализации личности резко возрос как в отечественной, так и зарубежной психологии. Это связано с пониманием ее определяющей роли в развитии личности, предъявлением более высоких требований к таким качествам человека, как способность к самообразованию, к саморазвитию и самосовершенствованию.

Современное российское общество заинтересовано в максимальной реализации каждой личностью своего потенциала, ориентировано на включение людей с ограниченными возможностями здоровья в активную социальную, профессиональную, культурную жизнь. Многие культурные практики – образование, профессиональная деятельность, творческая деятельность, досуг и другие – становятся инклюзивными.

В последние десятилетия по проблеме самореализации личности было проведено большое количество исследований [1-7]. Вместе с тем, недостаточно изучены психологические особенности самореализации личности с ограниченными возможностями. По данным статистики, в последние годы наблюдается неуклонный рост числа людей, имеющих ограничения по здоровью, в настоящий момент они составляют около 10% населения.

Мы исходим из утвержденного в психологии понимания самореализации как процесса актуализации имеющихся потенциалов, реализации жизненных планов в общественнозначимых формах жизнедеятельности на основе принятой личностью системы ценностных ориентаций и смыслов [5; 6; 8].

Авторы, занимающиеся исследованиями проблематики личностного роста людей с ограниченными возможностями, обращают внимание на тот факт, что самореализация для них продуктивнее протекает при помощи и поддержке близких людей и социального окружения [9; 10]. Исходя из этого положения нами была разработана и реализована программа психологического сопровождения самореализации личности с ограниченными возможностями здоровья. Цель программы состояла в создании условий для оптимального раскрытия личности и ее максимальной самореализации с учетом ограничения физических возможностей, вызванных частичной или полной потерей зрения. В рамках коррекционной работы нами решались следующие задачи:

- 1) коррекция самооотношения, самооценки, отношения к своим физическим ограничениям;
- 2) формирование самопрятия, самоуважения и ориентация на собственные силы;
- 3) ориентация субъекта на профессиональные, социальные и личностные достижения;
- 4) помощь в переосмыслении жизненных перспектив и планов;
- 5) вовлечение в активные общественные отношения;
- 6) повышение профессиональных компетенций;
- 7) стимулирование творческих проявлений.

Целью организованной нами группы взаимопомощи стало сплочение ее участников, обмен опытом преодоления бытовых, социальных и психологических затруднений, поиск оптимальных решений и путей

саморазвития. При организации группы взаимоподдержки мы столкнулись с необходимостью учитывать возрастные характеристики участников, численный состав участников группы, однородность группы по степени выраженности дефекта. Ключевым моментом становления группы взаимоподдержки является первая встреча. На первой встрече нами было организовано знакомство и импровизированная самопрезентация участников. Важной целью ведущего группы стало создание благоприятной психологической атмосферы и доступной среды. Наилучшим вариантом для первой встречи выступило размещение участников за круглым столом. Условием успешности действия группы взаимоподдержки людей с нарушениями зрения является интеграция в нее самого ведущего группы. Одним из удачных вариантов решения этой проблемы может стать привлечение со-ведущего из числа участников группы. Основными критериями для такого выбора выступает его активная позиция, коммуникабельность, жизненный опыт, психологическое или педагогическое образование.

Дальнейшей нашей задачей стало проведение мероприятий, направленных на сплочение группы, формирование общности с едиными целями и взглядами. Для этого на второй встрече мы уделили особое внимание решению формальных вопросов. В ходе занятия, организованного в игровой форме, группой были приняты правила группы, установлена частота встреч. Эффективным средством сплочения выступило совместное обсуждение и утверждение направлений работы, выбор названия, миссии и девиза.

Последующая работа по психологическому сопровождению процесса самореализации личности с ограниченными возможностями здоровья проходила по нескольким направлениям.

Большое внимание мы уделили тренингам общения. Для этого нами были адаптированы известные программы тренинга общения.

Как показала наша практика, после недолгой работы в группе сформировалась благоприятная психологическая атмосфера, участники включились в активную деятельность, стала фиксироваться все большая потребность в саморазвитии членов группы, которая удовлетворялась по мере возможности. В качестве критериев оценки эффективности работы группы нами рассматривались как результаты психодиагностики (динамика уровня самооценки, уровня притязаний, общего уровня самоактуализации), так и индивидуальные достижения участников группы в творческих конкурсах.

В качестве меры поддержки молодежи с нарушениями зрения мы реализовали инклюзивные проекты. В рамках инклюзивных спортивных проектов «Марафон в темноте» и «Инклюзивный голбол» молодые люди с инвалидностью получили возможность заниматься спортом, тренироваться и

участвовать в соревнованиях. Все тренировки проходили с участием волонтеров.

Другим инклюзивным направлением стали творческие проекты «Инклюзивный танец», творческий фестиваль «Особые таланты». Благодаря совместной деятельности незрячие воспитанники находят и реализуют себя в творческой сфере, становятся лауреатами конкурсов и фестивалей.

Еще одним способом поддержки личностного роста людей с инвалидностью стало направление «Инклюзивное волонтерство». Его суть состоит в привлечении людей с инвалидностью в волонтерскую деятельность. Инклюзивные волонтеры получают возможность реализоваться в социальной сфере, получить позитивную оценку своей деятельности, внести вклад в решение социально-значимых проблем.

Результаты реализации программы:

- положительное влияние на процесс личностного роста и самореализации молодых людей с ограниченными возможностями здоровья;
- налаживание взаимодействия молодых людей с ограниченными возможностями здоровья с социумом;
- преодоление социокультурной депривации;
- решение таких актуальных психологических проблем, как преодоление пассивности, зависимости, недооценки собственных возможностей, неуверенности в себе.

Регулярно проводимые нами психодиагностические обследования и социологические опросы показывают, что интерес к осуществляемым по данной программе мероприятиям высок, и в них вовлекаются новые молодые люди с ограниченными возможностями здоровья.

Список литературы

1. Асмолов А.Г. Психология личности: культурно-историческое понимание развития человека. М.: Смысл, 2007. 528 с.
2. Братусь Б.С. Аномалии личности. М.: Мысль, 1988. 301с.
3. Исаев Е.И., Галушкин П.А. Психологические типы самореализации личности с ограниченными возможностями здоровья // Акмеология. Научно-практический журнал. 2015. № 2 (54). С. 84-89.
4. Коростылева Л.А. Психология самореализации личности с затруднения в профессиональной сфере. СПб.: Речь, 2005. 222 с.
5. Кудинов С.И., Крупнов А.И. Системная модель самореализации личности // Вестник Российского университета дружбы народов. М.: РУДН, 2008. № 1. С. 28-37.

6. Леонтьев Д.А. Самореализация и сущностные силы человека // Психология с человеческим лицом: гуманистическая перспектива в постсоветской психологии. М.: Смысл, 1997. С. 156-176.

7. Маслоу А. Дальние пределы человеческой психики. СПб.: Евразия, 2002. 432 с.

8. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. М.: Прогресс, 1994. 251 с.

9. Мещеряков А.И. Слепоглухонемые дети. Развитие психики в процессе формирования их поведения. М., Педагогика, 1974. 327 с.

10. Суворов А.В. Акмеологическая направленность совместной педагогики // Акмеология. Научно-практический журнал. 2002. №1(2). С. 50-54.

БАРЬЕРЫ НА ПУТИ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ ВУЗАХ РОССИИ И ВЕЛИКОБРИТАНИИ И МЕРЫ ПО ИХ УСТРАНЕНИЮ

BARRIERS TO INCLUSIVE EDUCATION IN MODERN UNIVERSITIES IN RUSSIA AND THE UK AND MEASURES TO ELIMINATE THEM

Н.А. Глазунова

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

N.A. Glazunova

Lobachevsky University

Раскрываются понятия инвалидности, инклюзивного образования для лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), его преимуществ на всех ступенях, в частности, высшей. Рассматриваются проблемы инклюзивного образования в российских и британских вузах, а также способы их решения.

The article reveals the notion of disability, inclusive education for people with special educational needs and disability (SEND), its advantages at all educational stages, in particular, higher. The author deals both with problems of inclusive education in Russian and British higher educational establishments and ways of solving them.

Ключевые слова: инвалидность, инклюзия, высшее образование, лица с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), неполноценность, барьеры, образовательная среда

Keywords: disability, inclusion, higher education, people with special educational needs and disability (SEND), deficiency, barriers, educational environment

Согласно Всемирной организации здравоохранения, инвалидность – это термин, объединяющий различные нарушения, ограничения активности и возможного участия в жизни общества. Это сложный феномен, отражающий взаимодействие между особенностями человеческого организма и особенностями общества, в котором этот человек живет.

Задача любого современного общества – создание условий для людей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) «безбарьерного» существования без ощущения духовной, физической и психологической ущербности.

Огромную роль в социализации человека с ОВЗ играет образование. Именно через обучение ребенок «входит» в интеллектуальный, физический, духовный и социальный мир. Существует несколько форм адаптации ребенка-инвалида к социальной среде, такие как специальное образование, интеграция, инклюзия. Последняя форма обучения, которой посвящен данный материал, вызывает большой интерес в последнее время и является предметом неоднозначных дискуссий.

«Инклюзивное образование – это такая форма организации процесса обучения, при которой все дети, независимо от их физических, психических, интеллектуальных, культурно-этнических, языковых и иных особенностей, включены в общую систему образования и обучаются вместе со своими сверстниками без инвалидности в одних и тех же образовательных учреждениях» [1]. К преимуществам инклюзивного образования относят создание гибкой образовательной среды, обучение в условиях общих классов с предоставлением психолого-педагогической поддержки профильными специалистами, формирование навыков толерантности, равные возможности для лиц с ОВЗ трудоустройства и профессиональной реализации, создание общества равных возможностей.

В то же время, анализируя вышеперечисленные плюсы в контексте российской образовательной реальности, невозможно не отрицать факта наличия существенного количества барьеров, препятствующих полноценной реализации инклюзии на всех ступенях образовательной системы. Так, О.В. Зинкевич, В.В. Дегтярева, В.И. Зиновьев утверждают, что «современная система высшего образования является отражением современных трансформаций в сторону менеджеризации, борьбы за альтернативные ресурсы, рационализации отношений между участниками образовательного процесса, сокращения профессиональной автономии и пр. В такой ситуации инклюзивное высшее образование выглядит «нерентабельным», поскольку конечная цель – трудоустройство людей с инвалидностью и ОВЗ – проблематична. А значит, теряется сам смысл профессионального образования» [2].

По мнению Н.И. Шуваловой, существуют следующие проблемы в высшей школе: отсутствие гибких образовательных стандартов, отсутствие специальной подготовки педагогического состава вуза, отсутствие у преподавателей представлений об особенностях психофизического развития лиц с ОВЗ, недостаточное материально-техническое оснащение, отсутствие в

штатном расписании вуза педагогических ставок (сурдопедагоги, логопеды, педагоги-психологи, тифлопедагоги) и медицинских работников [3].

В Великобритании инклюзивное образование в высшей школе тоже сопряжено с рядом препятствий. Кейт Дарси в своей статье «Сложности в обучении инклюзии в высшей школе» выделяет следующие проблемные зоны: психомедицинское наследие (индивид рассматривается как «другой», или «неполноценный»), допускается потребность специального образования), учебные программы, стратегии по улучшению образования, критический анализ изучения инвалидности (политический отклик на дискриминационные последствия психомедицинской модели, которая послужила основой понятий «другой», или «неполноценный») [4].

По результатам исследования Л. Кендал британские студенты с инвалидностью сталкиваются с такими трудностями, как физическая среда (отсутствие необходимых вспомогательных технических средств), поведенческие барьеры (негативное отношение со стороны студентов без ОВЗ), неосведомленность преподавательского состава о различных потребностях студентов-инвалидов, сложности с формами оценки (например, экзамен воспринимается как слишком жесткая процедура; во время экзамена многие студенты-инвалиды изолированы от студентов без инвалидности, что влечет за собой стигматизацию, накладывая на студента с ОВЗ ярлык «другой», «неполноценный») [5].

Как мы видим, проблемы инклюзивного образования в России и Великобритании многочисленны и зачастую схожи. Это можно объяснить тем, что инклюзивное образование как приоритет социальной политики обоих государств был определен сравнительно недавно (в России – в 2008 г., в Великобритании – в 1990-е г.), тем самым предполагая серьезные изменения, своего рода «ломку системы», которая не может не проходить «безболезненно».

Меры по устранению этих проблем также многочисленны. В обеих странах разрабатываются и реализуются программы и проекты. В 2010 г. в Великобритании был инициирован и запущен проект на базе Академии высшего образования, в котором участвовало 15 вузов страны. Цель проекта – выявить основные проблемы и разработать стратегии по их преодолению. Этот проект, как и многие другие, послужил толчком сетевого, вузовского плодотворного взаимодействия, создания центров содействия лицам с ОВЗ.

В России также создаются ресурсные учебно-методические центры по обучению инвалидов и лиц с ОВЗ (РУМЦ). Согласно заявлению директора Департамента государственной политики в сфере высшего образования Минобрнауки России А.Б. Соболева, в 2017 г. на базе подведомственных Минобрнауки России вузов было создано 13 РУМЦ. Помимо этого, в рамках

сетевого взаимодействия по вопросам повышения качества высшего образования для лиц с инвалидностью заключены соглашения с 190 вузами.

Таким образом, вопрос инклюзии в высшем образовании постепенно переходит из разряда дискуссий в разряд действий. Хочется верить, что это – положительная тенденция, которая повлечет положительные изменения, так необходимые для людей с ОВЗ. Именно школа на любом ее этапе является «проводником» ребенка в «большой мир». То, как ребенок «пройдет этот путь», определяется его дальнейшее пребывание в этом мире. Задачей же общества в целом и каждого его представителя, в частности, – сделать этот путь настолько «бестернистым», насколько это возможно.

Список литературы

1. Инклюзия – право и принципы – РООИ «Перспектива» //perspektiva - inva.ru/en/inclusive-edu/pravo/principles-and-law
2. Зинкевич О.В., Дегтярева В.В., Зиновьев В.И. Инклюзивное образование в высшей школе: современные вызовы / О.В. Зинкевич, В.В. Дегтярева, В.И. Зиновьев // Власть. 2016. №5. С. 5.
3. Шувалова Н.И. Проблемы развития инклюзивного образования/ Н.И. Шувалова // Вестник современной науки. 2016. №5. С. 147.
4. D'Arcy K. The Complexities of Teaching 'Inclusion' in Higher Education/ K. D'arcy// <https://www.beds.ac.uk/jpd/volume-4-issue-2/complexities-of-teaching-inclusion-in-he>
5. Kendall L. Higher education and disability: Exploring student experiences/ L. Kendall// <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/2331186X.2016.1256142>

УСЛОВИЯ И ПРОБЛЕМЫ РЕАЛИЗАЦИИ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ (РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ)

CONDITIONS AND PROBLEMS OF INCLUSIVE EDUCATION OF CHILDREN WITH DISABILITIES AT NURSERY SCHOOLS (A REGIONAL ASPECT)

Е.В. Глушкова

Ивановский государственный университет, г. Иваново

E.V. Glushkova

Ivanovo State University, Ivanovo

На основании результатов исследования, проведенного среди воспитателей детских садов, рассматривается специфика условий реализации инклюзивного образования в дошкольных образовательных учреждениях города Иванова и возникающих при этом проблем.

The article deals with conditions and problems of inclusive education of children with disabilities at nursery schools at Ivanovo, it's based on sociological research among the nursery-school teachers.

Ключевые слова: инклюзивное образование в дошкольных образовательных учреждениях, дети с ограниченными возможностями здоровья, воспитатели детских садов

Keywords: inclusive education at nursery schools, children with disabilities, nursery-school teachers

Сфера образования в современном социуме является одной из ключевых, от успешности ее функционирования во многом зависит личностное развитие человека. Современная система образования должна соответствовать индивидуальным образовательным потребностям каждого ребенка, пристальное внимание должно уделяться тем, у кого есть особенные потребности. Дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) требуют от образовательного учреждения особого подхода, обеспечить который призвана система инклюзивного образования. Системное внедрение практики инклюзии происходит в России достаточно неравномерно: в отдельных регионах достигнуты большие успехи, в других – идет процесс становления. Общеизвестно, что успешность адаптации и социализации в обществе ребенка с ОВЗ во многом зависит от раннего начала психолого-педагогической работы с ним, в том числе в образовательных учреждениях.

Актуальным представляется изучение регионального аспекта условий и проблем реализации дошкольного инклюзивного образования. Объектом исследования стали педагоги МБДОУ различных типов г. Иванова, работающие в инклюзивных и обычных группах, предметом – условия реализации дошкольного инклюзивного образования и отношение педагогов к проблемам его реализации.

В задачи исследования, проводившегося на базе 41 учреждения, входило изучение контингента педагогических кадров. Мы выявили, что его составляют исключительно женщины, преобладают респонденты старше 40 лет, имеющие высшее образование и средний стаж работы 12 лет. Специальную подготовку для работы с детьми с ОВЗ имеют более 50% педагогов, работающих в инклюзивных группах. Все воспитатели по типам учреждений распределились следующим образом: более половины трудятся в МБДОУ «Детский сад», около 25% – в садах комбинированного типа, по 15% – в центрах развития ребенка и садах общеразвивающего вида. В каждой инклюзивной группе есть один или двое детей с ОВЗ.

Для развития и воспитания детей сады на достаточном уровне обеспечены спортивным инвентарем, игровым оборудованием для улицы и групп, дидактическим и раздаточным материалами, электроникой,

медицинским оборудованием, за исключением специального медицинского оборудования (только 25%).

Очень важно, чтобы занятия с педагогами и специалистами детского сада проходили в оптимальных для детей условиях: физкультура и музыкальные занятия – в специальных залах, логопедические – в специальных кабинетах, развивающие – в группах и т.д. Обнаружено, что чем выше категория сада, тем лучше его оснащенность; обеспеченность специальными кабинетами выше в МБДОУ, реализующих инклюзивное образование.

Медицинский персонал постоянно приходит и отслеживает здоровье детей и обстановку в инклюзивной группе в 68,7% случаев.

В учреждениях, где есть инклюзивные группы, наблюдается дефицит специалистов узкого профиля (психолога, педиатра, логопеда), особенно в садах III категории, еще хуже ситуация там, где таких групп нет. Специалисты, если таковые имеются, посещают группы не менее двух раз в неделю, в инклюзивных группах эти показатели выше.

Педагоги в группе в основном работают в соответствии с программой, принятой в детском саду (80%), некоторые специалисты дополняют ее своими разработками или различными нововведениями, не принятыми в данном саду (чаще педагоги обычных групп).

В исследуемых учреждениях к коррекционно-развивающим программам обращаются педагоги как инклюзивных, так и обычных групп, но в первых к этому прибегают постоянно и часто, что закономерно.

МБДОУ реализуют предусмотренные планом работы мероприятия по сплочению детей в коллективе: совместные игры, соответствующие групповые занятия, беседы с воспитанниками, тематические прогулки и др. В инклюзивных группах предусмотрено чуть меньше бесед, межгрупповых и общесадовых мероприятий, больше – совместных походов в кино, театр, тематических групповых занятий. В инклюзивных группах пока реже реализуются активные мероприятия за пределами группы/сада.

Взаимодействие с детьми в инклюзивных группах педагоги организуют различными способами: со всей группой сразу и по подгруппам (по 43,8%) в старших и средних группах, индивидуально (12,5%) в младших группах.

Для повышения мотивации детей к деятельности воспитатели используют показ на собственном примере, соревновательный момент, поощрение, объяснение необходимости выполнения задания.

По мнению 33,3% опрошенных педагогов инклюзивных групп, они полностью реализуют принцип индивидуального подхода в работе с детьми, 66,7% полагают, что реализуют его в большей степени, показатели реализации прямо зависят от стажа работы педагогов и их возраста.

Для успешности педагогической деятельности 25% воспитателей инклюзивных групп постоянно внедряют новые формы работы, 43,8% – делают это время от времени, 31,2% – стараются придерживаться уже наработанных форм. Инновационная активность респондентов с возрастом снижается.

Большинство педагогов 2-3 раза в неделю занимаются с детьми дополнительно, чем больше детей с ОВЗ в инклюзивных группах, тем реже проводятся дополнительные занятия.

Ситуация взаимодействия педагогов с родителями воспитанников неоднозначна. В большинстве случаев педагог редко советуется с ними по поводу планирования своей деятельности; родители редко помогают воспитателям в реализации их идей; но, по мнению самих родителей, они довольно часто участвуют в образовательном процессе своих детей.

Педагоги инклюзивных групп достаточно активны в деле повышения своего профессионального уровня: половина из них по собственной инициативе активно читает специальную литературу и советуется со специалистами.

Ситуация сотрудничества детских садов, где есть инклюзивные группы, с другими учреждениями, реализующими инклюзивное образование, оставляет желать лучшего: довольно часто они сотрудничают с другими дошкольными образовательными учреждениями, реже – с образовательными центрами, еще реже – со школами.

По мнению педагогов инклюзивных групп, основными факторами, которые мешают созданию полноценных условий для обучения и воспитания детей в садах, являются недостаточное материальное стимулирование педагогических кадров и недостаточность материально-технической базы сада.

Отношение к инклюзивному образованию в обществе и в педагогическом сообществе неоднозначно. Как показало наше исследование, воспитатели обычных и инклюзивных групп сошлись во мнении, что отстающие дети не тормозят развития остальных в группе. Педагоги инклюзивных групп склоняются к мнению, что такие группы создавать нужно и практика включенного воспитания должна быть, поскольку инклюзия обогатит опыт общения детей с ОВЗ, научит людей терпимости, поможет людям с ОВЗ лучше адаптироваться в обществе, поможет родителям таких детей в их воспитании, обогатит опыт общения детей, не имеющих никаких нарушений. Педагоги обычных групп в большинстве своем считают, что практиковать такую систему все-таки не стоит.

Система инклюзивного образования города, по мнению большинства опрошенных независимо от специфики их деятельности, вполне доступна большей части детей с ОВЗ, но пока недостаточно развита.

РЕСУРСЫ ФОТОГРАФИИ В ПРЕОДОЛЕНИИ КОММУНИКАТИВНЫХ ТРУДНОСТЕЙ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ И ПОЖИЛЫХ¹

THE RESOURCES OF PHOTOGRAPHY IN OVERCOMING THE COMMUNICATIVE DIFFICULTIES OF PEOPLE WITH DISABILITIES AND THE ELDERLY

С.А. Григорьева
*Саратовский государственный
технический университет им. Ю.А. Гагарина, г. Саратов*
S.A. Grigoryeva
Yuri Gagarin State Technical University of Saratov, Saratov

Освещаются инновационные практики в социокультурной и психологической помощи людям с инвалидностью. Акцент сделан на коммуникативных проблемах и способах их преодоления. Описаны ресурсы фотографии в создании позитивного образа человека с инвалидностью.

The article is devoted to innovative practices in sociocultural and psychological assistance for people with disabilities. The emphasis is on communicative problems and ways to overcome them. Describes the resources of photography in creating a positive image of a person with a disability.

Ключевые слова: фототерапия, инвалидность, ресурсы, арт-терапия, социальная реабилитация

Keywords: phototherapy, disability, resources, art therapy, social rehabilitation

В связи с явным увеличением численности людей с ограниченными возможностями представляется актуальным решение проблем данной группы. Среди многочисленных проблем, с которыми сталкивается человек с ограничениями здоровья, обратим внимание на трудности в сфере общения. Общение, как известно, является одной из главных потребностей человека и формируется с момента рождения. Однако, человек с инвалидностью, исходя из действующей медицинской модели инвалидности, сталкивается с барьерами на пути к общению с ровесниками. В связи с этим наш интерес будет концентрироваться на творческих технологиях (в частности фотографии) как способа преодоления этих барьеров.

Современные исследователи, формируя опыт и базу российских визуальных исследований, выделяют семиотический и инструментальный подходы к пониманию фотографии и фотографического опыта. В рамках первого подхода исследователи Мещеркина-Рождественская Е. [8, с. 45], Захарова Н.Ю. [5, с. 147], Петровская Е. [9], определяют социальные значения и

¹ Исследование выполнено при финансовой поддержке РФН в рамках научного проекта №18-18-00321.

смыслы культурных проявлений в их визуальной символике. Фотографическому опыту и его структуре посвящены работы Барта Р., Бойцовой О., Круткина В. Исследователи часто воспринимают фотографию как текст [2, с. 416]. Однако, на важность комментариев и самого повествования указывают Власова Т., Платонова А., Малес Л.[7, с. 168]. Учеными также определены социальные функции фотографии и фотографического опыта (Паченков О., Бурдые П.) Одна из них – привлечение внимания общественности к социальным проблемам. Воплощением этой функции является социальная фотография (Самутина Н., Воронкова Л., Высоков А., Останина Я., Климов О.), при помощи которой можно не только обратить внимание на проблему инвалидности (Наберушкина Э., Тарасенко Е., но и изменить общественное мнение об инвалидах путем формирования позитивного образа (Ярская – Смирнова Е.Р., Ворона М., Карпова Г.Г. [11, с. 211]). Однако, позитивное мнение может складываться не только через воздействие СМИ, но и через межличностное общение в процессе совместной творческой деятельности. Возможности фотографии в этом процессе описаны Джуди Вайзер [3] и Копытиным А.

Создание равных возможностей для инвалидов и их эффективная реабилитация как направления социальной политики связаны с обеспечением доступности для людей с ограниченными возможностями в такой же степени, как и для остальной части общества, не только образования и работы, но и различных форм культурной деятельности (социально-культурная реабилитация). Инвалидам нужны, в первую очередь возможности, хотя бы в сфере свободного времени, чтобы доказать себе и обществу право на активную жизнь – в умственном, физическом и творческом планах. Необычайно важное значение в этом смысле имеет искусство, чей реабилитационный потенциал не вызывает сомнений.

Главная проблема людей с ограниченными возможностями заключается в нарушении их связи с миром, в ограниченной мобильности, бедности контактов, в ограниченном общении с природой, недоступности ряда культурных ценностей, а иногда и образования. Эта проблема является следствием не только субъективного фактора, каковым является состояние физического и психического здоровья, но и результатом социальной политики и сложившегося общественного сознания, которые санкционируют существование недостаточно доступной для инвалида архитектурной среды, общественного транспорта, социальных служб.

По мнению Кульковой Е.Я., люди, имеющие инвалидность, могут быть также способны и талантливы, как и другие, не имеющие проблем со здоровьем, но обнаружить свои дарования, развить их, приносить с их

помощью пользу обществу им мешает неравенство возможностей [1, с. 315]. Инвалиды – не пассивные объекты социальной помощи, а развивающиеся личности, которые имеют право на удовлетворение разносторонних социальных потребностей в познании, общении, творчестве.

Акатов Л.И. выделяет следующие группы трудностей [1, с. 313], которые чаще всего наблюдаются в общении, это:

— трудности, возникшие в связи с дефектами развития ребенка (нарушение речевого развития, умственная отсталость, задержки психического развития и др.);

— трудности общения, порожденные социальными факторами (социальная изоляция и депривация, педагогическая запущенность, трудновоспитуемость и др.);

— трудности, обусловленные индивидуально-типологическими особенностями (темперамента, характера, эмоциональных состояний и др.).

Коррекционные возможности искусства по отношению к человеку с ограниченными возможностями здоровья связаны, прежде всего, с тем, что оно является источником новых позитивных переживаний, рождает новые креативные потребности и способы их удовлетворения в том или ином виде искусства. А повышение эстетических потребностей с различной недостаточностью, активизация потенциальных возможностей в практической художественной деятельности и творчестве — это и есть реализация реабилитационной функций искусства.

Однако, например, фотографию можно рассмотреть не только как искусство, но и как инструмент психотерапевтического воздействия. Направление психологии, занимающееся развитием данной возможности фотографии, называется фототерапией. Копытин А.И. понимает под фототерапией «лечебно-коррекционное применение фотографии, ее использование для решения психологических проблем, а также развития и гармонизации личности» [10, с. 9]. Джуди Вайзер конкретизирует понятие фототерапии и определяет его следующим образом: «Фототерапия подразумевают использование личных снимков и семейных фотографий клиентов, а точнее, чувств, воспоминаний, мыслей и информации, которые ими порождаются, в качестве катализаторов терапевтической коммуникации. Фототерапию можно рассматривать как взаимосвязанную систему техник консультирования, базирующихся на фотографии. Эта система техник используется подготовленными психотерапевтами как часть психотерапевтической практики, для того чтобы лучше понять и изучить жизнь клиентов, помогая им узнать и изменить себя» [10, с. 9]. Поэтому для фототерапии неважно умение фотографировать и эстетическая значимость

фотографии снижается. В отличие от занятий фотокружка или художественной студии, где люди могут обучаться искусству фотографии, фототерапия ориентируется на исследование уникальной жизненной истории клиента, его потребностей и системы отношений. Она фокусируется «на выражении различных содержаний внутреннего мира клиента и достижение благодаря этому изменений в структуре его опыта, установка и взглядах на себя и окружающий мир» [6, с. 4]. Поскольку фотография скорее «фотография-коммуникация» [4], чем фотография-искусство, для фототерапии не требуется никакой предшествующий опыт работы с фотокамерой или знание фотоискусства. Таким образом, цель фототерапии – не обучение клиента, но восстановление и укрепление его здоровья и улучшение качества жизни.

Многим удобнее выражать свои чувства и мысли через образы; именно поэтому фототерапия является для образно-мыслящих людей одним из важнейших средств самоорганизации и саморегуляции. Образ на фотографии в рамках фототерапии служит объектом для переноса внутреннего негативного состояния (страх, боль, гнев, тревога), либо средством для выражения положительных чувств и эмоций (радость, умиротворение, любовь). Немаловажно и то, что фотография как таковая может служить средством для установления над своими эмоциями и чувствами контроля – т.е. преобразования их в нужном направлении.

Возможности фотографии, как исцеляющего и развивающего средства нередко, проявляются в ходе самостоятельных занятий фотоделом или бытовой съемкой. На сегодняшний день нам было бы трудно представить свою жизнь без фотографии, сопровождающей человека с момента его рождения. Для большинства людей фотоснимки являются ценными документами, свидетельствами их личной истории. Они способны сближать людей и рассказывать гораздо больше чем многословное повествование. Конкретность и наглядность фотографий делает их пучком реальности и материальным воплощением наших чувств и желаний, а также средством сохранения и передачи опыта. Фотографируя друг друга и окружающий мир, мы способны ощутить радость игры и творческого отношения к жизни. Это способ формирования новой реальности.

Список литературы

1. Акатов Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. С. 313.
2. Барт Р. Фотографическое сообщение // Система моды: Статьи по семиотике культуры. М.: Изд-во им. Сабашниковых, 2003. С. 416-426.

3. Вайзер Джуди. Техники фототерапии в психологическом консультировании // Доступно по адресу: <http://www.paracels.ru/statyi/statyi30.html> Обращение к ресурсу 11.05.2018 г.

4. Вайзер Джуди Сущность и техники фототерапии // Доступно по адресу: <http://www.paracels.ru/statyi/statyi31.html> Обращение к ресурсу 11.05.2018 г.

5. Захарова Н.Ю. Фотография как объект социологического анализа//Журнал социологии и социальной антропологии.2008. Том XI. № 1. С.147-161.

6. Копытин А.И. Фототерапия // Школьный психолог. 2008. № 4.

7. Малес Л. Фотография в социологических дисциплинах.//Визуальная антропология: новые взгляды на социальную реальность: Сб. научн. ст. / Под ред. Е.В. Ярской-Смирновой, П.В. Романова, В.Л. Круткина. Саратов: Научная книга, 2007. С. 168-182.

8. Мещеркина-Рождественская Е. Визуальный поворот: анализ и интерпретация изображений // Интер. 2007. № 4.

9. Петровская Е. Фотография. Доступно по адресу //<http://www.club366.ru/books/html/47530.shtml> Обращение к ресурсу 2.05.2018 г.

10. Фототерапия: Использование фотографии в психологической практике / Под ред. А.И. Копытина. М.: Когито-центр, 2006. С. 9.

11. Ярская-Смирнова Е., Карпова Г., Ворона М. Другой формат: (пере)определение инвалидности посредством культуры // Итоговый сборник материалов проекта «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации». М., Папирус, 2009. С. 211.

**МЕРЫ ПОДДЕРЖКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
ОБУЧАЮЩИХСЯ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ.
ОПЫТ УНИВЕРСИТЕТА ЛОБАЧЕВСКОГО**

**MEASURES TO SUPPORT THE PROFESSIONAL DEVELOPMENT
OF DISABLED STUDENTS.
THE EXPERIENCE OF LOBACHEVSKY STATE UNIVERSITY**

А.А. Ермаков, М.В. Лаптева, Е.О. Климец
Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

А.А. Ermakov, M.V. Lapteva, E.O. Klimets
Lobachevsky University

Затрагивается проблема трудовой занятости лиц с инвалидностью. Авторами рассмотрены основные шаги, реализуемые государством для повышения уровня занятости лиц с инвалидностью, а также представлен опыт по оказанию мер поддержки профессионального становления и развития обучающихся с ОВЗ и инвалидностью на примере Университета Лобачевского.

The article deals with the problem of employment of disabled persons. The authors considered the main steps implemented by the state to increase the employment of disabled persons, as well as the experience in providing support for the professional development of students with HIA and disability in the example of Lobachevsky State University.

Ключевые слова: Трудовая занятость инвалидов, образование лиц с инвалидностью, меры поддержки инвалидов

Keywords: employment of disabled persons, education of disabled persons, supporting measures for disabled people

Улучшение социального самочувствия инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья является одним из важнейших направлений внутренней политики нашего государства. [1]

В 2012 г. Российская Федерация ратифицировала Конвенцию ООН о правах инвалидов. Основным инструментом для реализации ее положений стала государственная программа «Доступная среда», в которой впервые была поставлена задача системно подойти к решению проблем данной категории граждан. [1]

Одним из основных и неотъемлемых условий успешной социализации детей-инвалидов, обеспечения их полноценного участия в жизни общества, эффективной самореализации в различных видах профессиональной и социальной деятельности выступает получение качественного доступного общего, а затем и профессионального образования. [2]

Для решения проблемы социальной эксклюзии [3] и обеспечения возможностей профессиональной самореализации инвалидов в стране создается определенная система поддержки профессионального развития людей с инвалидностью, формируются федеральные и региональные программы, социально-культурные проекты, освещаются проблемы инвалидности в СМИ.

К настоящему моменту в РФ уже предприняты значительные шаги для улучшения занятости лиц с инвалидностью:

- обустройство специальных рабочих мест для инвалидов; в 2013-2015 гг. создано 44,2 тыс. таких рабочих мест [4];

- установка квот на прием инвалидов, что повышает их шансы на трудоустройство;

- создана общероссийская база вакансий «Работа в России» с разделом для инвалидов;

- на сайте hh.ru есть вакансии, которые маркируются работодателями специальным знаком «Доступно для соискателей с инвалидностью»;

- запущен федеральный реестр инвалидов, позволяющий выявлять лиц, столкнувшихся с трудностями при трудоустройстве [5].

На 1 января 2017 г. доля работающих инвалидов трудоспособного возраста составляла около 32%, инвалидов молодого возраста – 31,2%, что в два раза ниже общего показателя трудоустройства лиц трудоспособного возраста, не имеющих инвалидности [6]. Имела место ситуация, когда из общего числа инвалидов, поступавших в средние специальные и высшие учебные заведения, в лучшем случае 50% оканчивали эти учебные заведения и еще меньше трудоустраивались [5].

В нашей стране право обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью на образование в течение всей жизни с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья регламентируется Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации». При этом с целью обеспечения доступности профессионального образования для лиц с инвалидностью реализуются три основных направления:

- привлечение абитуриентов-инвалидов в систему профессионального образования;

- обеспечение качества образовательных услуг для инвалидов;

- содействие трудоустройству выпускников с инвалидностью [7].

Последнее направление заслуживает особого изучения в связи с тем, что показатель корректного трудоустройства инвалидов может быть результирующим во всей работе по их включению в активную деятельность наравне с другими людьми [5]. «Когда мы говорим о решении проблемы занятости инвалидов, это все носит комплексный, многоступенчатый характер, который связан далеко не только с вопросами трудоустройства ... для инвалида необходима проработка маршрута как до места работы, так и на территории работодателя», – констатирует министр труда и социальной защиты РФ М. Топилин [5].

Всем трем направлениям уделяется пристальное внимание в ННГУ им. Н.И. Лобачевского.

С целью обеспечения благоприятных условий при поступлении в ННГУ для абитуриентов проводятся различные меры поддержки. В рамках благотворительного проекта «Будущее в твоих руках» проводятся встречи со школьниками, на которых рассказывается об особенностях поступления в ННГУ. Ребята могут пройти профориентационное психологическое тестирование в Центре карьеры ННГУ, показывающее, к какой сфере профессиональной деятельности каждый из них более предрасположен, какие знания и качества необходимо в себе развивать, чтобы стать в будущем хорошим специалистом в выбранной профессии.

На базе Университета Лобачевского создан Ресурсный центр инклюзивного образования, который является учебно-научным подразделением, создающим специальные условия и доступность высшего образования для людей с инвалидностью. Ресурсный центр инклюзивного образования ННГУ им. Н.И. Лобачевского взаимодействует с Ресурсным учебно-методическим центром НГПУ им. К. Минина. Оба Ресурсных центра проводят различные мероприятия для студентов, имеющих инвалидность: семинары, вебинары, просветительские мероприятия, дискуссионные площадки, а также курсы повышения квалификации для преподавателей.

В Университете Лобачевского существуют меры поддержки и для студентов, имеющих инвалидность по зрению. В Университете с 1999 г. существует Тифлоинформационный центр – тогда первый в России. Центр помогает не только студентам, учащимся в ННГУ им. Н.И. Лобачевского, но и студентам других вузов Нижнего Новгорода. Деятельность Центра заключается в использовании компьютерной тифлотехнологии как основного инструмента поддержки образовательного процесса незрячих и слабовидящих студентов. Центр сотрудничает с факультетом социальных наук ННГУ. Это «позволяет центру оказывать поддержку процесса социальной адаптации незрячих и слабовидящих студентов, привлекая к этой работе преподавательский состав и студентов факультета» [8].

Трудности, связанные с вхождением студента с инвалидностью на рынок труда, в Университете Лобачевского помогает преодолевать Центр карьеры. Деятельность Центра нацелена на успешную профессиональную ориентацию и профессионально-карьерную реализацию, в том числе и студентов с инвалидностью. Центр карьеры ННГУ является членом Совета бизнеса по вопросам инвалидности и выступает в качестве соорганизатора Ежегодного конкурса «Путь к карьере». Главная цель конкурса – предоставить возможность компаниям отобрать молодых квалифицированных специалистов из числа людей с инвалидностью для прохождения стажировок или трудоустройства на открытые позиции. Ежегодно в конкурсе принимают участие около 20 человек. Предложения о работе по итогам конкурса получают 40-60% из числа финалистов. По словам директора РООИ «Перспектива» Денис Розы, «Финал конкурса «Путь к карьере» показал, что на рынке труда в Нижнем Новгороде существует много сильных и профессиональных соискателей с инвалидностью... Результаты конкурса еще раз показали, что такие кандидаты ничем не уступают другим соискателям». [9]

Успешность профессиональной реализации зависит от раскрытия своего потенциала, а также от изменения самой среды, к которой индивид адаптируется. Устранение проблем, препятствующих процессу

профессионального развития, – актуальная задача политики государства, общественных организаций, так или иначе, связанных с жизнью людей с ограниченными возможностями здоровья.

Список литературы

1. Заседание Правительства / Правительство России // URL: <http://government.ru/news/20107/>

2. Доклад Правительства Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации о реализации государственной политики в сфере образования. М., 2015. С. 128. // URL: <http://static.government.ru/media/files/TS3Ar5ihWdp1ju5UH6a22TQbc4UnlobU.pdf>

3. Домбровская А.Ю. Социальная адаптация людей с ограниченными возможностями здоровья в современной России: дисс. Тула, 2015. С. 59.

4. О результатах работы по обеспечению инвалидов специальными рабочими местами в период с 2013 по 2015 год / Правительство России // URL: <http://government.ru/orders/selection/406/22450/>

5. Заседание Правительства / Правительство России // URL: <http://government.ru/news/26700/>

6. Заседание Комиссии по делам инвалидов / Президент России // URL: <http://kremlin.ru/catalog/keywords/46/events/56726>

7. Доклад Правительства Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации о реализации государственной политики в сфере образования. М., 2017. С. 97-100. // URL: <http://static.government.ru/media/files/1xOsf0Ae1RU11VqyTbEZVTMjyuzDbSA.pdf>

8. Швецов В.И., Рощина М.А. Поддержка образовательного процесса студентов-инвалидов по зрению // Научно-педагогический журнал Министерства образования и науки Российской Федерации «Высшее образование в России». 2009. № 8. С. 110.

9. Финал конкурса «Путь к карьере» // URL: <http://perspektiva-inva.ru/jobs/events/vw-2108/>

**СПЕЦИФИКА РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРАКТИК,
ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫХ С ЛИЦАМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В ГЕРМАНИИ (НА ПРИМЕРЕ
KIRCHENKREIS AKTION MENSCHENSTADT ESSEN)
THE SPECIFICS OF REHABILITATION PRACTICES CARRIED
OUT WITH PERSONS WITH DISABILITIES IN GERMANY
(FOR EXAMPLE KIRCHENKREIS AKTION MENSCHENSTADT ESSEN)**

А.В. Ермилова, Е.И. Шахин, Е.О. Герасимова
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н. И. Лобачевского*
A.V. Ermilova, E.I. Sahin, E.O. Gerasimova
Lobachevsky University

Выявляются реабилитационные практики, осуществляемые в соответствии с программой Aktion Menschenstad в Германии, направленные на интеграцию лиц с ментальными заболеваниями в общество.

Rehabilitation practices, carried out in accordance with the program Aktion Menschenstad in Germany, aimed at integrating people with mental diseases into society are identified.

Ключевые слова: лица с ограниченными возможностями здоровья, реабилитационные практики

Keywords: persons with disabilities, rehabilitation practices

Проблема инвалидизации населения в современном обществе не снижает свою актуальность, о чем свидетельствуют следующие статистические данные: в мире более одного миллиарда людей (15% населения) страдают различными формами инвалидности. По данным исследования ВОЗ, 785 млн. человек в возрасте от 15 лет и старше живут с инвалидностью, из них 110 млн. страдают тяжёлыми формами расстройств. Среди детей в возрасте от 0 до 14 лет эти показатели составляют 95 млн. и 13 млн. человек соответственно.[1, с. 8] Всемирная организация здравоохранения также указывает на процесс прогрессирования инвалидизации населения во всех возрастных группах в связи с увеличением числа людей, страдающих хроническими заболеваниями, напрямую связанными с инвалидностью: диабетом, сердечно-сосудистыми болезнями, ментальными расстройствами и др. Высокий уровень инвалидности характерен и для стран Западной Европы, в частности, в Германии, по официальным данным, на 82 млн. населения приходится около 7 млн. лиц с ОВЗ (около 8,5%) [2, с. 24]. Жизнедеятельность лиц с ОВЗ в Германии с 1984 г. осуществляется в соответствии со следующей аксиомой «Никто не может и не должен притесняться из-за своих недостатков (умственных или физических)», которая легла в основу социального законодательства Германии, направленного, в том числе, на защиту лиц с ОВЗ: «Об инвалидах», «О

456

единообразии мер по реабилитации», «О содействии инвалидам в пользовании общественным транспортом», «О борьбе с безработицей среди инвалидов». Кодекс социального законодательства дополнили разделом «Реабилитация и участие инвалидов в жизни общества», который вступил в действие 1 июля 2001 г. [2, с. 24].

Какие же реабилитационные практики используются в современной работе с инвалидами в Германии? Одной из важных задач социальной реабилитации в Германии является реабилитация людей с ограниченными возможностями [3, с. 10]. Данный процесс реализуется с помощью множества различных практик, таких, как, например, обучение в школах (инклюзия) и получение среднего специального образования, трудоустройство, участие в фестивалях и других мероприятиях. Одной из платформ для осуществления этих практик является программа Aktion Menschenstadt. Она представляет собой отдел по работе с людьми с ограниченными возможностями, который принадлежит к протестантской церкви. [4, с. 13]

Программа включает в себя и соединяет в одном концепте все мероприятия, связанные с работой с людьми с ограниченными возможностями. Данные проекты развивались годами с нуля и в них делается акцент на людях с ментальными заболеваниями. Деятельность программы направлена не только на то, чтобы достичь равноправия по отношению к людям с ограниченными возможностями, но и на общественное благосостояние.

Aktion Menschenstadt предлагает совместные проекты для здоровых людей и людей с ограниченными возможностями и также является основой общей системы помощи этим людям. Программа служит двум основным целям:

- Оказание помощи людям с ограниченными возможностями в организации их самостоятельной жизни путем предоставления ассистента-помощника;
- Организация встреч и сообществ, которые являются социальной составляющей совместной жизни людей с ограниченными возможностями.

Этот отдел не останавливается в своем развитии и продолжает свою деятельность по оказанию услуг людям с ограниченными возможностями в следующих направлениях:

- Общественная работа: церковные службы, праздники, фестивали, секции, хор, помощь в важных жизненных вопросах (посредством деятельности священника);
- Досуговые группы: досуговые клубы и группы по интересам (группы рисования, барабанов, футбольные группы и др.);

- Досуг во время каникул и организация групп для выезда в отпуск вместе с сопровождающими;
- Содействие в интеграции: в семьях, в обычных детских садах и школах, в сфере работы и помощь в домашнем уходе;
- Интегративные проекты в сфере работы: районные кафе с совместной работой, культурной программой и консультациями;
- Интегративные квартирные проекты в совместной работе в г. Эссен с различными социальными организациями;
- Интегративные образовательные услуги и повышение квалификации для непрофессиональных работников и работниц;
- Консультации, помощь в планировании, помощь с пособием;
- Разработка концепций, представительство интересов, общественные мероприятия.

Описывая опыт работы в Kirchenkreis Aktion Menschenstadt Essen, важно отметить, что инклюзивные практики осуществляются как по отношению к участникам проектов, так и к работникам. Вновь пришедший человек, как правило, быстро адаптируется к новым условиям трудовой деятельности и комфортно ощущает себя в новом коллективе. Коллеги объясняют обязанности, помогают включиться в процесс работы. Это необходимо, т.к. курсы по обучению не предусмотрены, а факт успешного вовлечения работника в общую деятельность очень важен, т.к. от адаптации специалиста на прямую зависит эффективность реабилитационных практик.

Как было указано выше, данная программа включает в себя множество проектов, среди них: курсы африканских барабанов, курс рисования, а также «мини-каникулы» и «свободное время». Курсы барабанов и рисования – аналоги наших кружков, т.е. это досуговые систематические мероприятия, которые занимают 1,5-2 часа в день. Участники собираются вместе и на протяжении этого времени рисуют или играют на барабанах. Задача работника в этом процессе, во-первых, помочь клиенту выполнить действия, которые он не может осуществить самостоятельно в силу каких-либо физических ограничений. Например, помочь налить воды для красок или поднести и поставить барабан. Во-вторых, сотрудник должен оказывать психологическую поддержку участникам: осуществлять коммуникативное взаимодействие, беседуя, подсказывая идеи и техники, которые помогут разнообразить творчество, а также мотивировать человека на осуществление данной деятельности. Эти проекты помогают участникам развить свои творческие, коммуникативные и социальные навыки.

Проекты «мини-каникулы» и «свободное время» похожи между собой и являются аналогами лагерей, в которые российские дети ездят обычно летом. Отличие состоит в том, что первое мероприятие проводится в течение года (кроме летних каникул) с вечера пятницы до вечера воскресенья, а второе – проводится весной-осенью и длится 1-2 недели. Во время мини-каникул, которые проходят в специальной квартире, работники и ребята с ограниченными возможностями делают множество интересных, а также просто бытовых дел. Например, совместная закупка продуктов, приготовление обеда, просмотр телевизора, выезды на дискотеку, в зоопарк или музей, а также совместный гриль и купание в бассейне. У участников есть возможность общаться между собой, играть вместе, помогать друг другу. Задача работников состоит в том, чтобы помогать участникам с действиями, которые они не могут совершить сами, мотивировать их к общению, приобщать к играм, давать им право выбора на составление программы и меню на выходные.

Проект «свободное время» имеет возрастные ограничения. Существуют различные программы для взрослых и подростков. Программа предлагает обширный выбор мест для свободного времени. Например, участники могут поехать в другую часть Германии (коммуна Юнкерат, Нордхольц, Вендорф), Нидерланды (провинция Оверэйссель, Северный Брабант), остров Корфу, на Ибицу и т.д. В данной программе принимает участие не более 10 лиц с ОВЗ, которых сопровождают 8 специалистов. В течение «лагеря» сопровождающие почти все время находятся с участниками. В их обязанности входит: приготовление еды, уборка по дому, выдача лекарств. Также они придумывают мероприятия на день (выезды в бассейн, на ферму, в город на шоппинг, в парки развлечений и т.д.) в соответствии с пожеланиями участников и их мобильными возможностями. Сопровождающие устраивают тематические вечера, различные игры, конкурсы, всячески привлекают участников (при наличии у них желания) к делам по дому (уборке, приготовлению еды, сервировке стола). Таким образом, каждый участник может найти себе занятие по душе и быть включенным в процесс взаимодействия с другими акторами. Данный проект даёт возможность наладить новые социальные контакты, увидеть новый город/страну, получить новый социальный опыт.

В современной Германии проводится активная работа по интеграции людей с ограниченными возможностями здоровья в общество, в ходе которой используются различные социальные практики, реализуемые, в частности, с помощью программы Aktion Menschenstadt, основной задачей которой является раскрытие ресурсного потенциала каждой личности, несмотря на ограничения по здоровью.

Список литературы

1. The World Report on Disability. 2011. С. 8.
2. Чалдаева Д.А., Нигматьянова И.Г. Зарубежный опыт социальной реабилитации инвалидов // Вестник Казанского технологического университета. 2010. С. 24.
3. Хайнес Х. Современная политика по отношению к инвалидам в Федеративной Республике Германия / Х. Хайнес // Медицина в Кузбассе. 2003. №3. С. 10-12.
4. Von Lüpke K. Von der Kultur des Zusammenlebens in Vielfalt. Entwicklungsperspektiven inklusiver Behindertenhilfe / K. von Lüpke. Essen: DIE BLAUE EULE, 2010. 141 s.

ДИСТАНТНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ КАК ТЕХНОЛОГИЯ ИНКЛЮЗИВНОЙ СРЕДЫ В СИСТЕМЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ В РАКУРСЕ ОБЩЕСТВЕННОГО МНЕНИЯ ИНВАЛИДОВ

DISTANT EDUCATION TECHNOLOGY INCLUSIVE ENVIRONMENT IN HIGHER EDUCATION FROM THE PERSPECTIVE OF PUBLIC OPINION OF PEOPLE WITH DISABILITIES

М.С. Ивченкова

Институт социологии Федерального научно-исследовательского социологического центра Российской академии наук, г. Москва

M.S. Ivchenkova

Institute of Sociology of the Federal Center of Theoretical and Applied Sociology of the Russian Academy of Sciences, Moscow

По итогам социологического исследования, проведенного в 2018 г. методом формализованного интервью инвалидов (N=488 респондентов), было выявлено 2 типа потребителей с ОВЗ: потенциальных и реальных, имеющих опыт дистанционного обучения. Среди опрошенных только у 10,2% инвалидов был опыт прохождения дистанционного обучения, преимущественно – женщин, повышающих свою квалификацию в таких областях знания, как история, математика, информатика. И они готовы повторно воспользоваться услугами дистанционного обучения. Что касается потенциального потребителя, в большинстве случаев это молодежь (15-29 лет), которая желает получить высшее образование, чтобы найти престижную и высокооплачиваемую работу, готова платить за это обучение. Старшее поколение (40-44 лет) больше ориентировано на дистанционные курсы повышения квалификации, дополнительные образовательные программы. Практически все желающие обучаться дистанционно предпочитают индивидуальную форму занятий, чаще – в сфере гуманитарных наук. Основным стимулом выбора дистанционного образования является гибкость системы обучения, возможность совмещать учебу с домом без необходимости пространственных перемещений и в любое удобное время. В этом основные преимущества дистанционного обучения. Основными же недостатками были отмечены высокая стоимость, отсутствие прямого общения, узкий спектр образовательных программ.

Article on the results of a sociological survey conducted in the year 2018 method formalized interviews of people with disabilities (N = 488 respondents) type 2 was found consumers with HIA: potential and actual experience with distance learning. Among the respondents only 10.2% of

disabled people was the experience of distance learning, mostly women, to improve their skills in areas such as history, mathematics, computer science. And they are ready to reuse distance learning services. With regard to the potential consumer, in most cases, this youth (15-29 years) that wants to get higher education to find prestigious and well-paid job, willing to pay for this training. With regard to the older generation (40-44 years), it is more geared towards radio courses, supplemental educational programs. Almost all wishing to attend remotely prefer individual lessons form, often in the field of Humanities. The main driver of choice for distance education, flexible learning system is the possibility to combine study with being at home without the need of displacements and at any convenient time. The main advantages of distance learning. The main disadvantages were marked by high cost, the lack of direct communication, narrow range of educational programs.

Ключевые слова: инклюзивное образование, инвалиды, дистантное обучение, потребители дистантных образовательных услуг

Keywords: inclusive education, the disabled, consumers training distant, distant educational services

Современный период развития общества характеризуется повышением роли информации во всех сферах деятельности, высокой скоростью обновления знаний, появлением новейших технологий, новых потребностей общества и видов профессиональной деятельности [1, с. 3-5]. Одновременно повышается спрос на инклюзивные образовательные услуги, предполагающие получение профессии и повышение квалификации инвалидами, для которых особенно актуальными являются вопросы доступности, гибкости и модульности образования. Подобные условия выдвигают на первый план задачу внедрения новых образовательных технологий, позволяющих в вариативных формах реализовывать требования государственных стандартов образования с учетом разнообразных потребностей как общества, рынка труда, так индивидуальных потребностей и способностей каждого обучающегося с ограниченными возможностями по состоянию здоровья (ОВЗ). [2, с. 21]

Такая задача может быть решена при внедрении постоянно совершенствуемых технологий дистантного обучения, поддерживаемых высококвалифицированными педагогическими кадрами [3, с. 3-4]. Дистантное образование – это комплекс обучающих услуг, предоставляемых широким слоям населения на любом расстоянии от образовательных учреждений на базе специализированной информационно-образовательной среды, основывающейся на телекоммуникационных средствах обмена учебной информацией, при котором субъекты и объекты образования, имея пространственную и временную удаленность, участвуют в учебном процессе, направленном на создание образовательных продуктов и соответствующих внутренних приращений субъектов образования [4, с. 130]. При этой технологии все занятия преподаватели вузов проводят в интерактивном режиме в виде видеоконференций, позволяющих вести диалог со студентами в реальном времени. Как студенты, так и преподаватели находятся либо в классах

дистанционного доступа, либо за своими домашними компьютерами. Это означает расширение доступной образовательной среды для реальных или потенциальных студентов, у которых в силу инвалидности ограничены возможности обучения в университете.

Однако возникает вопрос, насколько востребована данная система среди индивидов с ограниченными возможностями по состоянию здоровья (ОВЗ). Исходя из этого, в 2018 г. Саратове был проведен социологический опрос инвалидов методом формализованного интервью. По вероятностной территориально-квотной выборке было опрошено 488 респондентов. Критерии отбора – район проживания и наличие инвалидности. С неоконченным средним образованием – 1% из числа опрошенных. Среднее образование получили 42,4% респондентов. Доля саратовцев, получивших основное общее образование, составляет 33,5% опрошенных. Выпускников средне специальных образовательных учреждений – 10,3%. Доля респондентов с неоконченным высшим и высшим образованием составляет 12,3% опрошенных. Послевузовское образование получили 0,5%.

Большинство саратовцев с ОВЗ (51,4%), особенно – мужчины (52,7%) – на момент опроса не задумывались о продолжении своей образовательной деятельности. По 19,9% опрошенных приходится на группы респондентов, которые ответили, что либо думают о продолжении обучения, либо собираются это сделать в ближайшее время. При этом женщины (21,8%) чаще, чем мужчины (17,7%) только думают об этом, а мужчины (22%) чаще, чем женщины (18%) – собираются заняться этим в ближайшее время. Респондентов, которые на момент опроса являлись студентами того или иного учебного заведения – 8,8%, хотя среди девушек таких – около 10%.

Наряду с гендерными различиями выявлено и значительное влияние возраста на образовательные стратегии саратовцев с ОВЗ. В возрастной категории от 15 до 22 лет 14,6% опрошенных уже обучаются. 41,7% респондентов в возрасте от 15 до 22 лет в ближайшее время собираются продолжить обучение. 25% принявших участие в исследовании только думают о продолжении своей образовательной деятельности. 18,8% опрошенных не задумываются о продолжении обучения вообще. Среди 23-31-летних инвалидов на момент опроса – 19,5%. 33,3% респондентов только думают о продолжении обучения и столько же совсем не задумываются об этом. В промежутке от 32 до 40 лет 7,8% уже обучаются. 2,8% – собираются это сделать в ближайшее время. 13% – только думают об этом. Доля респондентов, не задумывающихся об этом, составляет 58,4% опрошенных. Среди респондентов в возрастной группе от 41 до 49 лет 3,3% уже обучаются. 4,4% опрошенных собираются это сделать в ближайшее время. 14,3% – только задумаются о продолжении своей образовательной деятельности.

Большинство инвалидов (78%) не задумываются об этом. 4,3% 50-54-летних респондентов собираются продолжить обучение в ближайшее время. 6,5% опрошенных только задумываются об этом. Доля респондентов, не задумывающихся об этом, составляет 89,1% из числа опрошенных. Таким образом, чем старше возраст инвалидов, тем меньше среди них учащихся или планирующих повышать свое образование, но больше тех, кто не задумывается о продолжении своего обучения.

Для большинства (65,8%) инвалидов, особенно женщин, предпочитаемым является высшее образование. Дополнительные образовательные курсы и курсы повышения квалификации намереваются пройти или проходят 15% и 14,5% соответственно. 3,1 % участвовавших в исследовании предпочли курсы переквалификации, и лишь 1% респондентов хотели бы получить среднее профессиональное образование. Причем, чем моложе инвалид, тем выше у него стремление к среднепрофессиональному, особенно к высшему образованию. Чем старше инвалид, тем популярнее для него становятся курсы переквалификации, особенно дополнительные образовательные курсы и курсы повышения квалификации.

Основным мотивом получения образования является нахождение престижной высокооплачиваемой работы (46% опрошенных). Для 25% инвалидов образование необходимо, чтобы получить знания. 21,5% саратовцев хотели бы обучаться для повышения уровня своего развития. Для того чтобы получить уважение окружающих, готовы обучаться 5% респондентов. В ходе исследования было выявлено, что для мужчин (75%) важнее, чем для женщин (63%), получение образования ради получения работы или ради повышения своего авторитета в глазах окружающих (10,2% – среди мужчин и 4,8% – среди женщин). Для женщин важнее получение знаний (38,5% женщин и 36,4% мужчин) или повышение общего развития (34,6% и 31,8% соответственно). Исходя из полученных данных, можно сказать, что в основном мотивация получения образования мужчин и женщин сходны, но мужчины больше ориентированы на будущую работу, уважение окружающих, женщины – на получение знаний, повышение общего образовательного уровня.

Наиболее ярко выраженным мотивом для получения образования является нахождение престижной работы, и эта мотивация наиболее актуальна для респондентов от 15 до 31 года. Также жизненными мотивами являются получение знания и образование для общего развития, эти признаки характерны для таких возрастных категорий, как 41-49 и 32-40 лет. Для респондентов в возрасте от 50 и 54 лет мотивами для получения образования являются стремление к общему развитию (60%) и получению уважения окружающих (20,0%).

31,5% опрошенных знают о дистанционном образовании. Таковых 26,9% среди мужчин и 35,5% среди женщин. 42,1% опрошенных в целом и 41,9% мужчин и 42,2% женщин имеют некоторые представления о нем. 26,4% (31,2% мужчин и 22,3% женщин) – никогда не слышали о такой форме образования. Это еще раз свидетельствует о том, что женщины чуть больше ориентированы на эксклюзивное образование, чем мужчины.

62% опрошиваемых предпочитают традиционную форму образования, 38% – ориентированы на дистанционную. Среди последних, для 73,8% инвалидов выбор дистанционного образования обусловлен его доступностью. 13,1% лиц с ОВЗ выбрали дистанционную форму в силу гибкого графика обучения. 7,1% – не имеют возможности добираться к месту обучения, 6% опрошиваемых считают дистанционное обучение самым эффективным. Чаще этого мнения придерживаются мужчины. При этом, чем моложе саратовский инвалид, тем больше он ориентирован на традиционную форму обучения, чем старше – тем более привлекательной для него становится дистанционная форма образования.

Что касается предпочитаемых направлений дистанционного образования, то 21,6% инвалидов выбирают юриспруденцию, 17,6% – психологию, 16,2% – иностранные языки. 13,5% респондентов предпочитают изучать менеджмент и управление, 10,8% – экономику и бухгалтерию, 9,5% – маркетинг и рекламу. Медицина и биология привлекает 8,1% саратовцев, педагогика – 4,1%. По 2,7% респондентов останавливают свой выбор на таких направлениях, как информатика и вычислительная техника, математика и физика, социология. 1,4% предпочитают историю и философию. При этом гуманитарные направления являются наиболее востребованными среди женщин. Технические и естественнонаучные выбирают по большей части мужчины.

Ежегодно на получение дистанционного образования 36,5% инвалидов готовы затратить от 10000 до 15000 рублей. Чуть меньше (31,1%) доля тех, кто готов тратить на это от 6000 до 10000 рублей в год. 14,9% саратовцев с ОВЗ готовы ежегодно отдавать только от 3000 до 6000 рублей. 8,1% участников опроса могут затратить на дистанционное обучение свыше 20000 рублей ежегодно. 5,4% опрошенных – от 1500 до 3000 рублей в год. От 15000 до 20000 рублей – 2,7%. 1,4% – готовы потратить на свое образование менее 1000 рублей. Мужчины расточительнее женщин в плане затрачиваемой суммы в год на получение дистанционного образования. Примерно каждый третий инвалид в возрасте от 15 до 49 лет в среднем готов потратить на получение дистанционного образования от 6000 до 10000 рублей в год. Однако, чем старше инвалиды, тем чаще они готовы платить за обучение дистанционно сумму в размере от 10000 до 15000 рублей в год. И лишь 7% 30-40 летних готовы платить до 20000 рублей в год. 12% самых молодых (до 22 лет) и 15% 23-

30 летних готовы платить за получение дистанционного образования более 20000 рублей в год. Следовательно, расценки за обучение, видимо, следует разрабатывать с учетом этой возрастной дифференциации инвалидов, предлагая различные по виду, форме, содержанию, длительности и стоимости программы.

58,1% опрошенных хотели бы получать дистанционное образование в форме групповых занятий. Среди мужчин таковых несколько больше (62,5%), чем среди женщин (54,8%). Последние чаще предпочитают обучаться дистанционно в форме индивидуальных занятий (45,2% против 41,9% – в среднем по выборке). На это также ориентированы большинство инвалидов 41-49 лет.

41,9% инвалидов хотели бы получить дистанционно высшее образование; 23% – предпочли бы дополнительные образовательные курсы. По 14,9% опрошенных респондентов хотели бы дистанционно пройти курсы повышения квалификации. 4,1% участников опроса, предпочли бы в форме дистанционного образования пройти курсы переквалификации и меньше 2% (1,4%) респондентов не были бы против от получения среднего профессионального образования дистанционно. Мужчины больше ориентированы на дистанционное среднее профессиональное и высшее образование. Веер женских предпочтений – шире. Они чаще мужчин отдают предпочтение высшему образованию, дополнительным образовательным курсам, курсам переквалификации и повышения квалификации. Большинство саратовцев до 31 года в основном ориентировано на дистанционное получение высшего образования. Саратовцы с ОВЗ более старшего возраста чаще ориентированы на различные курсы.

Что касается реального опыта прохождения дистанционного образования, то 89,8% инвалидов никогда не обучались таким образом. Для 6,8% участников опроса опыт прохождения был успешен; на данный момент времени обучаются дистанционно 2,3% опрошенных, а по 0,6% респондентов были отчислены или просто не доучились и бросили обучение. В результате опроса были выявлены основные места прохождения инвалидами дистанционного обучения. Основным местом прохождения дистанционного обучения был САРИПКРО там обучались 2% опрошенных. 1% саратовцев с ОВЗ дистанционное образование получали СНИГУ им. Н.Г. Чернышевского. По 0,3% опрошенных получали или имели опыт прохождения дистанционного обучения в СГСЭУ, Московском институте повышения квалификации, UPTER, ГАУ СО УЦ и в Региональном центре Дистанционного образования. Среди представителей возрастных групп до 31 года основным местом получения дистанционного образования является СГУ им. Н.Г. Чернышевского. Среди респондентов, находящихся в возрастном интервале от 32 до 40 лет года, по 33,3%

опрошенных молодых людей получают или получали дистанционное образование в Московском институте повышения квалификации, УРТЕР (Римский университет), ГАУ СО УЦ. Среди инвалидов в возрасте от 41 года и старше основным местом получения дистанционного образования является САРИПКРО.

При определении степени готовности инвалидов к дистанционному образованию оказалось, что 69% респондентов готовы к данной услуге и 31% не готовы. В 15-22 летнем возрасте 50% готовы обучаться дистанционно, 50% – не готовы. В 23-31 год 66,7% хотели бы повторно обратиться к данной услуге, и только третья часть (33,3%) не хотят. Что касается 32-40летних опрошенных, то все однозначно готовы обратиться к данной услуге. В 41-50 лет – 25% готовы обучаться дистанционно и 75% не готовы. В 50-54летнем возрасте однозначно все опрошенные респонденты дали отрицательный ответ о готовности обучаться дистанционно. При этом в группах до 40 лет с возрастом растет интенсивное желание обратиться к данной услуге, затем – резкий спад, наверняка в силу того, что в более позднем возрасте данный вид образования становится менее актуальным.

Рейтинг основных преимуществ дистанционного образования возглавила возможность обучения в любое время (на это указали 39,5% опрошенных). На втором месте – пространственная доступность (21,3%). Экономия денежных средств актуальна для 10,6%, в то время как 10,2% считают преимуществом дистанционного образования автоматизацию учебного процесса. Возможность работать с материалами в режиме off-line ценят 5,3%. 5,1% респондентов ценят удобство системы видеоконференций. Также нравится наличие образовательного портала и возможность общения в любое время с преподавателем, тьютором (по 4%). Реализации группового общения нравится только 0,1% респондентов.

В качестве основного недостатка дистанционного образования 41,8% респондентов выделяют отсутствие прямого общения с преподавателем, что особенно важно для инвалидов 23-31 лет. Для 14,4% опрошенных ключевой проблемой дистанционного образования является плохой канал связи. Недовольство предоставляемым количеством практических занятий высказывают 14,1 респондентов, а отсутствие недостатков у данной системы отметили 11,1%. Для 8,7% опрошенных высокая стоимость дистанционного образования определяется как недостаток. Особенно ощутимо это для старшей группы опрошенных 50-54 лет. Рассматривая усвоение материала респондентами, можно наблюдать, что для 2,4% опрошенных учебный материал излишне просто, а для 1,9% обучающихся учебный материал, наоборот, слишком сложен. К недостаткам дистанционного образования относится и невостребованность удостоверений

дополнительного образования (0,3%). Рассматривая особенности учебного процесса, стоит отметить, что недовольство количеством практических занятий больше характерно для инвалидов возрастной группы 23-31. Неудовлетворённость профессионализмом преподавателей характерна для респондентов в возрасте 32-40 лет. Освоение учебного материала сложнее всего даётся инвалидам в возрасте 15-21. Для респондентов в возрасте от 50-54 лет усвоение материала трудностей не вызывало, что может быть объяснено наличием больших знаний и жизненного опыта.

В качестве ключевых мер по улучшению дистанционной формы образования респонденты предлагают, в первую очередь, повысить информированность о данной услуге (30,7%) и увеличить количество встреч с преподавателем (23,4%). По мнению 12,8% опрошенных, в качестве совершенствования дистанционной системы образования необходимо повысить уровень дистанционного образования, а также увеличить доступность путём снижения цены (10,7%) и увеличить спектр образовательных программ (9,3%). О необходимости улучшения канала связи заявляют 1,7% опрошенных. Одинаковый процент – 0,3% соответствует таким совершенствующим мерам, как повышение ответственности студентов в образовательном процессе и увеличение практических занятий.

Сегодня развитие дистанционного обучения в России позволяет повысить образовательный уровень инвалидов, расширить доступ к образованию, включая его высшие уровни, осуществить переподготовку специалистов в связи с переходом на новые технологии производства, преодолеть барьеры, связанные с ограничениями по здоровью.

В ходе исследования было выявлено 2 типа потребителей с ОВЗ: потенциальных и реальных, имеющих опыт дистанционного обучения. Среди опрошенных только у 10,2% инвалидов был опыт прохождения дистанционного обучения, преимущественно – женщин, повышающих свою квалификацию в таких областях знания, как история, математика, информатика. И они готовы повторно воспользоваться услугами дистанционного обучения. Что касается потенциального потребителя, в большинстве случаев это молодежь (15-29 лет), которая желает получить высшее образование, чтобы найти престижную и высокооплачиваемую работу, готова платить за это обучение. Что касается более старшего поколения, то это в основном представители возрастной категории 40-44 лет, желающие получить дистанционно курсы повышения квалификации либо какие-то другие дополнительные образовательные курсы.

Практически все желающие обучаться дистанционно предпочитают индивидуальную форму занятий, чаще в сфере гуманитарных наук. Основной

причиной выбора именно дистанционного образования является гибкость системы обучения, т. е. возможность совмещать учебу с домом без необходимости пространственных перемещений и в любое удобное время. В этом – основные преимущества дистанционного обучения, вкупе с тем, что учебными материалами также можно пользоваться в режиме off-line. Основными же недостатками были отмечены высокая стоимость, отсутствие прямого общения, узкий спектр образовательных программ. Важно повысить информированность инвалидов о данной услуге, обеспечить расширение разнообразия образовательных программ, улучшить канал связи и увеличить количество видеоконференций.

Список литературы

1. Ибрагимов И.М. Информационные технологии и средства дистанционного обучения. М.: Издат.центр «Академия», 2005.
2. Тавгень И.А. Дистанционное обучение: опыт, проблемы, перспективы. Минск. «Электронная книга БГУ». 2014.
3. Бурмистрова А.С. Развитие дистанционного обучения в начальном и среднем профессиональном образовании». М., 2007.
4. Хуторской А.В. Педагогическая инноватика. Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: Издательский центр «Академия», 2008.

БОБАТ-ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ПРИМЕНЕНИИ СРЕДСТВ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ДЕТЕЙ 5-7 ЛЕТ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ BOBATH-THERAPY IN THE COMPLEX APPLICATION OF MEANS OF PHYSICAL REHABILITATION IN CHILDREN 5-7 YEARS OLD WITH CEREBRAL PALSY

Ю.Д. Каширина

*Российский государственный университет физической культуры,
спорта, молодежи и туризма,
г. Москва*

Y.D. Kashirina

*Russian State University of Physical Education, Sport, Youth and Tourism,
Moscow*

Представлена программа физической реабилитации детей 5-7 лет с церебральным параличом на основе Бобат-терапии. Для оценки эффективности разработанной программы был проведен педагогический эксперимент. До начала исследования и после его завершения были проведены функциональные тестирования. Результаты показали, что добавление Бобат-терапии в программу физической реабилитации оказало влияние на достижение более высоких показателей эффективности нашей экспериментальной программы.

The article presents the program of physical rehabilitation for children 5-7 years old with cerebral palsy based on the Bobath therapy. To assess the effectiveness of the program we developed, a pedagogical experiment was conducted. Before the study and after its completion were tested in children. The results showed that the addition of Bobath therapy to the program of physical rehabilitation influenced the achievement of higher performance indicators of our experimental program.

Ключевые слова: реабилитация, паралич, Бобат-терапия, эксперимент
Keywords: rehabilitation, palsy, Bobath-therapy, experiment

В течение последних 40 лет во всем мире увеличивается численность детей, родившихся с диагнозом ДЦП [1]. Нужно отметить, что в России эти цифры увеличиваются значительно быстрее, чем в западных странах. По мере увеличения численности детей с церебральным параличом увеличивается и количество методов реабилитации. Проведенный анализ научно-методической литературы выявил ограниченность, особенно в отечественной литературе, сведений по комплексному применению средств к детям с церебральным параличом, затрудненный характер использования Бобат-терапии в физической реабилитации [2].

Цель исследования: теоретически разработать и экспериментально обосновать комплексную программу физической реабилитации, основанную на применении Бобат-терапии, направленной на формирование двигательных навыков у детей 5-7 лет с ДЦП.

Гипотеза: предполагалось, что включение в программу физической реабилитации Бобат-терапии будет способствовать улучшению поструральных возможностей, снижению гипертонуса приводящих мышц и общему улучшению функционального состояния.

Методы исследования:

- Анализ научно-методической литературы,
- Оценка уровня двигательного и речевого развития, по К.А. Семеновой [3],
- Оценка силовой выносливости мышц спины и брюшного пресса,
- Степень выраженности мышечного тонуса (амплитуды движений),
- Скорость ходьбы по следовой дорожке 7м.,
- Шкала Хэер (постуральные возможности),
- Педагогический эксперимент,
- Методы математической статистики.

Организация исследования. Исследование проводилось на базе центра социального развития и обучения «Мир Ощущений» г. Москвы в период с октября по декабрь 2017 г.

Под наблюдением находилось 10 детей 5-7 лет с церебральным параличом, которые имели спастическую диплегию. Путем случайной выборки были сформированы две группы: 5 человек составили контрольную группу и 5 человек – экспериментальную.

Методика. Разработанная программа физической реабилитации, состоящая из 3х периодов, длилась 3 месяца. У детей контрольной и экспериментальной группы программа отличалась различием применения форм и средств физической реабилитации.

Т а б л и ц а 1

Различие применения форм и средств физической реабилитации
в исследуемых группах

Контрольная группа	Экспериментальная группа
УГГ	УГГ
Лечебная гимнастика	Лечебная гимнастика
Лечебный массаж	Бобат-терапия
Гидрокинезотерапия	Гидрокинезотерапия
Эрготерапия	Эрготерапия
Сенсорная интеграция	Сенсорная интеграция
Нейро-сенсорная стимуляция по методу «Томатис»	Нейро-сенсорная стимуляция по методу «Томатис»
Кинезиотейпирование	Кинезиотейпирование

Обсуждение результатов исследования. После применения разработанной программы физической реабилитации нами было проведено итоговое тестирование всех участников контрольной и экспериментальной групп. По всем показателям в обеих группах наблюдалась положительная динамика. Полученные достоверные улучшения всех изучаемых показателей доказывают эффективность использования разработанной экспериментальной программы физической реабилитации. В результате нашего педагогического эксперимента были получены следующие результаты:

Уровень двигательного и речевого развития, по К.А. Семеновой, повысился на 20% в контрольной группе и на 40% в экспериментальной.

Показатели силовой выносливости мышц спины в контрольной группе улучшились на 20,6% и в экспериментальной на 32%, а выносливость мышц брюшного пресса в контрольной группе достоверно увеличилась на 28,5% и в экспериментальной группе на 76,9% ($p \leq 0,05$).

Степень выраженности мышечного тонуса стала менее значительной. Амплитуда движений увеличилась. Наблюдался умеренный гипертонус, то есть пассивно осуществлялись движения в объёме 50-70% от физиологической нормы; у некоторых испытуемых наблюдался незначительный гипертонус, то есть, сохранен полный объём движений в суставе (имелось небольшое

увеличение сопротивляемости пассивных движений). Показатель в контрольной группе улучшился на 36,3%, а в экспериментальной на 88%.

Ходьба по следовой дорожке к концу эксперимента стала наиболее уверенной и быстрой у всех испытуемых. Скорость передвижения у детей контрольной группы достоверно увеличилась на 10,7%, а у детей экспериментальной группы на 19,5% ($p \leq 0,05$).

Результаты оценки постуральных возможностей по шкале Хэер улучшились у всех детей. В положении лежа дети стали перемещаться из заданной позы и могли переместиться в заданную позу. В положении сидя и стоя дети смогли перемещаться внутри заданной позы (центр тяжести перемещается внутри площади опоры). Уровень постуральных возможностей в восьми положениях тела у детей контрольной группы достоверно увеличился на 33,7%, а у детей экспериментальной группы на 52,7% ($p \leq 0,05$).

Выводы

1. Анализ научно-методической литературы выявил ограниченность, особенно в отечественной литературе, сведений по комплексному применению средств с использованием Бобат-терапии в физической реабилитации детей с церебральным параличом. Это говорит о необходимости дальнейшего изучения проблемы, поиска эффективных методов физической реабилитации и изучения эффективности применения Бобат-терапии в комплексной реабилитации при ДЦП.

2. Доказана эффективность разработанной экспериментальной программы физической реабилитации детей с церебральным параличом на основе Бобат-терапии в условиях детского центра социального развития и обучения.

Список литературы

1. Рейн С.Ю. Бобат-концепция. Теория и клиническая практика в неврологической реабилитации / Рейн Сью, Линч-Эллерингтон Мэри, Медоуз Линзи, Редактор: Рейн Сью, Линч-Эллерингтон Мэри, Медоуз Линзи. М.: Кириллица, 2013. 320 с.

2. Клочкова Е.В. Введение в физическую терапию: реабилитация детей с церебральным параличом и другими двигательными нарушениями неврологической природы Изд. 2-е./ Е.В. Клочкова. М.: Теревинф, 2016. 288 с.

3. Семенова К.А. Лечение двигательных расстройств при детских церебральных параличах / К.А. Семенова. М.: «Медицина», 1996. 185 с.

**ТРУДНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
В ПРАКТИКУ РАБОТЫ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ**
**THE DIFFICULTIES OF IMPLEMENTATION OF INCLUSION
EDUCATION IN THE PRACTICE OF EDUCATIONAL INSTITUTIONS**

Л.А. Корнилова, Ю.В. Шаповалова
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
L.A. Kornilova, Yu.V. Shapovalova
Lobachevsky University

Акцентируется значимость совместного обучения детей с РАС и их нормотипичных сверстников. Указаны проблемы внедрения практики инклюзивного образования.

The article describes the importance of joint education of children with ASD and their typical coevals. The problems implementation of the practice of inclusion education were indicated.

Ключевые слова: инклюзия, проблемы инклюзивного образования, расстройство аутистического спектра

Keywords: inclusion, problems of inclusion education, autism spectrum disorder

Проблема расстройств аутистического спектра (РАС) как одного из сложных нарушений становится все более актуальной для современной практики образования и сопровождения. Специалисты отмечают рост числа случаев сложных нарушений развития детей за последние десятилетия. В настоящее время российское общество постепенно начинает признавать необходимость обучения и социальной адаптации детей, страдающих сложными формами нарушений развития, и заставляет специалистов все больше задумываться о том, как строить систему работы с данным контингентом.

По данным Министерства здравоохранения, в России в 2016 г. число детей, зарегистрированных с диагнозом расстройство аутистического спектра (РАС) в возрасте до 18 лет, составило более 22 тысяч человек. По сравнению с 2015 г. число детей с РАС увеличилось, так как в 2015 г. было зарегистрировано 17,7 тысяч случаев [1].

Возрастающая статистика говорит о том, что общество должно учитывать особенности и потребности таких детей для обеспечения им равных возможностей в их дальнейшем развитии.

Некоторые лица с РАС способны жить самостоятельно и продуктивно, другие же страдают тяжелыми нарушениями и нуждаются в пожизненном уходе и поддержке. С помощью таких психосоциальных мероприятий, опирающихся на фактические данные, как поведенческая терапия можно

ослабить затруднения в коммуникации и социальном поведении, что положительно сказывается на благополучии и качестве жизни.

Школа является одним из важнейших этапов социализации человека. Родители будут стоять перед выбором типа образовательного учреждения для своего ребёнка – коррекционная или общеобразовательная школа. Вопрос о введении инклюзии в образовании до сих пор остаётся спорным, но как показывает практика, с каждым годом процент родителей, желающих, чтобы их ребёнок, имеющий ограниченные возможности здоровья, учился в общеобразовательном учреждении.

Инклюзивное образование позволяет ребёнку с ОВЗ расширить свои социальные контакты и успешно включиться в социальную среду. Совместное обучение детей с особенностями развития и нормотипичных детей будет полезно как для первых (в плане усвоения необходимых социальных навыков и привыкания к нахождению в обществе), так и для вторых (проявления толерантности и поддержки, нуждающихся в ней). Более того, дети-инвалиды по окончании массовой школы, где они обучались совместно со здоровыми детьми, имеют более высокий уровень образования, чем те, кто обучается в закрытых коррекционных учреждениях.

Обучение детей с РАС представляет собой особую трудность для школьной системы. Для этого в общеобразовательной школе перед педагогическим составом ставятся уникальные задачи. Получение детьми с РАС качественного образования и возможности обучаться вместе с нормотипичными детьми во многом зависит от организации пространства и особых условий в школе.

Новый Закон РФ № 273-ФЗ от 29.12. 2012 г. «Об образовании в РФ» [2] впервые закрепил на законодательном уровне (ст. 79) право на доступное и качественное образование для детей с расстройствами аутистического спектра (РАС). Для эффективного решения проблемы образования детей с РАС планируется предпринять комплекс мер, в том числе разработать и утвердить Федеральный государственный образовательный стандарт для детей с РАС и регламент его использования в образовательной организации. Реализация указанных мер во многом позволит обеспечить эффективное включение детей с РАС в систему общего образования, создать для них необходимые специальные образовательные условия, обеспечить доступ к получению качественного образования на всех его уровнях.

Сегодня существуют некоторые трудности внедрения инклюзивного образования в практику работы общеобразовательных учреждений.

В России пока слабо развита нормативно-правовая база инклюзивного образования детей с ОВЗ. Это просматривается и на федеральном, и на

региональном уровнях. Нормативные акты по инклюзивному обучению детей с особыми потребностями пока не разработаны.

Далее, стоит выделить недостаточное финансирование образовательных учреждений. Выделяемых образовательным учреждениям субсидий, направленных на развитие и поддержку, совершенно не хватает для того, чтобы создать условия для осуществления инклюзивного образования. Дефицит финансирования служит причиной проблемы материального обеспечения педагогического сопровождения детей с ОВЗ и детей-инвалидов в образовательном учреждении.

Правильно сформированная команда специалистов, в которую входят координатор ресурсного класса, учитель, тьюторы, логопед-дефектолог, психолог, является важным условием при оценке эффективности образовательного процесса детей с РАС.

Куратор ресурсного класса вырабатывает стратегию организации образовательного и коррекционного процессов.

Учитель общеобразовательного класса передает учителю ресурсного класса образовательную программу, учебные планы, материалы и конспекты уроков. Учитель ресурсного класса адаптирует полученные материалы для учеников, дает учителю общеобразовательного класса рекомендации по адаптации среды, адаптированные программы и расписание.

Учитель ресурсного класса организует работу тьютора ресурсного класса, проводит обучение конкретным поведенческим техникам, наблюдает и корректирует работу тьютора с учеником.

Тьютор – специалист, организующий условия для успешной интеграции учащегося с особенностями развития в образовательную и социальную среду школы. Тьютор сопровождает учащегося на протяжении всего учебного дня (не только на уроках, но и в режимные моменты школьной жизни). Тьютор не делает что-то за ребёнка, а направляет его деятельность, обращает его внимание на важные моменты в процессе обучения.

Ввиду недостаточности финансирования образовательных учреждений обнаруживаются некоторые трудности, которые связаны с использованием специального оборудования для учащихся с особыми образовательными потребностями, а это является необходимой составляющей инклюзивного образования, которая открывает учащимся путь к обучению вместе со сверстниками.

Следующей, не менее важной проблемой является негативное отношение учителей к системе совместного обучения детей-инвалидов и здоровых детей. В основном это происходит из-за того, что преподаватели просто не знают, как взаимодействовать с детьми с ОВЗ, не знают их особенности, не знают, как

правильно реагировать на проявления нежелательного поведения, а также не могут предложить адаптированную программу их обучения. Основные опасения педагогов общеобразовательных школ связаны с пониманием собственного дефицита в знаниях в области коррекционной педагогики, незнанием форм и методов в работе с детьми с ОВЗ.

Инклюзивный подход – это возможность создать необходимые условия для всех членов общества, независимо от их умственных и физических особенностей. Но для того, чтобы полностью реализовать все возможности данного подхода, нужно создать специальные условия для его успешной реализации.

В настоящее время Россия находится только в начале инклюзивного пути, поэтому требуется подготовить не только учебную, но и материальную базу для осуществления данного образовательного процесса.

Список литературы

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Доступ через <<https://www.rosminzdrav.ru/>>. [Дата обращения: 23 августа 2018].

2. Российская Федерация. Законы. «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 года N 273. Доступ через <http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/>. [Дата обращения: 23 декабря 2017].

3. Андреева А.В. Проблемы финансирования инклюзивного образования / А.В. Андреева, А.Е. Зырянова, Л.А. Щербина // Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева. Научно-практический электронный журнал Аллея Науки. 2018. № 4 (20). С. 872-875.

4. Беляева О.Л. Организация инклюзивного образования детей с РАС в общеобразовательной школе: Учебное пособие / О.Л. Беляева, М.Г. Философ, Е.А. Черенёва, Т.Л. Юкина. Красноярск. Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева. 2016. 122 с.

5. Гох А.Ф. Современные проблемы инклюзивного образования учащихся с расстройствами аутистического спектра в общеобразовательной школе /А.Ф. Гох// Сибирский вестник специального образования. 2015. № 2 (15). С. 29-31.

6. Карпенкова И.В. Тьютор в инклюзивной школе: сопровождение ребёнка с особенностями развития. Из опыта работы / И.В. Карпенкова – 2-ое издание, переработанное и дополненное. М.: АНО «Наш Солнечный Мир», 2017. 116 с.

7. Российская Федерация. Законы. «Приказ Министерства образования и науки РФ. "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья» от 19.12. 2014 года N 1598. Доступ через

<http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_175495/>. [Дата обращения: 23 августа 2018].

8. Российская Федерация. Законы. «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)» от 19.12.2014 N 1599. Доступ через http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_175316/. [Дата обращения: 23 августа 2018].

**ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДОСТУПНОСТИ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ
В КОНТЕКСТЕ ИНКЛЮЗИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ:
НА ПРИМЕРЕ САРАТОВСКОГО РЕГИОНА***
**ENSURING ACCESSIBILITY OF SOCIAL SERVICES
IN THE CONTEXT OF DISABLED CHILDREN' S INCLUSION:
ON THE EXAMPLE OF THE SARATOV REGION**

Н.П. Корогодова
*Саратовский государственный
технический университет им. Ю.А. Гагарина, г. Саратов*
N.P. Korogodova
Yuri Gagarin State Technical University of Saratov, Saratov

Представлены результаты исследования инклюзивных практик социальных служб, применяемых в работе с семьями, воспитывающими детей-инвалидов. Показано, что внедрение инклюзивных практик в деятельность учреждения позволило повысить качество жизни детей-инвалидов, расширить возможности их обучения и развития, передвижения, получать новый опыт.

The article presents the results of a study of inclusive practices of social services used in work with families raising children with disabilities. The author shows that the introduction of inclusive practices in the work of the institution has made it possible to improve the quality of life of children with disabilities, to increase the opportunities for their education and development, to move, to gain new experience.

Ключевые слова: социальная инклюзия, инвалид, инвалидность, социальные службы
Keywords: social inclusion, disabled person, disability, social services

Гармоничное развитие современного общества возможно при условии проникновения инклюзии во все жизненные сферы. Особенно важным является формирование повседневного бытия человека с опорой на принципы инклюзии, подразумевающей равные права и возможности всех людей. Формирование инклюзивной культуры включает в себя несколько этапов, и первый ключевой шаг – процесс становления инклюзивной готовности. Готовность можно отождествлять с субъективным состоянием личности, осознающей свою

способность и подготовленность к выполнению определенной профессиональной деятельности [1]. Сегодня многие институты начинают осуществлять свою деятельность с опорой на принципы инклюзии, в том числе центры, предоставляющие социальную помощь гражданам. Именно инклюзивная культура способна вывести социальные службы на новый уровень, предусматривающий отказ от исключения отдельных групп граждан, так как социальная сплоченность напоминает обществу о важности коллективного внимания к любым проявлениям дискриминации, неравенства, маргинальности или эксклюзии [2]. Деятельность социальных служб фактически является инклюзией, так как включает в себя профилактические и реабилитационные меры, направленные на улучшение качества жизни людей/клиентов.

Инклюзия и инвалидность в деятельности социальных служб

Что же сегодня социальные службы предлагают клиентам – семья, воспитывающих детей с инвалидностью? Для ответа на данный вопрос и выявления возможностей для инклюзии детей-инвалидов в современное общество нами было проведено включенное наблюдение в одном из центров социальной помощи семье и детям Саратовской области. Исследование носило сравнительный характер. Цель исследования заключалась в выявлении инклюзивных практик в организационной культуре социальных служб. Одна из задач – выявление изменений, произошедших в организационной культуре социальной службы за последние 5 лет. Нам было интересно, в связи с распространением и развитием инклюзии в российском обществе стал ли этот термин применяться в документации, повседневных практиках? Какие формы и методы применяются в работе с семьями, воспитывающими детей с ограниченными возможностями? Положительные изменения произошли в архитектуре здания социальной служб: в частности, появились условные иконистические знаки, являющиеся признаками создания безбарьерной среды для всех социальных групп. Такие условия необходимы для обеспечения беспрепятственного доступа к учреждениям, оказывающим социальную помощь населению. В социальном учреждении для ориентации людей с нарушениями зрения имеется напольное контрастное покрытие крайних ступеней лестниц, поворотов. В туалетах имеются специальные поручни для людей с ограниченными возможностями здоровья.

Развитие инклюзивной культуры можно назвать нелинейным процессом, имеющим целый ряд разнообразных ожидаемых и неожиданных последствий и находящимся под воздействием множества факторов [3]. За последние пять лет организационная культура социальных служб вышла на новый уровень в применении инклюзивных практик в ходе реализации своей деятельности.

Хотя, по мнению замдиректора одной из социальных служб, оказывающих социальную помощь семье и детям, сам термин «инклюзия» так и не закрепился в лексиконе специалистов. До сих пор нет четкого представления, что такое инклюзия. Несмотря на то, что деятельность социальных служб априори носит инклюзивный характер, так как мероприятия, проводимые данными учреждениями, а также предоставляемые услуги способствуют адаптации, социализации, ресоциализации, интеграции социальноуязвимых граждан в социокультурную жизнь общества. В социальных службах индивидуально для каждого клиента, в данном случае семьи, воспитывающей ребенка-инвалида, разрабатываются комплексные программы, включающие: педагогическую, психологическую, социальную, медицинскую помощь для успешной инклюзии в социокультурную жизнь общества. В предыдущие годы большая часть мер профилактики социально эксклюзии детей с инвалидностью была связана именно с оказанием услуг досугово-развлекательного характера, затем уже услуг по улучшению материального положения семьи, на третьем месте шли услуги по оздоровлению, санаторно-курортному лечению, последнее место занимали педагогические и психологические услуги. Сегодня ситуация коренным образом поменялась – распространены и востребованы семьями, воспитывающими детей с инвалидностью, психологические тренинги, группы взаимопомощи и поддержки, где родители делятся друг с другом, психологом своими переживаниями, дают советы, подбадривают. Такие мероприятия помогают ощутить поддержку, расстаться с чувством замкнутости в своей проблеме, чувством безысходности, найти новые пути не только в решении вопросов медицинского плана, но увидеть возможности развития и обучения детей с инвалидностью. Повседневность людей сегодня неразрывно связана с образовательной деятельностью, которая одновременно становится для человека и способом получения новых знаний и дальнейшей профессионализации, и ресурсом социализации. В связи с этим все чаще поднимается вопрос о решении актуальной проблемы – включения людей с инвалидностью в обучение за счет механизмов социальной инклюзии. Так в социальном учреждении в рамках педагогических услуг появились компьютерные курсы, адаптированные для детей-инвалидов. Обучение компьютерной грамотности проводит преподаватель, который имеет инвалидность. Такой наглядный пример служит для большинства родителей стимулом в открытии чего-то нового, в стирании стереотипов о невозможности обучения таких детей. Дети-инвалиды получают не только возможность обучения, но и опыт взаимодействия со сверстниками в других условиях, включения в жизненно важные сферы.

В рассматриваемой социальной службе на высоком уровне развита волонтерская деятельность. Волонтерами являются дети-подростки и студенты специальности «социальная работа». В скором времени планируется привлечение в волонтеры подростков с инвалидностью. Перед контактом с семьями центр осуществляет подготовку, обучение волонтеров взаимодействию с различными категориями семей, в частности с семьями, воспитывающими ребенка-инвалида. Деятельность волонтеров заключается в посещении семей как совместно со специалистами социальной службы «при выходе в семью», так и самостоятельно. При посещении семьи волонтеры играют с детьми, занимаются по возможности их обучением, развитием. Многим родителям такой вид социальной услуги, предоставляемой социальной службой, крайне необходим для психологической «разгрузки», возможности заняться домашними делами и т.п. Но есть и семьи, которые «не идут на контакт», в основном это семьи, недавно обратившиеся за социальной помощью, у которых еще нет доверия, понимания сути деятельности таких учреждений. Волонтеры помогают специалистам службы и на территории учреждения в организации и подготовке оказания различных педагогических услуг, присмотре за детьми на время посещения родителями тренингов или получения других социальных услуг.

Самым распространенным и востребованным направлением деятельности социального учреждения по инклюзии детей-инвалидов является предоставление досугово-развлекательных услуг. Востребованностью данной услуги объясняется, во-первых, желанием и осознанием семьями необходимости получения опыта коммуникации, взаимоотношений со сверстниками, выстраивания интеракций и установления взаимопонимания между людьми [4]; во-вторых, отсутствием «вмешательства» в семью, о чем мы говорили ранее. Благодаря таким мероприятиям происходит переформатирование жизненного пространства [5]. Культурно-массовые мероприятия являются для специалистов ключиком для открытия «замкнутой двери семьи», установления контакта с семьей для дальнейшего сотрудничества. В рамках досугово-развлекательных услуг появилось новое направление деятельности – паломнические походы и поездки по православным святыням России, которое тоже является востребованным.

В рамках оказания медицинских услуг детям-инвалидам предоставляется санаторно-курортное оздоровление, лечение, реабилитация. Путевки предоставляются круглогодично в различные санатории в зависимости от заболевания. Еще одним важным направлением деятельности социальной службы является содействие в получении материальной помощи. Данная услуга может быть предоставлена семье один раз в год в установленном размере.

Распространение и развитие инклюзии в российском обществе долгое время набирало обороты. Понимание и принятие данного термина происходит и по сей день. Инклюзия проникает во все важные сферы российского общества. Внедрение инклюзивных практик в деятельность социальных служб позволило детям с инвалидностью получать опыт позитивного взаимодействия с различными группами населения, ведущего к групповой солидарности, сплоченности, социальной инклюзии. Появились условия для развития и трансформации существующих практик работы с семьями, воспитывающими детей-инвалидов, открылись возможности развития и обучения детей с ограниченными возможностями.

Список литературы

1. Хитрюк В. Инклюзивная готовность как этап формирования инклюзивной культуры педагога: структурно-уровневый анализ // Вестник МДПУ. 2015. №1. С. 3.
2. Алешина М. Социальная сплоченность: концептуализация понятия // Вестник Саратовского государственного технического университета. 2012. №1. С. 216.
3. Романов П.В., Яковлева В.В. Корпоративная социальная политика: частные решения общих проблем // Отечественный журнал социальной работы. 2013. № 1. С. 97.
4. Ярская В., Ярская-Смирнова Е. Инклюзивная культура социальных служб // Социологические исследования № 12, 2015. С. 134.
5. Archer M. Being Human. Cambridge. 2003.

РЕАЛИЗАЦИЯ ИНКЛЮЗИВНОГО ПОДХОДА В ОБРАЗОВАНИИ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ **IMPLEMENTATION OF INCLUSIVE APPROACH IN EDUCATION: PROBLEMS AND SOLUTIONS**

О.В. Крухмалева
Российский университет дружбы народов, г. Москва
O.V. Krukhmaleva
RUDN University, Moscow

Рассматривается проблема инклюзивного образования и ее актуализации в современном информационном обществе. Анализируются различные подходы к организации инклюзивного образования в американской и европейской моделях обучения. Характеризуется состояние развития инклюзивного образования в России, обозначаются основные проблемы, стоящие на пути его реализации, и предлагаются некоторые возможные пути их решения.

The article is devoted to the problem of inclusive education and its actualization in the modern information society. Various approaches to the organization of inclusive education in the American and European models of education are analyzed. The state of development of inclusive education in Russia is characterized, the main problems standing in the way of its implementation are identified and some possible ways of their solution are offered.

Ключевые слова: включение, инвалидизация, инклюзия, образование, цифровые ресурсы, социальное взаимодействие

Keywords: inclusion, disability, inclusion, education, digital resources, social interaction

Фактически до начала XXI века в российском образовании проблема инвалидизации на всех уровнях обучения практически не поднималась. Наличие в системе здравоохранения страны специализированных организаций, отвечающих за поддержание, патронирование и реабилитацию инвалидов, позволяло брать им на себя ответственность за решение проблем людей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), но существовали они обособленно, в том числе и от системы образования.

Однако новые требования времени и желание России интегрироваться в мировое образовательное пространство в начале двухтысячных годов существенно обострили проблемы инвалидизации в обществе нового информационного типа. Современные вызовы диктуют осознание необходимости включения и охвата образовательным процессом всех учащихся, независимо от их особенностей развития.

Обращаясь к понятию инклюзивного образования, следует отметить, что сам термин инклюзия появился в 70-х годах прошлого века и долгое время разрабатывался в основном в американской педагогической теории. Официально он был введен в обращение Саламанской декларацией в 1994 г. [1]. В общепринятом понимании – это процесс обучения, при котором учащиеся с ограничениями по здоровью включаются в образовательный процесс в массовых учебных заведениях (детских садах, школах, вузах) наравне со своими сверстниками. Поэтому нередко в литературе можно встретить второе название – включающее образование. Идеология инклюзивного образования предполагает отказ от любой дискриминации человека с ОВЗ и закрепляет определенные обязательства со стороны института образования по созданию всех возможных условий для его полноценного включенного развития, обучения, воспитания. В широком смысле инклюзия – это доступное образование для всех.

Идея включенного образования принадлежит австрийскому врачу-психотерапевту Карлу Кенингу, который еще в начале XX века предпринял попытку обоснования необходимости и важности включения инвалидов в жизнь общества [2]. Он отмечал, что и для самого общества научиться жить вместе с «инвалидизированными» его представителями является крайне

полезным и конструктивным, так как позволяет преодолевать природный эгоизм, совершенствовать свои коммуникативные навыки и достигать понимания ценности жизни как таковой во всех ее проявлениях. Его теоретические наработки широко использовались в деятельности основанной им Кэмпхиллской общины, получившей широкое признание.

Активно разрабатывалась идея включенного образования представителями такого известного направления в педагогике, как Вальдорфская школа [3]. Несмотря на обширную критику ее идей и идеологических основ, сегодня в мире работает более 1000 учебных заведений, основанных на принципах данной методики.

Необходимо отметить, что тема инклюзивного образования является междисциплинарной и ее проработкой в разное время занимались представители всех направлений социально-гуманитарного профиля. В последнее время к ней особенно активно обращаются специалисты социального и экономического направлений.

Несмотря на то, что обращение к вопросу инклюзивного обучения в России произошло гораздо позже, чем в западных странах, в отечественной педагогике эта тема поднималась неоднократно. Одним из первых ученых, кто указывал на необходимость создания такой системы обучения, был Л.С. Выготский [4]. В своих работах он писал о том, что общей системе образования необходима такая модель, которая позволяла бы принимать в нее всех детей, в том числе и с особенностями здоровья. Признавая огромную работу специализированных образовательных организаций, он отмечал, что они не дают возможности учащимся с ОВЗ в полной мере интегрироваться в социум, «замыкают их на себе, своих проблемах и недостатках». Однако идеи Выготского не получили широкого общественного признания в России. В то же время они активно использовались в европейской и американской практиках становления включенного образования.

В настоящее время в мире существует несколько основных подходов к реализации инклюзивного образования [5]. Так, американская модель предполагает проведение существенных изменений массовой школы и адаптации ее к потребностям детей с ОВЗ и организации совместного обучения всех детей, независимо от группы здоровья. Европейская модель не предполагает проведения каких-либо серьезных изменений в массовой школе. Она рассматривает инклюзию как органичное включение детей с ОВЗ в текущий процесс обучения. Особую роль здесь играют специальные педагоги, тьюторы и другие лица, призванные помочь ученику в образовательном процессе, адаптации и социальном взаимодействии с коллективом, большую

роль также имеет работа с родителями всех учеников. Российское образование больше ориентировано на американскую модель.

В целом, можно отметить, что за прошедшие почти 50 лет развития инклюзивного образования многие страны достигли значительных успехов в его реализации. Огромный положительный опыт накоплен в Канаде, США, Италии, Скандинавских странах, а также странах бывшего СНГ – Молдове, Белоруссии, Эстонии, Латвии, Литве.

В России инклюзивное образование в масштабах страны фактически находится лишь на этапе становления. Достаточно отметить, что массовых общеобразовательных школ, реализующих программу включенного образования, единицы. Например, в Москве на полторы тысячи общеобразовательных школ приходится только около 50 учебных заведений, реально работающих по программе инклюзивного образования.

Специалисты считают, что развитие системы инклюзивного образования сегодня реализуется в основном по административному принципу. В настоящее время нерешенными остаются целый ряд социальных, педагогических и инфраструктурных проблем. Обозначим лишь некоторые из них. Во-первых, это отсутствие профессиональных кадров для работы с учениками с ОВЗ в массовой школе (это как непосредственно педагоги-предметники, так и социальные психологи, тьюторы, кураторы, а также медицинские работники в штате учебного заведения). Во-вторых, жесткая стандартизация и унификация отечественной системы образования не предполагает каких-либо индивидуальных отступлений от общих требований обучения. В-третьих, это неготовность общества к принятию детей с ОВЗ в массовое образование (неоднозначная реакция родительской и педагогической общественности на совместный процесс обучения, неприятие и непонимание определенных диагнозов у детей (например, ВИЧ), боязнь нанести психологическую травму здоровому ребенку из-за общения с инвалидом и т.д.). Четвертая проблема лежит вне поля института образования, однако очень существенно ограничивает его. Это доступность в прямом смысле слова – транспортная, инфраструктурная. И если современные требования «безбарьерной среды» для учебных учреждений сегодня реализованы, то о комфортной городской среде этого пока сказать нельзя.

Обозначенные проблемы находятся в поле зрения специалистов, и в настоящее время предпринимаются определенные шаги по их разрешению. Так, ряд педагогических вузов уже ведут подготовку специалистов для реализации инклюзивного обучения; инициирована работа по адаптации образовательных программ для детей с ОВЗ; рассматриваются различные финансовые механизмы по стимулированию работы педагогов; ведется работа

по формированию общественного мнения; развивается программа создания «безбарьерной среды».

Современным направлением реализации инклюзивного образования может стать активное использование цифровых образовательных инструментов в работе с учащимися с ОВЗ. Прежде всего речь идет о таких ресурсах, как «Я-класс», «Инфоурок», «School-collection», «Московская цифровая школа» и др., которые позволяют, с одной стороны, облегчить процесс обучения с физической точки зрения, настроить его под конкретные возможности ученика, а с другой стороны, не исключают возможности его интеграции в жизнь класса, школы, систему ДПО, внеурочную деятельность.

Список литературы

1. Саламанская декларация: о принципах, политике и практической деятельности в сфере образования лиц с особыми потребностями. Испания, 7-10 июня 1994.
2. Кенинг К. Человек в Camphill'e. М.: Изд-во «Духовное познание», 1996. 256 с.
3. Вальдорфская педагогика: Антология // Под ред. А.А. Пинского. М.: Просвещение, 2003. 494 с.
4. Выготский Л.С. Основы дефектологии. СПб.: Лань, 2003. 654 с.
5. Фурьева Т.В. Педагогика интеграции за рубежом: Монография. Красноярск: КГПУ им. В.П. Астафьева, 2005. 207 с.

СОЦИАЛЬНОЕ САМОЧУВСТВИЕ ИНВАЛИДОВ (РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ) SOCIAL WELL-BEING OF DISABLED PEOPLE IN THE NIZHNY NOVGOROD REGION

А.А. Лаконова

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

А.А. Lakomova

Lobachevsky University

Приведены результаты исследования о социальном самочувствии инвалидов, проживающих в Нижегородской области. Автор описывает результаты опроса о доступности различных услуг, деятельности учреждений, помогающих инвалидам, инфраструктуре для лиц с ограниченными возможностями здоровья.

The article presents the results of a study on the social well-being of disabled people living in the Nizhny Novgorod region. The author describes survey results of disabled on the availability of various services, on the activities of institutions that help people with disabilities, and the infrastructure for disabled.

Ключевые слова: инвалиды, учреждения для инвалидов, социальные услуги, социальное самочувствие

Keywords: disabled people, institutions for the disabled, social services, social well-being

С 1998 г. в России наблюдается устойчивая тенденция к сокращению численности инвалидов, что во многом связано с изменениями законодательства о порядке признания лица инвалидом. С 2010 г. отрицательная динамика инвалидизации наблюдается лишь в первых двух группах инвалидности, тогда как численность инвалидов III группы и детей-инвалидов возрастает.

По данным Федеральной службы государственной статистики, по состоянию на 1 января 2018 г. в России зарегистрировано 12 111 000 граждан, имеющих инвалидность. Среди них около 1 466 000 человек входят в Iую группу инвалидности, 5 552 000 – во IIую группу, 4 442 000 человек отнесены к IIIей группе, 651 000 человек являются детьми-инвалидами [1].

Представим краткий обзор результатов исследования о социальном самочувствии инвалидов, которое проводилось в рамках проекта № 18-411-520002 «Здоровьесбережение в практиках современной Нижегородской семьи» в 2018 г.

В исследовании приняло участие 139 человек, имеющих определенную группу инвалидности и заболевание. Респондентов опрашивали в учреждениях здравоохранения и социальных учреждениях Нижегородской области. Среди них 35,7% инвалидов мужского пола и 64,3% инвалидов женского пола в возрасте от 8 до 93 лет. Меньше половины респондентов (45%) имеют вторую группу инвалидности, 22,1% – первую группу инвалидности, 17,9% – третью группу инвалидности, 15 % – не ответили на вопрос о группе инвалидности. Основной причиной инвалидности у опрошенных является общее заболевание (62,1%), инвалидность с рождения имеется у 25% опрошенных, у 4,3% инвалидность наступила вследствие травмы с детства, 4,3% получили трудовое увечье, у 2,9% инвалидность появилась вследствие профессионального заболевания, 1,4% не ответили на вопрос о причине инвалидности. Основными типами ограничения жизнедеятельности опрошенных инвалидов являются общее заболевание (38,6%), опорно-двигательный аппарат (30%), нарушение психического здоровья (12,1%), зрение (7,1%), слух (6,4%), другое (5,8%).

Начальное образование имеют 7,1%, среднее общее неполное образование – 10,7%, среднее общее полное – 9,3%, среднее специальное – 40%, высшее – 29,3, ученую степень – 2,1%, не дали ответа на вопрос об уровне полученного образования – 8,6%.

Если говорить о семейном положении респондентов, то 38,6% опрошенных проживают одни, 25,7% – только с супругой (супругом), 31,4% –

проживают с супругой (супругом) с детьми, 3,9% – проживают только с детьми, 0,4% – проживают с иными родственниками. Подавляющее большинство опрошенных оценивают свой достаток как «средний» (63,6%), 22,1% считают, что у них «низкий» уровень достатка, 10% оценивают свой достаток выше среднего, а 4,3% полагают, что у них высокий уровень достатка. Среди них 50,7% имеют собственную квартиру, 22,9% проживают в доме инвалидов, интернате, 10% проживают в собственном частном доме, 5,7% живут в коммунальной квартире, 5% имеют социальное жилье, 3,6% арендуют чужое жилье, 2,1% живут в общежитии.

Больше половины респондентов (59,3%) имеют потребность в улучшении жилищных условий, практически каждый четвертый (23,6%) также имеет данную потребность, но нет никаких перспектив улучшения жилищных условий. Каждый восьмой респондент (12,1%) нуждается в улучшении жилищных условий, в семье планируется покупка лучшего жилья; 4,3% имеют данную потребность и стоят в очереди на получение социального жилья; 0,7% имеют эту потребность, поэтому планируют переезд в интернат.

Относительно обстановки в семье у лиц с ограниченными возможностями здоровья – у 62,9% благоприятная, дружественная обстановка, у 25,7% – скорее благоприятная, бывают единичные конфликты, у 7,9% – скорее напряженная, у 3,6% – очень напряженная. У половины респондентов (48,6%) за последние годы их жизнь и жизнь их семьи стала несколько лучше, у 20% – не изменилась, у 17,1% – значительно лучше, у 10% – несколько хуже, у 4,3% – значительно хуже.

17,1% инвалидов оценивают свое физическое самочувствие на «отлично», 41,4% – на «хорошо», 36,4% – на «удовлетворительно», 5,2% как «плохо».

11,4% респондентов оценивают доступность медицинских услуг (анализы, узи) на «отлично», 48,6% – на «хорошо», 32,1% – на «удовлетворительно», 7,9% как «плохо». 7,8% респондентов оценивают доступность приема узких специалистов на «отлично», 46,4% – на «хорошо», 34,3% – на «удовлетворительно», 11,5% как «плохо». 9,3% опрошенных полагают, что психологическую помощь им оказали «отлично», 51,4% – «хорошо», 29,3% – «удовлетворительно», 10% – «плохо».

17,9% респондентов оценивают доступность реабилитации на «отлично», 45,7% – на «хорошо», 27,9% – на «удовлетворительно», 8,5% как «плохо». 12,9% респондентов оценивают организацию оформления медицинских документов «отлично», 52,9% – «хорошо», 25,7% «удовлетворительно», 8,6% «плохо». 12,1% респондентов оценивают организацию процедуры получения льгот на «отлично», 45% – на «хорошо», 30% – на «удовлетворительно», 12,9% как «плохо».

По мнению инвалидов, не оборудованы пандусами/подъемниками и другими приспособлениями для инвалидов жилые дома (72%), тротуары (62%), учебные заведения (50%), ЖЭКи (49%), магазины, торговые центры (46%), почта (42%), поликлиники (40%), театры, кинотеатры, концертные залы (36%), больницы (35%), железнодорожные и автовокзалы (32%), библиотеки (24%), парки (16%), здания органов власти (15%), банки (10%).

44,3% инвалидов не знают о такой услуге, как социальное такси, 27,1% инвалидов отмечают, что такая служба отсутствует в городе, 15% считают, что данная услуга является дорогой для них, 5% респондентов используют эту услугу при необходимости, 8,6% не ответили на этот вопрос анкеты.

Наиболее доступными источниками информации/связи для инвалидов являются мобильная телефонная связь (86,4%), телевизионное вещание (75%), Интернет (69,3%), стационарная телефонная связь (63,6%), почта (53,6%) и радио (53,6%).

Из перечисленных источников информации/связи инвалиды получают информацию о своих правах, социальных услугах в основном по телевидению (75%), из Интернета (71%), из прессы (56%), от соседей, друзей, знакомых (54%), радио (50%). Меньшая часть респондентов подобную информацию получают из печатных изданий общественных организаций (32%), от социальных работников (18%), от работников здравоохранения (18%) и из социальной рекламы (18%).

45,7% достаточно хорошо знают основные положения нормативно-правовых актов о своих правах, 37,1% знают только отдельные аспекты, 11,4% считают, что у них низкий уровень знания о своих правах и возможностях их защиты, только 5,7% знают очень хорошо (имеют полную информацию).

Основными организациями, которые оказывают помощь инвалидам, являются районные центры социальной защиты населения (72%), семья (43%), общественные организации (41%), органы государственной власти, местная администрация (39%), религиозные организации (31%), благотворительные организации (12%) и волонтеры (12%). 41,4% респондентов скорее удовлетворены оказываемыми в данных организациях услугами, 36,4% полностью удовлетворены данными услугами, 18,6% скорее не удовлетворены, 3,6% не удовлетворены.

Согласно опросу, для 65,7% необходимо медицинское обслуживание, 60% – оздоровление в санатории, 44,3% – материальная помощь, 40% – правовая (юридическая) помощь, 21,4% – психологическая помощь, 12,1% – получение образования, 12,1% – помощь в трудоустройстве, 10,7% – обучение компьютерной грамотности, 10% – услуги социальных работников.

В заключение стоит отметить, что, по мнению респондентов, публикации статей в СМИ, Интернете (51%), конференции, круглые столы, форумы (41%), формирование районного/городского сообщества инвалидов (40%), рассказ о жизни человека с инвалидностью через Интернет каналы (36%), социальная реклама (35%), раздача листовок, буклетов (30%) привлекут внимание к проблемам инвалидов.

Список литературы

1. Уровень инвалидизации в Российской Федерации// Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики России URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/disabilities/# (дата обращения 23.09.2018).

О НОВОЙ КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ С ПОМОЩЬЮ ЛОШАДИ **ABOUT THE NEW CLASSIFICATION METHODS OF REHABILITATION AND HABILITATION BY HORSE**

М.В. Лукина

Нижегородский центр иппотерапии «Контакт»

М.В. Курникова

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

M.V. Lukina

Nizhny Novgorod centre for hippotherapy "Contact"

M.V. Kurnikova

Lobachevsky University

Приводится новая классификация методов использования лошади в работе с инвалидами, что ранее заменялось общим термином «иппотерапия», даны подробные определения, пояснение целей и условий проведения занятий новым выделяемым направлениям реабилитации и абилитации с помощью лошади. До настоящего времени в России существовала некоторая путаница с тем, какой именно комплекс упражнений получит лицо с ОВЗ, направляемое на иппотерапию, поскольку этим термином обозначалось одновременно несколько методов реабилитации с помощью лошади. Материал будет интересен специалистам, занимающимся реабилитацией и социальной интеграцией инвалидов, так как дает наиболее полное представление обо всех существующих методах использования лошади в работе с лицами с ОВЗ.

The article gives a new classification of the methods of using a horse in work with disabled people, which was previously replaced by the general term "hippotherapy", detailed definitions and clarification of the purposes and conditions for conducting classes for new allocated areas of rehabilitation and habilitation with the help of a horse. The article will be of interest to specialists involved in the rehabilitation and social integration of disabled people, as it provides the most complete picture of all the existing methods of using the horse in dealing with persons with HIA.

Ключевые слова: иппотерапия, адаптивная верховая езда, методы реабилитации и абилитации с помощью лошади

Keywords: hippotherapy, adaptive riding, methods of rehabilitation and habilitation by horse

3-4 февраля в Новосибирске на IX Межрегиональной конференции Ассоциации Иппотерапевтических организаций Сибири под названием «Актуальные вопросы иппотерапии, адаптивного конного спорта и организации иппотерапевтической деятельности» была принята новая Классификация методов абилитации и реабилитации с помощью лошади [1].

Уже в самом названии классификации отражен абсолютно новый для России подход к использованию лошади в работе с инвалидами: ранее среди специалистов было распространено употребление термина «иппотерапия», который нередко обозначал множество методов и техник работы – от собственно терапевтической езды до занятий с элементами конного спорта. Это приводило к терминологической путанице даже среди специалистов, а соискатели занятий под прикрытием слова «иппотерапия» могли получить всё, что угодно, не подозревая о наличии отдельных направлений работы.

Что же такое иппотерапия и почему это слово так прижилось в терминологическом словаре специалистов по реабилитации? Сам термин имеет греческое происхождение, ввел его Гиппократ более 2500 лет назад. Он использовал верховую езду для восстановления воинов после травм, отмечая повышение общего тонуса организма, более быстрое восстановление [2]. С тех пор использование лошади в восстановлении и развитии навыков человека распространилось по всему миру и значительно развилось, став в большинстве стран официально признанным государствами и медициной методом работы. Обратимся к терминологии, принятой во всем мире.

NETI – Horses in Education and Therapy International – мировая организация, курирующая различные методы использования лошади в реабилитации и абилитации [3]. Дословно расшифровка аббревиатуры означает следующее: «Лошади в обучении и терапии». Это трудно переводимое, с точки зрения стилистики русского языка, название отражает специфику подхода: занятия с лошадьми могут использоваться для обучения и развития (педагогическая работа) и как метод терапии (медицинское вмешательство). Это выглядит очень логично, если принять во внимание, что клиентами занятий становятся дети и взрослые, имеющие патологию различного генеза, следовательно, требуют разного подхода и разных специалистов. Именно так и происходит во всем мире: направление выдается к профильному специалисту, использующему лошадь в своей работе. Вот почему употребляемый повсеместно в России термин «иппотерапия» для обозначения занятий на или с

лошадью является слишком общим и неточным. Обратимся к новой классификации (Схема 1).

Схема 1. Новая классификация методов реабилитации и абилитации с помощью лошади



С введением новой классификации иппотерапия стала лишь частной методикой работы с использованием лошади: это нейрофизиологически ориентированная терапия, где шагающее терапевтическим шагом (это очень важно!) животное служит средством воспроизведения двигательной активности, тренируются компенсаторные возможности мышц и вырабатывается осанка и равновесие. Исходные положения всадника: лежа на животе и на спине. Минимальные необходимые условия для занятий иппотерапией требуют наличия специально подготовленной терапевтической лошади, площадки или крытого манежа размером не меньше 20x40м, коновода с тренерской квалификацией или разрядом в конном спорте, инструктора с базовым медицинским или педагогическим образованием и дополнительным – по иппотерапии, а также ассистента для обеспечения симметричных положений всадника. Особые требования предъявляются к лошади: она должна быть физически и психически здоровой, не ниже 120 см, не моложе 6 лет, иметь сформированный центр тяжести, плавные, амплитудные движения с заступом в 1-2 копыта и сбалансированные три вектора движений (вперед-назад, вверх-вниз, влево-вправо). Иппотерапия рекомендована при ДЦП, восстановлении после травм, включая инфаркты и инсульты.

Развивающая верховая езда актуальна при ментальных нарушениях (РАС, синдроме Дауна, ЗПР, ЗРР, сниженном интеллекте), поскольку ее целью является формирование психосоматической целостности, где мышление, эмоции и тело находятся в гармоничном взаимодействии. В отличие от

иппотерапии, в РВЕ формирование двигательных навыков происходит с использованием когнитивной сферы всадника, то есть здесь предполагается сознательное участие всадника, несмотря на пассивную езду. Главными условиями для проведения занятий здесь служит наличие инструктора с базовым образованием в области педагогики и психологии, физической культуры, терапевтическая или учебная лошадь любой породы без аритмий и не моложе 6 лет, огороженная площадка или крытый манеж с длиной стенки не менее 20 метров, ассистент – по желанию инструктора, коновод с опытом работы с лошадьми.

Оздоровительная верховая езда, которая раньше называлась лечебной, предполагает активное участие всадника в управлении лошадью, поэтому заниматься ею может только лицо, у которого сформированы в достаточной степени необходимые моторные навыки. Оздоровительная верховая езда способствует развитию самоконтроля, мотивации, совершенствованию двигательных навыков и чувства равновесия. На занятиях, в зависимости от подготовки всадника, используется не только шаг, но и рысь с галопом, возможны групповые занятия.

Адаптивный конный спорт – спорт высоких достижений, включающий в себя паралимпийскую выездку (для лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата), паралимпийский драйвинг (в России не представлен), Спорт ЛИН (для лиц с интеллектуальной недостаточностью – конкур, выездка, пробеги).

Отдельно остановимся на ипповенции – методика беспосадочной работы с лошадью с целью достижения психологического терапевтического эффекта, осуществляемая психологом или психотерапевтом, имеющими опыт работы с лошадьми. Термин введен Х.-Дж.Барайссом. Применяется при девиантном поведении у подростков, трудных жизненных ситуациях, для борьбы со стрессом, тревожностью и возбудимостью. Эффективность обусловлена осознанием глубинных процессов во время контакта с лошадью, в момент переживания которого человек может восстановить контакт со своим подлинным «я».

Обновление и уточнение классификации методов использования лошади в работе с лицами с ОВЗ должно способствовать целенаправленному получению помощи, повышению качества подготовки специалистов и проведения занятий в целом, что приведет к популяризации и признанию на государственном уровне методов использования лошади в реабилитации и абилитации инвалидов.

Список литературы

1. Вестник Национальной Федерации Иппотерапии и адаптивного конного спорта «Иппотерапия». N1 (15), 2017.
2. Гиппократ. Избранные книги. Репринтное воспроизведение издания 1936 года. «Сварог», 1994.
3. <https://www.hetifederation.org/>

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДИЧЕСКИХ ОСНОВ ВКЛЮЧЕНИЯ НЕТИПИЧНОГО УЧАЩЕГОСЯ В ИНКЛЮЗИВНЫЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС **CHARACTERISTICS OF METHODOICAL BASE FOR INTEGRATION OF EXCEPTIONAL LEARNER INTO INCLUSIVE EDUCATIONAL PROCESS**

Ю.В. Мельник

*Московский государственный
психолого-педагогический университет, г. Москва*

I.V. Melnik

Moscow State University of Psychology and Education, Moscow

Рассматривается модификационно-телеологическая трактовка построения адаптированной методики обучения в инклюзивной группе и прегнантно-диалектическая концепция включения особенного учащегося в существующие учебно-методические реалии. Выделяются параметры методической инклюзивности, а также совокупность условий включения интервентных диспозиций, оптимизирующих методические основы инклюзивного образования.

Modification and teleological conception for creation of adaptive educational methods in inclusive group as well as pregnant and dialectic theory of inclusion of exceptional learner in current educational and methodical environment are analyzed in the article. Author shows key inclusive criteria of educational methods and describes range of intervention components which are aimed to improve methodical base of inclusive education.

Ключевые слова: инклюзивное образование, нетипичный учащийся, методики инклюзивного образования, особые потребности, инклюзия

Keywords: inclusive education, exceptional learner, methods of inclusive education, special needs, inclusion

Инклюзивное образование как наиболее перспективная форма обучения всех детей, включая нетипичных, представляет собой специфическую организацию учебно-воспитательного процесса, в рамках которого достигается максимально возможная активизация и инициация познавательной и социализационной зон развития индивида. В данном контексте ключевое значение приобретает методическая организация инклюзивной образовательной деятельности, поскольку посредством развития релевантных

академических, интерактивных и коммуникативных компетенций нетипичных детей достигается интенсификация способности учащихся к интериоризации как некоторого запаса гнозиса, так и социального праксиса.

Под нетипичностью в рамках данной работы подразумевается наличие у индивида некоторой совокупности отклонений от общепризнанного императива (одаренность, принадлежность к этническим, религиозным, культурным, лингвистическим меньшинствам, инвалидность и т.д.), в силу резистентного функционального воздействия которых проявляются различные моменты дизонтогенеза в академическом и психосоциальном планах, что препятствует качественной методической интериоризации нестандартными индивидами учебного контента и сужает их социализационные возможности.

Вовлечение особенного учащегося в коллектив сверстников на методическом уровне представляет собой резистентный процесс активизации интернальных и экстернальных ресурсов нетипичного учащегося в рамках инклюзивного образовательного континуума. Развивая данную идейную дефиницию, Р.М. Гаржуло выдвигает модификационно-телеологическую трактовку построения адаптированной методики обучения в инклюзивной группе. Согласно его взглядам, тактика обучения и воспитания особенных учащихся в обязательном порядке должна быть спроектирована с учетом целевых установок, идентифицированных для нетипичного лица, и содержать в себе элементы позитивной трансформации образовательной деятельности на дидактическом, интраиндивидуальном и межперсональном уровнях [1].

Мы оцениваем данную точку зрения как безусловно продуктивную, что обусловлено существованием выраженной корреляционной суггестии семантически продуманной дидактики в методическом контексте на достигаемые результаты обучения и социализации нетипичных лиц. Одновременно с этим мы считаем целесообразным выделить определенные характеристики апробированных методик, наличие которых детерминирует становление их семантического содержания по типу инклюзивных. К подобным параметрам методической инклюзивности относятся следующие идентификационные диспозиции:

- гибкость используемых методик, состоящая в их гибкости, индивидуально-темпоральной адаптивности и вариативности форм выражения;
- полисемия методического арсенала, предполагающая комбинаторное решение ряда задач по становлению академического развития и личностного роста всех участников единого учебно-воспитательного континуума;
- холизматичность апробируемых методических основ, базирующаяся на целостной рефлексии их телеологии с точки зрения академических,

личностных, психосоциальных, бихевиоральных и культуральных перспектив роста нетипичного учащегося;

– диалектичность применяемых методик обучения, которые нацелены на постоянное проектирование и качественное обогащение зоны ближайшего развития как самого особенного учащегося, так и остальных субъектов инклюзивного образовательного процесса в одновременно личностном и компетентностном аспектах;

– оценка интервюемых методик обучения на критически-рефлексивном уровне в рамках процессуальной, учебной, социальной, поведенческой, коммуникативной и менеджментской парадигм, направленных на системный анализ при построении комфортного универсального дизайна в архитектурном и психоэмоциональном планах;

– ориентация применяемых методик обучения нетипичного индивида на принцип множественной интеллигентности, определяемый в русле когерентной диалектики индивида с особыми образовательными потребностями с одновременных позиций перцепции, интериоризации академического контента и формирования социального праксиса у каждого субъекта учебно-воспитательной деятельности;

– пролонгированность методической организации, фокусирующаяся на трансформации средств образовательного процесса в долговременной перспективе, исходя из особых образовательных потребностей нестандартного индивида;

– направленность методик обучения на комбинаторику стратегического и тактического направления, когда происходит сочетание операциональности и продуктивной долгосрочности в ходе формирования устойчивого инклюзивного образовательного континуума.

Реализация методических основ инклюзивного обучения выступает процессуальным конструктом, вбирающим в себе совокупность полифакторных диспозиций, проходящих свое системное формирование. Характеризуя данный аспект, С. Ваухн представляет прегнантно – диалектическую концепцию включения особенного учащегося в существующие учебно-методические реалии. Исходя из позиции данного исследователя, методическое обеспечение инклюзии в образовании представляет собой сознательную интервенцию структурных модификаций, которые должны отличаться семантической лаконичностью и находиться в постоянном развитии, трансформируясь в соответствии с динамикой образовательных нужд нетипичной личности и ее социализационными возможностями [2].

Мы разделяем рациональность представленной точки зрения, что детерминировано присутствием тесной корреляции между содержательной

насыщенностью внедряемых интервенций и уровнем их конструктивного развития, необходимого для становления максимально возможной компенсаторики индивида. Наряду с этим, на наш взгляд, является целесообразным выделение конкретного перечня условий включения интервентных практик, оптимизирующих методические основы инклюзивного образования. К ним относятся:

- интернальная готовность всех субъектов к реализации нетривиальных форм учебной и социальной активности;
- расширенная гносеологическая база каждого участника образовательного процесса в инклюзивной методической сфере;
- обширная инструментальная основа реализации методических тактик в образовательной деятельности;
- полифункциональная критическая рефлексия методических стратегий инклюзивного обучения;
- промежуточный анализ динамики методик построения плюрализма в образовательной среде в рамках системно-стратегических перспектив;
- резистентная преемственность адаптации методического арсенала на различных этапах онтогенеза нетипичного учащегося;
- качественное применение ассистивных средств по продвижению инновационных методик инклюзивного обучения;
- аксиологическая переориентация применяемых методических средств по созданию комфортного для каждого лица образовательного континуума.

Таким образом, процесс разработки и применения методических основ инклюзии представляет собой комплексную деятельность, направленную на интенсификацию академических возможностей всех участников инклюзивного образовательного процесса и укрепление горизонтально-паритетной системы коммуникации в группе. Применение ряда методических приемов в ходе совместного обучения и воспитания типичных и нетипичных лиц детерминирует возможность становления качественной личностной диалектики каждого индивида, вне зависимости от выраженности у него реальных либо потенциальных отличительных черт, что, в конечном итоге, экстерииоризирует общие адаптивные способности всех учащихся к продуктивной социализации и высокой академической успеваемости в условиях инклюзивного коллектива.

Список литературы

1. Gargiulo R.M., Metcalf D. Teaching in today's inclusive classrooms: a universal design for learning approach / R.M. Gargiulo, D. Metcalf. Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning, 2013. 504 p.

2. Vaughn S. & Bos C.S. Strategies for teaching students with learning and behavior problems. – Upper Saddle River, NJ: Pearson Education, Inc., 8th ed, 2012. 450 p.

СОЦИОКУЛЬТУРНЫЙ ПРОЕКТ «КУЛЬТУРА БЕЗ ГРАНИЦ» SOCIO-CULTURAL PROJECT “CULTURE WITHOUT BORDERS”

Н.В. Михина

Городской дом культуры национального творчества, Саратова

N.V. Mikhina

“A town house of culture of national creativity”, Saratov

Аннотируется творческая деятельность людей с инвалидностью как фактор формирования направленности на социокультурное взаимодействие с ними, освещаются проблемы культуры инклюзии в современном социуме.

Article is devoted to creative activity of people with disabilities as factor of formation of orientation on sociocultural interaction with them, problems of culture of an inklyuziya in modern society are covered.

Ключевые слова: культура, искусство, инклюзия, социокультурное проектирование, инклюзивная культура

Keywords: culture, art, inklyuziya, sociocultural design, inclusive culture

В «Основах Законодательства РФ о культуре» государственная культурная политика (политика государства в области культурного развития) определяется как совокупность принципов и норм, которыми руководствуется государство в своей деятельности по сохранению, развитию и распространению культуры, а также сама деятельность государства в области культуры.[1]. На наш взгляд, многозначность смыслов, включенных в понятие "культура", делает ее составной, а в некоторых случаях и базовой частью различных направлений деятельности государства (экономической, внешнеполитической, социальной). Классические теории, представленные трудами Т. Парсонса, М. Вебера, Г. Спенсера, Э. Дюркгейма, Д. Белла, Л. Эрхарда, Р. Дарендорфа, затрагивающие некоторые аспекты функционирования культуры и искусства, базируются, как правило, на гуманитарной и идеологической составляющей данной сферы.

Э. Тайлор[2] определяет неотъемлемую связь культуры и общества, отводя главенствующую роль в реформациях общества именно культуре.

По мнению М. Вебера[3], все явления, происходящие в обществе, наделены культурной и смысловой нагрузкой. Культура охватывает все стороны жизни индивида, и чем выше ценностное, тем значительнее социальное. Именно благодаря теориям Вебера культура отнесена к

рациональному, являющему собой стержень общества, а все иррациональное представлено вне его. Культура ценностна в соотношении с доминантами эпохи.

Р. Мертон определяет культуру как «организованную совокупность нормативных ценностей, управляющих поведением, характерным для членов определенного общества или группы, а социальную структуру как «организованную совокупность социальных отношений, в которых по-разному участвуют члены общества и группы»[4]. В случае серьезного рассогласования между нормами и ценностями культуры и социально сформированными способностями членов группы действовать в соответствии с ними возникает аномия, то есть некоторые люди из-за своего положения в социальной структуре общества не способны действовать согласно нормативным ценностям. Культура требует определённого типа поведения, нередко социальная структура создаёт определённые препятствия в следовании сформированным поведенческим нормам. Если обратиться к нормативным требованиям в области культурного развития в российском обществе, в том числе и на уровне деклараций государства, большое значение придается формированию культурной, духовно развитой личности. Из-за реального положения в социальной структуре (в условиях социального неравенства и, как следствие, неравного доступа к культурным благам и ценностям, коммерциализации сферы культуры, отсутствия безбарьерной среды) многие не имеют возможности достичь подобного образца в отношении человека «культурного».

Проблемы инвалидности в России приобрели особую актуальность, что обусловлено общемировыми тенденциями глобализации и информатизации, демократизацией российского общества, а также необходимостью изменения принципов социокультурной политики в отношении людей с инвалидностью в сторону практического применения принципа равных возможностей и повышения доступности участия инвалидов в политической, социальной, экономической и культурной жизни, стремления к расширению сферы социального участия людей с ограниченными возможностями, а также обеспечения возможности активной вовлеченности инвалидов в общественную жизнь через объединение различных ресурсов.

В Саратовской области проживает более 150 тысяч инвалидов, что составляет более 6% от общего количества жителей области. Количество детей инвалидов составляет более 6 тысяч человек. Организация и проведение на территории области социокультурного проекта «Культура без границ» позволит укрепить дружеские и творческие связи между молодыми людьми без деления каких-либо возможностей. Центральной задачей реализации

проектов выступает принцип инклюзии, способствующий стиранию барьеров (физических, географических, психологических) и формированию единого коммуникационного пространства творчества для людей с инвалидностью и без нее, а также привлечение внимания общественности к проблемам людей с ограниченными возможностями здоровья, возможность выйти за рамки своего привычного замкнутого круга через творческую реализацию. Итогом реализации подобных проектов может послужить инициатива создания в Саратовском регионе творческих, культурных пространств, в основу которых будет положен принцип равного доступа к многообразию культурного наследия России. Уникальность данного направления состоит в том, что основной его задачей является не сегрегация и создание специальных социокультурных мероприятий для инвалидов, а инклюзия в городское пространство, снятие барьера между людьми с инвалидностью и без нее посредством совместного участия в творчестве, возможность обучения и получения консультации ведущих специалистов различных творческих направлений.

Все мероприятия должны осуществляться на принципах признания человеческого многообразия, то есть отказа от культурных мероприятий «для инвалидов с участием инвалидов», в пользу максимальной инклюзии. Реализация мероприятий и публикационная деятельность в рамках социокультурных проектов позволит достичь переосмысления распространенных в общественном сознании взглядов на людей с ограниченными возможностями, что приведет к формированию навыков грамотной и конструктивной репрезентации инвалидности как в массовых коммуникациях и в общественном сознании. Творчество выступает фактором, объединяющим людей, данные мероприятия, направленные преимущественно на молодых людей, дадут возможность вовлечь современную молодежь в сферу социальной активности и разрушить существующий социальный барьер между здоровыми людьми и людьми с инвалидностью. Через проведение мероприятий мы ожидаем эффект устранения непонимания инвалидов и инвалидности молодым поколением, улучшения у людей с инвалидностью коммуникативных навыков и появления уверенности в собственных силах. Уникальность данных проектов состоит в том, что основная задача – не сегрегация и создание специальных социокультурных мероприятий для инвалидов, а инклюзия в городское пространство, снятие барьера между людьми с инвалидностью и без нее посредством совместного участия в творческих проектах. Цель – сломать сложившиеся в обществе стереотипы и доказать, что интеграция – не самоцель, а средство исцеления общества.

Огромная роль отводится культурным проектам, созданным как учреждениями культуры, так и инициативными представителями общества. Гражданам нужна включенность в культурный процесс, благодаря чему культурные инновации не просто принимаются обществом, а наблюдается инклюзия индивида в культурную среду.

Список литературы

1. Основы законодательства Российской Федерации о культуре от 9 октября 1992 года, № 3612-1 //www.duma.gov.ru/cult-tur/zakon_kult/o_kulture.htm
2. Тайлор Э. Первобытная культура / Э. Тайлор; [пер. с англ. Д.А. Коропчевского]. Москва : Политиздат, 1989. 573 с.
3. Вебер М. Избранные произведения. М., 1990.
4. Мертон Р.К. Социальная теория и социальная структура. М.: АСТ, 2006. С. 266.

СОЦИАЛЬНО-ТРУДОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ КАК ПРОЦЕСС ИНТЕГРАЦИИ ИНВАЛИДОВ В ОБЩЕСТВЕ SOCIAL AND LABOR REHABILITATION AS PROCESS OF INTEGRATION OF DISABLED PEOPLE IN SOCIETY

О.Н. Морозова, А.М. Афлетонова
Казанский государственный медицинский университет, г. Казань
O.N. Morozova, A.M. Afletonova
Kazan state medical university, Kazan

Рассматривается одно из перспективных направлений реабилитации – это обучение и переобучение инвалидов, предоставление им в процессе переподготовки новой профессии или специальности, обучение навыкам работы по прежней специальности в условиях утраты ряда функций.

In article the possibilities of influence on the motivational sphere of the student in the course of educational activity are considered. On the basis of researches various problems of modern education are listed and the ways of the organization of educational activity promoting formation of motivation for effective vocational training of students are offered.

Ключевые слова: реабилитация, социально-трудовая реабилитация, инвалид, труд, творчество, профессиональная реабилитация, обучение, преподготовка

Keywords: rehabilitation, social and labor rehabilitation, disabled person, work, creativity, professional rehabilitation, training, prepodgotovka

В последние годы предприняты определенные шаги по разработке и реализации достойной социальной политики в отношении инвалидов. Происходят изменения в идеологическом обосновании отношения общества к своим особым членам. Принципы полноценной жизни и равных возможностей

для инвалидов медленно, постепенно, но неуклонно начинают утверждаться в сознании людей. Стержнем социальной политики по отношению к инвалидам становится реабилитационное направление как основа формирования и укрепления психофизиологического, профессионального и социального потенциала личности, развитие технологий социальной работы, которая включает непосредственную реабилитацию инвалидов [1].

Реабилитация инвалидов – это система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма. Целью реабилитации является восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация. Реабилитация инвалидов включает профессиональную реабилитацию инвалидов, которая состоит из профессиональной ориентации, профессионального образования, профессионально-производственной адаптации и трудотерапии [2].

Как считает О.С. Андреева, трудотерапия – один из методов медицинской реабилитации инвалидов, который по своей сути имеет не только медицинскую, но и ярко выраженную социальную направленность. Трудовая терапия базируется на закономерностях социологии труда, физиологии, психологии и клинической медицины. Она включает разнообразные виды физических методик, содержащих элементы профессиональной и бытовой деятельности [3]. Трудовая терапия оказывает благоприятное влияние на формирование круга ценностных ориентации и потребностей инвалидов, тем самым способствуя нормализации их взаимоотношений с окружающим миром. Основная цель трудовой терапии – развитие и восстановление нарушенных функций, формирование хозяйственно-бытовых навыков по самообслуживанию, ведение домашнего хозяйства, выполнение трудовых упражнений. К задачам трудовой терапии относятся: восстановление утраченных функций путем применения различных видов труда; восстановление профессиональных и бытовых навыков (самообслуживание, передвижение и др.), оказание общеукрепляющего и психологического воздействия на организм инвалида и социальная реинтеграция (трудоустройство, материально-бытовое обеспечение, возвращение в трудовой коллектив). Трудовая терапия разделяется на два метода: терапия трудом и занятия трудом. Занятие трудом – это занятие свободного времени инвалида рисованием, изготовлением сувениров, лепкой. Терапия трудом – использование с лечебной целью различных трудовых процессов, трудовых операций.

Одним из перспективных направлений реабилитации является социально-трудовая реабилитация, которая включает: обучение и переобучение инвалидов, предоставление им в процессе переподготовки новой профессии или специальности, обучение навыкам работы по прежней специальности в условиях утраты ряда функций.

Социально-трудовая реабилитация неразрывно связана с мерами по обеспечению возможности больных и инвалидов участвовать в общественно-трудовой деятельности. В их число входит: определение трудоспособности, трудоустройство, профессиональная ориентация и выполнение трудовых процессов с учетом физических возможностей, сложившихся в результате травмы или болезни, профессиональное обучение или переобучение, создание специальных рабочих мест и условий труда. Особое место занимают занятия в коррекционно-творческих студиях, где каждому клиенту подбирается программа занятий прикладным творчеством, проводится обучение различным прикладным техникам: мозаике из кожи, лепке из соленого теста и глины, оригами и др.

Важнейшими принципами социально-трудовой реабилитации являются [4]:

- принцип неразрывной связи инвалида с социальной средой;
- принцип сохранения семейных и социальных связей;
- принцип комплексности и последовательности реабилитационных мероприятий;
- принцип государственных социальных гарантий для инвалидов.

Правительством РФ в связи с расширением рынка труда и для облегчения реализации социальных программ по обеспечению льготами инвалидов предусмотрены выгодные условия предоставления трудовой занятости лицам с ограниченными возможностями здоровья как потенциальным трудовым ресурсам.

Регулирование проблем в области занятости (трудоустройства) решается на основе Трудового кодекса Российской Федерации. В статье 23 Федерального закона о социальной защите инвалидов в РФ закреплены условия их труда:

1. Инвалидам, занятым в организациях независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, создаются необходимые условия труда в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида.

2. Не допускается установления в коллективных или индивидуальных трудовых договорах условий труда инвалидов (оплата труда, режим рабочего времени и времени отдыха, продолжительность ежегодного и дополнительного

оплачиваемых отпусков и другие), ухудшающих положение инвалидов по сравнению с другими работниками.

3. Для инвалидов I и II групп устанавливается сокращенная продолжительность рабочего времени не более 35 часов в неделю с сохранением полной оплаты труда.

4. Привлечение инвалидов к сверхурочным работам, работе в выходные дни и ночное время допускается только с их согласия и при условии, если такие работы не запрещены им по состоянию здоровья.

5. Инвалидам предоставляется ежегодный отпуск не менее 30 календарных дней.

В Республике Татарстан занято трудовой деятельностью 30% инвалидов трудоспособного возраста. Через службу занятости в 2018 г. нашли работу 2 402 инвалида (59% инвалидов, обратившихся в службу занятости). Создано 100 оборудованных рабочих мест для трудоустройства инвалидов. Средний размер возмещения затрат на оборудование одного рабочего места для инвалида – 72 690 рублей. Занялись предпринимательством – 45 инвалидов. На квотируемые рабочие места устроено 516 инвалидов. Обучено профессиям, востребованным на рынке труда, 450 инвалидов.

В Российской Федерации решением вопроса занятости населения занимается государственная служба Центра занятости населения (ЦЗН), куда может обратиться и человек с инвалидностью. ЦЗН занимается предоставлением профессионально-ориентационных услуг и проводит ознакомление с имеющимся банком вакансий. Граждане с ограниченными возможностями, обратившиеся в службу занятости, имеют право получить консультацию по вопросам выбора сфер деятельности, трудоустройства, профессионального обучения. Если человек с инвалидностью пожелает встать на учет в службе занятости как безработный гражданин, ему необходимо оформить «Индивидуальную программу реабилитации» при условии отсутствия у него третьей степени ограничения к трудовой деятельности.

В заключение хотелось бы отметить: самым главным и значительно важным в системе трудовой реабилитации инвалидов является достойное и корректно уважительное отношение окружающего общества, что и будет способствовать качественной подготовке лиц с ограниченными возможностями к полноценной рабочей жизни.

Список литературы

1. Галаганов В.П. Право социального обеспечения. Учебник / В.П. Галаганов. М.: Кнорус, 2013. С. 342.

2. Сабанов З.М. Социально-профессиональная реабилитация инвалидов: проблемы и пути решения (на примере Республики Северная Осетия-Алания) / автореф. кандидат социологических наук З.М. Сабанов. М.: Московский государственный социальный университет, 2004. С. 14.

3. Андреева О.С. Принципы формирования и реализация индивидуальной программы реабилитации инвалида. Медико-социальная экспертиза и реабилитация / О.С. Андреева // М., 2012. №4. 154 с.

4. Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации от 27 ноября 1995 г. Ст. 9.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ ПАРАЛИМПИЙСКОГО ДВИЖЕНИЯ В РОССИИ

ORGANIZATIONAL BASIS OF THE PARALYMPIC MOVEMENT IN RUSSIA

В.А. Оринчук, А.В. Оринчук
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
V.A. Orinchuk, A.V. Orinchuk
Lobachevsky University

Представлена характеристика организационных основ современного Паралимпийского движения в России. Определены проблемные места в развитии паралимпийского спорта в стране и возможные направления его развития.

The article presents the characteristics of the organizational foundations of the modern Paralympic movement in Russia. The authors identify the problem areas in the development of paralympic sports in the country and the possible directions of its development.

Ключевые слова: Паралимпийское движение, паралимпийский спорт, инвалид, организация Паралимпийского движения

Keywords: Paralympic movement, paralympic sport, disabled person, organization of Paralympic movement

Спорт инвалидов как социальное явление появилось в конце XIX века, но активное его развитие стало возможным во второй половине XX века. И за это время паралимпийский спорт превратился в мощное спортивное движение, которое сегодня объединяет спортсменов-инвалидов различных нозологий: спортсмены с нарушением зрения, с поражением опорно-двигательного аппарата, спортсмены-колясочники, спортсмены-ампутанты, карлики, спортсмены с последствиями церебрального паралича, спортсмены с нарушением интеллекта [1].

В настоящее время Паралимпийское движение становится основным направлением развития спорта для инвалидов как в мире, так и в России. Это обусловлено следующими факторами [2]:

- использованием в процессе проведения соревнований традиционной модели соревновательной деятельности, хорошо понятной зрителям и болельщикам и наиболее эффективной для адаптации спортсменов к условиям реальных социально-экономических отношений, для социализации и социальной интеграции инвалидов, повышения их реабилитационного потенциала и качества жизни;

- распространением Паралимпийского движения в значительном количестве стран мира по сравнению с другими направлениями адаптивного спорта: Сурдлимпийское движение и движение Специальной Олимпиады;

- большой известностью паралимпийских видов спорта и героев Паралимпийских игр у представителей СМИ, специалистов в сфере физической культуры и спорта, широких слоев населения;

- охватом наибольшего количества видов патологий здоровья людей программами паралимпийских видов спорта и доступностью и зрелищностью многих видов паралимпийского спорта для инвалидов.

Организационные основы Паралимпийского движения в Российской Федерации были сформированы в конце XX – начале XXI века. В 1996 г. был создан Паралимпийский комитет России (далее ПКР) как общероссийское общественное объединение. На 2018 г. ПКР имеет свои отделения в 53 из 85 регионов Российской Федерации [2].

В состав ПКР входят следующие общероссийские спортивные организации спорта инвалидов:

1. Общероссийская общественная организация «Всероссийская федерация спорта лиц с поражением опорно-двигательного аппарата», утвержденная в 1993 г. (на 2018 год имеет 49 региональных отделений).

2. Общероссийская общественная физкультурно-спортивная организация «Федерация спорта слепых», созданная в 1986 г. на базе Всероссийского общества слепых (на 2018 год имеет 63 региональных отделений).

3. Общероссийская общественная организация «Всероссийская федерация спорта лиц с интеллектуальными нарушениями». Федерация создана в 2012 г. на базе Общероссийского спортивного союза общественных объединений «Федерация ментальных инвалидов России «Олимп» (на 2018 год имеет 48 региональных отделений).

4. Общероссийская общественная организация «Российский спортивный союз инвалидов», созданная на базе Всероссийского общества инвалидов (на 2018 г. имеет 50 региональных отделений).

На 2018 г. созданы и оказывают помощь в деятельности МПК две общероссийские организации, развивающие отдельные направления и виды спорта инвалидов: Федерация горнолыжного спорта инвалидов России и Всероссийская федерация футбола лиц с заболеванием церебральным параличом.

Государственным органом, координирующим и направляющим деятельность в области паралимпийского спорта, является Министерство спорта РФ, где при департаменте развития физической культуры и массового спорта создан отдел адаптивной физической культуры (далее АФК) и спорта.

ПКР реализует выполнение стоящих перед ним уставных задач и программ развития физической культуры и спорта за счет собственных источников финансирования, в том числе за счет добровольных пожертвований граждан и организаций, а также за счет средств федерального бюджета, выделяемых в установленном порядке [3]. В основном это государственные средства, выделяемые на целевые программы развития паралимпийского спорта, или средства грантов для общественных организаций инвалидов.

Для развития Паралимпийского движения в регионах страны образованы физкультурно-спортивные организации, которых по состоянию на 31 декабря 2017 г. в РФ создано:

- центры спортивной подготовки по спорту инвалидов – 24;
- физкультурно-оздоровительные клубы инвалидов – 306;
- детско-юношеские спортивно-адаптивные школы (ДЮСАШ) – 42;
- специализированные детско-юношеские спортивно-адаптивные школы (СДЮСАШ) – 20;
- спортивные учреждения по спорту инвалидов – 39;
- отделения, группы, смешанные группы по АФК, и спорту при детско-юношеских спортивных школах или специализированных детско-юношеских школах олимпийского резерва – 375.

По данным статистической формы 3-АФК всего численность занимающихся адаптивной физической культурой и спортом в РФ на 31 декабря 2017 г. составляет 1154,4 тыс. человек (9,4% от общего числа инвалидов в РФ). Количество инвалидов, занимающихся в 2017 г. АФК и спортом в физкультурно-спортивных организациях, составляет 233,9 тыс. человек (20,3% инвалидов систематически занимающихся АФК и спортом). Остальные инвалиды занимаются АФК и спортом в системе образования, здравоохранения и социальной защиты.

Основной проблемой в развитии паралимпийского спорта в Российской Федерации является отсутствие четкой государственной политики в данной сфере и отсутствие государственных органов исполнительной власти на

федеральном, региональном уровнях, отвечающих за развитие физкультурно-спортивной деятельности в сфере адаптивной физической культуры [4]. Примерно в трети регионов РФ отсутствуют отделения ПКР и общероссийских общественных физкультурно-спортивных организаций, что сказывается на качестве физкультурно-спортивной работы с инвалидами.

В сфере паралимпийского спорта в определенной степени выстроена система спорта высших достижений (организация подготовки и участия сборных команд в Паралимпийских играх, проведение Всероссийских соревнований для инвалидов различных нозологий). Но массовый спорт инвалидов, развитие которого должно основываться на принципах приоритетности, массового распространения и доступности занятий спортом [3], сегодня практически не развит. Даже на региональном уровне во многих субъектах РФ отсутствуют областные соревнования для инвалидов, а вся спортивная деятельность ограничивается проведением физкультурно-спортивных мероприятий и праздников 3-4 раза в год.

Список литературы

1. Оринчук В.А. Социальные аспекты реабилитации инвалидов в адаптивном спорте // Гуманитарное образование и наука в техническом вузе. Сборник докладов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Ижевск: Ижевский государственный технический университет им. М.Т. Калашникова, 2017. С. 862-866.

2. Орничук В.А. История Паралимпийского движения. Учебное пособие / В.А. Орничук, М.В. Курникова, Ю.А. Бахарев. Нижний Новгород: Нижегородский госуниверситет, 2017. 201 с.

3. Федеральный закон РФ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» от 04.12.2007 № 329-ФЗ (ред. от 04.06.2018).

4. Орничук В.А. Социальное партнерство в реализации модели развития адаптивного спорта в Нижегородской области / В.А. Орничук, М.В. Курникова // Трансформация человеческого потенциала в контексте столетия. Материалы Международной научно-практической конференции в рамках III Всероссийского научного форума «Наука будущего – наука молодым». В 2-х томах. Под общей редакцией З.Х. Саралиевой. Н.Новгород, ННГУ им. Н.И. Лобачевского, 2017. С. 173-177.

ЗАБОТА ОБ ИНВАЛИДАХ КАК ФОРМА СОЦИАЛЬНОГО КАПИТАЛА CARE FOR DISABLED PERSONS AS A FORM OF SOCIAL CAPITAL

А.В. Орлов, О.М. Орлова, А.С. Заладина
Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

A.V. Orlov, O.M. Orlova, A.S. Zaladina

Lobachevsky University

Рассматривается проблема связи эффективности поддержки инвалидов с их социальной активностью. Обсуждаются вопросы развития социального капитала. Рассматриваются возможности стимулирования социального взаимодействия инвалидов.

The article deals with the problem of the connection between caring for the disabled and their social activity; and discusses the issues of social capital's development. The possibilities of stimulating social interaction of persons with disabilities are considered.

Ключевые слова: социальная активность инвалидов, социальный капитал

Keywords: social activity of persons with disabilities, social capital

Рост числа инвалидов – одна из тенденций динамики современного мира. Это связано с различными социальными, демографическими, экономическими, военными факторами. Увеличение рисков снижения качества жизни, голода, травматизма, военных увечий, инфекций, наследственных и производственных заболеваний определяют масштаб инвалидности. В России, по данным Федеральной службы государственной статистики [1], наблюдается снижение общего числа инвалидов за последние 5 лет (2013-2018 гг.) на 7%, но при этом увеличивается количество детей-инвалидов на 14,5 % и инвалидов III группы на 6%.

Общество научилось предупреждать или компенсировать некоторые виды инвалидности. Меняются формы социальной работы с инвалидами. Если ранее основной задачей было оказание медицинской помощи, то в настоящее время приоритетом является интеграция инвалидов в социальное взаимодействие. В последнее время в России делается очень многое для изменения социального положения инвалидов: ратифицирована Конвенция ООН о правах инвалидов с соответствующими обязательствами. Для обеспечения прав и интересов инвалидов были приняты федеральные законы, внесены поправки в законы об образовании, социальной защите и социальном обслуживании для расширения их возможностей в различных сферах жизни российского общества. С 2011 г. реализуется государственная программа «Доступная среда», благодаря которой повышается доступность для инвалидов жизненно важных объектов и услуг [2].

Однако меры экономической поддержки инвалидов ограничены общей экономической ситуацией в стране. В настоящее время задачи развития социальной сферы не могут решаться исключительно за счет государственного финансирования. Необходимо развивать социальные факторы экономической деятельности инвалидов. Данные характеристики относятся к социальному капиталу индивидов и групп. Его развитие в российском обществе может рассматриваться как ключевая задача поддержки инвалидов.

Понятие социального капитала ввел Пьер Бурдьё [3], чтобы обозначить нематериальные средства, с помощью которых люди и социальные группы могут удовлетворять свои экономические интересы. Он понимает социальный капитал как совокупность реальных и потенциальных институционализированных отношений с разными экономически значимыми субъектами. Чаще всего социальный капитал рассматривается как форма символического капитала – это, по сути, всё то, что экономические агенты рассматривают как ценность, в том числе социальные факторы: доверие, взаимная поддержка, совместная активность. В качестве агентов социального капитала рассматриваются и люди, и экономические группы, и общества (государства).

В настоящее время существует множество определений социального капитала. Под социальным капиталом мы понимаем направленность индивида или группы на социальную интеграцию и совместную деятельность с целью получения экономической выгоды. Социальный капитал не является денежным ресурсом, но он может повышать готовность инвесторов вкладывать деньги в объекты, имеющие высокий потенциал социального развития. Экономическое развитие социальной сферы инвалидов возможно только при увеличении социального капитала индивидуальных и групповых субъектов.

В качестве составляющих социального капитала мы рассматриваем следующие характеристики: 1) стремление к социальному объединению, 2) стремление к близости с другими людьми, сопричастности, 3) высокие моральные обязательства перед людьми, чувство взаимозависимости, 4) направленность на стабильные отношения, стремление к снижению противоречий, 5) готовность к социальной поддержке, оказанию помощи, 6) стремление быть с людьми в критической ситуации, 7) стремление следовать традициям и правилам группы, 8) нормативность поведения, 9) доверие людям, 10) отсутствие проблем с поиском нужной информации, 11) отсутствие проблем с коммуникацией. С нашей точки зрения, социальный капитал – это, прежде всего, социальная активность, то есть готовность действовать в социальном пространстве, взаимодействовать с другими индивидами релевантных социальных групп. Без социальной активности невозможна

социализация и интеграция в сообщество как фактор развития социального капитала. Для сообществ любого типа социальный капитал – это, прежде всего взаимодействие для достижения общих результатов [4]. Любое сообщество, в том числе и сообщество индивидов, не может развиваться при низкой социальной активности.

Между тем, по данным Федеральной службы государственной статистики [1], за 5 лет, с 2011 по 2016 гг., снизился процент людей трудоспособного возраста, способных вести активный образ жизни: с 20,2% до 13,9%. При этом немного снизилось нежелание (отсутствие интереса) к социальной активности с 9,5% до 7,5%. Участие в деятельности общественных организаций снизилось с 3,9% до 2,6%. Все это говорит о том, что несмотря на увеличение государственной поддержки инвалидов, их социальный капитал не только не увеличивается, а даже падает; не говоря уже о том, что процент социальной активности чрезвычайно мал. Это является проблемой, так как эффективность расходования государственных средств на социальные программы будет крайне низкой без общественного контроля и вовлечения потенциальных пользователей в процесс распределения. Вложения частных инвесторов маловероятны, так как отдача от инвестиций в социальный сектор (имиджевая, рекламная, налоговая) при низкой активности получателей средств крайне мала. Ожидать значительной социальной ответственности бизнеса при невысоком имиджевом эффекте не стоит.

Низкий уровень социальной активности, сплоченности, взаимодействия агентов сообщества инвалидов, то есть низкий уровень социального капитала, не способствуют экономическому развитию данной сферы, поэтому государству необходимо, в первую очередь, развивать социальный капитал, чтобы привлечь частный капитал и повысить эффективность государственных вложений. Эта задача может быть реализована при развитии составляющих: социальных связей и социально-экономических знаний. Социальные связи выполняют функцию каналов, с помощью которых инвалиды могут включаться в социум, общаться и участвовать в общественной жизни. Знания об экономике, инвестициях, социально-экономических институтах, обсуждаемые и развивающиеся в сообществе, способствуют появлению новых идей и новых решений, более результативных. При высокой информатизации общества реализация этой задачи не очень затратна.

Несмотря на то, что современная российская политика ориентирует инвалидов на активную позицию в отношении занятости и повышения качества жизни [5], существует множество проблем повышения социальной активности. Прежде всего, это недостаточная информированность инвалидов о тех процессах, которые происходят в этой сфере на микроуровне, в районе

проживания, а также отсутствие возможности обсуждения жизненно важных тем со специалистами. Развитие социального капитала может начаться снизу, с элементарных ячеек общества и с малых дел. Невозможно интеграционные процессы и взаимодействие на всех уровнях общества спустить сверху. Действия государства в развитии социального капитала, с нашей точки зрения, должны в первую очередь быть направлены на создание и поддержку специализированных on-line-площадок на муниципальном уровне для обсуждения сообществом проблем инвалидов, развития знаний и социальных компетенций. Важно создавать специализированные социальные институты на местах, вовлекать в этот процесс граждан через участие в социальных проектах на уровне микрорайонов города, при поддержке районных администраций и более высоких органов управления. При этом социальная пассивность индивидов не может быть принимаема как данность в общественном сознании. Необходимо найти способы гуманного непринятия обществом пассивности инвалидов с целью подтолкнуть их к формированию активной жизненной позиции. Стимулирование социальной активности инвалидов может быть обеспечено через введение на муниципальном уровне некоторых новых льгот, которые могут получить только участники проектов по развитию социальных институтов поддержки инвалидов. Синергетический эффект от повышения социального взаимодействия может быть значительным.

Список литературы

1. Положение инвалидов / Федеральная служба государственной статистики. – Режим доступа: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/disabilities/# (состояние на 01.09.2018).
2. Инвалидность и социальное положение инвалидов в России / под ред. Т.М. Малевой. М.: Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2017. 256 с.
3. Бурдые П. Практический смысл. СПб.: Алетейя, М.: «Институт экспериментальной социологии», 2001. 562 с.
4. Коулман Дж. Капитал социальный и человеческий // Общественные науки и современность. 2001. № 3. С. 122-139.
5. Романов П.В. Политика инвалидности: социальное гражданство инвалидов в современной России / П.В. Романов, Е.Р. Ярская-Смирнова. Саратов: Научная книга, 2006. 260 с.

**СОЦИОМЕДИЦИНСКАЯ РАБОТА ПО РЕАБИЛИТАЦИИ
ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В РОССИИ**
**SOCIAL WORK WITH FAMILIES OF THE HAVING
DISABLED CHILDREN IN RUSSIA**

В.П. Парандий
*Омский государственный
университет им. Ф.М. Достоевского, г. Омск*
V.P. Parandy
Dostoevsky Omsk State University, Omsk

В последнее время в России одной из главных проблем, требующих не только понимания общества, но и участие федеральных и региональных органов власти, в том числе и всех общественных институтов, остается реабилитация детей-инвалидов. Реабилитационные процессы детей-инвалидов проявляются не только в улучшении качества жизни ребенка, но главным образом направлены на достижение возможных целей и равноправной жизни в обществе. В последнее время из-за различных социально-экономических воздействий государства в обществе происходят изменения жизненных приоритетов.

Рассмотрены текущие и перспективные направления развития российских семей, имеющих детей-инвалидов, особое внимание уделяется тенденции рождения третьего и последующих детей-инвалидов. Предложены меры, направленные на улучшение качества жизни и социальной инвалидизации семей имеющих детей-инвалидов.

Recently in Russia one of the main problems demanding not only understanding of society, but also participation of federal and regional authorities including all public institutes, there is a rehabilitation of disabled children. Rehabilitation processes of disabled children are shown not only in improvement of quality of life of the child, and are mainly directed to achievement of the possible purposes and equal life in society. Recently because of various social and economic influences of the state, society has changes of life priorities.

In this work the current and perspective directions of development of families of the having disabled children in Russia are considered, special attention is paid to a tendency of the birth of the third and the subsequent disabled children. In article the measures directed to improvement of quality of life and social invalidization of families of the having disabled children are proposed.

Ключевые слова: демография, материнство, реабилитация, рождаемость, социальная работа, дети-инвалиды, доступная среда

Keywords: demography, motherhood, rehabilitation, birth rate, social work, disabled children, available environment

Радикальная трансформация российского государства и общества в целом привела к возрастанию группы детей-инвалидов, требующей создания целой социальной системы по защите и поддержанию инклюзивных семей.

Общенаучный интерес к проблеме реабилитации семей, имеющих детей-инвалидов, в России появился в начале 90-х гг., в это же время разработан перечень медицинских показателей, при которых детям в возрасте до 16 лет могут дать группу инвалидности. Уже с 1980 г. официально в нашей стране было введено понятие «дети-инвалиды».

В России так же, как и во все мире, актуальными проблемами являются профилактика заболеваемости детей-инвалидов и развитие медицинской и социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями. С 1980 по 2015 гг. численность семей, имеющих детей-инвалидов, в нашей стране увеличилась и составила 580 тыс. чел. и к 2018 г. достигла 651 тыс. чел. По предварительной оценке Министерства здравоохранения и социального развития РФ, детская инвалидность в ближайшие годы может возрасти. Во всех возрастных группах детской инвалидности лидируют мальчики (58%) [1].

Главной причиной, способствующей появлению инвалидности у ребенка, является ухудшение экологической обстановки, а также отсутствие здорового образа жизни родителей. Можно выделить ряд других факторов, оказывающих влияние на здоровье будущих детей: неблагоприятные трудовые условия у женщин, высокий уровень заболеваемости обоих родителей, недостаточная медико-социальная помощь.

В структуре детской инвалидности первое место занимают врожденные аномалии (23%), на втором месте – эндокринные заболевания (19,8%), третье место занимают психические расстройства (17,5%), заболевания нервной системы занимают четвертое место (7,4%). [2].

Согласно Федеральному закону РФ от 24.11.1995 №181 «О социальной защите инвалидов», семьи с детьми-инвалидами имеют следующие социальные выплаты и льготы: социальную пенсию, ежемесячную денежную выплату, льготы на лекарственные препараты и медицинские принадлежности, предоставление путевок на санаторно-курортное лечение, бесплатный проезд в общественном транспорте (несовершеннолетним детям с ограниченными возможностями скидка до 50%), льготы при поступлении ВУЗ, бесплатное посещение детских садов, обучение на дому, использование материнского капитала на социальную адаптацию и интеграцию в обществе детей-инвалидов [3].

В 2018 г. размер социальной пенсии детям-инвалидам составил 13 030,08 руб., что на 5,30% больше, чем в 2016 г. 12 339 руб. [2].

По данным информационно-аналитической системы «Регистр детей-инвалидов», 99% детей-инвалидов нуждаются в различных видах реабилитации. Как правило, необходимость в амбулаторном восстановительном лечении имеют для 100% детей, из них 87,5% – находятся в специализированных стационарах. В лечении лекарственными препаратами нуждаются 94% детей-инвалидов, 63% – требуется лечебная физкультура, 80% – необходима физиотерапия и 79% детям-инвалидам необходим массаж [4]. Процесс реабилитации детей в инклюзивных семьях в большей степени сориентирован на региональный уровень, поскольку существует проблема с

наличием или доступностью реабилитационных центров, специализированных школ, квалифицированных специалистов в местах проживания ребенка-инвалида. Из-за нехватки и закрытия специализированных учреждений такие дети вынуждены получать необходимый уход в школах-интернатах, что может сказываться на развитии личности и готовности к самостоятельной жизни ребенка [5].

Комплексное исследование условий жизни населения РФ показало, что 37,8% детей-инвалидов возрасте 15 лет и старше не могут самостоятельно пользоваться общественным транспортом. В настоящее время в России существуют лишь частичная адаптация детей-инвалидов, облегчающая их передвижение. При этом не все общественные места, организации оборудованы пандусами для инвалидов колясок, лифтами, необходимым оснащением в общественном транспорте [6].

Согласно исследованиям Российской академии медицинских наук, в 2017 г. выдано 272 668 индивидуальных программ реабилитации и абилитации ребенку-инвалиду из 348 612 заявленных. Причинами этого являются нормативно-правовая нечеткость механизмов разработки программ, несогласованность работы органов власти и реабилитационных центров, а также неправомерные действия бюро по медико-социальной экспертизе [2]. В некоторых бюро при установлении инвалидности ребенка, родителям настойчиво предлагают подписать отказ о составлении индивидуальной программы реабилитации.

Международный медицинский центр Bookimed составил рейтинг стран с реабилитационными центрами для детей-инвалидов по эффективности системы здравоохранения. Первое место заняла Германия, второе – Чехия, ниже по списку расположились Израиль, Греция, Литва. Оценка реабилитационных центров проводилась на основе следующих критериев: методика лечения, использование новейших разработок в реабилитации, положительная динамика, высококвалифицированные специалисты, ценовая политика, условия пребывания в центре, географическое положение и климат, отзывы пациентов. Россия занимает в данном рейтинге 130 место. Одними из главных причин являются недостаточное финансирование медицинских центров и неэффективная организация оказания комплексной помощи пациентам [4].

На основе краткого анализа можно предложить следующие направления совершенствования социальной работы с семьями, имеющими детей-инвалидов:

– разработка и финансирование за счет регионального и местных бюджетов мероприятий в субъектах РФ по предоставлению услуг

персонального ассистента семьям, имеющим детей с тяжелой формой инвалидности;

– организация дополнительного внебюджетного финансирования на социально-трудовую реабилитацию детей-инвалидов за счет средств государственных учреждений, общественных и религиозных организаций;

– разработка региональной программы «Транспорт доступен каждому» по оснащению всех видов общественного транспорта необходимым оборудованием для людей с ограниченными возможностями, включая детей;

– облегчение процедуры прохождения медико-социальной экспертизы детям с тяжелыми формами заболеваний для получения группы инвалидности и оформления им пенсии;

– создание дополнительных центров по реабилитации детей-инвалидов с оказание всех видов психологической и медицинской помощи не только детям, но и родителям, в каждом муниципальном районе и городском округе.

Можно сделать вывод, что для нормального развития и адаптации ребенка-инвалида в нашем обществе необходима организация эффективного взаимодействия органов власти со всеми общественными институтами. Необходимы перемены в системе реабилитации детей-инвалидов, поиск новых стратегий и методов реабилитации и использования научного и технологического инструментария. В настоящее время обществу нужно изменить стиль поведения в отношении инклюзивных семей, формируя толерантное пространство для возможности социальной адаптации и интеграции инабольных детей.

Список литературы

1. Белов В.П. Реабилитация: система деятельности и наука. М.: «Академия», 2017. 46 с.

2. Федеральная служба государственной статистики: сайт <http://www.gks.ru>.

3. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов» от 24.11.1995 № 181-ФЗ // Правовая справочно-информационная система «Консультант Плюс».

4. Козлов С.И. Актуальные вопросы развития системы реабилитации детей-инвалидов в РФ. СПб.: ТЭИ, 2016. 139 с.

5. Федеральный закон «О государственных пособиях гражданам имеющих детей» от 19.05.1995 № 81-ФЗ (ред. 19.12.2016) // Правовая справочно-информационная система «Консультант Плюс».

6. Айшервуд М.М. Полноценная жизнь инвалида. М.: Экономист, 2016. 189 с.

7. Конституция РФ от 12.12.1993 (ред. 29.08.2014)// Правовая справочно-информационная система « Консультант Плюс».

8. Федеральный закон «О государственной социальной помощи» от 17.07.1999 № 178-ФЗ (ред. 29.12.2015) // Правовая справочно-информационная система « Консультант Плюс».

ИГРА В СОЦИАЛЬНОМ РАЗВИТИИ ИНВАЛИДОВ **PLAY IN SOCIAL DEVELOPMENT DISABLED PEOPLE**

М.В. Придатченко

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

П.В. Веселова

Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями Городецкого района

M.V. Pridatchenko

Lobachevsky University

P.V. Veselova

Rehabilitation centre for disabled children and teenagers, Gorodets ds.

Игра рассматривается как инструмент освоения, конструирования и изменения социокультурного пространства. Большую часть ограничений здоровья предлагается рассматривать как социокультурное многообразие. Процесс освоения социального пространства и самореализации в нем конструируется с позиций равных, но разных возможностей, обусловленных разнообразием ресурсов, индивидуальных предпочтений и интересов.

The paper deals with play as a means of learning, constructing and changing of sociocultural space. The most part of health's limitations is proposed to learn as a sociocultural diversity. People learn the social space and are self-fulfilled having equal and different opportunities, it depends on different resources, personal preferences and interests.

Ключевые слова: игра, инвалидность, конструирование, расстройство аутического спектра

Keywords: play, disability, constructing, autism spectrum disorder

Инвалидность – состояние человека, когда его возможности в освоении и использовании социокультурного пространства ограничены из-за нарушений здоровья. Эти ограничения бывают объективными. Людям с нарушениями опорно-двигательного аппарата может быть сложно посещать некоторые здания или природные объекты. Незрячие люди испытывают затруднения с получением визуальной информации и ориентацией в неприспособленном пространстве. Людям с нарушениями слуха не доступны каналы вербальной коммуникации. Расстройства аутического спектра вызывают трудности в установлении эмоциональных контактов. Эти различия выступают

значительными ограничениями в освоении социального пространства и часто становятся поводами для социальной эксклюзии и объективирования носителя «инаковости».

Общество склонно преувеличивать социальную недееспособность людей с ограничениями здоровья. Оно конструирует инвалидность, исходя из своих ожиданий, возможностей, привычных и удобных способов «нормализации» инвалидов. Этот образ, как правило, не соответствует реальным потребностям и возможностям людей с нарушениями здоровья. Общество конструирует из инвалида объект заботы и получателя помощи, при этом само определяя формы, содержание и объемы этой помощи. Инвалид не рассматривается как активный социальный субъект – социальное взаимодействие затруднено.

Конструирование инвалидности как преувеличения неспособности и социальной эксклюзии усугубляется при низком культурном и образовательном уровне ближайшего окружения. Инвалидность рассматривается как невозможность привычных способов актуализации и реализации в социальном пространстве, нарушение привычного распределения социальных ролей и соответствующих прав и обязанностей. Уровень и навыки адаптации снижены, люди склонны к обнаружению ограничений. Они не видят возможностей для принятия и творческого освоения новых условий. Вместо принятия и освоения имеющихся ресурсов и поиска возможностей вокруг человека выстраиваются границы и запреты, инвалидность интенсифицируется. Это ведет к сверхинвалидизации как субъекта с нарушениями здоровья, так и его нормотипированного ближайшего окружения. На позициях объекта социального воздействия оказывается не только инвалид, но и часто его семья.

Безусловно, вопросы инклюзии инвалидов – результат развития гуманистических ценностей, введения в повседневный привычный оборот понятий «качество жизни», «социальное самочувствие», «культурное разнообразие» и повышения их значимости в функционировании социального пространства. Индивид в позиции объекта является источником дисфункции социального пространства, ослабляет его. Общество заинтересовано в актуализации каждого члена общества, во-первых, в целях снижения напряженности, во-вторых, в целях использования потенциала каждого в развитии общества. Освоение любого вида деятельности позволит человеку закрепиться в пространстве, повысить объективное и субъективное самоощущение.

Игра – вид деятельности, где каждый участник выступает автором взаимодействия, активным деятелем. В игре каждый может почувствовать себя творцом, что положительно влияет на рост уверенности в себе.

Игра как инструмент реабилитации, абилитации и развития обычно организуется специалистом (педагог, социальный работник, игротехник). С игроком или игроками важно обсудить и согласовать цель и правила игры. Это можно сделать в формате фасилитации с визуальной поддержкой. Уже на этом этапе участники вовлекаются в деятельность, которая требует от них напряжения, активности и ответственности. Моделирование ситуации выбора цели и ориентиров деятельности, договора о правилах помогает принимать и осваивать навыки совместной деятельности, разделения ответственности, способствует развитию субъектности.

Игра требует от участников стратегического и оперативного мышления. Им необходимо принимать решение и действовать в настоящий момент, ориентируясь на конечную цель игры. Это увеличивает объем пространства и содержания деятельности, расширяется сознание собственной самостоятельности.

Дети в игру включаются достаточно быстро, даже если они социализируются в группах, где статус этой деятельности снижен и маргинален относительно других видов активности. Попав в игру, дети сами создают пространство поиска, творчества, оригинальности. Задача модератора состоит в направлении игры, поддержке.

Вовлечь в игру взрослых бывает сложнее. Им мешают вступить в игру разнообразные субъективные и объективные ограничения. Они могут бояться ухудшения своего состояния, ошибиться, неудачи, показаться смешным, поэтому стараются избегать нового и неизвестного. В данном случае задача модератора – создать безопасное и доброжелательное пространство, серьезно и с интересом принять каждого игрока.

В процессе реабилитации, абилитации и развития могут применяться различные виды игр (настольные, социальные, метафорические, геймификации) в интерпретациях, которые соответствуют целям, задачам и характеристикам игроков. В последние годы особую популярность приобрел метод бизнес-фасилитации Lego Serious Play [1]. В обсуждение и моделирование изменений включены все участники команды. Каждый игрок конструирует свое видение настоящего и желательного состояния и презентует их группе. После этапа индивидуального конструирования игроки должны сложить свои персональные модели в единую конструкцию и также презентовать его. Задачи в этой игре активизируют творческий потенциал каждого участника, актуализируют персональные роли и значение командной работы, повышают социальную динамику группы, развивают социальное взаимодействие. Этот метод активно применяется в сфере бизнеса и обучения.

Авторы применили этот метод для работы с детьми с расстройством аутистического спектра (РАС). Кубик, конструктор позволяет человеку почувствовать себя создателем. Сама конструкция кубика стимулирует развитие мелкой моторики. Процесс конструирования проговаривается – что строим, зачем строим, что по факту получили. Если ребенок не разговаривает, то общение может строиться с помощью картинок-карточек. В зависимости от предпочтений и настроения ребенка конструирование может «односерийным» – модель собирается на занятии и в конце разбирается, «многосерийным» – модель достраивается на следующих занятиях. Последний вариант возможен при достаточном количестве материала и позволяет конструировать связи между прошлым и настоящим, копировать свои результаты.

Игра ориентируется на цели и интересы ребенка. Как правило, дети предпочитают сюжеты, связанные с животными или городской жизнью (дома, дороги, автомобили). Перед конструированием модератор сам или совместно с ребенком проговаривает цель (объект) строительства, в конце необходимо объяснить, что получилось. Например, описать характер и настроение животных, рассказать, где они живут, объяснить назначение домов и куда следуют машины. Беседы о моделях моделируются относительно задач конкретного ребенка – развитие речи, воображения, установление контакта, понимание поведения другого, заботы.

В процессе конструирования ребенок физиологически сосредоточен на кубиках и сборке, и как будто «ослабляет защиту», становится более восприимчивым к когнитивному и эмоциональному воздействию; тренирует социальные навыки с сконструированными объектами, сам управляет ситуацией на игровом поле. Исследователи отмечают, что РАС это пожизненное состояние. В тоже время результаты регулярной работы с детьми с аутистическим расстройством показывают, что их социализация и развитие возможны. Lego является одним из методов сопровождения и развития таких детей.

**ВКЛЮЧЕННОСТЬ ЛИЦ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ В ПОЛУЧЕНИЕ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**
**INCLUSION OF PERSONS WITH DISABILITIES IN OBTAINING
ADDITIONAL PROFESSIONAL EDUCATION**

В.А. Прохода

*Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова,
Финансовый университет при Правительстве РФ, г. Москва*

Е.В. Клейменова

Финансовый университет при Правительстве РФ, г. Москва

V.A. Prokhoda

The Lomonosov Moscow State University,

Financial university under the Government of the Russian Federation, Moscow

E.V. Kleymenova

Financial university under the Government of the Russian Federation, Moscow

Анализируются результаты межстранового социологического исследования. Определены масштабы включенности в получение дополнительного профессионального образования респондентов с инвалидностью. Делается вывод, что Россия по сравнению с европейскими странами характеризуется низким уровнем включенности инвалидов в дополнительное профессиональное образование.

The results of intercountry sociological research are analyzed. Scales of inclusion in additional professional training of respondents with a disability are determined. It is concluded that in comparison with European countries, Russia is characterized by a low level of inclusion of disabled people in additional professional education.

Ключевые слова: образование, включенность в образование, образование для инвалидов, дополнительное профессиональное образование, образование взрослых, дополнительное образование, инвалиды

Keywords: education, inclusion in education, education for people with disabilities, additional professional education, adult education, supplementary education, people with disabilities

В современном мире необходимость постоянного усовершенствования знаний, навыков и профессиональной компетенции является общепризнанной. В российских официальных документах декларируется необходимость развития системы дополнительного профессионального образования (ДПО), ставится цель достижения доли «... занятого населения в возрасте от 25 до 65 лет, прошедшего повышение квалификации и (или) профессиональную подготовку, в общей численности занятого в области экономики населения этой возрастной группы ... не менее 37 процентов ежегодно» [1]. На государственном уровне инициируется подготовка методических рекомендаций по разработке и реализации дополнительных профессиональных программ (ДПП) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, обучение кадров образовательных организаций, реализующих ДПП для инвалидов, проведение

мониторинга о востребованности ДПП у лиц с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья [2]. В таком контексте представляется актуальным выявление масштабов включенности в получение ДПО лиц с инвалидностью.

Публикация базируется на данных восьмой волны социологического исследования «Европейское социальное исследование» (ESS), проведенного в 2016 г. Опрос проводился в странах Европы среди населения в возрасте 15 лет и старше по репрезентирующей население выборке. Выборка составила от 880 человек в Исландии до 2852 человек в Германии. Метод сбора первичной социологической информации – личное интервью (face-to-face) на дому у респондентов. В России опрос проведен Институтом сравнительных социальных исследований в конце 2016 – начале 2017 г., размер выборки – 2430 респондентов. На международном уровне проект координируют сотрудники City University London, а также других европейских научных организаций.

К числу инвалидов были отнесены респонденты, отметившие, что категория «инвалид» применима к ним, если вспомнить о семи днях, предшествующих опросу. Для выявления масштабов включенности населения в получение дополнительного профессионального образования респондентам задавался вопрос о том, посещали ли они в течение последних 12 месяцев какие-либо курсы, лекции, тренинги или занятия с целью усовершенствования своих знаний или навыков, необходимых для работы. Распределение ответов в целом может характеризовать ситуацию с масштабами включенности инвалидов в ДПО. Однако допускает включенность в другие формы образования взрослых, например, тренинги на работе без последующего вручения документа установленного образца.

Результаты исследования позволяют сделать вывод, что по сравнению с другими европейскими странами Россия характеризуется низким уровнем включенности как населения в целом, так и лиц с инвалидностью в дополнительное профессиональное образование. Посещение в течение года, предшествующего опросу, курсов, лекций, тренингов констатируют только 16,2% россиян, что существенно ниже планируемых в государственной программе «Развитие образования» показателей и является минимальным показателем среди стран-участниц ESS. А среди россиян с инвалидностью не оказалось *ни одного опрошенного*, посещавшего какие-либо курсы, лекции, тренинги.

Для сравнения в Швеции показатель включенности инвалидов в получение ДПО составил – 26,1% респондентов, в Исландии – 25,6%, в Австрии – 23,8%, в Германии – 22,8%, в Финляндии – 20%, в Норвегии – 16%. Обращает на себя внимание, что страны-лидеры географически расположены в

Северной Европе. Очевидно, что выделенная группа характеризуется развитой системой дополнительного профессионального образования с высоким уровнем доступности для различных слоев населения. В ближайшем окружении России по масштабам включенности инвалидов в ДПО оказались Словения – 0% респондентов, Франция – 1,8%, Чехия – 2,2%, Эстония – 5,5%, Ирландия – 5,5% и Польша – 6,1%. Отметим, что в группе аутсайдеров большинство составляют постсоциалистические страны.

Список литературы

1. Постановление Правительства РФ от 26 декабря 2017 г. № 1642 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие образования"» [Электронный ресурс] // Информационно-правовой портал ГАРАНТ.РУ. Режим доступа: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71748426/> (дата обращения: 24.06.2018).

2. О реализации дополнительных профессиональных программ для инвалидов и лиц с ОВЗ [Электронный ресурс] // Официальный сайт Института развития дополнительного профессионального образования. Режим доступа: <https://www.irdpo.ru/main/584-o-realizacii-dopolnitelnyh-professionalnyh-programm-dlya-invalidov-i-lic-s-ovz.html> (дата обращения: 24.06.2018).

ИНТЕГРИРОВАННОЕ ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОВЗ INTEGRATED EDUCATION FOR CHILDREN WITH DISABILITIES

В.Н. Пушина

Ивановский государственный университет, г. Иваново

V.N. Pushina

Ivanovo State University, Ivanovo

Социологическое исследование выявило отношение родителей детей с ОВЗ к инклюзивному образованию; возможности, предоставляемые в Ивановской области для развития детей-инвалидов; участие детей с ОВЗ в развивающих мероприятиях.

Sociological research revealed the attitude of parents of children with disabilities to inclusive education; opportunities provided in the Ivanovo region for the development of children with disabilities; participation of children with disabilities in educational activities.

Ключевые слова: отношение к инклюзивному образованию; дети-инвалиды; позиция родителей

Keywords: attitude to inclusive education; employment of disabled children; position of parents

Интеграция детей с ограниченными возможностями здоровья в массовые образовательные учреждения – процесс, получающий все большее распространение в мире, связанный с переосмыслением обществом и

государством отношения к людям с ограниченными возможностями здоровья и признанием их прав на получение равных со здоровыми людьми возможностей в различных сферах жизнедеятельности, включая образование.

Цель исследования, проведенного на кафедре социальной работы ИвГУ, состояла в изучении проблем и особенностей интеграции детей с ОВЗ в образовательное пространство.

Было опрошено 200 родителей, у детей которых диагностировались: нарушение опорно-двигательного аппарата (48%), отсталость умственного развития (22%), комплексные нарушения (15%), нарушение зрения (9%), нарушение слуха (5%), речевые дисфункции (1%).

Исследование выявило, что значительная часть родителей (40%) негативно относятся к инклюзивному образованию детей с ОВЗ. Большая часть отрицательных ответов получена от родителей детей с речевыми дисфункциями (100%), нарушениями зрения (75%), отсталостью умственного развития (68,1%). Положительную оценку инклюзивного образования дали родители, имеющие детей с комплексными нарушениями (80%), с нарушениями опорно-двигательного аппарата (73%), с нарушениями слуха (60%). При этом независимо от отношения к инклюзивному образованию и те, и другие родители в качестве препятствий, возникающих при его организации, называют: техническую непригодность образовательных учреждений для детей с ОВЗ (28%), отсутствие необходимых образовательных программ (18%), недостаток необходимых специалистов (14%), негативное отношение со стороны других обучающихся и их родителей (17%), другое (23%). За этим «другое» скрывается чаще всего неверие родителей в то, что может измениться что-то к лучшему; порою невозможность родителей в силу разных причин совершать дополнительные усилия для доставки детей в общеобразовательное учреждение; боязнь лишних психологических травм для ребенка и для себя.

По этим причинам посещают общеобразовательные школы только 13% детей с ОВЗ (преимущественно с нарушениями опорно-двигательного аппарата – 27,1%); детские сады посещают 13% детей (с речевыми дисфункциями – 100%, отсталостью умственного развития – 45,5%). В целом по выборке 36% детей обучаются в специализированной школе, 15% – в специализированном детском саду; находятся на домашнем обучении – 4%, не посещают образовательного учреждения 19% детей с ОВЗ.

А между тем в Ивановской области многое делается для включенного обучения детей с ОВЗ.

На 01.01.2018 г. в Ивановской области на учете в территориальных органах Департамента социальной защиты населения состоит 2928 семей, воспитывающих 4470 детей-инвалидов. Для них в регионе функционируют 157

групп компенсирующей направленности в дошкольных образовательных организациях. Ежегодно увеличивается количество групп кратковременного пребывания детей с ОВЗ. Развивается инклюзивное дошкольное образование (на базе 9 дошкольных учреждений города Иваново, создано 11 инклюзивных групп для детей с синдромом Дауна). Создаются инклюзивные группы и в детских садах районных городов области.

В 2016-2017 учебном году в муниципальных школах области получали инклюзивное образование 764 ребенка-инвалида.

Доля общеобразовательных организаций, готовых обеспечить условия для инклюзивного образования детей с ОВЗ, в 2016-2017 учебном году составила 21% (в 2015 г. – 20%, в 2014 г. – 17%).

Все дети с ОВЗ имеют возможность посещать кружки и секции дополнительного образования наравне со здоровыми сверстниками. Так, с 2010 г. проводится областной конкурс «Восхождение к успеху», имеющий целью выявление одаренных детей с ОВЗ в различных видах творческой деятельности; с 2015 г. проходит Межрегиональный фестиваль – конкурс исполнителей жестового пения «Песни сердца»; в целях абилитации детей-инвалидов при Ивановской государственной филармонии работает детская музыкальная студия «Развитие»; ежегодно в мае и декабре проходят областные специализированные спартакиады для детей с ОВЗ. На базе различных детских юношеских спортивных школ проводятся занятия по общей физической подготовке детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата; занятия по карате – для инвалидов по слуху; занятия легкой атлетикой – для детей с нарушениями интеллекта; занятия по плаванию – с детьми-инвалидами по зрению, с нарушением интеллекта; проводятся занятия по лечебной верховой езде (иппотерапия).

В Ивановской области предоставляются большие возможности для включения в социум детей с ОВЗ. Однако, как показал опрос, участвуют в творческих и спортивных мероприятиях 25% детей с ОВЗ (чаще дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата – 41,7%), участвуют иногда – 36% (дети с речевыми дисфункциями – 100%, с нарушением зрения – 55,6%, с нарушениями интеллекта – 54,5%, с комплексными нарушениями – 46,7%), не участвуют – 39% (дети с нарушениями слуха – 80%, с нарушением зрения – 44,4%, с нарушениями интеллекта – 45,5%).

Данные свидетельствуют о том, что большая часть родителей в той или иной мере пытается социализировать, развивать своих детей, тем самым борясь с их заболеванием. Но около 40% родителей, не одобряющих инклюзивного образования, обрекают своих детей на выключенность из социума, оправдывая это неготовностью образовательных учреждений к обучению детей-инвалидов.

Да, не все образовательные учреждения могут принять таких детей; да, необходимо повышать квалификацию специалистов по применению новых методик, технологий в работе с детьми-инвалидами. Эти задачи стоят перед Департаментом образования и постепенно решаются. Проблема в другом. Взрослые инвалиды сами выбирают: жить полноценной жизнью, быть в обществе или смириться и доживать как придется. За детей-инвалидов решают родители. И в этом их главная ответственность.

Очевидно, что необходимо проводить работу не только с детьми, но и с родителями, отрицая инклюзию, тактично указывая на эту ответственность и показывая примеры (пусть маленьких) побед других детей с ОВЗ.

**ОСОБЕННОСТИ ПРИЗЫВА НА ВОИНСКУЮ СЛУЖБУ ЛИЦ
С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В УСЛОВИЯХ
МИЛИЦИОННОГО ПРИНЦИПА ФОРМИРОВАНИЯ ВООРУЖЕННЫХ
СИЛ НА ПРИМЕРЕ ЧЕРНОГОРСКОЙ АРМИИ В 1903 ГОДУ**
**SPECIFICS OF THE RECRUITMENT TO MILITARY SERVICE OF
CITIZENS WITH DISABILITIES IN THE CONTEXT OF THE MILITIA
PRINCIPLE OF THE FORMATION OF ARMED FORCES ON THE
EXAMPLE OF THE MONTENEGRO'S ARMY IN 1903**

П.П. Рыхтик

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

P.P. Rykhtik

Lobachevsky University

Феномен третьей категории призыва в черногорской армии образца 1903 г., описанный в донесениях русского военного агента Н.М. Потапова Генеральному штабу Российской империи, возникший в системе архаичного в то время милиционного призыва как ответ на внешнеполитические условия начала XX в.

The phenomenon of the third category of recruitment in the Montenegrin army in 1903, described in the reports of Russian military agent N.M. Potapov to the General Staff of the Russian Empire. Emerged in the archaic system of militia call, as a response to foreign policy conditions in the beginning of XX century.

Ключевые слова: Черногория, Балканский регион, Н.М. Потапов, милиционная армия
Keywords: Montenegro, the Balkan region, N.M. Potapov, the militia

На заре двадцатого столетия сравнительно молодая черногорская государственность оказалась под угрозой своего существования. Подобная ситуация сложилась под действием множества факторов, обычно разделяемых формально на внешние, прежде всего внешнеполитические и военно-

524

стратегические, и внутренние, что в свою очередь подразделяются на экономические, внутривластные, идеологические etc [1].

Главной тенденцией на международной арене начала XX в., определявшей основные проблемы для внешней политики Черногории, стала окончательная истощенность для пяти Великих держав того времени пространств для расширения и формирования новых рынков сбыта для их растущих экономик. Как следствие, все чаще правящие экономические и военные элиты этих полюсов силы стали обращать свой взор на территории, бывшие ранее негласными или же вполне официальными водоразделами, где взаимно пересекались сферы их влияния. Мир вступил в эпоху пока еще малых войн за контроль над ресурсами на подобных пространствах, таких как испано-американская война 1898 г., англо-бурская война 1899-1902 гг. или, позднее, итало-турецкая война 1911-1912 и две балканские войны 1912-1913 гг. И все сильнее нарастала угроза уже большого конфликта, целью которого станет глобальный «пердел мира» между Великими державами [2; 3; 4].

Среди таких «буферных зон» особенно выделялся Балканский регион, проблема которого вызревала уже более столетия на фоне постепенного ослабления когда-то великой и в силу этого все еще обширной и богатой ресурсами Османской империи. Помимо расширения на пространстве региона непосредственно территорий Австро-Венгрии и Российской империи в ходе войн за независимость в XIX в. к 1903 г. здесь образовалось несколько независимых малых государств: Сербия, Румыния, Болгария, Греция и Черногория. В ходе проникновения в политику этих стран каждая из Великих держав стремилась укрепить свои позиции как в Балканском регионе, так и в сопредельных с ним пространствах Малой Азии и Ближнего востока. Выражалось это как в экономической и товарной экспансии (прежде всего, Великобритания, Франция и Германия), так в форме прямого финансового и идеологического давления (Австро-Венгрия и Россия). Не случайно, что по причине такого жесткого переплетения интересов основных политических сил именно на Балканах, получивших в историографии название «порохового погреба Европы», в 1914 г. и вспыхнет искра, от которой разгорится пожар мировой войны [5; 2; 6; 7].

По этой причине значительно возрастало политическое значение отдельных малых государств в регионе в целом и их вооруженных сил в частности. Возрастало несоизмеримо с их объективным геополитическим весом, численностью населения и ресурсной базой. Для России, стремившейся в долгосрочной перспективе объединить все балканские страны, включая и Османскую империю, под своей эгидой в Балканский союз, в краткосрочных

планах Генерального штаба империи основная ставка делалась на усиление своего военного присутствия в Сербии и Черногории [8; 9; 10; 11].

Однако численность населения Черногории была крайне мала. По официальным заявлениям черногорского князя Николая Петровича, она составляла около 170 тысяч человек, что считалось очень оптимистической точкой зрения. Менее пристрастные в этом вопросе русские военные агенты, прежде всего Н.М. Потапов, полагали, что из-за прошедшей недавно в стране эпидемии и спровоцированной ею и иными причинами эмиграции населения в США, численность населения Черногории следует оценивать в 130-150 тысяч человек. Кроме того, экономика Черногории не могла позволить правительству организовать всеобщий воинский призыв современного типа по образцу, например, экономически развитой в начале XX века Германской империи, или же упрощенный всесословный призыв, к которому в то время вынужденно прибегали Австро-Венгрия и Россия. В любом случае это давало бы крайне низкий процент потенциально мобилизуемого населения, обеспечивавшего в теории армию в 17 тысяч человек, если верить заявлениям князя Николая о численности его подданных. В условиях соседства с куда более мощными странами это было для Черногории недопустимо мало. Все что могла сделать Черногория, с учетом ее экономического потенциала, это продолжать следовать принципам милиционного призыва, что по сути является архаичной формой созыва народного ополчения лишь на время войны. И только от 10 до 15 дней в году, в зависимости от желания старшего офицера, все приписанные к службе должны были являться для прохождения учений и иногда стрельб [8].

В донесениях военного агента Н.М. Потапова указывалось, что в итоге, в случае объявления мобилизации с восьми своих военных округов (бригад) она могла выставить войско общей численностью в 36882 человек, то есть призвать на службу каждого пятого жителя страны, что в процентном соотношении невероятно высокий показатель для вооруженных сил как начала XX, так и начала XXI веков. Поддерживать такую армию под ружьем длительное время Черногория могла в основном при условии значительной финансовой помощи, каковой в 1902-1912 гг. стали колоссальные по своим объемам военные субсидии из России [10].

По описанию Н.М. Потапова, все подлежащие призыву граждане состояли на учете при черногорском военном ведомстве и подразделялись на три категории, или класса. Принцип деления, хотя и учитывал возраст военнообязанных, но все же в своей основе главным полагал *здоровье, физическую силу* и в целом *способность к перенесению тяготей военного похода*. С учетом вынесенной в заглавие темы нас наиболее интересует в этой связи феномен 3-ей категории призыва на службу. К ней принадлежали все

неспособные к службе в рядах действующих и резервных частей. С поправкой на сухую военную терминологию и актуальные реалии, следует пояснить, что речь идет о гражданах, физически не способных воевать и переносить тяготы военного времени и военной службы. Таковые в современной нам системе призыва, например, в Российской Федерации, не подлежат обязательному призыву даже в случае начала военных действий. Более того, в 1903 г. обязательный всеобщий или всеобщий призыв на службу во время войны в Великих державах на подобные категории граждан уже не распространялся. Однако в условиях жесткой нехватки человеческих ресурсов третья категория призыва в черногорской армии облагалась обязанностью являться на службу и нести ее в интендантских частях и иного рода тыловых учреждениях, то есть выполнять полноценную и достаточно важную функцию в системе функционирования и обеспечения своей армии. И лишь, как особо отмечено, в случае недостатка людей третьей категории тыловые службы восполняются военнослужащими, приписанными ко второй категории, а не наоборот [10].

Так социум реагировал на невероятно тяжелую кризисную ситуацию во внешней политике, в которой ему приходилось выживать и функционировать. В противовес идеям подчинения, с потерей части автономии в пользу стратегически и экономически более сильного актора страна в лице ее лидера князя Николая Петровича в 1903 г. выбрала путь борьбы и независимости и, как ему казалось, равноправного сотрудничества с Россией. Не в последнюю очередь этому способствовал и высокий, по оценкам русских агентов, моральный дух черногорского народа, а также традиция высокого статуса воинской службы и низкое, в силу общественного порицания, число лиц, уклоняющихся от нее.

Список литературы

1. Писарев Ю.А. Великие державы и Балканы накануне первой мировой войны. М., Изд-во Наука, 1985. 285 с.
2. В «пороховом погребе Европы». 1878-1914 гг. М.: «Индрик», 2003. 536 с.
3. Рябинин А. Малые войны первой половины XX века. Балканы. М: ООО «Издательство АСТ»; СПб. Terra Fantastica, 2003. 542 с.
4. Хальгартен Г. Империализм до 1914 года. Социологическое исследование германской внешней политики до Первой мировой войны. Москва, Иностранная литература, 1961. 700 с.
5. Виноградов В.Н. Об исторических корнях «горячих точек» на Балканах // Новая и Новейшая история. М., Печатный орган Института всеобщей истории РАН. 1993. №4. Режим доступа:

<http://vivovoco.ibmh.msk.su/vv/papers/history/balkans.htm> (дата обращения: 24.08.2018).

6. Задохин А.Г., Низовский А.Ю. «Пороховой погреб Европы». Москва, «Вече», 2000. 416 с.

7. Петросян Ю.А. Османская империя: могущество и гибель. Исторические очерки. М., Наука, 1990. 187 с.

8. Вишняков Я.В. Военный фактор и государственное развитие Сербии начала XXвека. М.: МГИМО-Университет, 2012. 439 с.

9. Колпакиди А.И., Прохоров Д.П. Империя ГРУ. Очерки истории российской военной разведки. М.: ОЛМА-ПРЕСС, 1999. 282 с.

10. Потапов Н.М. Русский военный агент в Черногории. Том 1. Донесения, рапорты, телеграммы, письма 1902-1915 гг. М.: Подгорица, 2003. 791 с.

11. Хитрова Н.И. Россия и Черногория в 1878-1908. М., 1993. 354 с.

**ПРИМЕНЕНИЕ КРЕАТИВНЫХ ПРАКТИК
ПО ФОРМИРОВАНИЮ МОТИВАЦИИ ИНВАЛИДОВ
К ЗАНЯТИЮ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ И СПОРТОМ
APPLICATION OF CREATIVE PRACTICES FOR FORMING THE
MOTIVATION OF DISABLED PEOPLE TO THE ACTIVITY
OF PHYSICAL CULTURE AND SPORTS**

А.В. Седлецкий

Пензенский государственный университет, г. Пенза

A.V. Sedletsky

Penza State University, Penza

Рассматривается использование методик адаптивной физической культуры и креативных практик в создании физкультурно-оздоровительных методик занятий с инвалидами и лицами с ограниченными возможностями.

The possibility of complex application of means of adaptive physical culture and creative practices in the construction of physical culture and health-improving methods of employment with disabled people and persons with disabilities is considered in the article.

Ключевые слова: адаптивная физическая культура, креативные практики, инвалиды, лица с ограниченными возможностями здоровья

Keywords: adaptive physical culture, creative practices, invalids, persons with disabilities

Мотивация к занятию спортом изучается достаточно давно. Имеется огромное количество работ, связанные с исследованием мотивации спортсменов в различных видах спортивной деятельности. Все знания дополняются требованиями современного общества.

Имеются попытки классифицировать мотивы спортивной деятельности человека, выявлены отличительные черты мотивации в разных видах спорта,

определены особенности разработки мотивации на различных стадиях подготовки спортсменов [1].

В настоящее время актуальными являются проблемы развития адаптационного спорта и тренировки спортсменов, имеющих инвалидность. Одна из таких проблем – выявление факторов мотивации к занятиям разными типами адаптационного спорта.

В научной литературе имеются данные об исследовании мотивации спортсменов с различными видами инвалидности, имеющих поражения опорно-двигательного аппарата, зрения и слуха [2]. Ученые выделяют как мотивацию к занятиям спортом в целом, так и к его отдельным видам. Проявление того или иного мотива связано с особенностями спортивной специализации. В современных условиях для инвалидов физическая культура и спорт становятся важным условием адаптации к жизни, социальной и профессиональной реабилитации.

Доказано, что спорт и физическая культура для инвалидов являются более важными ценностями, чем для здоровых людей. Физическая активность, принятие участия в спортивных мероприятиях дают возможность инвалидам восстановить психическое равновесие, вернуть веру в собственные возможности, способствуют возвращению к активной жизнедеятельности [3].

Для включения человека с ограниченными возможностями здоровья в общественную жизнь государству необходимо создавать правовую базу, включающую условия для интеграции, в том числе и в системе физической культуры и спорта. В обществе следует формировать положительное отношение здоровых к людям с ограниченными возможностями здоровья [4].

Целью политики государства в сфере реабилитации и социальной адаптации инвалидов методами физической культуры и спорта является создание у них потребности в физической активности. В результате будет ожидается улучшение их здоровья, повышение способности владения своим телом, функциональных систем организма.

Необходимо вовлекать в непрерывные занятия физической культурой как можно больше людей с ограниченными возможностями здоровья. Следует отметить, что работа по формированию предпосылок и условий для занятий физической культурой и спортом инвалидов во многих регионах находится на низком уровне.

В нашей стране долгие годы существовало мнение, что такие понятия, как «физическая активность», «спорт» и «инвалидность» являются несовместимыми. В отношении инвалидов и лиц с временными ограничениями здоровья в дополнение к физиотерапевтическим и медикаментозным процедурам использовались средства физической культуры. В качестве

эффективного средства реабилитации инвалидов физическая культура и спорт долгое время не рассматривались.

В 90-е гг. прошлого века отношение общества к инвалидам в России изменилось. Эти изменения сыграли свою положительную роль.

По мнению профессора С.Б. Нарзулаева, в последние годы адаптивная физическая культура интенсивно исследуется. Широкому спектру проблем требуется научное обоснование: нормативно-правового обеспечения учебно-тренировочной и соревновательной деятельности; чередование нагрузки и отдыха, медикаментозной поддержки спортсменов-инвалидов во время физических и психических нагрузок; нетрадиционных методов и средств восстановления ресурсов организма; коммуникативной деятельности и социализации; обеспечения специальными реабилитационными тренажерами [5].

В настоящее время значимыми являются исследования оптимальных направлений применения средств физической культуры и спорта для лиц с отклонениями в состоянии здоровья и инвалидов, их переключения на разные виды деятельности, получения удовлетворения от физической активности [6].

Исследуются нетрадиционные системы оздоровления инвалидов с ориентацией на технологии, интегрирующие телесные и духовные возможности человека. Применяются также методики психосоматической саморегуляции для повышения самостоятельной активности лиц с ограниченными возможностями здоровья [7].

Проводятся исследования социально-психологических и биологических эффектов от двигательной активности для профилактики фрустрации, депрессии, социально неприемлемых видов зависимостей.

Применяются на практике технологии на основе включения в процесс двигательной активности средств и методов искусства, способствующих обогащению сознания новыми позитивными образами и впечатлениями. Под влиянием подобных технологий происходит стимуляция работы обоих полушарий мозга и улучшение человеческого восприятия.

Креативные виды физической культуры, направленные на адаптацию инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, позволяют им устранять различные негативные состояния, лучше узнать себя, получать позитивные впечатления и радость ощущений собственного тела [8].

Таким образом, средства физической культуры и спорта можно рассмотреть как методики социальной интеграции инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в общество.

Адаптивная физическая культура и спорт являются фактором, помогающим восстановлению утраченных контактов с обществом. В нашей

стране наблюдается тенденция недооценки важности применения средств физкультуры и спорта для людей с ограниченными возможностями. Важной задачей государства является привлечение к активным занятиям физкультурой и спортом как можно большего числа инвалидов с целью их успешной интеграции в общество.

Список литературы

1. Бабушкин Е.Г. Формирование спортивной мотивации / Е.Г. Бабушкин // Омский научный вестник. Сер. Общество. История. Современность. 2014. № 1 (125). С. 158-160.

2. Антонов А.А. Особенности мотивации лиц с нарушением слуха к занятиям ринк-бенди / А.А. Антонов // European Social Science journal (Европейский журнал социальных наук). 2014. № 3 (41). Т. 1. С. 106-109.

3. Полутин С.В., Седлецкий А.В. Предпосылки формирования инновационного поведения в современном обществе: региональный аспект // Регионология. 2015. № 2 (91). С. 127-136.

4. Николаев А.Н. Методика оценки мотивов спортивной деятельности / А.Н. Николаев // Психологические основы педагогической деятельности: материалы 30-й науч. конф.; под ред. А.Н. Николаева; С.-Петерб. гос. акад. физ. культуры им. П.Ф. Лесгафта. СПб., 2003. Вып. 7. С. 55-58.

5. Нарзулаев С.Б., Шуклова Л.А. Проблемы обучения детей с задержкой психического развития в условиях общеобразовательного учреждения // Вестн. Томского гос. пед. ун-та (Tomsk State Pedagogical University Bulletin). 2011. Вып. 2 (104).

6. Кошарная Г.Б., Шубёнкина Л.К. Социальная поддержка инвалидов на рынке труда // Социальные инновации в развитии трудовых отношений и занятости в XXI веке Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского; Под общей редакцией З.Х. Саралиевой. 2014. С. 75-78.

7. Индолев Л.Н. Доступность жилища, социальной инфраструктуры и среды обитания инвалидов в России. М., 1999.

8. Об учреждениях адаптивной физической культуры и адаптивного спорта (дополнение к Методическим рекомендациям по организации деятельности спортивных школ в Российской Федерации от 21.03.2006 г. № СК-02-10/3685).

**ОСОБЕННОСТИ ВРЕМЕННОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ У ПОДРОСТКОВ,
СТРАДАЮЩИХ ТЯЖЕЛЫМИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**
**PECULIARITIES OF THE TEMPORARY PERSPECTIVE IN
ADOLESCENTS SUFFERING FROM SEVERE ONCOLOGICAL DISEASES**

Е.В. Серова
Пензенский государственный университет, г. Пенза
E.V. Serova
Penza State University, Penza

Приводится описание проведенного исследования особенностей временной перспективы у подростков, страдающих тяжелыми онкологическими заболеваниями.

A description is given of the study of the features of the temporary perspective in adolescents suffering from severe oncological diseases.

Ключевые слова: онкология, подросток, коррекция, временная перспектива, жизненный путь

Keywords: oncology, adolescent, correction, time perspective, life path

В ситуации онкозаболевания человек подвержен переживаниям тревог, страхов, ощущению безвыходности. Ситуация тяжелой соматической болезни является глубоко кризисной, способной привести к разнообразным, в том числе и глубоким трансформациям личности больного. При этом представляется важным при оказании психологической помощи учет особенностей временной перспективы у детей с онкологическими заболеваниями.

Под временной перспективой в психологии понимается представление индивидуума о своем прошлом, настоящем и будущем [1]. И именно расширение временной перспективы в аспекте будущего позволяет обрести ребенку уверенность в завтрашнем дне, сформировать веру в свои силы, задать ориентиры для достижения целей и желаний, создать ожидание и предвкушение ярких счастливых событий [2]. Как показывают многочисленные клинические случаи, исцеление, от казалось бы неизлечимой болезни происходит у тех людей, у которых есть планы на будущее, незавершенные дела, есть цель в жизни и оптимистический настрой.

Для разработки способов психологической помощи детям, страдающим онкологическими заболеваниями, было проведено исследование. Целью исследования стало изучение временной перспективы у детей, страдающих онкозаболеванием. Объектом исследования стала временная перспектива, предметом – особенности временной перспективы детей с онкопатологией.

В задачи исследования входило: экспериментально выявить особенности временной перспективы у детей с онкопатологией; провести сравнительный

анализ особенностей временной перспективы у детей с онкопатологией и без онкопатологии в анамнезе; предложить комплекс упражнений по коррекции временной перспективы у детей с онкозаболеваниями.

В исследовании были использованы следующие диагностические методики: Методика рисуночных метафор «Жизненный путь», автор И.Л. Соломин; Методика исследования психологического времени «Прошлое – настоящее – будущее», автор С.М. Меджидова.

В исследовании приняли участие 20 детей подросткового возраста (11-15 лет). Первая выборка – дети с различными онкологическими заболеваниями (диагнозы: лейкоз, нефробластома, лимфогранулематоз), вторая выборка – дети без онкопатологии в анамнезе.

Полученные в ходе обследования рисунки «жизненного пути», по проективной методике И.Л. Соломина, мы интерпретировали и обрабатывали по следующим показателям: насыщенность прошлого, настоящего и будущего событиями; направленность событий (оптимистичность – пессимистичность); элементы тревоги и депрессивности в рисунке; наличие нескольких путей в будущем.

По показателю в рисунке «насыщенность событиями» мы получили следующие данные. По категории «прошлое» насыщенность событий как в первой, так и во второй выборке отсутствует показатель «свыше 10 событий», и результаты различаются незначительно. По данным результатам можно пояснить, что менее 5 событий присутствовало в рисунках только мальчиков как в первой 10%, так и во второй 20% выборках. По категории «настоящее» во всех рисунках обеих выборок число событий было менее пяти.

По категории «будущее» нами были получены существенные различия. Менее пяти событий было в рисунках первой выборки («с онкопатологией») у 80% детей; во второй выборке (без онкопатологии в анамнезе) у 30%. От 5 до 10 событий в первой выборке отображали 20%, во второй выборке – 60% детей. Свыше 10-и событий в первой выборке не изобразил никто, а во второй выборке 10% детей.

По параметру «направленность событий» (оптимистичность – пессимистичность). Пессимистичность как модальность событий чаще преобладала в рисунках первой выборки детей с онкопатологией. По нашим данным, в обеих выборках показатель пессимистичности событий больше присуш мальчикам.

В ходе качественной обработки рисунков мы получилистораживающие результаты. Так, в рисунках детей с онкологией мы обнаружили события, связанные с болезнью, с тяжестью переживаний от лечения, особенно мучительные события были связаны с прохождением

химиотерапии. События будущего у всех представителей первой выборки завершались символическим обозначением смерти. Во второй выборке смерть была в рисунке только у одного мальчика, но лишь после череды положительных событий.

Интересен тот факт, что события детей с онкопатологией чаще отражают такие ценности, как здоровье, творчество, значимость дружбы и межличностного общения, забота о членах семьи. Ценности детей второй выборки «без онкопатологии в анамнезе» преимущественно отражают ценность собственных успехов, достижений, в рисунках виден высокий уровень притязаний, во всех рисунках отражено создание семьи и появление детей.

Следующим показателем стало наличие тревоги и депрессивности в рисунках жизненного пути. Так, в первой выборке среди детей с онкопатологией мы обнаружили, что у 70% – в рисунках присутствуют какие-либо показатели тревоги. А также в этой выборке у 40% человек присутствуют показатели депрессивности. Во второй выборке «без онкопатологии в анамнезе» показатели тревожности присутствовали у 20% детей, а показатели депрессивности отсутствовали во всех рисунках.

Результаты по последнему параметру в данной методике – «наличие нескольких путей в будущем» выглядели следующим образом: в первой выборке (с онкопатологией) у 50% – два пути развития жизни в будущем. Данные два пути в рисунках отображали два варианта исхода заболевания: первый вариант при выздоровлении и второй при отягощении болезни, который заканчивается смертью. При этом второй путь, при отягощении болезни, прорисован, по сравнению с первым, короче. Во второй выборке («без онкопатологии в анамнезе») – 20% детей также изобразили будущее в виде двух путей, но в отличие от первой выборки эти пути отражали учебу, и если эта учеба не состоится, выбирался другой путь – работа.

По методике С.М. Меджидовой «Прошлое – настоящее – будущее» временной отрезок прошлого имеет большой объем у 70 % из первой выборки детей и у 60% – из второй выборки. Средний размер отрезка «прошлое» в первой выборке выбрали 30% человек, во второй выборке 40% детей. Маленький объем прошлого ни в одной из выборок выбран не был.

Большой объем настоящего ни в одной из выборок выбран не был. Временной отрезок настоящего имеет средний объем у 50% детей из первой выборки и у 10% – из второй выборки. Средний размер отрезка «настоящее» в первой выборке выбрали 50% человек, во второй выборке 90% детей.

Временной отрезок «будущего» имеет большой объем у 90% человек из первой выборки и у 100% из второй выборки. Средний размер отрезка

«будущее» в первой выборке выбрали 10% человек. Маленький объем будущего ни в одной из выборок выбран не был.

В аспекте психологической помощи посредством коррекции временной перспективы можно выделить три блока:

1. «Коррекция прошлого». В данном блоке необходимо: помочь ребенку избавиться от травмирующих воспоминаний прошлого; методами символического отреагирования снизить переживания страхов, приобретенных на более ранних этапах онтогенеза; помочь ребенку при воспоминаниях о сложных жизненных ситуациях воспринять себя в роли «героя», стойко перенесшего испытания, а не «жертвы» обстоятельств.

2. «Коррекция настоящего». На этом этапе психолог помогает ребенку почувствовать жизнь по принципу «здесь и сейчас». При этом важно, чтобы ребенок ощущал себя счастливым в настоящем времени, а не жил лишь воспоминаниями или грезами будущего. Для этого важно помочь ребенку сформировать или расширить социальные контакты, найти друзей, помочь выбрать хобби, выявить склонности и интересы, создавать ситуации успеха. День ребенка должен быть наполнен радостью, смехом, новыми впечатлениями. Положительные эмоции снижают вероятность появления рецидивов онкологического заболевания.

3. «Коррекция будущего». На этом этапе психолог помогает ребенку построить планы на ближайшее и отдаленное будущее. Сформировать у ребенка положительный образ себя в старшем возрасте. При этом, возможно, спрогнозировать с ребенком его будущую профессию, выявив его интересы и склонности. Уверенность в завтрашнем дне сделает ребенка более спокойным, исчезнут неуверенность и страх перед будущим.

Список литературы

1. Абульханова К.А., Березина Т.Н. Время личности и время жизни. СПб.: Питер, 2001. С. 5-38, 106-151.
2. Муздыбаев К. Переживание времени в период кризисов // Психологический журнал. 1999. Т. 21. №4. С. 5-21.

**ИНКЛЮЗИЯ В СИСТЕМЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ:
ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ**
**INCLUSION IN THE SYSTEM OF HIGHER EDUCATION:
PROBLEMS AND PROSPECTS**

И.В. Ситникова, Е.В. Морзавченкова
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
I.V. Sitnikova, E.V. Morzavchenkova
Lobachevsky University

Рассмотрены вопросы развития инклюзивного образования в России. Обозначены наиболее существенные проблемы внедрения инклюзии в систему высшего образования. Сегодня наиболее полно функционирует нормативно-правовая база инклюзивного образования, созданы технические условия, но при этом учебные программы и педагогические кадры не всегда подготовлены к удовлетворению особых образовательных потребностей лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью. Внедрение инклюзивного образования – процесс не только создания новых условий для обучения студентов с ОВЗ, но и перехода на новую ступень развития самой образовательной системы.

The article focuses on the development of inclusive education in Russia. The most significant problems of inclusive implementation in the system of higher education are highlighted. Today, the legal framework for inclusive education is most fully functioning, technical conditions have been created, but educational programs and pedagogical staff are not always prepared to meet special educational needs of students with disabilities. The introduction of inclusive education is a process designed not only to create new conditions to teach disabled students, but also to move to a new stage in the development of the educational system itself.

Ключевые слова: инклюзия, инклюзивное образование, вуз, высшее образование, проблемы инклюзии, студенты с особыми образовательными потребностями, студенты с ограниченными возможностями здоровья, инвалидность

Keywords: inclusion, inclusive education, university, higher education, inclusion problems, students with special educational needs, disabled students, disability

Сегодня все больше молодых людей с инвалидностью стремятся получить высшее образование. Однако данная категория студентов нуждается в разработке нормативно-правовой, программно-методической базы организации инклюзивного образования; в совершенствовании профессиональной компетентности педагогов; внедрении в образовательную практику технологий психолого-педагогического сопровождения обучающихся. Молодые люди с инвалидностью при инклюзивном обучении в вузе получают профессию, исходя из собственных интересов и способностей, а не ориентируясь на вынужденные обстоятельства. При этом профессиональные умения и навыки следует рассматривать не только как средство достижения материального благополучия, но и эффективный инструмент личностного самоопределения и социализации. «В основе инклюзивных подходов лежит такое изменение образовательной среды, которое позволяет в максимальной мере

536

соответствовать особым образовательным потребностям любого учащегося с нетипичным ходом развития» [1, с. 109].

Инклюзия – относительно новый и многомерный процесс, реализация которого представляется долговременной практикой. Большинство ученых говорят о необходимости постепенного внедрения инклюзивных технологий в повседневную образовательную практику. «В настоящее время в России практика инклюзивного обучения людей с инвалидностью находится в процессе становления и институционализации, но уже есть ряд исследований, где приводятся доводы в пользу инклюзивного обучения людей с инвалидностью и описываются его позитивные последствия» [2, с. 204]. В публикациях современных ученых, изучающих развитие и внедрение инклюзивного образования в России, большое внимание уделено проблеме формирования нормативно-правовой базы процесса внедрения инклюзии. «Важный принцип инклюзивного образования – равные ко всем студентам академические требования, что впоследствии может стать основой и подтверждением конкурентоспособности человека с инвалидностью на рынке труда» [3, с. 84].

Указом Президента РФ от 01.06.2012 № 761 «О национальной стратегии действий в интересах детей» на 2012-2017 г. были закреплены механизмы реализации права детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья на включение в существующую образовательную среду на уровне дошкольного, общего и профессионального образования. Федеральный закон от 29.12.2012 №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» ввел понятие инклюзивное образование и подтвердил права на его получение. В соответствии со ст. 2 закона инклюзивное образование представляет собой обеспечение равного доступа к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей.

Современное законодательство предоставляет различные льготы молодым людям с инвалидностью при поступлении – в высшие учебные заведения они поступают вне конкурса при положительной оценке ЕГЭ. Однако, по мнению некоторых исследователей, отечественная система образования сегодня не готова к принятию обучающихся с ограниченными возможностями. Так, Е.В. Михальчи говорит, что «в настоящее время в вузах не созданы специальные условия для адаптации студентов с ОВЗ и инвалидностью. Эти студенты вынуждены сами преодолевать барьеры и привыкать к образовательной среде» [4, с. 183]. Она отмечает, что не развивается просветительская работа с учащимися по вопросам совместного обучения и оказания поддержки однокурсникам с особыми потребностями.

В своих исследованиях специалисты выделяют проблемы, связанные с реализацией инклюзивного образования в высшей школе. Например, не все здания высших учебных заведений соответствуют требованиям программы – в этих зданиях отсутствуют пандусы, лифты, специальные таблички для слепых студентов. Некоторые вузы относятся к реализации программы инклюзивного образования формально, например, ряд вузов создали подходящие условия только в административных корпусах, тогда как занятия у студентов с ОВЗ могут проходить и в других корпусах, более того, часто затруднен доступ в научно-исследовательские помещения, библиотеки, читальные залы. Сегодня образовательный процесс в вузах проходит с использованием видео-, аудио- и информационного оборудования, однако не все вузы имеют соответствующее техническое оснащение для обучения студентов с ОВЗ. Вузам необходимо создавать специальное программное обеспечение для внедрения его в существующие технические средства с целью создания условий по обучению лиц с различными видами физических отклонений. В своей работе Е.В. Михалчи отмечает и такую проблему внедрения инклюзивного образования в России, как «необходимость создания образовательных программ, приспособленных под особенности и возможности каждого студента с ОВЗ, что дает возможность обучаться студентам с разными потребностями за счет увеличения сроков обучения и снижения учебной нагрузки» [4, с. 183].

При внедрении инклюзивного образования важно учитывать психологические особенности студентов с инвалидностью и барьеры, возникающие при совместном обучении. При поступлении в вуз очень важен процесс адаптации, когда студент с инвалидностью должен самостоятельно привыкнуть к новым условиям, нагрузке, коллективу, преподавателям. Адаптация таких студентов к условиям высшего учебного заведения – важная задача инклюзивного образования.

К причинам психологического характера исследователи относят также нежелание остальных студентов, получающих образование совместно со студентом с инвалидностью, замечать их трудности, потребности и желания. В исследовании Е.Н. Палхаевой, Н.Е. Жуковой называется еще одна «проблема внедрения инклюзивных практик в образовательную среду вузов – это готовность участников образовательного процесса к внедрению инклюзии в системе образования» [5, с. 292]. Эта проблема тесно связана с формированием толерантного отношения к студентам, имеющим инвалидность. Специалисты в области образования отмечают и неготовность преподавателей вуза к работе со студентами с ОВЗ – как профессиональной, так и психологической. При этом «обнаруживается недостаток профессиональных компетенций преподавателей к работе в инклюзивной сфере, наличие психологических барьеров и профессиональных стереотипов педагогов» [6, с. 145].

Инклюзивное образование – это не только создание технических условий для беспрепятственного доступа студентов с ОВЗ в образовательные учреждения, но и специфика учебно-воспитательного процесса, который должен строиться с учетом возможностей такого студента. Внедрение инклюзивного образования – это процесс не только создания условий для обучения студентов с инвалидностью, но и перехода на новую ступень развития самой образовательной системы.

В современных российских социально-экономических условиях большинство лиц с инвалидностью сталкиваются с проблемой трудоустройства по своей специальности после окончания вуза. Несовершенство законодательства по трудоустройству лиц с инвалидностью, приоритеты рыночной экономики и работодателей препятствуют устройству на работу. По утверждению М.В. Алешиной, высокая степень безработицы среди выпускников-инвалидов ведет к социальной изоляции, которая «оборачивается сужением выбора каналов поиска работы и трудоустройства и сокращением шансов для активной экономической жизни» [7, с. 130]. В этом случае люди с инвалидностью оказываются лишенными возможности социального признания из-за низкого социально-экономического статуса.

Проведя анализ современного положения инклюзивного образования в системе высшего образования в Российской Федерации, можно заключить, что сегодня в вузах ведется активная работа по разработке научных аспектов инклюзивного образования и применения их на практике, проводятся международные конференции, создаются условия и растет число студентов с инвалидностью, что отвечает новой образовательной стратегии равенства всех учащихся. Можно отметить, что нормативно-правовая база инклюзивного образования в России хорошо разработана. У российской системы образования есть возможность анализа опыта других стран, выявления позитивных черт инклюзии и адаптации их к своим условиям. По мнению Михальчи Е.В., «в настоящее время сложно заключить, насколько длительным будет процесс перехода системы высшего образования, включающей специальные образовательные учреждения и общедоступные, к инклюзивным университетам» [4, с. 183].

Сегодня для дальнейшего внедрения инклюзии в систему высшего образования среди основных задач следует назвать необходимость: переустройства зданий высших учебных заведений с учетом мобильных потребностей студентов с различными нарушениями; необходимость специальной подготовки преподавателей и сотрудников для общения со студентами с ОВЗ и инвалидностью; внедрения психолого-педагогического сопровождения студентов с ограниченными возможностями здоровья в образовательном процессе; внедрения адаптированных учебных программ и

новых форм обучения в вузах с использованием специальных технических средств для учебного процесса.

Список литературы

1. Кашапова Л.М. Инклюзия в системе профессионального образования: постановка и видение проблемы / Вестник УГАЭС. Наука. Образование. Экономика. Серия: Экономика. 2012. № 1 (1). С. 105-110.

2. Богомолова Т.Ю., Коржук С.В. Инклюзивное высшее образование как часть жизненной траектории: опыт выпускников НГУ, имеющих инвалидность // Мир экономики и управления. 2017. Т. 17. № 4. С. 201–214.

3. Мартынова Е.А. Инклюзивное обучение как условие повышения качества образования студентов-инвалидов // Вестн. ЮурГУ. Серия «Образование. Педагогические науки». 2013. Т. 5. № 1. С. 83-87.

4. Михальчи Е.В. Состояние инклюзивного образования в системе высшего образования в России // Современные проблемы науки и образования. 2014. № 2. С. 183. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=21471165>.

5. Палхаева Е.Н., Жукова Н.Е. Проблемы инклюзии в высшем образовании: обзор современных гуманитарных исследований. // Современные проблемы науки и образования. 2017. № 5. С. 292. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=30458095>

6. Шувалова И.Н. Проблемы развития инклюзивного образования // Вестник современной науки. Педагогические науки. 2016. № 5. С. 143-145.

7. Алешина М.В., Плева И.Р. Социальный лифт или социальное исключение/ М.В. Алешина, И.Р. Плева // Высшее образование в России. 2009. № 11. С. 126-131.

ПРОБЛЕМЫ И ПОТРЕБНОСТИ СТУДЕНТОВ С ОВЗ В РАМКАХ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ PROBLEMS AND REQUIREMENTS OF STUDENTS WITH DISABILITIES IN THE FRAMEWORK OF INCLUSIVE EDUCATION

Я.В. Ушакова

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

Y.V. Ushakova

Lobachevsky University

Рассмотрены некоторые проблемы студентов с ограниченными возможностями здоровья в рамках инклюзивного образования в ННГУ им. Н.И. Лобачевского. Выявлены общие потребности студентов с ОВЗ: создание доступной среды, использование специальных образовательных программ и методов обучения, создание благоприятного психологического климата в студенческом сообществе, социально-медицинское сопровождение, содействие трудоустройству по специальности. Конкретизированы

потребности студентов с нарушениями опорно-двигательного аппарата и студентов с нарушениями зрения.

The article examines some problems of students with disabilities in the framework of inclusive education at the Lobachevsky State University of Nizhny Novgorod. The general needs of students with disabilities are identified: the creation of an accessible environment, the use of special educational programs and teaching methods, the creation of a favorable psychological climate in the student community, social and medical support, and the promotion of employment in the specialty. The needs of students with disorders of the musculoskeletal system and students with visual impairments are specified.

Ключевые слова: инклюзивное образование, студенты с ограниченными возможностями здоровья, доступная среда

Keywords: inclusive education, students with disabilities, an accessible environment

Инклюзивное образование в системе высшего образования определяется как процесс совместного обучения, развития и воспитания лиц с ограниченными возможностями здоровья и учащихся без ограничений и предполагает равный доступ к образованию для всех обучающихся с учетом образовательных потребностей и индивидуальных возможностей. Инклюзивное образование на территории РФ регулируется Конституцией РФ, Федеральным законом «Об образовании в РФ», Федеральным законом «О социальной защите инвалидов в РФ», а также Конвенцией о правах ребенка и Протоколом № 1 Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод, Саламанкской Декларацией и другими документами.

Доступная среда для людей с ограниченными возможностями здоровья стала необходимым требованием, которому должны отвечать учебные заведения. В настоящее время высшее образование в России характеризуется низким охватом молодых людей с различными отклонениями здоровья. Внедрение инклюзивного образования предполагает решение ряда задач:

– Создание доступной среды на всей территории учебного заведения для организации учебной, научно-исследовательской и досуговой деятельности (пандусы, лифты, поручни, благоустройство мест общего пользования, специальная мебель и т.д.);

– Использование специальных образовательных программ и методов обучения (учебные пособия, специальные технические средства обучения, дистанционное образование, педагогическая и техническая помощь ассистентов, дополнительное образование);

– Специальная подготовка профессорско-преподавательского состава по навыкам работы с обучающимися с ограниченными возможностями здоровья;

– Создание благоприятного социально-психологического климата в студенческом сообществе (оказание помощи в процессе обучения и научно-

исследовательской деятельности, включение в совместную общественную деятельность, культурные программы и т.д.);

– Социально-медицинское сопровождение студентов с ОВЗ на весь период обучения в вузе;

– Содействие трудоустройству по специальности.

Студенты с нарушениями физического здоровья (слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата) обладают особыми потребностями, удовлетворение которых необходимо для предоставления им равных возможностей обучения со здоровыми людьми. Возможность обучения студентов с ОВЗ есть во многих нижегородских вузах. Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского лидирует по этому показателю. Сегодня в университете обучается свыше 60 студентов с нарушением слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, почти четверть из них – первокурсники.

Наибольшее количество проблем в пространстве университета возникает у студентов с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Практически все факультеты и институты университета расположены в зданиях старой постройки, что препятствует созданию доступной среды. Не все корпуса университета оборудованы подъездными пандусами с поручнями, в зданиях нет лифтов, лестницы не оснащены специальными платформами для подъема и спуска инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья на инвалидных колясках, нет специализированных мест для инвалидов и лиц с ОВЗ в лекционных аудиториях, кабинетах для практических занятий, библиотеке, отсутствуют специально оборудованные санитарно-гигиенические комнаты, расширенные дверные проемы, нет выделенных парковочных мест со специальной разметкой. Стоит отметить, что Нижегородский госуниверситет располагает специальным автомобилем, оснащенным подъемным механизмом, для перемещения студентов от дома до места учебы в пределах Нижнего Новгорода и близлежащих к нему населенных пунктов.

Не меньше проблем с доступностью среды и у студентов с нарушениями зрения. Для них должна быть внедрена информационно-навигационная поддержка (визуальная, звуковая и тактильная). В университете отсутствует контрастная маркировка (желтые кружки) дверей, лестниц (желтые полосы) и этажей (контрастные наклейки), маркировка этажей, поручней лестниц, кабинетов тактильными табличками.

Отметим, что те же самые требования предъявляются не только к учебным корпусам, но и к общежитиям.

Кроме технических проблем, для адаптации студентов с ограниченными возможностями здоровья в образовательной среде вуза важно обратить внимание на формирование благоприятного психологического климата в

учебных группах. Этому способствует вовлечение студентов с ограниченными возможностями в совместную деятельность с другими студентами: научно-исследовательская деятельность, культурно-досуговые и спортивные мероприятия, разнообразные творческие коллективы университета, общественная деятельность.

Для организации инклюзивного образования в Нижегородском госуниверситете созданы специальные условия, обеспечивающие доступность и инклюзивность высшего образования для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья. В 2015 г. в структуре Института реабилитации и здоровья человека ННГУ был образован ресурсный центр инклюзивного образования, который обеспечивает комплексное сопровождение образовательного процесса студентов с ограниченными возможностями здоровья. Например, обучение инвалидов по зрению дисциплинам, связанным с освоением компьютерных технологий, организуется во взаимодействии с тифлоинформационным отделением ресурсного центра инклюзивного образования.

Социальный педагог ресурсного центра инклюзивного образования осуществляет контроль за соблюдением прав обучающихся, выявляет потребности инвалидов и лиц с ОВЗ и их семей в сфере социальной поддержки, определяет направления помощи в адаптации и социализации.

Деканаты факультетов и институтов университета организуют психолого-педагогическое сопровождение для обеспечения контроля процесса обучения студентов с ОВЗ (посещаемость, аттестации, ликвидации академических задолженностей и др.) в соответствии с календарным учебным планом, оказывают помощь в организации самостоятельной работы студентов, информируют преподавателей и об индивидуальных особенностях обучающихся на факультете студентов с ОВЗ. При необходимости для инвалидов и лиц с ОВЗ могут разрабатываться индивидуальные учебные планы и индивидуальные графики обучения.

Для профессорско-преподавательского состава университета в 2018 г. была организована дополнительная профессиональная программа «Организация инклюзивного образования в вузе», направленная на формирование компетенций по реализации инклюзивного образования.

Факультеты и институты ННГУ совместно с центром разрабатывают и реализуют программы дистанционного обучения студентов с ОВЗ, проводят профориентационную работу и совместно с Центром карьеры содействуют трудоустройству выпускников с ОВЗ.

**ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИОННО-СОДЕРЖАТЕЛЬНОГО
ОБЕСПЕЧЕНИЯ ФИЗКУЛЬТУРНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ОБУЧАЮЩИХСЯ СПЕЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ
PROBLEMS WITH ORGANIZATION AND CONTENT OF PHYSICAL
ACTIVITY OF STUDENTS OF SPECIAL MEDICAL GROUP**

Е.Н. Фомичева

Нижегородский институт развития образования, г. Нижний Новгород

E.N. Fomicheva

Nizhny Novgorod Institute for Education Development, Nizhny Novgorod

Рассматриваются проблемы организационно-содержательного обеспечения физкультурно-оздоровительной деятельности обучающихся специальной медицинской группы. На основе анкетного опроса и собеседования с педагогами физической культуры, по результатам исследования сформулированы основные выводы.

The article deals with the problems of organization and content of health-related physical activity of students of special medical group. Recommendations were made on the basis of questionnaire and interviews with teachers of physical culture.

Ключевые слова: физкультурно-оздоровительная деятельность, обучающиеся специальной медицинской группы, дети с ограниченными возможностями здоровья, организационно-содержательное обеспечение.

Keywords: health-related physical activity, students, special medical group, children with special needs

В Концепции социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г. определена стратегическая цель государственной политики в области образования, которая заключается в повышении доступности качественного образования, соответствующего требованиям инновационного развития экономики, современным потребностям общества и каждого гражданина.

Реализация этой цели предполагает решение ряда приоритетных задач, к которым можно отнести инновационный характер базового образования, модернизацию институтов системы на всех уровнях образования как инструментов социального развития, в том числе создание образовательной среды, обеспечивающей доступность качественного образования и успешную социализацию для обучающихся, имеющих различные отклонения в состоянии здоровья, относящихся к специальной медицинской группе, категории лиц с ограниченными возможностями здоровья [1; 2].

В условиях обеспечения равного доступа для всех обучающихся с учетом разнообразия потребностей и их индивидуальных возможностей, как показывает практический опыт специалистов физической культуры, возникают дополнительные трудности, в частности, при решении задач в образовательной деятельности с обучающимися СМГ (оздоровительная), детьми с ОВЗ [3].

В целях выявления трудностей при осуществлении физкультурной деятельности с детьми, относящимися по состоянию здоровья к СМГ, детям с ОВЗ, коллективом кафедры теории и методики физвоспитания и ОБЖ ГБОУ ДПО «Нижегородский институт развития образования» было проведено специальное исследование.

В рамках курсов повышения квалификации педагогов физической культуры была предложена разработанная анкета «Организационно-содержательное обеспечение физкультурно-оздоровительной деятельности обучающихся СМГ, детей с ОВЗ» и проведены собеседования с учителями. В данном исследовании приняли участие 108 педагогов физической культуры из Нижегородской области.

Собеседование с педагогами физической культуры показало, что они не в полной мере владеют вопросами нормативно-правового регулирования физкультурной деятельности обучающихся СМГ, программно-методического обеспечения, в том числе при работе с детьми с ОВЗ.

По результатам данных анкетного опроса педагогов были сделаны следующие выводы.

В общеобразовательных организациях Нижегородского региона в образовательной деятельности по физической культуре с детьми, отнесенными к СМГ, можно выделить проблемы организационно-методического, содержательного, ресурсного и социального характера.

Как показали результаты, большая часть педагогов физической культуры реализуют в образовательном процессе с данной категорией детей образовательные программы по физической культуре, предназначенные для обучающихся основной и подготовительной медицинской групп. Только третья часть педагогов (36%) используют специальные программы. Кроме этого, 54% педагогов испытывают недостаток в наличии разработанных методических материалов для использования в работе с такими обучающимися.

Более половины педагогов (53,4%) не могут выделить достаточного времени в рамках реализации урочных физкультурных занятий по разделам программы с детьми СМГ, в связи с тем, что школьники занимаются вместе с обычными детьми, а специальные группы в образовательной организации не сформированы по разным причинам.

Реализуя образовательные, оздоровительные и воспитательные задачи в рамках реализации рабочей программы педагоги испытывают трудности: в выборе средств и методов, форм организации детей СМГ, на это указали 20,7% человек; при проведении оценивания учебных достижений, обучающихся по физической культуре – 29,3% педагогов; в формировании интереса обучающихся СМГ к занятиям физической культурой – 12,0% человек.

Проблемы медицинского обеспечения в процессе занятий с данной категорией лиц, по мнению учителей и преподавателей физической культуры, имеются у 64,8% человек. Педагоги считают целесообразным обязательное присутствие медицинского персонала в образовательной организации для решения вопросов врачебно-педагогического контроля.

Среди главных факторов, способствующих эффективной деятельности с детьми СМГ, учителя и преподаватели физической культуры отметили следующие: наличие поддержки руководства образовательной организации – 43,1% человек; наличие разработанного программно-методического обеспечения для обучающихся СМГ отметили 31,0% педагогов, наличие учебно-методических материалов – 49,8% человек; своевременное прохождение курсов повышения квалификации отметили 49,8% учителей.

Оптимальными формами физкультурной деятельности для учащихся СМГ в системе физического воспитания большая часть (73%) педагогов указали: проведение секционных занятий, спортивных кружков; физкультурно-оздоровительных мероприятий; спортивно-массовых мероприятий, соревнований; участие в социальных проектах, фестивалях, акциях, конкурсах, т.е. внеурочную деятельность. 27,5% педагогов отмечают необходимость проведения урочных форм занятий по физической культуре как главного средства решения поставленных задач.

Дополнительно учителя рекомендовали использовать с обучающимися СМГ такие формы и направления деятельности, как теоретические занятия по физической культуре с использованием современных технологий, научные объединения учащихся, социальные проекты, игровые технологии; взаимодействие с другими образовательными организациями для формирования групп в рамках занятий детей с одной патологией; привлечение таких детей к процессу сдачи норм ГТО в качестве секретарей, помощников и предоставление им возможности сдавать нормативы по отдельным испытаниям. Педагоги указали и на необходимость организации физкультурных занятий с детьми и подростками СМГ, детей с ОВЗ во второй половине дня (отдельно от основной группы занимающихся) с дополнительной оплатой, с привлечением специалистов физической (адаптивной физической, лечебной) культуры.

По итогам проведённого исследования были выявлены проблемные вопросы и трудности педагогов в контексте решения задач физкультурной деятельности с обучающимися СМГ, детьми с ОВЗ. В дальнейшем для их решения планируется разработка организационных форм и содержательного обеспечения учебных занятий в рамках дополнительных профессиональных программ курсов повышения квалификации.

Список литературы

1. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации № 1598 от 19 декабря 2014 г. «Об утверждении ФГОС НОО обучающихся с ОВЗ».
2. Федеральный закон Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. N 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».
3. Фомичева Е.Н. Физкультурно-оздоровительная деятельность с детьми и подростками с ограниченными возможностями здоровья: учебно-методическое пособие / Е.Н. Фомичева. Н. Новгород: НИРО, 2016. 137 с.

НАРОДНО-МЕДИЦИНСКАЯ ПРАКТИКА СЕВЕРНОРУССКОГО НАСЕЛЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКОГО СЕВЕРА: СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ*

PEOPLE'S MEDICAL PRACTICE OF THE NORTHERN RUSSIAN POPULATION OF THE ARKHANGELSK NORTH: WAYS OF TREATING PATIENTS

А.В. Фролова

Институт этнологии и антропологии РАН, г. Москва

A.V. Frolova

Institute of Ethnology and Anthropology, RAS, Moscow

На основе обширного полевого материала рассматривается комплекс народно-медицинской практики севернорусского населения, включающий разнообразные способы лечения больных детей и взрослых.

In the article on the basis of extensive field material, a complex of folk-medical practice of the North Russian population is considered, including various ways of treating sick children and adults.

Ключевые слова: Архангельский Север, полевые материалы, травы, лечение, знающие
Keywords: Arkhangelsk North, field materials, herbs, treatment, knowledgeable

Автор использовал обширный полевой материал, собранный им в городах и деревнях Архангельского Севера в 2003-2010 гг.; привлечены материалы Мезенского историко-краеведческого музея и Фонда краеведа Е. Поднебесниковой.

Архангельский Север – условное административно-географическое название, принятое в литературе из-за частого изменения границ при переделах губерний, а затем и областей. В настоящее время эта территория практически соответствует современной Архангельской области. Необычайная «живучесть»

* Работа выполнена при финансовом содействии гранта РГНФ № 16-01-00145 «Репрезентация инвалидности людей с ограниченными возможностями в России»/ОГОН РФФИ № 17-01-00001

традиционной культуры в этих местах, ее оригинальность поражает и продолжает быть объектом исследования и в наши дни. На этой обширной территории, объединенной историческим и социально-экономическим развитием в течение длительного времени, сложился своеобразный комплекс народной культуры. Главную роль в этом процессе играло севернорусское население, обладающее уникальными культурными традициями. Эта культура, часто называемая поморской, созданная на краю ойкумены – культура аскезы, отказа, предельного упрощения и доведения идеалы простоты до своего идеального воплощения [1, с. 45].

В процесс многовекового освоения края у севернорусского населения сложилась и своеобразная народно-медицинская практика, включавшая разнообразные способы лечения больных детей и взрослых. Многие из них продолжают бытовать и в наши дни. В целом набор рациональных средств лечения определялся спецификой местных лечебных растений [2, с. 226-229] и обязательностью банных процедур для лечения практически всех болезней. Естественно, при тяжелых заболеваниях использовали все известные способы лечения – от православных до травных и магических.

В основе использования трав в лечебных целях лежат, безусловно, их естественные свойства и многовековой опыт наблюдений людей. Хорошо зная реальные и мнимые свойства трав, в бытовой практике народ стремился использовать растения с наибольшей полнотой. Важная роль отводилась растениям, защищающим людей, их дома и хозяйства от злокозненного влияния недоброжелателей и, особенно, нечистой силы. Растения широко использовались и в народных обычаях и обрядах, наделяясь особой силой воздействия, не только способствовали укреплению здоровья, но и могли благоприятствовать семейному счастью, обеспечению урожайности посевов и плодovitости скота. [3, с. 154]

На Архангельском Севере со сбором и заготовкой трав был связан один из важнейших народных годовых праздников Иванов день (24 июня/7 июля). В нем сохранились и своеобразно развились некоторые черты купальской обрядности, в первую очередь это было обусловлено временем – это день летнего солнцеворота. Именно в ночь на Иванов день собранные травы наделялись, по мнению северян, особой исцеляющей и магической силой. Девушки использовали их для «присушивания», «привязывания» к себе любимых (например, *вязель-трава*). [4, с. 15] Под Иванов день ходили в поля, чтобы собрать цветы и травы, которые в другие дни силы не имели, их сушили и в случае какой-нибудь болезни заваривали травяной чай и пили настои. «Все травы поспевают к Иванову дню: зверобой, очанка, грушанка, калган, изгон, тысячелистник, *богородска травка*, или же на самом деле темьян ползучий, а

мы называем богородска травка. Собирают все травы в июле месяце с Ивановок или после Петрова дней. Собирают и раньше, но лучше после Петрова дня, пока цветет. Цвет упадет и все, уже не будя сил, а чем позднее, тем хуже» [5, ПМА].

Травы собирали в определенных местах, не известных для непосвященных людей. «Плоды можжевельника, *ферес* по-нашему, лучше собирать у нас в д. Шотогорка, *грушанку* рвем на поле над Сулугой (река – А.Ф.) [6, ПМА]. Со сбором трав у местных жителей связаны и приметы. Так, когда траву собираешь, надо чтобы тень твоя на траву не падала. Брать травку нужно с молитвой, чтобы силы её не убавились.[7, ПМА]

Многие жители северных деревень и в наши дни продолжают собирать травы, плоды, коренья и знают об их лечебных свойствах: *очанка* от расстройства желудка, от головной боли, желудок если болит, ноги отказывают; *грушанка*, *изгон*, *богородска травка* – травы от всех болезней, а *изгон* еще лечит от всех простудных заболеваний; ветки можжевельника и его ягоды от простуды, кашля и воспалений. Зверобой считался и лечебным, и волшебным растением, он отгоняет болезни и предохранял от порчи.[8, с. 86]

Вера в лечебные свойства некоторых растений, даже если они и не имели таковых (по данным официальной медицины), сохранилась и до наших дней. Так, *богородской травкой* на Архангельском Севере называют несколько совершенно различных видов растений. «Богородской называется потому, что от бога. У неё мелкий голубый цвет, запах бросается прямо в нос, очень приятный. Вырывают-то её с корнем. Садами растёт такими и побольше в горах, где белый, красный известняк»[9, ПМА].

На основе собранных трав, корней, семян и ягод изготавливали лечебные средства: разные отвары, настойки, бальзамы. Многие жители северных деревень не доверяют современным лекарствам, сами лечатся травяными отварами, настойками, мазями и помогают своим односельчанам. Как рассказывал лесник из д. Ваймуша: «Ко мне все приходят и просят помочь, то голова болит, то живот, то ноги отнялись...» [10, ПМА].

У северян любимым напитком был и остается чай. Однако раньше вместо натурального листового чая для напитка собирали и засушивали травы, корни и стебли в каждом доме: кожуру от недозрелой морошки, сухие листья смородины, мяты, чагу с березы, брусничный лист, стебли и листья дикой малины, плоды и даже корни шиповника. Шиповник пользовался особой любовью, считалось, что отвар из его корней, выпитый непременно после бани, помогал от простуды.

По мнению северян, необходимо было уважительно относиться ко всему произрастающему на земле. Знающий человек старался осторожно отрезать

растение, не вредить корня и не рвать травы, если видел, что растения представлены в той или в иной местности в малом количестве. [11, с. 769]

Многовековой опыт населения, живущего в экстремальных природных условиях, отразился и в общем высоком уровне бытования магии. Определённым знанием магических приемов обладали практически все взрослые жители северных деревень. В ряде бытовых ситуаций, в случае мелких неприятностей и повседневных нужд каждый мог сам справиться, чтобы остановить кровь, выгнать скот на пастбище в определенный нужный день, подлечить скотину и птицу, вылечить детскую бессонницу, найти потерянную вещь или дорогу из леса и т. п.

В особых случаях обращались к человеку умеющему колдовать. Это явление можно назвать феноменом севернорусской культуры, а таких людей называют *знатками, знающими*. Это общее название отражает само явление: знающий обладает особым, тайным знанием того, чего не знают другие. Весь комплекс тайного, магического знания и в наши дни называют *знатъём*. Широко распространено представление о том, что колдовать мог лишь тот знающий, у которого были все зубы. «Женщины были знающие, раньше Егоровна была нет-нет да и подлечит, а сейчас, говорит, не могу, зубов совсем нет»[12, ПМА]. По общему народному мнению, современное Пинежье оставляет за собой славу района, где больше колдуют, и в наши дни здесь рассказывают удивительные истории о способностях знающих.

Практически все действия по излечению больных включали в том или ином виде элементы православной символики и атрибутики. Обычная в народной медицине заговорная практика включала, как правило, чтение канонических молитв и непосредственное обращение к святым за помощью в неканонических заговорных текстах. Необходимо сказать, что и в наши дни остается особенно распространенным заговор от детской пупочной грыжи. Тексты старинных лечебных заговоров от грыжи передаются в наследство от бабушек, мам. Многие черпают информацию и из СМИ, Интернета. Как правило, заговоры сопровождали магические действия различного характера. К наиболее распространенным можно отнести очистительные процедуры, совершаемые над больным в бане, имевшие, конечно, и рациональный характер.

Как действенное средство для исцеления воздвигали кресты по обету. Эта традиция широко распространена и в наши дни [13, ПМА].

В советский период стерлись четкие грани между понятиями, определяющими *знающих* как колдунов или знахарей. Теперь могут назвать знающим и бывалого охотника, рыбака или пастуха, обладающих лишь традиционными знаниями. В наши дни, по народным представлениям, носителями сакрального

550

знания могут быть и странно выглядящие и соответственно ведущие себя люди – иноверцы, буддисты, цыгане, нищие.[14, ПМА]

В процессе социопсихологической адаптации к среде обитания у севернорусского населения сформировался своеобразный комплекс народно-медицинской практики, большое влияние на формирование которого оказало православие. Роль и значение трав в жизни населения Архангельского Севера со временем не уменьшились. И в наши дни используются их целительные, магические свойства для лечения больных людей. Народные знания и традиция сбора трав, а также способы лечения болезней передаются из поколения в поколение. Чай с травами остается любимым напитком для северян, в наши дни ни одно застолье не обходится без чаепития, а это важно для сохранения здоровья в северных условиях.

Знающие и *знатьё* продолжают играть значительную роль в севернорусской деревне и остаются важной частью её жизни. Возможности *знающего* претерпели трансформацию и ограничены, как правило, семейными и хозяйственными рамками, по общему народному мнению, сильных знающих теперь не стало.

Список литературы

1. Теребихин Н.М. Метафизика Севера. Архангельск, 2004.
2. Фролова А.В. Травы и знающие в современной традиции Пинежья и Мезени // Медицинская антропология, проблемы, методы, исследовательское поле. Труды по медицинской антропологии. М.ООО «Публицити», 2015.
3. Токарев С.А., Филимонова Т.Д. Обряды и обычаи, связанные с растительностью // Календарные обычаи и обряды в странах Зарубежной Европы. М., 1983.
4. Мезенский историко-краеведческий музей. Д. 1105. Фольклор и обрядность Мезени.
5. ПМА – Далее полевые материалы автора 2004 г. Записано от Клевакиной А.Е. 1927 г.р., с. Засурье Пинежского р-на.
6. Полевые материалы автора 2003 г. Записано от Козьминой А.А., 1931 г.р. д. Шотогорка Пинежского р-на.
7. Полевые материалы автора 2003-2005 гг. экспедиции в Пинежский, Мезенский р-ны.
8. Кузнецова М.А., Резникова А.С. Сказания о лекарственных растениях. М., 1992.
9. Полевые материалы автора 2005-2008 гг. экспедиции в Кенозерский, Холмогорский, Пинежский, Мезенский р-ны.
10. Полевые материалы автора 2003 г. Записано в 2003 г. от Лысцева Е. С., 1929 г.р. д. Ваймуша Карпогорский с/с, Пинежский р-н.

11. Дмитриева С.И. Традиционная народно-медицинская практика// Русские. М. Наука, 1999.
12. Полевые материалы автора 2005 г. Записано от Макуриной Е. М. 1924 г.р. с. Дорогорское Мезенский р-н.
13. Полевые материалы автора 2003-2008 гг. экспедиции в Поморский, Кенозерский, Холмогорский, Пинежский, Мезенский р-ны.
14. Полевые материалы автора 2003-2005 гг. экспедиции в Пинежский, Мезенский р-ны.

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ
В ГЕРМАНИИ**
**VOCATIONAL REHABILITATION OF DISABLED PERSONS
IN GERMANY**

Д.А. Чалдаева
Казанский государственный медицинский университет, г. Казань
D.A. Chaldayeva
Kazan state medical university, Kazan

Рассмотрены законодательные меры по защите прав инвалидов и опыт профессиональной реабилитации инвалидов в Германии.

Legislative measures to protect the rights of persons with disabilities and the experience of vocational rehabilitation of persons with disabilities on the example of Germany are considered.

Ключевые слова: профессиональная реабилитация инвалидов, защита прав инвалидов, трудоустройство инвалидов в Германии

Keywords: professional rehabilitation of disabled people, protection of the rights of disabled people, employment of disabled people in Germany

Включение в трудовую деятельность инвалидов является важнейшей частью их социальной адаптации и комплексной реабилитации.

Конституцией Германии всем инвалидам предоставляется «право на реабилитацию и интеграцию в нормальную жизнь». Идея о том, что экономически выгоднее осуществлять реабилитацию инвалидов, чем обеспечивать их пенсиями и пособиями, лежит в основе законодательства Германии об инвалидах.

Согласно данным Бюро интеграции Федеративной Республики Германии, в 2016 г. число инвалидов в стране составляет 10,6 млн. человек. Большинство из них, около 7,5 млн. человек, лица с тяжелой формой инвалидности, 3,2 млн. из них трудоспособны. К концу 2017 г. в Германии проживало около 7,8 млн. людей с различной степенью инвалидности.

Основным критерием установления инвалидности в Германии является нарушение здоровья, влекущее значительное снижение способности к трудовой деятельности, хотя учитываются и другие факторы. Установление

инвалидности не связывается с конкретной профессиональной деятельностью, оценивается общая способность к труду и определяются профессии, в которых трудовая деятельность возможна. Инвалидность устанавливается лишь в тех случаях, когда реабилитационный прогноз неблагоприятный или реабилитационные мероприятия не имеют успеха и возвращение к труду невозможно, т.е. статус инвалида получают только лица с выраженными нарушениями здоровья и ограничениями жизнедеятельности [1].

В основной закон Германии в 1984 г. была внесена поправка следующего содержания: «Никто не может и не должен притесняться из-за своих недостатков (умственных или физических)», а Кодекс социального законодательства дополнили разделом «Реабилитация и участие инвалидов в жизни общества», который вступил в действие 1 июля 2001 г.

По закону, молодые люди-инвалиды в Германии должны получить профессиональное образование, которое должно помочь им полноценно участвовать в жизни общества. В этом случае им оказывается помощь, необходимая в профессиональной деятельности, которая включает в себя:

- помощь в получении рабочего места или возможности продолжать свою профессиональную деятельность с учетом нынешнего состояния;
- подготовка к профессиональной деятельности или прохождение необходимого, вследствие инвалидности, обучения определенным навыкам;
- профессиональная адаптация, обучение, повышение квалификации или переподготовка, а также возможность завершения школьного образования для последующей переподготовки;
- помощь для профессиональной карьеры;
- другие виды помощи в трудовой деятельности с целью помочь инвалидам быть задействованными на общем рынке труда или работать в мастерских для инвалидов.

Сегодня имеются широкие возможности для продолжения образования и повышения квалификации инвалидов. Подготовка к выбору профессии начинается уже в последних классах школы (в зависимости от вида инвалидности – общеобразовательной или специализированной), когда на специальных занятиях, например, на уроках труда, учащиеся получают основное представление о трудовой и профессиональной деятельности. При этом школами используется обширный текстовый материал, предоставляемый Федеральным ведомством по труду.

Важное значение имеет квалифицированная профессиональная ориентация, проводимая специально созданными отделами профессиональной ориентации для инвалидов при всех бюро по трудоустройству, включающая в себя подробный

рассказ о профессии, предоставление консультации и информации по выбору профессии (в том числе и для ее смены), сообщение о возможностях содействия профессиональному образованию, оказание посредничества в подыскании места в профессиональном училище, предоставление информации о финансовой помощи для вовлечения инвалидов в трудовую сферу жизни общества. Органы социальной помощи могут финансировать дополнительные терапевтические услуги во время школьного обучения, если это не берут на себя приоритетные страховщики (например, больничные кассы), а также оказать поддержку в приобретении инвалидами, не поддающимися обучению даже в специализированных школах, важных в практической жизни и позволяющих справиться с повседневными трудностями навыков.

По имеющемуся в Германии опыту, такая подготовка открывает наибольшие шансы для профессиональной реабилитации на длительный срок, так как уже во время обучения люди свыкаются с ситуацией и постепенно привыкают к повседневным профессиональным требованиям.

Помощь в получении школьного образования и обучении профессии, оказываемая в рамках реабилитации, включает не только содействие в подготовке к посещению школы более высокой ступени, но и обучение в институте. В целях улучшения возможностей инвалидов для учебы в вузах Германии для абитуриентов и студентов-инвалидов Германским союзом студентов-инвалидов был создан центральный консультационный пункт, в котором имеются сведения обо всех возможностях вузовского обучения инвалидов и адреса пунктов, где можно получить всю необходимую информацию и консультацию. В процессе обучения в вузе студенты-инвалиды пользуются теми же правами, что и студенты не инвалиды.

В специальных учреждениях профессиональной реабилитации – центрах для первичной подготовки молодых инвалидов и центрах профессиональной реабилитации и переподготовки взрослых инвалидов, имеющих необходимые специализированные (медицинские, педагогические, психологические и социальные) службы, осуществляется профессиональная подготовка инвалидов. Кроме этих центров особое значение имеют учреждения медико-профессиональной реабилитации, где пациенты, страдающие определенными (например, неврологическими) заболеваниями, уже в ходе медицинской реабилитации делают первые шаги к профессии (подбор профессии и проверка трудовых навыков, подготовка к возобновлению трудовой деятельности или занятиям на курсах переподготовки).

Инвалидам, которые несмотря на все виды помощи, не смогут вернуться на общий рынок труда и работать на обычном предприятии, не имеют возможности для занятий подходящей деятельностью, предлагают мастерские

для инвалидов. В них можно овладеть деятельностью, соответствующей положению, развивать свои навыки и способности, повышая их, или овладевать новыми.

В Германии принято три важных закона, гарантирующих права инвалидов и защищающих их от угрозы увольнения:

1. «О равенстве прав инвалидов на работе». Благодаря его применению безработица среди инвалидов была снижена на 25%.

2. «О реабилитации инвалидов и участии их в общественной жизни», реализация которого привела к созданию государственного каталога инвалидов, нуждающихся в первоочередной помощи, и лиц, являющихся потенциальными клиентами для социальной помощи.

3. «Об уравнивании прав инвалидов с другими гражданами страны». Он предоставил инвалидам множество страховок, помогающих им лечиться, учиться, содержать жилье и решать другие жизненные проблемы, а также установил квоты для инвалидов.

Общее руководство деятельностью по реабилитации инвалидов возложено на Федеральное управление по труду [2].

В Германии существует специальный закон «О труде лиц с пониженной физической способностью», в соответствии с которым для таких лиц предусмотрено квотирование рабочих мест, а также ряд особых льгот при трудоустройстве [1; 3].

Правовое регулирование труда и квотирование рабочих мест для инвалидов в Германии осуществляется главным образом по Закону «О лицах с тяжелой формой инвалидности» и Социальным кодексом. Трудоустройством инвалидов занимается Федеральное агентство занятости и Бюро интеграции в рамках установленной нормы квотирования.

Квотирование рабочих мест распространяется на все организации независимо от формы собственности, в т.ч. и на государственные органы. При этом женщины с тяжелой формой инвалидности должны рассматриваться в первую очередь. Работодатели также обязуются, чтобы на предприятиях, в т.ч. и в управленческих структурах, было занято предписанное число инвалидов.

До тех пор, пока необходимое количество рабочих мест, предназначенных для людей с тяжелой инвалидностью, не будет занято, работодатели за каждое такое незанятое место уплачивают компенсационный налог.

Список литературы

1. Кутарова М.А. Сравнительный анализ правового регулирования квотирования рабочих мест для инвалидов в России и Германии // Трудовое право в России и за рубежом. 2017. N3. С. 57-60.

2. Чалдаева Д.А., Нигматьянова И.Г. Зарубежный опыт социальной реабилитации инвалидов // Вестник Казанского технологического университета. 2010. № 3. С.20-30.

3. Ларицкая М.Л. Права лиц с ограниченными возможностями и механизмы их защиты на международном, европейском и российском уровнях // Вестник Томского государственного университета. 2013. № 373. С. 104-107.

ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ШКОЛЬНОГО ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ОМСКОМ РЕГИОНЕ **SCHOOL INCLUSIVE EDUCATION DEVELOPMENT TRENDS IN THE OMSK REGION**

Е.В. Шенгалыц

Омский государственный технический университет, г. Омск

E.V. Shengalts

Omsk State Technical University, Omsk

Рассматриваются тенденции развития инклюзивного школьного образования в Омском регионе. Отражены направления развития образования для детей с ограниченными возможностями здоровья.

The aim of the article is to consider school inclusive education development trends in the Omsk region. Areas of development of education for children with disabilities are shown.

Ключевые слова: инклюзивное образование в общеобразовательных школах, социальное взаимодействие здоровых школьников и школьников с ограниченными возможностями здоровья, общеобразовательная школа

Keywords: inclusive education in secondary schools, social interaction of healthy schoolchildren and schoolchildren with disabilities, secondary school

В связи с изменениями, происходящими в обществе, проблема получения образования детьми с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ), является актуальной. Объясняется это тем, что в современном мире наблюдается тенденция к увеличению численности детей с инвалидностью. В частности, в РФ растет количество детей в возрасте до 18 лет, впервые признанных инвалидами: 2015 г. – 69805 человек; 2016 г. – 73106 человек [1]. Происходит увеличение доли детей с ОВЗ, обучающихся в общеобразовательных учреждениях, в общей численности обучающихся в общеобразовательных учреждениях на начало учебного года в РФ: 2013/2014 г. – 3,1%; 2014/2015 г. – 3,2%; 2015/2016 г. – 3,5%; 2016/2017 г. – 3,9; 2017/2018 г. – 4,0% [2]. А за последние три года произошло увеличение доли детей с инвалидностью, обучающихся в общеобразовательных учреждениях, в общей численности обучающихся в общеобразовательных учреждениях на начало учебного года в РФ: 2015/2016 г. – 1,7%; 2016/2017 г. – 1,8%; 2017/2018 г. –

1,9% [3]. Говоря об Омском регионе, необходимо отметить, что по состоянию на 7 апреля 2017 г. здесь проживало более 13 тысяч детей с ОВЗ, из них 45% детей имели статус «ребенок-инвалид». Из 10 тысяч детей особой заботы школьного возраста для 98% детей созданы условия для получения общего образования [4].

Следует указать, что в РФ происходит процесс институализации инклюзивного образования. Так, в Федеральном законе от 29.12.2012 г. «Об образовании в Российской Федерации» вводятся понятия «инклюзивное образование», «обучающийся с ОВЗ», «специальные условия для получения образования обучающимися с ОВЗ». В указанном нормативно-правовом акте вводится статья об организации получения образования обучающимися с ОВЗ (ст. 79). Отмеченное выше позволяет говорить о внедрении инклюзивного образования в общеобразовательные школы.

Рассматривая опыт Омского региона, стоит отметить, что система образования детей с ОВЗ включает в себя три основных направления[5]:

1) организация обучения детей с ОВЗ в отдельных образовательных организациях, реализующих адаптивные основные общеобразовательные программы дошкольного, начального или общего (среднего) образования. В 2016/2017 учебном году в 24 общеобразовательных организациях адаптивного образования обучались 3288 детей с ОВЗ (количество детей, обучающихся в образовательных организациях, в сравнении с 2015/2016 учебным годом увеличилось на 6 %) [4];

2) отдельные классы или группы компенсирующей направленности в дошкольных и школьных учреждениях общеразвивающего типа – 715 классов для детей с умственной отсталостью, в которых обучались 4707 детей (количество детей, обучающихся в классах, в сравнении с 2015/2016 учебным годом увеличилось на 17 % [4];

3) инклюзивное образование – 1792 ребенка с ОВЗ в 2016/2017 учебном году обучались в образовательных учреждениях инклюзивно (количество детей, обучающихся в классах, в сравнении с 2015/2016 учебным годом увеличилось на 10 %) [4]. Необходимо отметить, что в 2014-2016 гг. Омский регион вошел в число 17 регионов РФ, в которых прошла апробация ФГОС обучающихся с ОВЗ. С 1 сентября 2017 г. по новым стандартам обучалось более 1100 детей с 1 по 3 классы [5].

Необходимо отметить, что Министерством образования Омской области на базе БОУ Омской области дополнительного профессионального образования «Институт развития образования Омской области» организованы курсы повышения квалификации и профессиональная переподготовка педагогов для работы с детьми с инвалидностью [4].

Исходя из вышеизложенного, можно утверждать, что в общеобразовательных омских школах происходит становление инклюзивного образования. В этом ключе важно отметить, что данный процесс невозможен без социального взаимодействия участников образовательного процесса.

В этом контексте необходимо отметить, что нами было проведено социологическое исследование в 2013-2014 г. среди учителей и здоровых учеников общеобразовательных неинклюзивных школ (N=320). Выявлено, что школьники слабо представляют себе особенности взаимодействия с детьми ОВЗ. Большинство старшеклассников и учителей положительно относятся к детям с ОВЗ. Школьники и учителя выражают готовность к взаимодействию с детьми с ОВЗ. Необходимо указать, что было выявлено значительное число респондентов, затруднившихся с ответом на вопросы о том, как будут реагировать ученики старших классов и педагоги на инклюзивное образование в длительной перспективе существования данного процесса [6].

Рассматривая особенности инклюзивного образования в Омском регионе, необходимо указать на негативные тенденции развития данного процесса [7]:

- общеобразовательными школами не предусматривается проведение мониторинга для выявления изменений;
- в инклюзивных общеобразовательных омских школах отсутствует должность «координатор инклюзивного образования»;
- некоторые инклюзивные школы переносят зарубежные и отечественные модели инклюзивного образования без учета особенностей своей школьной среды, которые, как следствие, не удовлетворяют в полной мере образовательные потребности детей с ОВЗ;
- родители школьников с ОВЗ недостаточно активно включаются в процесс социального взаимодействия в рамках инклюзивной школы;
- недостаточно развито программно-методическое обеспечение, которое позволит выстраивать образовательный процесс с учетом особых образовательных потребностей и опыта социального взаимодействия каждого ребенка с ОВЗ.

Несмотря на указанные недостатки, в Омском регионе происходит процесс институализации инклюзивного школьного образования. Стоит отметить, что важное внимание уделяется подготовке, переподготовке и повышению квалификации педагогов. По нашему мнению, в процессе инклюзивного образования в школе, важное значение имеет социальное взаимодействие всех субъектов образования. Именно от него будет зависеть успешное прохождение процесса социализации как здоровых школьников, так и школьников с ОВЗ, а также комфортное пребывание в школе всех субъектов

образования. Необходимо детальное изучение всех аспектов их социального взаимодействия.

Список литературы

1. Распределение впервые признанных инвалидами детей в возрасте до 18 лет по формам болезней / Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. URL: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/zdrav/zdr4-3.xls (дата обращения: 18.06.2018).

2. Доля детей с ограниченными возможностями здоровья, обучающихся в общеобразовательных учреждениях, в общей численности обучающихся в общеобразовательных учреждениях, процентов / Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. URL: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/family/2-15.xls (дата обращения: 18.06.2018).

3. Доля детей-инвалидов, обучающихся в общеобразовательных учреждениях, в общей численности обучающихся в общеобразовательных учреждениях / Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. URL: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/family/2-16.xls (дата обращения: 18.06.2018).

4. Материалы коллегии Министерства образования Омской области / Институт развития образования Омской области [Электронный ресурс]. URL: http://irooo.ru/images/материалы_коллегии.pdf (дата обращения: 20.06.2018).

5. Артемова И.Г., Марьенкина О.В., Орлова Е.В. Реализация базовой модели ранней помощи в Омской области // Альманах института коррекционной педагогики РАО. 2018. №33-7. [Электронный ресурс]. URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanac-33/implementation-of-basic-model-of-early-intervention-in-the-omsk-region> (дата обращения: 21.06.2018).

6. Шенгальц Е.В. Инклюзивное образование глазами учителей и школьников общеобразовательных школ // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. 2017. №4 (48). С. 160-168.

7. Особенности инклюзивного образования в Омской области / Белицкая К.М., Кузьмина О.С. // Инклюзивное образование: теория и практика. Сборник материалов международной научно-практической конференции, г. Орехово-Зуево, 09-10 июня 2016. Орехово-Зуево. С. 151-157.

ДОКЛАДЫ

**КОНЦЕПЦИИ ПАРТНЕРСТВА В СОЦИОКУЛЬТУРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ
ИНВАЛИДОВ В ОБЩЕСТВО: АКТИВНЫЕ И ПАССИВНЫЕ МОДЕЛИ**
**CONCEPTS OF PARTNERSHIP IN SOCIOCULTURAL INTEGRATION OF
DISABLED PEOPLE INTO SOCIETY: ACTIVE AND PASSIVE MODELS**

О.А. Анিকেева

Российский государственный социальный университет, г. Москва

Е.В. Максимова

Российский государственный университет туризма и сервиса, г. Москва

O.A. Anikeeva

Russian State Social University, Moscow

E.V. Maximova

Russian State University of Tourism and Service, Moscow

Социокультурная интеграция обеспечивает возможность инвалидам взаимодействовать с окружающими, опираясь на знание и понимание культуры взаимодействия. Однако такие способы интеграции могут быть пассивными, а могут быть и активными. Именно активные модели позволяют инвалидам становиться творцами собственной жизни. Формирование их требует социального партнерства, активной жизненной позиции самих инвалидов.

Sociocultural integration provides an opportunity to disabled people to interact with people around, relying on knowledge and understanding of culture of interaction. However such ways of integration can be passive, and can be and active. Active models allow disabled people to become creators of own life. Formation them demands social partnership, active living position of disabled people.

Ключевые слова: социальное партнерство, интеграция инвалидов в общество, социокультурная интеграция, активная интеграция, пассивная интеграция

Keywords: integration of disabled people into society, sociocultural integration, social partnership, active integration, passive integration

Интеграция инвалидов в общество имеет множество аспектов. Социокультурная интеграция имеет особенности. Они заключаются в том, что это направление интеграции предполагает освоение норм поведения и общения, ценностей окружающего мира, способность выбора способов действия и деятельности, опираясь на интериоризированные ценности, а также способность нести ответственность за принятые решения. Все это вместе является сердцевинной социокультурной интеграции [1, с. 114-118].

В научной литературе чаще всего это направление ассоциируется с освоением знаний о культуре окружающего мира (пассивная модель). Пассивные модели поведения и взаимодействия основаны на знакомстве и принятии культуры партнера (или окружающего мира) [2]. Чаще всего предполагается, что инвалиды должны освоить и принять культуру окружающих – в одностороннем порядке. Но для этого они, как минимум, должны изучить ее, освоить нормы поведения и общения. Приобщение к миру культуры предполагает этическое и эстетическое образование и обучение: посещение кинотеатров, музеев и театров, концертных залов и лекториев. Но такая социокультурная деятельность – это уже действие не только пассивное. Оно предполагает усилие воли, устремление и сознательный выбор, направленные на освоение культурных норм. Эстетическое и этическое образование может и должно быть включено в общее образование и в образование профессиональное. Далеко не всем инвалидам легко решиться на такие действия. Развитие программ доступности среды позволяет инвалидам упростить решение этих задач [3, с. 44-50]. Но доступность среды – это только первый шаг.

Ограничиться пассивным просвещением и приобщением лиц с инвалидностью к миру культуры явно недостаточно. Социокультурная интеграция предполагает умение строить общение и поведение в обществе в соответствии с требованиями культуры. Именно социокультурная интеграция в ее деятельностном проявлении формирует активную модель интеграции и адаптации. Этому подходу соответствует концепция «самоактуализирующейся личности» американского теоретика А. Маслоу: для него самоактуализирующийся человек полностью реализует все, на что он способен, и своими собственными умениями развивается до состояния, полностью адекватного его возможностям [4, с. 36].

Социокультурную интеграцию инвалидов можно рассматривать и в контексте взаимодействия культур, т.к. речь идет не об одностороннем освоении культуры окружающего мира, но и о том, чтобы культура мира инвалидности была понятна окружающим. Это сложный вопрос, который не всегда осознается профессионалами: культура общения с инвалидами требует знания особенностей их восприятия, поведения, их взглядов на жизнь. Таким образом, это улица с двусторонним движением [5, с. 1088-1094.]. В этом – основа партнерства во взаимодействии инвалидов и неинвалидов. Это процесс взаимного освоения культур.

Приобщение к миру культуры возможно через социальный туризм, который можно считать связующим звеном в переходе от пассивной модели к активной в социокультурной интеграции инвалидов [6, с. 24-28]. Преимущества

социального туризма в том, что это деятельность, соединяющая познавательные и развлекательные черты, это коммуникации культур и людей, возможность взаимодействия и общения, освоения норм поведения в обществе и умения понимать и быть понятым. Ограниченная во времени, эта деятельность дает возможность усваивать новые знания и навыки фрагментарно, что облегчает задачу интеграции и адаптации каждого конкретного человека. Социальный туризм для лиц с инвалидностью (паратуризм) выполняет много функций: познавательные, образовательные, коммуникативные, функции эстетического развития и этического воспитания, формирования навыков общения и взаимопонимания, выполнения действий в составе группы, формирования дисциплины и навыков поведения в обществе.

Это кратковременная деятельность требует, тем не менее, больших усилий как от организаторов, так и от самих инвалидов. Во-первых, требуется грамотный выбор маршрута, учета инвалидности разных нозологий и возможностей носителей инвалидности. Следует решить вопрос о возможности составления смешанных групп или адресованных небольшой однородной группе. В последнее время ряд туристических компаний в России и за рубежом специально составляют маршруты с учетом запросов инвалидов. В России это группы «Либерти» (лидер паратуризма в России), «Парилис инватур», «Велл» и другие. Подготовка маршрута и его техническое и кадровое обеспечение требуют специально подготовленных кадров, сочетающих организаторские компетенции и навыки общения с инвалидами разных нозологий. Во-вторых, надо приобщить инвалидов к социальному туризму, чтобы у них возник интерес и желание выбраться из дома, преодолеть страх перед незнакомым окружением.

В настоящее время организовать социальный туризм как важную часть социокультурной интеграции можно с помощью специалистов с инвалидностью, людей, преодолевших порог пассивности. Это самая сильная аргументация для инвалидов – взаимодействовать с людьми, которые нашли силы и волю не только самореализоваться, но и помогать другим [7, с. 31-35].

Социокультурная интеграция имеет много особенностей и особенных преимуществ. прежде всего, по той причине, что она имеет прямое отношение к миру внутренних ценностей человека, она формирует установки в его поведении. Инвалидам значительно труднее дается социокультурная интеграция. Она требует вспомогательных усилий различных сторон – социальных партнеров. В этой роли выступают, прежде всего, специалисты, которые работают с инвалидами, но также и различные социальные институты: государственные структуры в лице законодательной и исполнительной власти, общественные организации. Но в социальном партнерстве наиболее важную

роль играют сами инвалиды, осваивая активные модели социокультурной интеграции, преодолевая инфантилизм и патерналистские настроения. Это их доля во взаимодействии с окружающим миром и в собственное социальное благополучие.

Список литературы

1. Максимова Е.В. Культурная социализация инвалидов как основа их интеграции в социум. // Социально-рекреационный потенциал региона: здоровьесберегающие, социальные и физкультурно-спортивные технологии. Сборник научных статей по материалам научно-практической конференции с международным участием. Под общей редакцией А.И. Левина. М., 2017. С. 114-118.

2. Практика социальной работы в современном глобальном мире: пересечение культур и времен Коллективная монография / Под общей редакцией М.В. Фирсова, Я.В. Шимановской. Москва,. 287 с.

3. Аникеева О.А. Социокультурная социализация и адаптация лиц с инвалидностью. //Социальная безопасность и защита человека в условиях новой общественной реальности Современные научные подходы и формы социальной практики в социальной работе с людьми, имеющими инвалидность. Сборник материалов VIII Международной научно-практической конференции. Пермь, 14 декабря 2016 г. (г. Пермь, 14 декабря 2016 г.) / под общ. ред. З.П. Замараевой, М.И. Григорьевой; Перм. гос. нац. исслед. ун-т. Пермь, 2016. 338 с.: ил. С. 44-50.

4. Максимова Е.В. Культурный туризм в системе социализации лиц с ограниченными возможностями здоровья. Диссертация на соискание ученой степени кандидата социологических наук. М., 2017. 234 с.

5. Anikeeva O.A., Maximova E.V., Seredina M.I. Social partnership in the correlation of the life situation of disabled people in contemporary Russia: expectations and realities. // Economic and Social Development Book of Proceedings. Varazdin Development and Entrepreneurship Agency; Russian State Social University . 2017. С. 1088-1094.

6. Жимаева Е.М., Аникеева О.А. Социокультурная реабилитация детей с инвалидностью посредством социального туризма. // Конференциум АСОУ: сборник научных трудов и материалов научно-практических конференций. 2017. № 2. С. 24-28.

7. Аникеева О.А., Баусов Ю.Н. Молодые – молодым: проблемы подготовки кадров специалистов с ОВЗ для решения задач государственной молодежной политики. // Государственная молодежная политика в системе развития человеческого капитала: наука и практика Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Государственная молодежная политика в системе развития человеческого капитала: наука и практика», 24-25 апреля 2017 г. / Под ред. Т.К. Ростовской, Н.Л. Смакотиной, С.Н. Фоминой. М.: ИТД «ПЕРСПЕКТИВА», 2017. 562 с. С. 31-35.

**ВЗАИМОСВЯЗЬ ДЕПРИВАЦИИ И ИНВАЛИДНОСТИ
В СОВРЕМЕННОМ РОССИЙСКОМ ОБЩЕСТВЕ**
**THE RELATIONSHIP OF DEPRIVATION AND DISABILITY
IN CONTEMPORARY RUSSIAN SOCIETY**

И.А. Бегина, Н.В. Шахматова
*Саратовский национальный исследовательский
государственный университет им. Н.Г. Чернышевского, г. Саратов*
I.A. Beginina, N.V. Shakhmatova
Saratov State University named after N.G. Chernyshevsky, Saratov

По результатам социологического исследования, проведенного методом формализованного интервью инвалидов (N=488 респондентов), выявлено, что депривация лиц с ограниченными возможностями обратно коррелирует с тяжестью группы и имеет кумулятивный эффект и тенденцию к расширенному воспроизводству. Физическая депривация, вызванная состоянием здоровья, усиливает экономическую депривацию и лишения материального, финансового плана, ограничение потребительских возможностей. В свою очередь, это провоцирует усиление социальной (в узком смысле) депривации, ограничения в коммуникативных контактах, способах проведения досуга. Это отражается на личностной субъективной депривации, свидетельствующей об ограниченном удовлетворении потребностей в самореализации и самоуважении.

Article based on the results of sociological research method formalized interviews of persons with disabilities (N = 488 respondents) found that deprivation of persons with disabilities back correlates with the severity of the Group and has a cumulative effect and tends to the expanded reproduction. Physical deprivation caused by health increases economic deprivation, and deprivation of material, financial plan, limiting consumption possibilities, expenditure patterns. This, in turn, provokes social (in the narrow sense) deprivation, limitation in communication contacts, ways of spending leisure time. This is reflected in the personal subjective deprivation, attesting to the limited needs of self-actualization and self-esteem.

Ключевые слова: инвалиды, депривация, экономическая депривация, социальная депривация, личностная депривация

Keywords: disabled, deprivation, economic deprivation, social deprivation, personal deprivation

В современной России в условиях продолжающихся социально-экономических реформ, экономического кризиса, растущей социальной дифференциации и связанных с этим издержек в уровне жизни россиян большинство из них в той или иной степени испытывают чувство депривации, которая нередко порождает ощущение своей обездоленности по сравнению с другими категориями населения. Усиление депривации интегрировалось в ткань повседневной жизни и может сопровождаться целым рядом негативных последствий и девиаций – от пассивной депрессии до активной агрессии представителей различных слоев россиян, ростом социальной напряженности, девиаций. Не случайно в работах Л. Козера проблема депривации затрагивается как одна из причин социального конфликта [1, с. 73-95]. Исходя из этого важно

социологически отслеживать степень распространенности этого явления, его причины, дабы оценить его масштабы, вовремя принимать меры по нейтрализации и сокращению его последствий.

В широком смысле в рамках социологического анализа депривация определяется как неравенство доступа к социальным благам. Важнейшую роль в ее изучении сыграли Т. Маршалл [2] и П. Таунсенд [3, р. 130-131], которые ввели термин депривации в социологию и рассматривали ее как наблюдаемое и доказуемое невыгодное положение индивида, семьи или группы на фоне сообщества, при котором из-за нехватки экономических ресурсов ведение привычного для большинства членов данного общества достойного стандарта образа жизни становится невозможным. Особенно это касается инвалидов в связи с ограниченностью их возможностей и ресурсов.

В ходе опроса инвалидов, проведенного в Саратове методом формализованного интервью, было опрошено по вероятностной территориально-квотной выборке 488 респондентов. Критерии отбора – район проживания и наличие инвалидности. Было опрошено 27,3% лиц, имеющих первую группу инвалидности, 51,5% – вторую группу и 21,2% – имеющих третью группу.

Наиболее емким и адекватным способом определения степени экономической депривированности являются данные о потребительских возможностях семьи (домохозяйства). Этот критерий носит субъективный характер, но уже давно проявил свой большой гносеологический потенциал[4]. Он отражает результирующие возможности семьи (человека) в зависимости от размеров всех доходов, масштаба и структуры домашнего хозяйства, размера семьи (включая наличие иждивенцев, детей и их возраст), ее уровня жизни в соотношении с уровнем цен на рынках продуктов первой необходимости.

В нашем исследовании этот индикатор замерялся через ряд параметров: 1. «Мы едва сводим концы с концами, денег не хватает даже на питание» (высшая степень эксклюзивной депривации, отличающиеся крайней бедностью – нищетой); 2. «Денег хватает только на питание, но покупка одежды вызывает затруднения» (интенсивно депривированные с глубокой степенью бедности); 3. «Доходов хватает на питание и одежду, но на покупку вещей длительного пользования – стиральной машины, холодильника, телевизора – приходится брать заем, кредит» (значительно депривированные малообеспеченные); 4. «Мы можем без труда покупать вещи длительного пользования, затруднительна покупка действительно дорогих вещей, например, автомобиля» (срединно депривированные, среднеобеспеченные); 5. «Мы можем без труда приобретать вещи длительного пользования, купить машину» (слабо депривированные, достаточно состоятельные); 6. «Мы можем позволить себе все, что пожелаем, у

нас нет материальных затруднений» (элитарно депривированные, богатые, чья относительная депривация предопределяется референтными категориями элиты, завистью и статусной конкуренцией). Полученные показатели соотносятся с результатами всероссийского опроса ВЦИОМа[5], которые показывают, что черта бедности для россиян сегодня – 15.506 руб. (2 года назад – 11.173 руб.) – таков средний уровень дохода на одного члена семьи, ниже которого, по ощущениям наших сограждан, наступают бедность, лишения и нужда.

Особенно актуальна проблема депривации для лиц с ограниченными возможностями, в жизнедеятельности которых существуют барьеры, препятствующие полноценной жизнедеятельности. Проведенный опрос показал, что среди инвалидов нет никого, кто относился бы к элитарно депривированной, богатой категории населения (Таблица 1). Среди индивидов с 3ей группой инвалидности большинство (53,1% опрошенных) относятся к условной группе эксклюзивно депривированных, кому денег не хватает даже на питание. Каждый четвертый (25,0%) относится к категории интенсивно депривированных. 12,5% – к срединно депривированным. И только 9,4% опрошенных отнесли себя к категории слабо депривированных состоятельных граждан. Среди индивидов со 2ой группой инвалидности еще больше (63,9% опрошенных) доля тех, кто относятся к группе эксклюзивной депривации, отличающиеся крайней бедностью – нищетой. 16,7% – относятся к категории интенсивно депривированных, 10,2% – срединно депривированны. По 4,6% – или значительно, или малообеспеченным. Самую большую долю эксклюзивно депривированных составляют лица с ограниченными возможностями первой группы инвалидности (72,7% опрошенных). Среди них по 9,1% относятся либо к интенсивно, либо срединно, либо слабо депривированным. Чем меньше (тяжелее) группа по инвалидности, тем больше в ней доля отверженных, но меньше группа интенсивно или срединно депривированных, что свидетельствует о снижении уровня потребностей этих категорий населения.

Т а б л и ц а 1

Степень социально-экономической депривации населения с различной группой инвалидности, % по группе

Степень депривации	Группа инвалидности			По выборке
	1	2	3	
эксклюзивно депривированные	72,7%	63,9%	53,1%	62,3%
интенсивно депривированные	9,1%	16,7%	25,0%	17,9%
значительно депривированные	0	4,6%	0	3,3%
срединно депривированные	9,1%	10,2%	12,5%	10,6%
слабо депривированные	9,1%	4,6%	9,4%	6,0%
Итого	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

В исследовании были заложены параметры измерения изменений в расходах респондентов за последний год. Подавляющее большинство опрошенных (77,3%) стали тратить больше на коммунальные услуги. Только у 10,9% этот показатель расходов или не изменился, или они вообще не тратятся на это. Еще больше увеличились расходы на питание (Таблица 2). Так полагают 79,9% опрошенных лиц с ограниченными возможностями. При этом чаще других (82%) об этом говорили инвалиды второй группы. Тратят столько же – 14,4%. При этом в 1,5 раза чаще других на это указывали индивиды с первой группой инвалидности (22,2%). Именно среди последних в 2 раза чаще других заявлялось, что они на питание за последний год стали тратить меньше (11,1% против 5% в среднем по выборке). Иными словами, они ограничивали себя в питании. 1% инвалидов 2 группы утверждали, что они вообще на питание не тратятся. Вероятно, речь идет о длительной госпитализации или помощи родственников.

Т а б л и ц а 2

Изменение за последний год расходов на питание населения с различной группой инвалидности, % по группе

Расходы на питание	Степень инвалидности			По выборке
	1	2	3	
трачу больше	66,7%	82,0%	76,7%	79,9%
трачу столько же	22,2%	13,0%	16,7%	14,4%
трачу меньше	11,1%	4,0%	6,7%	5,0%
вообще не трачу на это	0	1,0%	0	0,7%
Итого	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Сходная ситуация и с одеждой, когда 61,4% опрошенных стали тратить на это больше денег. Причем чаще других об этом говорили лица со второй группой инвалидности (64%), у 22,9% опрошенных эта статья расходов не изменилась, особенно у представителей с третьей группой инвалидности (30%). У 9,3% опрошенных – траты на это сократились, особенно среди лиц с 1 группой. 6,4% опрошенных предпочитают вообще на это не тратиться. Иными словами, чем тяжелее группа, тем больше инвалиды экономят на одежде, видимо, меньше обращая внимание на внешний вид и его презентабельность.

Аналогичная ситуация с транспортом, на который расходы увеличились у большинства (65,7%) опрошенных, особенно у инвалидов первой группы (77,8%). 15,3% сохранили эти расходы на прежнем уровне. 12,4% респондентов, преимущественно опрошенных инвалидов третьей группы (20,0%), предпочитают совсем на это не тратиться. И только 6,6% опрошенных, преимущественно инвалидов 2 и 3 групп, стали ограничивать себя в этих расходах (соответственно 7,1% и 6,7%).

Совершенно иная картина наблюдалась по отношению к образованию лиц с ограниченными возможностями (Таблица 3). Большинство опрошенных (64,2%) вообще на это не тратятся, особенно представители с третьей группой инвалидности (79,3%). 22,5% респондентов, преимущественно со 2 группой инвалидности (28%), увеличили расходы на свое образование. 10,0% – тратят столько же. 3,3%% ограничили свои расходы по этой статье. Особенно это касается инвалидов первой группы, среди которых таковых в 7 раз больше (22,2%). Это свидетельствует о появлении тенденции к воспроизводству процессов депривации среди инвалидов.

Опрос показал, что самой распространенной модальной характеристикой расходов лиц с ограниченными возможностями на отдых и развлечения стало указание, что они вообще не тратятся на это (44,7% опрошенных). Особенно это касается индивидов с третьей группой инвалидности (48,3%). При этом, чем тяжелее инвалидность, тем меньше доля полностью отказывающих себе в развлечениях. 29% опрошенных, особенно представители со второй группой инвалидности (31,8%), стали за год тратить на это больше средств. Меньше на отдых и развлечения или столько же, как год назад, стали тратить по 13% опрошенных.

Т а б л и ц а 3

Изменение за последний год расходов на образование населения с различной группой инвалидности, % по группе

Расходы на образование	Степень инвалидности			
	1	2	3	
тратчу больше	11,1%	28,0%	10,3%	22,5%
тратчу столько же	0	11,0%	10,3%	10,0%
тратчу меньше	22,2%	2,4%	0	3,3%
вообще не тратчу на это	66,7%	58,5%	79,3%	64,2%
Итого	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Причем стабильность величины этих трат в 3,5раза больше свойственна инвалидам первой группы (44,4%). Сокращение этих расходов больше отличает инвалидов второй группы (14,1%). К этому можно добавить, что 80,3% опрошенных, особенно инвалиды первой группы (88,9%), полностью отказались от путешествий. Таким образом, чем тяжелее инвалидность, тем чаще лица с ограниченными возможностями вынужденно отказываются от отдыха, развлечений и путешествий.

Телефон для лиц с ограниченными возможностями является особенно важен. Большинство из них отмечают рост расходов на телефонную связь (58,5%), особенно те, кто имеет вторую группу (62,5%). Вместе с тем, каждый

пятый (20,7%) – вообще не тратится на это. Среди инвалидов первой группы таковым является каждый третий (33,3%). Именно среди этой группы в 2 раза чаще встречаются те, кто тратит на связь меньше, чем год назад (11,1% против 5,9% в среднем по выборке). Именно в этой группе также чаще других встречается неизменная величина расхода на телефон (22,2% против 14,8% по выборке). Таким образом, здесь отражается, с одной стороны, сужение социального окружения, а с другой – перевод этих контактов в виртуальную телефонную, а возможно, компьютерную среду.

Внимание, заботу со стороны окружающих ощущают в 2 раза чаще других инвалиды первой группы (60% против 28,9% по выборке), но только 21,9% – инвалидов третьей группы. Возможность ощущать себя полноправным членом общества фиксирует только каждый третий инвалид (33,6%). Реже других это ощущение свойственно инвалидам первой группы (30%). Иными словами, чем тяжелей группа, тем больше инвалиды ощущают внимание и заботу со стороны окружающих, но меньше чувствуют себя полноправными членами общества.

Таким образом, исследование показало, что большинство лиц с ограниченными возможностями (62,3%) относятся к условной группе эксклюзивно депривированных, кому денег не хватает даже на питание. 17,9% опрошенных – к категории интенсивно депривированных, 3,3% значительно депривированных, 10,6% – срединно депривированных и 6,0% слабо депривированных. При этом депривация лиц с ограниченными возможностями обратно коррелирует с тяжестью группы и имеет кумулятивный эффект, тенденцию к расширенному воспроизводству. Чем меньше (тяжелее) группа по инвалидности, тем больше в ней доля эксклюзивно депривированных, но меньше группа интенсивно или срединно депривированных, что свидетельствует о снижении уровня потребностей этих категорий населения. Физическая депривация, вызванная состоянием здоровья, усиливает экономическую депривацию, и ограничение потребительских возможностей, динамики расходов. Это провоцирует усиление социальной депривации, ограничения в коммуникативных контактах, способах проведения досуга, что отражается на личностной субъективной депривации, ограниченном удовлетворении потребностей в самореализации и самоуважении.

Список литературы

1. Козер Л.А. Функции социального конфликта / Пер. с англ. О. Назаровой. Под общ. ред. Л.Г. Ионина. М.: Дом интеллектуальной книги: Идея-пресс, 2000.

2. Маршалл Т.Х. Ценностные проблемы welfare-капитализма // Журнал исследований социальной политики, том 8, №4 С. 439–458.

3. Townsend P. Deprivation // Journal of Social Policy, 1987, Vol. 16, Part 2.

4. Бондаренко Н.В. Интерпретация субъективных оценок личного материального благосостояния // Экономические и социальные перемены. 1997. №6. С. 25-30.

5. Бедность: где грань? .04.2017. Пресс-выпуск № 3349 //URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=116154> (дата обращения 14.08.17).

ДЕТИ-СИРОТЫ. ИХ ДВИЖЕНИЕ К ИНВАЛИДНОСТИ **ORPHAN CHILDREN. SET IN MOTION TO THE DISABLEMENT**

Т.З. Козлова

*Федеральный научно-исследовательский Социологический Центр
Российской Академии Наук, г. Москва*

T.Z. Kozlova

*Federal Center of Theoretical and Applied Sociology
of the Russian Academy of Sciences, Moscow*

Описывается здоровье детей-сирот в опекунских семьях. В эти семьи дети были взяты (в основном) их бабушками из нескольких социумов: роддом, детский дом, неблагополучная семья. Как показало наше исследование «Опекунская семья», дети-сироты, находясь в неблагополучных жизненных условиях, приобрели ряд серьезных заболеваний: сколиоз двусторонний, плоскостопие, замедленные сердечные ритмы, нервные срывы, плохое зрение, гайморит и др. Такие болезни с раннего возраста являются предпосылкой к потере здоровья человеком, т.е. движению его к инвалидности.

The article discusses children's health in foster families. For the most part, they were adopted into these families by their grandparents from several environments: hospitals, orphanages, or problem families. Our study “Foster Family” has demonstrated that orphan children had acquired a number of serious health problems during their difficult living conditions: double-sided scoliosis, flatfoot, slow heart rate, nervous breakdowns, poor vision, genyarthritits, etc. These diseases at a young age often lead to poor health and disabilities in adults.

Ключевые слова: дети-сироты, опекунская семья, детский дом, заболевание, инвалидность, опекун, бабушка, роддом, неблагополучная семья, социум

Keywords: orphans, foster family, orphanage, illness, disability, foster parent, grandmother, hospital, problem family, socium

Состояние здоровья детей – это здоровье будущего взрослого поколения. Однако, есть категория детей, у которых с раннего детства наблюдаются различные заболевания, связанные прежде всего с условиями их жизни. Это – дети сироты. По последним данным Росстата было выявлено и учтено детей и подростков, оставшихся без попечения родителей, в 71 тыс. человек. Две трети из них – социальные сироты, сироты при живых родителях. У одних из них родители лишены родительских прав, других оставили матери в роддомах. Эти

дети с раннего детства теряют здоровье. Потеря здоровья с малых лет – движение к инвалидности.

Тенденцией заботы о детях-сиротах в современной России является устройство их в замещающие семьи, то есть в семьи, принявшие ребёнка-сироту на воспитание. Воспитание в замещающей семье имеет четыре формы: опека, приёмная семья, патронатная семья и семейная воспитательная группа. Опекунская семья – это, как правило, бабушки (дедушки) и их внуки.

Прежде, чем стать членом опекунской семьи, ребёнок-сирота или был оставлен матерью в роддоме, или жил с родителями в конфликтной неблагополучной семье, или из роддома и неблагополучной семьи после лишения родителей их прав был устроен в детский дом. Ребёнок, воспитанный в сиротском учреждении, имеет низкую самооценку, с трудом осознаёт свою идентичность. Он не имеет представления о положительной модели семьи и коллектива, хотя его жизнь проходит в окружении людей. Около половины выпускников детских домов «пропадают» для общества: одни становятся алкоголиками, другие ведут противоправную жизнь. Состояние их здоровья – движение к инвалидности.

Пребывание детей в выше обозначенных социумах до принятия в опекунскую семью отрицательно повлияло на их здоровье. Автор этой статьи провела крупное исследование «Опекунская семья в Москве» [1].

Опекуны рассказали о здоровье детей-сирот в момент принятия под опеку. Для анализа заболеваний детей была применена классификация болезней Росстата «Заболеваемость больных по основным классам болезней». Часть болезней были отнесены к таким классам, как «Врождённые аномалии» – 5% детей от всех имеющих заболевания. ДЦП больны три ребёнка у опрошенных опекунов. Один заражён ВИЧ. Большая часть заболеваний – нервного или психического характера (класс «Нервные заболевания»). Этими болезнями болело большое число детей (около 40%).

Специалисты социальной педиатрии называют нервные расстройства у детей-сирот синдромом сиротства. Он проявляется у них в ответ на обусловленную утратой родителей ситуацию депривации. Пребывание в детском доме не улучшает, а скорее ухудшает состояние таких детей, травмирует их. Они лишены родительского внимания, отстают в развитии, приобретают дополнительные заболевания. Только несколько детей имели заболевания класса «Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин». Однако, к этому классу следовало отнести большую часть заболеваний детей, т.к. они получены как в результате психических травм, так и в результате невнимательного отношения к детям.

Происходит это или в неблагополучной родительской семье, или в детском доме.

В связи с тем, что за детьми мало следили, у многих заболевания связаны с охлаждением, простудой. 20% детей часто болеют ОРЗ, бронхитами – класс «Болезни органов дыхания». Значительное число детей болеют пиелонефритом. У нескольких детей – энурез. Это – класс «Болезни мочеполовой системы».

У ряда детей выявили заболевания сердца – класс «Болезни системы кровообращения». У других – сколиоз (класс «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани»). Некоторые дети имели несколько болезней. Например, несколько опекунов так охарактеризовали здоровье взятого ребёнка:

1. «Сколиоз двусторонний, плоскостопие, замедленные сердечные ритмы, психологические проблемы»;

2. «Ушибленная рана лобной полости, нервные срывы, плохое зрение, гайморит, неправильный прикус, проблемы».

Из перечисления такого количества заболеваний на одного ребёнка можно сделать вывод, в каком запущенном состоянии находились некоторые дети в момент принятия их под опеку. Большинство опекунов обратило внимание на низкий иммунитет больных детей.

Известно, что в домах ребёнка большая часть детей отстаёт в физическом и психическом развитии. Вот мнение о здоровье детей в детских домах руководителя благотворительного фонда «Доброе начало» (г. Тверь) А. Зелениной: «К сожалению, полностью здоровых детей там нет... Из-за стресса дети не растут и не развиваются»[2].

На вопрос: «В настоящее время опекаемый Вами ребёнок здоров?» большинство респондентов (78,5%) ответили «да». Остальных респондентов попросили отметить, чем болен ребёнок, находясь в опекунской семье.

По мнению опекунов, характерными являются заболевания по таким классам, как: «Болезни нервной системы» и «Врождённые аномалии». Эти болезни разделили 1-е и 2-е места в иерархии заболеваний детей. Эти болезни появились у них или при рождении (последствия алкоголизма родителей), или в раннем детстве.

Ранжирование болезней детей по уменьшению доли в общей численности заболеваний позволил расположить их в следующей последовательности:

1. Болезни органов дыхания;
2. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
3. Болезни системы кровообращения;
4. Болезни мочеполовой системы;
5. Болезни органов пищеварения.

Были выявлены различия заболеваний по полу. Оказывается, что у мальчиков заболеваний нервной системы в два раза больше, чем у девочек. На наш взгляд, такой большой процент заболеваний нервной системы у мальчиков можно объяснить тем, что мальчики, как правило, по сравнению с девочками ведут себя более сдержанно, они не плачут, когда им очень обидно, сдерживают себя (мальчикам не положено – «они же мужчины»), а переживают не меньше, чем девочки. Эти эмоции у них накапливаются и сказываются отрицательно на нервной системе, т.е. на её расстройстве.

У мальчиков также больше заболеваний мочеполовой системы и органов дыхания, т.е. они, скорее всего, чаще по сравнению с девочками простужаются и не до конца лечатся. У девочек больше заболеваний сердечно-сосудистой системы, а также костно-мышечной. Возможно, девочки по сравнению с мальчиками меньше двигаются, что ослабляет их и костно-мышечную систему, и соединительные ткани. У девочек по сравнению с мальчиками наблюдается большее число врождённых аномалий. Этот факт нельзя объяснить. Очевидно, так природой predetermined.

Какие болезни детей опекуны считают наследственными, а какие приобретёнными? Известно, что одной из основных причин, почему люди боятся брать чужого ребёнка на воспитание – это его наследственность, которая досталась от родных родителей. Она может проявиться в раннем возрасте у ребёнка, а может он, как говорится, раскроется, будучи уже взрослым с неожиданной для приёмных родителей стороной. Не всегда эта сторона может порадовать. В момент исследования опекуны к наследственным отнесли болезни класса «Болезни системы кровообращения».

Итак, для части нашего населения (детей-сирот) движение к инвалидности начинается с детства. Это – горе, несчастье, но это факт.

Список литературы

1. Козлова Т.З. Опекунская семья. М.: Аспект-Пресс, 2009.
2. Зеленина А. «Когда мы усыновили Рому, в его глазах было столько боли!» // Известия. 2007, 16 февраля.

**«СЕРЕБРЯНЫЕ ВОЛОНТЕРЫ»:
ОБОСНОВАНИЯ УЧАСТИЯ В ДОБРОВОЛЬЧЕСТВЕ
“SILVER VOLUNTEERS”:
JUSTIFICATION FOR PARTICIPATION IN VOLUNTEERING**

О.А. Оберемко, Д.А. Резяпова
*Национальный исследовательский университет
«Высшая школа экономики», г. Москва*
O.A. Oberemko, D.A. Rezyapova
National Research University “Higher School of Economics”, Moscow

Выявлен репертуар аргументации «серебряными» волонтерами добровольческого участия: (1) поддержать интенсивную активность, (2) поработать с молодежью, (3) поучаствовать в организации резонансных событий, (4) саморазвиваться, (5) улучшить круг и качество общения, (6) быть бенефициаром от волонтерства (7) помочь другим. В волонтерстве видится распоряжение собственной свободой после того, как все общественные «долги» розданы.

Arguments by a sample of 17 ‘the 3d age’ volunteers to involve into volunteerism have been revealed: (1) supporting intensive activity, (2) socializing with young volunteers, (3) participating in organization of notorious events, (4) self-development, (5) improving quality of life, (6) gaining benefits from volunteering (7) helping others. Volunteering is seen as disposing of one’s own freedom having all the public ‘debts’ been ‘repaired’.

Ключевые слова: «серебряные» волонтеры, аргументы участия, событийное волонтерство

Keywords: ‘the 3d age’ volunteers, arguments to involve into volunteerism, event volunteerism

Авторы благодарят за предоставление базы информантов и условий для проведения интервью Ресурсный центр «Мосволонтер».

Сегодня волонтерами становятся не только молодые люди, которых принято считать «лицом» волонтерского движения, но и люди старшего возраста. Во избежание понятий, которые несут негативную смысловую нагрузку, волонтеров от 55 лет в России принято называть «серебряными» [1, с. 8]. Вопреки негативным стереотипам о пожилых, как о неспособных ориентироваться в современном обществе [2], пожилые являются не только объектом благотворительности, но и его субъектами, готовыми оказывать помощь. По данным Центра исследований гражданского общества и некоммерческого сектора НИУ ВШЭ [3, с. 75], в 2014 г. около 1/4 россиян старше 60 лет принимали участие в различных видах общественной и добровольческой деятельности. По данным исследований гражданского общества, участие в волонтерстве пожилых людей положительно влияет на их общественное признание и чувство собственного достоинства [4; 5], повышает уровень воспринимаемого здоровья, удовлетворенности жизнью, облегчает

выход из депрессионного состояния [6; 7] Зарубежные исследователи обнаруживают у волонтеров старшего возраста комбинации альтруистических и эгоистических побуждений [8], выделяя мотивы, свойственные активной жизни: самосовершенствование, карьерные перспективы, — а не только защитные [9]. Большинство российских исследований проведено в количественной методологии и описывают формы участия в добровольчестве, а не их природу [10], сфокусированы на молодежном добровольчестве [11; 12]. Использование личного интервью позволяет выявить субъективные смыслы, которыми «серебряные» волонтеры объясняют своё участие.

Цель проведенного исследования — в выявлении обоснований, используемых «серебряными» волонтерами для своего добровольческого участия.

Эмпирическая база исследования — 17 индивидуальных полуструктурированных интервью с женщинами от 55 до 65 лет, принимавшими участие в качестве волонтеров в 2-х и более мероприятиях под эгидой Московского волонтерского центра. Выборка теоретическая, вероятностная.

Анализ выявил каналы включения «серебряных» волонтеров в добровольческие практики: средства массовой информации (включая Рунет), ветеранские объединения, обучающие курсы и личные знакомства.

Отмечено, что многие респонденты имели волонтерский опыт до наступления пенсионного возраста – в интервью они называли свою прошлую активность «общественной деятельностью», которая повсеместно была распространена во времена их молодости. Это и позиция старосты, занятость в комсомольской организации, профсоюзе, работа в агитационной группе в период избирательной кампании, труд на субботниках. Помимо волонтерства на мероприятиях некоторые волонтеры являются старшими по дому и подъезду, занимают должность общественного советника г. Москвы.

Рассуждая об отсутствии у себя опыта тимлидерства, информанты говорили об ограничениях в пользовании интернет-приложениями, которые необходимы тимлидеру, выражали свою неготовность к этой практике, так как она требует ответственности и времени, или сообщали, что готовы передать эту роль молодым людям в силу большей развитости у них необходимых способностей. Среди практических трудностей была названа физическая усталость и отсутствие условий для необходимых кратковременных перерывов для отдыха.

Наиболее типичны 7 аргументов участия в волонтерстве, выражающих стремление: (1) поддержать интенсивную активность, (2) поработать (и пообщаться) с *энергичной* молодежью, (3) поучаствовать в резонансных событиях, (4) внести в клад в саморазвитие, (5) расширить круг и повысить

качество общения, (6) использовать доступные ресурсы, (7) помочь нуждающимся. Последняя категория вербально выражалась наименее явно, возможно, из-за того, что принималась опрошенными как то, что само собой разумеется и не нуждается в специальном упоминании.

«Серебряные» волонтеры выражают свое желание оказывать помощь в подготовительных процедурах перед событием, создании атмосферы на нем, координации и навигации людей на площадке, так как волонтерская деятельность не требует никаких вложений кроме личного присутствия, «свободных рук» и настроения, а они обладают достаточным временным ресурсом, эмоциональным капиталом, чувствуют уверенность в своём физическом состоянии.

«Серебряные» событийные волонтеры (1) видят в выполнении добровольческих обязанностей не просто оказание помощи окружающим «где-то в тылу», в незаметной рутине, а «на передовой», т.е. в мероприятии мирового масштаба; (2) склонны выбирать мероприятия и выполняемые функции в соответствии со своей прошлой профессиональной деятельностью, чтобы *свободно распоряжаться своими профессиональными навыками*. Таким образом, «серебряные» волонтеры избирательно относятся к мероприятиям для участия, ищут наиболее комфортные условия своего труда, как бы проявляя защиту от одностороннего потребительства. Описанное поведение встраивается в тренд «нового волонтерства» [13], чья «культура» более индивидуализирована, нежели «старого волонтерства». В «культуре» «нового волонтерства» выбор организации строится на личном интересе, слабых связях; выбор сферы деятельности связан с *актуальными, современными (не «отстойными», не пережитками) общественными проблемами*, которым свойствен диалог между «глобальным» и «локальным». Выбор вида активности построен на прагматике, на балансе между личными предпочтениями и потребностями организации (что особенно чётко прослеживается в аргументах опрошенных «серебряных» волонтеров), на анализе выгод и издержек, на значимости для собственной биографии *свободного человека*. Предпочтение отдается проектам, где длительность и интенсивность обязанностей имеют краткосрочный и нерегулярный характер.

Список литературы

1. Ассоциация волонтерских центров. Серебряные волонтеры // URL: [http://авц.рф/media-files/documents/Серебряные.pdf].
2. Краснова О.В. Порождение заблуждений: пожилые люди и старость // Отечественные записки. 2005. №3.

3. Корнеева И.Е., Миннигалева Г.А. Благотворительность пожилых россиян // Социологические исследования. 2017. № 1.
4. Morrow-Howell N., Hinterlong J., Rozario P.A., Tang F. Effects of volunteering on the well-being of older adults // The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences. 2002. Vol. 58(3).
5. Musick M.A., Wilson J. Volunteering and depression: The role of psychological and social resources in different age groups // Social science & medicine. 2003. Vol. 56(2).
6. Haski-Leventhal D. Elderly Volunteering and Well-Being: A Cross-European Comparison Based on SHARE Data // Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations. 2009. Vol. 20. No. 4.
7. Moen P., Robison J., Dempster-McClain D. Caregiving and women's well-being: A life course approach // Journal of health and social behavior. 1995. Vol. 36.
8. Frisch M.B., Gerrard M. Natural helping systems: A survey of Red Cross volunteers // Am. J. of Community Psychology. 1981. Vol. 9(5).
9. Clary E. et al. Understanding and Assessing the Motivations of Volunteers: A Functional Approach // Journal of Personality and Social Psychology. 1998. Vol. 74. No. 6.
10. Миннигалева Г.А., Корнеева И.Е. Участие пожилых россиян в добровольческой деятельности // Психология зрелости и старения. 2014. № 3.
11. Нежина Т. и др. Мотивация участия молодежи в волонтерском движении // Вопросы государственного и муниципального управления. 2014. №3.
12. Певная М.В. Студенческое волонтерство: особенности деятельности и мотивации // Высшее образование в России. 2015. №6.
13. Hustinx L. Individualisation and new styles of youth volunteering: An empirical investigation // Voluntary Action. 2001. Vol. 3 (2).

ИНВАЛИДИЗАЦИЯ: МАКРОФАКТОРЫ И МИКРОПРАКТИКИ GETTING DISABLED: MACROFACTORS AND MICROPRACTICES

З.Х. Саралиева

Национальный исследовательский

*Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского,
Ассоциированный научный сотрудник Социологического института РАН*

Z.H. Saralieva

Lobachevsky University,

Affiliated scientist of Institute of Sociology, RAS

Разводится медикалистская трактовка «инвалидность» и «инвалидизация» как социальная, социокультурная, социопсихологическая категория. В основе трактовки макрофакторов и микропрактик семьи концепции социального бихевиоризма Дж. Мида и социального конструирования.

The paper differentiates between the medical interpretation of the terms "disability" and "becoming disabled" as a social, socio-cultural and socio-psychological category. The interpretation of macrofactors and micropractices of the family is based on the concept of social behaviorism suggested by G.Mead and social construction.

Ключевые слова: инвалидность, инвалидизация, акторы социального конструирования инвалидизации, семейные микропрактики.

Keywords: disability, becoming disabled, authors of social construction of becoming disabled, family micropractices.

Категория инвалидизация, в отличие от инвалидности, не имеет медикалистского аспекта. Это категория социальная, социокультурная, социопсихологическая. С нашей точки зрения, ее лучше всего (продуктивнее, эвристичнее) рассмотреть с концептуальной позиции социального бихевиоризма Дж. Мида [1; 2].

Вот несколько ее главных постулатов, важных для раскрытия нашей темы:

- = индивид – активный разумный деятельный субъект;
- = взаимосвязь интеракции, идентичности (умение видеть себя со стороны) и презентации;
- = способность человека рассматривать ситуацию с позиции другого человека – «принятие роли другого», что в позднейших теориях социальной роли получило название эмпатии;
- = участники социального действия взаимно ограничивают свои позиции и намерения;
- = человек способен корректировать свое поведение (к тому же не всегда правильное) с учетом реакции других участников коммуникации;
- = разные умения и поведение человека в условиях индивидуальной игры (play) и коллективной (game).

Участие в «Play» раскрывает способности человека последовательно перенимать роли значимых других, которым он доверяет, из ближайшего окружения, чаще всего семьи.

В ситуации «Game» человек должен уметь видеть и усваивать позиции всех участников игры одновременно, ориентируясь уже на сообщество или социальную группу, или нормы и ценности всего общества – «обобщенного другого».

Людям, соответствующим предложенным Дж. Мидом характеристикам, удается социальная коммуникация в самом широком спектре: адекватная диагностика своего социального самочувствия; самоконтроль, самоорганизация; значимый адаптационный потенциал; выработка не изживенческой жизненной стратегии, а с опорой на свои способности и

потребности в самоактуализации, самоопределении; способность к взаимодействию в малом и большом социуме, с социальными институтами, актуальными для того или иного этапа жизни.

В итоге все это можно определить как зрелую социальную субъектность, обеспечивающую высокое качество жизни, социальную защищенность индивида.

Людам с инвалидностью (не обязательно в тяжелой, необратимой форме) в силу воспитания, возможного давления близкого окружения, несовершенства и недостаточности внешней социальной поддержки не всегда удается преодолеть социальную неуверенность. Личностная несформированность может быть вызвана социальной апатией, своеобразным проявлением социальной дислексии, когда человека не умеет (часто потому, что не хочет, не мотивирован) считывать свой и чужой опыт преодоления жизненных трудностей, их предотвращения.

Когда говорим об уникальности жизненного опыта любого человека, мы должны понимать, что этот опыт складывается из собственных переживаний и преодолений и из восприятия поведения и стиля жизни других/чужих. Пропорции своего и чужого, качество отобранных для усвоения/присвоения эпизодов своей или чужой жизни, механизмы их сочетания – это тоже уникально, поэтому так сложно подобрать индивидуальную программу социальной реабилитации человека. Часто большому и малому социуму легче выработать и применять стандартные отмычки. В этом случае мы обязаны понимать, что перед нами один из методов инвалидизации человека.

Самое время соединить анализ инвалидизации с категорией отчуждения. В отличие от основополагающей идеи К. Маркса поиска причин отчуждения, мы не будем их искать в частной собственности и отчуждении человека в процессе труда и от его результатов. Искать надо, с одной стороны, в интенции несовершенного общества для собственного комфортного существования отгородиться от инвалидов. С другой – в сложном совмещении иждивенческих настроений индивидов и их неверия в свои силы, отсюда стремление к самоизоляции, что перекрывает пути к их социальной реабилитации, излечиванию от инвалидизации.

У инвалидов разного возраста неумение совмещать Play и Game проявляются по-разному и имеют несовпадающие причины: у детей и молодых людей это, может быть, болезнью роста, накопления опыта, и в зрелом возрасте даже тяжело больной человек может избежать инвалидизации. Пожилые инвалиды могут утратить способности преодоления внешних и внутренних барьеров в социальной коммуникации. Это происходит в тех случаях, когда удваивается отрицательный потенциал внешней эксклюзии инвалидов

вследствие позиции малого или большого социума и внутренней самоэкслюзии, эскапизма инвалидов.

Как отмечалось, по Миду, по мере взросления человека место «значимого другого» (близких, родителей, сиблингов) занимает «обобщенный другой», т.е. общество. У инвалидов детства и людей, ставших инвалидами в достаточно юном возрасте, этой замены может не произойти вовсе или в ослабленном виде. Родственные эмоциональные связи, психологическая зависимость не ослабевают в течение сей жизни, мешают укоренению других, деловых связей на основе других социальных ролей. Это тормозит или даже купирует ролевую самоидентификацию, не говоря уже о способности расширять ролевой репертуар, менять роли. Это путь к социальной инвалидизации. Человек не приобретает способность к личностному и социальному самовозрастанию. Со временем это может превратиться в разновидность социального иждивенчества. Человеку постоянно нужны костыли поддержки, он боится перейти от подражания другим, воспроизведения их реакций, поведения, стилей жизни к самостоятельному способу жизнеустройства.

Социальную инвалидизацию может усугублять семейная гиперопека, когда вполне хронологически взрослого члена семьи удерживают (для его безопасности, а чаще для своего спокойствия) в рамках-тисках сверхзаботы и зависимости.

Эта же позиция может характеризовать отношение в семье и к взрослым, и к старшему поколению. Семье комфортнее, порой жестко и насильственно, удерживать своих членов под своим контролем. Это отражает недоверие родителей к способности детей социально взрослеть или взрослых детей в отношении стареющих родителей. И в том, и в другом случае срабатывает демагогическое «мне лучше знать», как тебе жить, то есть заведомое или приобретенное недоверие к жизненному потенциалу близкого человека.

Реальные проблемы со здоровьем человека, невключение по этой причине в трудовую сферу, ограничения в получении образования или его реализации, неразвитость навыков общежития, утрата надежд на собственную семейную жизнь укрепляют родственников во мнении, что человек с проблемами физического нездоровья не может развиваться в социального индивида, в личность. Обволакивание его коконом своего дневного и ночного дозора человеку перекрывают пути к социальному выздоровлению, инвалидизируют. В лучшем случае мы получаем человека с частичной, ущербной субъектностью.

Еще в большей, иногда абсолютной степени, это относится к психически больным родственникам. Их диагноз чаще всего бывает пессимистичнее

прогнозов специалистов, человека навечно приговаривают к «инвалидному креслу».

Нередко из такой позиции семьи вырастает ее созависимость от больного члена семьи, что расширяет пространство инвалидизации, вовлекая в него и здоровых родственников. В этом случае путь к социальному иждивенчеству, перекладыванию забот на близкий или дальний социум бывает быстротечным.

Как реагирует сам социум? Казалось бы, в его интересах активно использовать потенциал, ресурсную базу семьи для ее социального самостояния. Но для этого требуются немалые усилия в выстраивании партнерских связей семья – социум от создания условий для ее материального самообеспечения до широкого спектра практик социально-психологической поддержки. Только так общество получает право требовать полноценного функционирования семьи как социального института. К этому непременно добавляются усилия институтов здравоохранения и образования, обеспечивающих накопление семьей физического и социального капиталов. И социум очень часто предпочитает патерналистские поддержки вместо стратегии семейной политики, тем самым консервируя инвалидизацию семьи, препятствуя ее изживанию, мешая семье «встать на ноги», как минимум, и «шагать» самостоятельно. Пособия и льготы не покрывают малой доли затрат, необходимых для успешного ответственного институционального функционирования семьи.

Инвалидизация как социальная категория и реальный, часто практикуемый процесс следует рассматривать с позиций социального конструирования, в котором участвуют, как минимум, три актора: социум (большой с его институтами и учреждениями и малый), семья, сам человек с ограниченными возможностями здоровья.

Принудительные формы усилий социума в этом конструировании существуют на базе трех главных процессов, которые содержательно сводятся к одной цели – патерналистской эксклюзии инвалида:

= государственное экономическое обеспечение в достаточно скромных размерах;

= ограничения в сфере социальных коммуникаций;

= лишение самостоятельного территориального жизнеустройства.

Делается это, якобы, в интересах самих инвалидов, нуждающихся в постоянной помощи специалистов; и в интересах социума как защита от возможно негативного поведения инвалидов (можно назвать по-простому – «с глаз долой»).

Микропрактики семьи, как правило, зависят от тяжести заболевания инвалида, его ресурсности и интенций на относительно самостоятельную или

зависимую жизненную траекторию; полноты семейной структуры материального благосостояния; уровня образования родителей; здоровьесберегающего поведения взрослых, их актуального здоровья.

Семейные здоровьесберегающие практики дифференцированы:

= Эксклюзивно-ограничивающие в отношении своих инвалидов с нередко инициируемым самой семьей (даже при достаточных материально-физических ресурсах), внедомашним/интернатным лечением к реабилитацией, что не может расцениваться иначе, как проявление и социального изживенчества, и навязываемой инвалидизации.

= Позитивно-конструктивные внутрисемейные практики – профилактика ухудшение здоровья, поддержание физического и психологического состояния, лечение, реабилитация.

Только такая серьезная альтернатива в семейных практиках может обеспечить максимально возможную для инвалидов интеграцию в социум.

Именно поэтому во многих странах при сохранении специальных учреждений медицинского профиля с согласия самих инвалидов, не утративших способность к самоидентификации (это диагностируется медиками и психологами), с согласия семьи социальная опека передается родственникам и близким людям. Для этого необходимо:

1. обучение их навыкам ухода и поведению в чрезвычайных обстоятельствах, связанных с возможным обострением болезни, резким ухудшением физического состояния;

2. материальная поддержка, включающая достойное жилищное обеспечение, питание, санитарно-гигиенические условия, морально-психологический благоприятный климат;

3. действенный патронаж и контроль медико-социальных работников (врачей, психологов, социальных работников, волонтеров);

4. специализированное (в соответствии с видами и степенью инвалидности) обучение волонтеров.

В 2015 г. было принято Постановление Правительства РФ N1297 (ред. от 30.03.2018) «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2020 годы». [3]

Два положения этого документа содержательно и по своей значимости имеют прямое отношение к проблемам не только реабилитации инвалидов, но и их инвалидизации:

= организация социологических исследований и просветительских кампаний;

= повышение квалификации специалистов в сфере реабилитации и абилитации инвалидов.

Готовя данную конференцию, кафедра общей социологии и социальной работы ННГУ им. Н.И. Лобачевского провела в мае-апреле 2018 г. пилотный анкетный опрос студентов некоторых вузов города (n=170), самих инвалидов (n=180) и сотрудников медицинских в социальных учреждений ряда районов Нижнего Новгорода (n=60) о социальном самочувствии и положении инвалидов об отношении к ним и их проблемам.

В анкету для сотрудников включен и вопрос, «Есть ли разница между понятиями инвалидность и инвалидизация?» Персонал среднего и низшего звена ожидаемо или не видит разницу, или не знает ответа на этот вопрос.

Третья часть врачей, специалистов и социальных работников отметили разницу и предложили свои формулировки. Приведем некоторые из них: «Инвалидизация – общее понятие, инвалидность – конкретное понятие (нозология, степень инвалидности); «инвалидизация – процесс перехода на инвалидность. Инвалидность – статус с ограничениями деятельности человека»; «инвалидизация – процесс, инвалидность – состояние человека, результат инвалидизации».

Данные определения демонстрируют гипертрофированно медикалистский подход. Отрадно, что отмечена процессность инвалидизации, но респонденты меняют местами причины и следствия.

При обработке данных мы обратили внимание, что ответы на этот вопрос текстуально совпали в разных анкетах. Очевидно, вопрос вызвал затруднения у респондентов, и мы получили результаты некоторого коллективного творчества. Это полбеда. Плохо, что люди, призванные противостоять инвалидизации (и в усилиях социума, и в намерениях самих инвалидов) мало задумываются над сущностью этой проблемы. Исследуя жизнь инвалидов, мы стараемся найти как можно менее ранящее их самолюбие и самочувствие определение. Сейчас преобладает понятие «лица с ограниченными возможностями здоровья». С моей точки зрения, очень уязвимое толкование, потому что нередко даже в научных публикациях слово здоровье опускается, и получается совсем обидное обозначение огромной общности нашего населения.

В исследованиях следуют явления называть адекватными именами, поэтому инвалидизацию можно истолковать и как одно из проявлений социальной дезинтеграции общества, что требует сосредоточения внимания социогуманитарных наук не только на толковании термина, но на минимизации самого социального явления.

Список литературы

1. Мид Дж. Аз и я // Американская социологическая мысль: Тексты / Под ред. В.И. Добренкова. М.: Изд-во МГУ, 1994. С. 227-237.
2. Абельс Х. Интеракция, идентичность, презентация. Введение в интерпретативную социологию / Перевод с немецкого (ред. Головин Н.А., ред. Козловский Б.Б.). СПб.: Алетейя, 1999. 265 с.
3. Постановление Правительства РФ от 01.12.2015 N1297 (ред. от 30.03.2018) «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2020 годы» // Правовой портал «Консультант плюс» [Электронный ресурс] – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_189921/ (дата обращения 07.11.2018 г.)

СОЦИАЛЬНОЕ УПРАВЛЕНИЕ ПРОЦЕССОМ ИНВАЛИДИЗАЦИИ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА SOCIAL MANAGEMENT BY THE PROCESS OF INVALIDIZATION OF RUSSIAN SOCIETY

В.Н. Стегний, Т.А. Топеха

*Пермский национальный исследовательский
политехнический университет, г.Пермь*

V.N. Stegniy, T.A. Topexha

Perm National Research Polytechnic University, Perm

На материалах вторичного анализа данных Росстата за период с 2005 по 2017 гг. рассматриваются основные проблемы социального управления процессом инвалидизации российского общества. Авторы выделяют возможные перспективы социального управления российским обществом по данной проблеме.

In the article, on materials of secondary analysis of data of Federal State Statistics Service Russian Federation for period from 2005 to 2017 year, the basic problems of social management are examined by the process of инвалидизации of Russian society. Authors distinguish the possible prospects of social management Russian society on this issue.

Ключевые слова: инвалид, инвалидизация общества, социальное управление

Keywords: invalid, invalidization of society, social management

Инвалидизация современного российского общества стала объективной реальностью, поскольку доля инвалидов ко всему населению страны стабильно составляет десятую часть [1-13]. Дети-инвалиды (получающие социальные пенсии) составляют порядка 2,3%-2,4% от всего детского населения. В структуре инвалидности среди взрослых можно выделить устойчивый рост тех, кто имеет 1-ую и 3-ью группу инвалидности. Около 50% инвалидов – это люди трудоспособного возраста. Ежегодный прирост инвалидов составляет 0,5% от численности населения страны, а из числа лиц трудоспособного возраста от

0,4% до 0,6% ежегодно пополняют ряды инвалидов. Всё это в совокупности требует пристального внимания к проблеме со стороны политиков, научного сообщества и практиков из разных сфер профессиональной деятельности, с целью выработки максимально эффективной программы социального управления процессами, приводящими к инвалидизации. Особенно это становится актуальным в связи с предстоящей пенсионной реформой, поскольку бремя материального содержания и поддержки этой существенной части населения страны не просто лежит на государственном бюджете и здоровой трудоспособной части населения, но оно может увеличиваться ещё больше за счёт роста доли инвалидов трудоспособного возраста.

Анализируя причины, способствующие и приводящие к инвалидности, можно объединить их в несколько групп: *техногенные* (производство, рост распространённости сложной техники в обыденной жизни населения); *биогенные* (ДЦП, хромосомные и иные аномалии развития); *социогенные* (инфекционные заболевания, инсульты). В производственной сфере мы можем отметить успешность существующей работы над техногенными факторами, приводящими к инвалидности в связи с профессиональной деятельностью. Мы можем видеть снижение производственных травм и профессиональных болезней, в связи с организацией на производствах служб технической безопасности, хотя, возможно, это следствие и того факта, что производственный сектор ощутимо сократился. Вместе с тем мы сталкиваемся с тем, что стабильно треть впервые признанных инвалидами страдают от заболеваний, не связанных с профессиональной деятельностью, а с воздействием техногенных факторов (например, злокачественные образования). Ещё одна треть получают статус инвалида в связи с заболеваниями системы кровообращения, что нередко носит социогенный характер – реакция на темп и ритм жизни, а также постоянный стресс, в том числе информационный.

Десятая часть населения не может и не должна быть исключена из жизнедеятельности общества, нередко инвалиды хотели бы, чтобы к ним относились как к нормальным, обычным людям, и они имели возможность быть именно обычными полноценными людьми, пусть и с ОВЗ. В связи с этим последнее десятилетие часто звучат призывы к созданию условий для интеграции инвалидов в социум. При этом обычно речь идёт о доступности для них общественных мест, таких как образовательные, торговые, культурно-досуговые учреждения. Однако под доступностью социальной среды понимается узкий и специфический аспект: возможность инвалида беспрепятственно попасть и перемещаться по этим учреждениям, а в качестве критерия доступности и приспособленности учреждений для инвалидов рассматриваются пандусы и пороги, адаптированные для инвалидов-

колясочников. Однако, согласно данным Росстата, число лиц, впервые получивших статус инвалида, а, следовательно, ещё не успевших утратить связь с социумом в связи с травмами и даже болезнями костно-мышечной системы и соединительных тканей, в совокупности составляют около десятой части инвалидов.

Возникает вопрос, что понимается и должно пониматься под инклюзией в современном обществе. Встаёт и другой вопрос при анализе существующих процессов инклюзии инвалидов, в том ключе, который можно наблюдать в настоящее время: доступная социальная среда преимущественно создаётся для жителей мегаполисов, а средние и малые города, не говоря уже о сельской местности, как правило, остаются за скобками этого процесса.

Проблемой для социального управления можно обозначить целый ряд иных последствий тех активных действий, которые уже предпринимаются. С одной стороны, формирование образа инвалида в обществе: ассоциирование их с визуализируемыми увечьями, хотя, как говорилось выше, всё больше проявляется инвалидность, которую по внешним признакам не определить (злокачественные новообразования, болезни уха и сосцевидного отростка, болезни системы кровообращения и др.). С другой стороны, формирование определённой аутентичности инвалидов со своими крайними проявлениями: потребительско-иждивенческой позиции по отношению к окружающим. И здесь возникает точка социальной напряжённости: попытка некоторых использовать инвалидность в качестве средства ведения бизнеса (заработок на своих или чужих увечьях). Вместе с этим происходит привыкание и формирование у остальной части населения представления, что инвалиды – иждивенцы. Формируется определённая грань образа инвалидов и чёрствость у остальной части населения к чужим проблемам. В российском обществе послевоенного периода, когда инвалидность имеет осязаемый всплеск, она возникает вследствие действий, направленных на защиту других и формирует чувство благодарности к ним, или жертв обстоятельств, оказавшихся в самой опасной точке, что способствует возникновению чувства сопереживания, понимание – «и я, и мои близкие могли оказаться на его месте». Современная инвалидизация российского общества, в отличие от общества послевоенного периода, возникает вследствие травматизма, всё чаще связанного со свободой, которая трактуется не просто как возможность, но и потребность вести себя экстремально, например, автомобильные аварии; стечения обстоятельств на отдыхе и т.п.

На наш взгляд, всё это ставит перед научным сообществом и сообществом общественно-политических деятелей ряд проблем при разработке и корректировке программы социального управления обществом. В первую

очередь, это проблема с определением целей социального управления процессами инвалидизации современного российского общества:

– формирование у здоровых людей ответственности перед инвалидами и вследствие этого гуманного к ним отношения;

– инвалидность в современном обществе одна из реалий и, следовательно, необходимы мероприятия по профилактике рисков инвалидизации и создание мировоззренческих и иных условий, чтобы инвалиды могли быть полноценными членами общества.

Во-вторых, формирование корректного образа инвалидов, поскольку понятие инвалид не равно понятию инвалид-колясочник.

В-третьих, выбор направления политики относительно социальной защиты инвалидов:

– здоровые люди обязаны взять инвалидов полностью на своё обеспечение и создать им максимально комфортные условия для жизни, как им хочется, ничего не требуя взамен;

– общество должно понимать риски НТР и НТП относительно человеческого капитала и проводить не одностороннюю, а двустороннюю политику: не только помогать тем, кто имеет ОВЗ, но создавать условия, которые бы способствовали формированию у них желания, потребности и возможности внести вклад в развитие общества, в котором они живут.

Список литературы

1. Российский статистический ежегодник.2017: Стат.сб./Росстат. М., 2017.
2. Российский статистический ежегодник.2016: Стат.сб./Росстат. М., 2016.
3. Российский статистический ежегодник.2015: Стат.сб./Росстат. М., 2015.
4. Российский статистический ежегодник.2014: Стат.сб./Росстат. М., 2014.
5. Российский статистический ежегодник.2013: Стат.сб./Росстат. М., 2013.
6. Российский статистический ежегодник.2012: Стат.сб./Росстат. М., 2012.
7. Российский статистический ежегодник.2011: Стат.сб./Росстат. М., 2011.
8. Российский статистический ежегодник.2010: Стат.сб./Росстат. М., 2010.
9. Российский статистический ежегодник.2009: Стат.сб./Росстат. М., 2009.
10. Российский статистический ежегодник.2008: Стат.сб./Росстат. М., 2008.
11. Российский статистический ежегодник.2007: Стат.сб./Росстат. М., 2007.
12. Российский статистический ежегодник.2006: Стат.сб./Росстат. М., 2006.
13. Российский статистический ежегодник.2005: Стат.сб./Росстат. М., 2005.

ИНВАЛИДНОСТЬ КАК ФОРМА СОЦИАЛЬНОГО НЕРАВЕНСТВА* DISABILITY AS A FORM OF SOCIAL INEQUALITY

В.Н. Ярская-Смирнова
*Саратовский государственный
технический университет им. Ю.А. Гагарина*
V.N. Yarskaya-Smirnova
Gagarin Saratov State Technical University, Saratov

Рассматривается проблема инвалидности в пересечении дискурсов современных подходов: социального неравенства, депривации уязвимых групп, доступности городской среды и мобильности. Категория инвалидности, по мнению автора, не может оставаться в рамках медиализации, так как происходит из социального конструирования и социальной стратификации. Антиподом социального неравенства и стратегией интеграции депривированных групп выступает социальная инклюзия.

The author considers the problem of disability in the intersection of discourses of modern approaches: social inequality, deprivation of vulnerable groups, accessibility of urban environment and mobility. According to the author, the category of disability cannot remain within the framework of medicalization, as it comes from social construction and social stratification. The antithesis of social inequality and a strategy of integration deprivation groups is the social inclusion.

Ключевые слова: неравенство, инвалид, инвалидность, инвалидизация, депривация, мобильность, социальное конструирование, социальная инклюзия

Keywords: inequality, disabled person, disability, disabilization, deprivation, mobility, social constructization, social inclusion

Социальная жизнь пронизана неравенством разного вида и типов, которые несет в себе социальное время. Социологию можно назвать наукой о неравенстве. Не перечислить многочисленные варианты этого социального и культурного явления: неравенство в здоровье, возрасте, мобильности, экономическом, образовательном, интеллектуальном, этнокультурном и профессиональном статусе, неравенство социальных и особых групп и страт, внутрисемейное неравенство. Инвалидизация как понятие и процесс оказывается в центре данного дискурса как процесс конструирования неравенства, ведь и сама категория инвалидности уже давно перестала быть лишь медиалистским понятием и раскрывает стратегии социального конструирования [1-4]. Не всегда неравенства сопровождаются негативной коннотацией, ведь они означают и обычное разнообразие, предпочтения вкусов и выборов. Однако, при ущемлении прав человека возникает неравенство как болезненное следствие невозможности реализации права, возникает негативный дискурс неравенства. В этом контексте важно обращение к

перманентной в истории человечества и обусловленной высокой социетальной значимостью проблематике инклюзии как антиподу неравенства.

Эволюция семантики инвалидности заметна в истории культуры: от терминов убогости, калеки к заимствованию *инвалидности*, затем к терминологии ограниченных возможностей и дополнительных потребностей, и наконец – особенности развития и особенные люди. Однако несмотря на бурную эволюцию терминов *особенные* люди по-прежнему оказываются депривированными в разорванном социальном времени. Это различные уязвимые группы – лица с ограниченными возможностями (характеристика подходит не только собственно к инвалидам) или просто *особенные*, дети-сироты, неблагополучные семьи, мигранты, люди, страдающие алкоголизмом, без определённого места жительства. В силу социокультурных, экономических и социальных причин уязвимые группы исключены из общественных отношений. Такая ситуация не только не способствует инклюзии, сплочению отдельных групп и индивидов, наоборот, усиливает социальное расслоение, воспроизводство форм социальной несправедливости, интенсифицирует маргинализацию и негативное отношение социальной среды. И заметим, подобные процессы детерминированы, в том числе, несовершенством отечественного социального законодательства.

Различные формы неравенства соответствуют и различным формам времени, образуя *темпоральное неравенство*. Обыденное время как мера продолжительности жизни (час, день, месяц, год) благодаря ньютоновскому концепту в классической научной картине мира конструировало линейность, детерминизм, прозрачность, монокультуру и монологическое описание. Позже модели Welfare states, государства всеобщего благосостояния, стремясь смягчить, сгладить социальное неравенство, показывают время принятия ответственности за политику социального регулирования в качестве важнейшей функции государства. Западные лидеры, начиная с Ф.Д. Рузвельта, стали позиционировать себя как государства благоденствия, хотя советские идеологи по-прежнему называли их загнивающим империализмом. Стала понятной необходимость социальной политики для преодоления острых углов неравенства, а в XXI веке заговорили вслух о потребности в *социальной инклюзии*.

Существует ли неравенство внутри одной страны? Легко заметить, как дети наши не защищены от бедности, инвалидности и болезней, неудобств городской жизни и слабой мобильности. Различия временной ориентации, образов времени, толкования анахроничности и современности между группами российского общества затрудняют преодоление аномии, бедности, формирование ценностей и социальных норм [5]. Можно заметить неравенство

между семьями и даже внутри семьи, равенство между детьми, живущими в семье, и сиротами.

В последние полтора века резко изменились содержательные характеристики взросления, а сами этапы жизненного пути, детства, юности, старости подверглись серьезной модификации. Наряду с затянувшимся взрослением *кидалтов* [6], инфантильностью и беззаботностью существует противоположный процесс – убыстрения, дилатации, редуцирования детства депривированных когорт. Трагические, дезадаптированные сиротские судьбы не вкладываются в успешные стратегии жизненного пути, положительной социальной идентификации. Культуры отверженных подростков приобретают контркультурные оттенки, стилизации депривированных когорт. Нет возможности воспитания стремления к социальной сплочённости [7], в городских окраинах и новостройках опять формируются молодёжные *бригады*, например, при компактном расселении сирот в одном большом доме.

Можно констатировать затянувшуюся нерешённость проблем социальной адаптации сирот и инвалидов с целью их социальной интеграции в здоровом жизненном пространстве города, хотя и предпринимаются попытки сделать шаг вперёд [8]. Официальные практики в направлениях социальной, семейной политики идут в направлении придания официального статуса замещающим семьям, но наряду с сохранением специальных коррекционных учреждений (!). Практики социальной политики идут отнюдь не в направлении инклюзии, интеграции в образовании и трудоустройстве. В рамках категории нуждающихся в помощи молодых людей и подростков идентифицируются не только инвалиды, но и безнадзорные, беспризорные, сироты, дети мигрантов и этнических меньшинств. Фокусирующим признаком процесса выступает социальное сиротство: более 90% детей-сирот, проживавших и проживающих в государственных детдомах и специализированных учреждениях, имеют родителей, судом или добровольно не исполняющих родительских прав и обязанностей.

Проблемами депривации городских детей и подростков в 90-е занимались итальянские учёные, обозначившие детство, которое вынуждено протекать в городском сжатом пространстве и ускоренном времени [9]. Время детства обрывается на жизненном пути в период вступления в самостоятельную жизнь. Команды исследователей в Неаполе, Палермо и Милане объединились в проекте по исследованию ситуаций трудного положения городского подростка, стали знаменитыми истории подростков из городов, отобранных для анализа, которые иллюстрируют ситуации ребенка в трудных обстоятельствах. Были представлены жизненные истории детей – исследователи не претендовали на полное описание *сложной вселенной подвергнутого опасности детства* в

Италии. Именно эти ученые показали, как худшая комбинация экономической бедности и других форм лишения ущемляет сотни тысяч подростков в центрах и новых гетто в предместьях городов.

Не только укороченное время детства бедных и семей в социально опасной ситуации (а не социально опасных семей, как произносят чиновники), но и сжатая темпоральность особенных детей и социальных сирот к началу самостоятельной жизни оказываются негативным социальным багажом. В дело вмешивается еще и городская среда, которая доступна далеко не всем городским и возрастным когортам, замедляя их мобильность и укорачивая их социальное время. Выпускники спецшкол или интернатных учреждений, инвалиды, сироты не попадают в рекрутинг молодежных акций, характеризуются несформированной идентичностью, незаконченной социализацией, подтверждая маргинальность статуса.

Кроме инвалидов и подростков без попечения родителей, это ещё и семьи с низкими доходами и так называемые малые народы, попавшие в пограничную ситуацию, терпящие бедствие юноши с ограниченными возможностями и сироты. Посещая исправительные колонии с Комиссией по вопросам помилования, мы убедились, что большинство выпускников сиротских учреждений пополняли контингент пенитенциариев. Дети в городе – это не только дети горожан, подростки, школьники обычных школ, это ещё и дети из городских интернатов и детских домов, сироты. Опасность времени специальной школы, интерната как массовой школы в том, что оно приводит к жизненному неуспеху, подчёркивая индивидуальные отличия от благополучных сверстников. Проблемная когорта переходит к времени взрослой жизни, когда сталкиваются факторы социальной интеграции и сегрегации. Подросток-инвалид априори инфантилен, усиливает маргинализованную идентичность, изоляция времени этих когорт проходит путем лишения молодых людей доступного оборудования, услуг и уважения. Чтобы повысить качество жизни этих подростков, в фокусе перемен должна оказаться интеграция времени проблемных когорт, инвалидов, сирот, испытывающих эффект социально-экономической и психологической депривации.

Социальная инклюзия [10] по содержанию означает демократическую акцию включения индивида или группы в общие темпоральности образовательного и трудового процесса, преодоление географических неудобств, субкультурных различий и сегрегации с целью приобщения к определенному социальному действию или культурному процессу. В широком семантическом смысле – это то, чего в нашей действительности не наблюдается: рекрутинг молодежных субкультур, а также особенных молодых

людей с отклонениями в развитии и социальных сирот в различные программы, спорт, туризм, образовательную и досуговую среду. Хотя социальное государство как система институтов, идеологий и практик *неравенства не устраняет* [11]. Дискурс сплочённости, концентрации внимания на темпоральности социальноуязвимых групп населения мог бы стать позитивной инновацией в стратегии современной социальной политики, молодёжной политики, политики детства. Это противоположность исключения, неравенства и насилия в пространствах образования и воспитания, занятости и трудоустройства, региональном дисбалансе, в колониях и тюрьмах, школе, семье.

Разумеется, изучение инвалидности в структуре молодых и юных когорт не должны закрывать от нас и положение старшей по возрасту уязвимой группы [12]. Фактор городского благополучия позволяет испытывающим самые различные формы неравенства группах пожилых, молодёжи планировать время с учётом городской инфраструктуры и возможностей самореализации. В этом проявляется относительность отнюдь не релятивистского, но жизненного и переживаемого времени. Возможность интеграции в городской социум является фундаментальным правом гражданина, инклюзивная культура включает предпосылку гражданства. Социальная интеграция особенных детей и подростков остаётся остройшей глобальной проблемой нашего общества, недоработанным аспектом реформы образования, созвучной концепции нормализации и устранения социального исключения.

В технократических традициях внутренней политики система получения образования уязвимыми группами, инвалидами развивается преимущественно за счет частных инициатив, энтузиазма руководителей учебных, профессиональных, социальных учреждений и организаций. Осуществляемая государственная социальная политика, за исключением некоторых шагов региональных социальных ведомств и служб, де-факто ориентирована на сегрегацию и изоляцию этих групп людей в специальных (коррекционных) учреждениях, трудоустройстве на специальных производствах. Для успешного развития общества оно должно быть сплочённым не только в смысле единства страт и классов, но и преодоления различных форм неравенства. Маломобильные социальные группы, включая инвалидов и пожилую когорту, не должны испытывать унижения из-за нерешённости вопросов доступности городской и образовательной среды.

Список литературы

1. Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. Политика инвалидности: Социальное гражданство инвалидов в современной России. Саратов: Изд-во «Научная книга», 2006.
2. Ярская-Смирнова Е.Р. Социальные изменения и мобилизация ресурсов: жизненные истории российских инвалидов // ИНТЕР. 2002. № 1. С. 39-50.
3. Наберушкина Э.К. Инвалиды в большом городе: проблемы социального гражданства / Наберушкина Э.К. М.: ООО «Вариант», ЦСПГИ, 2012. 334 с.
4. Наберушкина Э.К., Дороднова М.А. Для кого удобны российские города? // Наберушкина Э.К., Дороднова М.А. // Регионология. 2012. №2 С. 160-166.
5. Нестик Т.А. Социальное конструирование времени. Социологические исследования. 2003, №8. С. 12-21.
6. Ярская-Смирнова Е., Карпова Г., Ворона М. Веселые, непонимающие и бессердечные. О феномене Питера Пэна // Неприкосновенный запас. 2008. №6(62). С. 161-177.
7. Социальное время как организатор сплочённости в контексте инклюзивной культуры: состояние, измерение, модель: коллективная монография; науч. ред. В.Н. Ярская. Саратов: Саратов. гос. тех. ун-т, 2017.
8. Постановление Правительства № 481 глазами экспертов // Журнал исследований социальной политики. 2017. № 3. Т. 15.
9. Ray Lorenzo. Italy: Too little time and space for childhood / Unicef / Istituto degli innocenti di ferenze / 1992. P. 9-25.
10. Ярская В.Н. Инклюзия – новый код социального равенства // Образование для всех: политика и практика инклюзии. Саратов: Научная книга, 2008. С. 11-16.
11. Ярская-Смирнова Е.Р. Класс и гендер в дискурсе социального государства // Отечественный журнал социальной работы. 2013. № 1. С. 87-89.
12. Григорьева И.А., Видясова Л.А., Дмитриева А.В., Сергеева О.В. Пожилые в современной России: между занятостью, образованием и здоровьем. СПб.: Изд-во Алетей. 2015.

ВЫСТУПЛЕНИЯ

ОСОБЕННОСТИ ПРОЦЕССА ИНВАЛИДИЗАЦИИ В РАЗРЕЗЕ ВОЗРАСТНЫХ КОГОРТ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ **THE FEATURES OF THE PROCESS OF DISABILITY BY AGE COHORTS OF THE POPULATION OF RUSSIA**

В.И. Добрынина

*Российская академия народного хозяйства и государственной службы
при Президенте РФ, г. Москва*

А.А. Колодина

*Московский государственный
технический университет им. Н.Э. Баумана, г. Москва*

V.I. Dobrynina

*The Russian Presidential Academy
of national economy and public administration, Moscow*

A.A. Kolodina

Moscow state technical university, Moscow

Рассматриваются особенности социологического подхода к проблеме инвалидизации общества с точки зрения различных возрастных когорт населения России и предлагается акцентировать внимание не только на адаптации инвалидов, но и на их активной социализации с учетом возрастных особенностей и социокультурных изменений.

The article considers the features of the sociological approach to the problem of disability of society from the point of view of different age cohorts of the Russian population and proposes to focus not only on the adaptation of disabled people, but also on their active socialization, taking into account age and socio-cultural changes.

Ключевые слова: возрастная когорта, демографическая яма, здоровье, инвалидизация, социализация, социокультурные особенности

Keywords: age cohort, demographic hole, health, disability, socialization, social and cultural features

Особое значение проблема инвалидизации как очевидный современный социокультурный процесс приобрела на рубеже тысячелетий. Радикальные изменения стали претерпевать все сферы социального бытия современного общества. С одной стороны, мир входит в новый тип культуры, связанный со становлением информационного общества [1; 2]. С другой – в силу объективнопроисходящих процессов замещения поколений многие страны, и Россия в том числе, оказались в демографической яме [3].

Согласно оценкам демографов [4], соотношение возрастных когорт населения новой России, как и для других современных развитых стран, характеризуется целым рядом признаков: идет существенное постарение населения, сокращается рождаемость и постоянно уменьшается численность

женщин фертильного возраста. Немаловажную роль для населения страны имеет и целый комплекс очевидных общественно-политических, финансово-экономических и социокультурных обстоятельств, существенно воздействующих на всю жизненную стратегию, нормы, ценности и идеалы, на ответственное отношение каждого человека к своему здоровью и образу жизни.

Радикальные метаморфозы в системах ценностей, произошедшие за последние десятилетия, не могли не повлиять на формирование новых, ранее не используемых, представлений об отношении к «другим» людям, которые в современном мире перестают быть изгоями, неравноправными членами общества, как это происходило на протяжении всего предыдущего периода истории. Новые времена, на первых порах, оказались существенно более жесткими, а кризисные процессы в экономике не способствовали росту гуманизации общества. Стабилизация общественного бытия, происходящая на фоне становления рыночных отношений, роста института частной собственности и очевидной депривации общества, как и многие другие исторические обстоятельства определенным и весьма существенным образом повлияли на процесс инвалидизации российского общества. Одновременно с этим было показано «pro et contra» деятельности государства, названного в Конституции 1993 г. социальным. Отличительной чертой социального государства является адресная помощь каждому нуждающемуся. Эта помощь призвана обеспечить человеку равные возможности при неравных обстоятельствах, сделать его жизнь достойной и целенаправленной, дать возможность стать достойным членом общества. Свои особенности процесс инвалидизации имеет в каждой из четырех основных возрастных когорт населения новой России. Рассмотрим их более подробно:

- *Детская возрастная когорта (0 – 14 лет)*. В связи с общей малой рождаемостью в стране, наблюдаемой начиная с 1992 г., представителей этой возрастной когорты становится все меньше. Она сокращается как в абсолютном выражении, так и в процентном отношении в совокупном населении страны. Это очевидное демографическое обстоятельство оказывает существенное воздействие на типовые социокультурные качества новейшей детской возрастной когорты, вырастающей преимущественно в городах, где особенно четко проявляется очевидная депривация в новой России. В условиях современной нестабильной и малодетной городской семьи особенно трудно воспитывать детей-инвалидов при высокой занятости родителей наемным трудом и отсутствии возможностей пользоваться детскими учреждениями. В этой связи существенно усиливаются возможности формирования негативного опыта поведения детей.

• *Вторая возрастная когорта (15 – 35 лет)*. Несмотря на бесконечные споры исследователей о возрастных границах молодости, согласимся с тем, что молодость – это период стартовых ожиданий и овладения большинством членов молодежной когорты наиболее значимыми для каждого человека социальными ролями во всех сферах современной социальной реальности – от профессиональных и гражданских до гендерных и сексуальных. Социологи называют этот период вторичной социализацией, культурологи говорят о социокультурной адаптации, гендерном и этнокультурном конструировании своей самости, а все вместе исследователи анализируют процесс интеграции подрастающих поколений в существующее общество. Политологи много десятилетий тому назад называли молодежь барометром революции, третьим революционным классом современного мира, который может создать новое общество на основе своей «тотальной негации» [5; 6]. Философы бесстрастно подчеркивали особенности молодежной когорты, ее легкую возбудимость и несамостоятельность мышления, а юристы не уставали напоминать о достаточно очевидной девиантности поведения молодых и постоянном возрастании численности среди них людей, нарушающих правовые нормы общества. По сравнению с другими возрастными когортами, именно для этой возрастной когорты характерны не только высокий травматизм, но и процент суицида, более значимый, чем в других возрастах.

• *Третью возрастную когорту (36 – 60 лет)* составляют люди экономически активного возраста. Они целенаправленно реализуют свою деятельность на базе существующих политических и правовых норм, культурных стандартов и экономических возможностей каждого, которые теперь зависят не от социально-утопических иллюзий прошлого, а от конкретного наличия или отсутствия частной собственности, принадлежащей конкретному человеку. В сложившейся современной историко-демографической эпохе экономически активная возрастная когорта представляет собой наибольшую часть совокупного населения новой России. Это не только творцы и создатели материальных и духовных ценностей общества, но и доминирующая политическая и экономическая сила. Благодаря их толерантности и определенной ангажированности по отношению сначала к перестройке и курсу реформ, а позже ко всем трансформациям последних десятилетий, в новой России постепенно стабилизируется обстановка, укрепляется деловая активность и повышается качество жизни. Эта возрастная когорта лучше других понимает, что перемены неизбежны и лидерами становятся только тогда, когда люди не только хотят, но и способны осуществить серьезные «прорывные» изменения и не только в стране и мире, но и в собственном бытии. Люди этой возрастной когорты уже добились своего

положения в обществе, чаще всего жертвуя своим здоровьем, отдыхом, а нередко и семейными отношениями, воспитанием детей. Именно в этой возрастной когорте недопустимо высок процент ранних смертей, особенно среди мужчин. Специалисты считают, что это происходит оттого, что не в традициях нашего менталитета серьезно относиться к своему здоровью, понимать его как свое богатство и достояние общества.

- *Четвертая возрастная когорта* называется демографами «люди третьего возраста», «старшие граждане» – это большая и все возрастающая когорта пенсионеров. Особенности демографической ситуации в новой России заключаются в том, что вплоть до середины XXI века эта группа будет увеличивать свою численность. Население старшего возраста не только внесло огромный вклад в политическое, военное, экономическое и культурное развитие страны, но и испытало на себе самые разные модели управления, которые были характерны для советской России, будь то героико-революционные методы военного коммунизма, новая экономическая политика, беспредел сталинских репрессий, годы Отечественной войны, административно-бюрократическое руководство «развитого социализма». В любых новых исторических обстоятельствах проявлялись давно известные историкам качества национального характера и ментальности россиян, их смелость, мужество, умение преодолевать трудности и защищать свои убеждения, стойкость и доверие к лидерам, стоящим у власти. Старшие поколения новой России по существу поддерживают политику, проводимую властями, несмотря на то, что из 20 миллионов россиян, имеющих доходы ниже прожиточного минимума, очевидное большинство относится к старшим гражданам.

Таким образом, современное рассмотрение подходов к проблеме инвалидизации общества должно развиваться с учетом социальных особенностей каждой возрастной когорты, индивидуальных, личностных потребностей людей, ее составляющих. А общество, в целом, должно выработать такие механизмы взаимодействия, которые бы позволяли ему приспособляться к людям с ограниченными возможностями, создавать благоприятные условия для жизни и развития инвалидов, максимально вовлекать их в экономическую, культурную и социальную жизнь.

Список литературы

1. Бьюкенен Дж. П. Смерть Запада. (Пер. с англ.). М.: АСТ, 2003.
2. Фукуяма Ф. Наше постчеловеческое будущее. (Пер. с англ.). М.: АСТ, 2004.

3. Римащевская Н.М. Человек и реформы. Секреты выживания. М.: ИЭСПИ РАН, 2003.
4. Вишневский А.Г., Захаров С.В. Что знает и чего не знает российская демографическая статистика // Вопросы статистики. 2010. №2. С. 7–17.
5. Адорно Т. Избранное. СПб.: Республика, 2000.
6. Маркузе Г. Одномерный человек. (Пер. с англ.). М.: REFL-book, 1994.

**ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВО КАК ЖИЗНЕННАЯ СТРАТЕГИЯ
ЛЮДЕЙ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ**
**ENTREPRENEURSHIP AS A VITAL STRATEGY
FOR PEOPLE WITH DISABILITIES**

С.В. Егорова, С.Ю. Папанин

Самарский национальный

исследовательский университет им. академика С.П. Королева

S.V. Egorova, S.Yu. Papanin

Samara National Research University named by academician S.P. Korolev

Исследуются жизненные стратегии людей с инвалидностью. Опираясь на типологию жизненных стратегий «управления стигмой»: реактивные и проактивные, обосновывается предпринимательство людей с инвалидностью как вариант проактивной жизненной стратегии. На основе эмпирических данных анализируются жизненные позиции и характеристики внутреннего мира людей с инвалидностью, занимающихся предпринимательством. Делается вывод об абсолютном преобладании у них проактивных жизненных стратегий.

Life strategies of people with disabilities are investigated. Based on the typology of life strategies of "stigma management": reactive and proactive, business of people with disabilities as an option of proactive life strategy. On the basis of empirical data, the life positions and characteristics of the inner world of people with disabilities engaged in business are analyzed. The conclusion is made about the absolute predominance of their proactive life strategies.

Ключевые слова: жизненные стратегии, реактивные жизненные стратегии, проактивные жизненные стратегии, предпринимательство, жизненные позиции, жизненные стратегии людей с инвалидностью

Keywords: life strategies, reactive life strategies, proactive life strategies, entrepreneurship, life positions, life strategies of people with disabilities

Жизненные стратегии людей с инвалидностью продолжают оставаться в фокусе внимания социальных и гуманитарных наук. Жизненная стратегия в самом широком смысле – это принципиальная способность человека к соединению своей индивидуальности с условиями жизни, к её воспроизводству и развитию, которая реализуется в многообразных обстоятельствах и жизненных условиях.

Психологи рассматривают психическую сторону жизненного мира личности, преимущественно его субъективнозначимый аспект, а социологи под

жизненными стратегиями понимают «символически опосредованные и выходящие по своему воздействию за пределы сознания идеальные образования, реализующие в поведении человека его ориентиры и приоритеты» [1, с. 101]. С одной стороны, идеальность жизненной стратегии проявляется субъективно, как нечто, содержащее уникальные и неповторимые, ситуативно возникающие и надситуативные личностные смыслы и цели, а с другой – она формируется объективно, как нечто, включающее культурно обусловленные образцы, стандарты, нормы и ценности, усвоенные человеком в процессе социализации. Безусловно, жизненная стратегия, опираясь на те или иные образцы, модели или эталоны, выражает осознанную установку на изменение и преобразование жизни человека.

Не следует забывать, что тип жизненной стратегии человека с инвалидностью определяется уровнем культурного, социального и экономического развития общества, уровнем и качеством жизни, наличием правовых средств регуляции общественной жизни.

Типология жизненных стратегий, предложенная американскими исследователями [2], является ответом на институциональную, правовую и практическую стигматизацию и дискриминацию людей с инвалидностью в современном обществе. Используя терминологию И. Гофмана, назовём их стратегиями «управления стигмой»: реактивные и проактивные жизненные стратегии.

Признавая доминирующие социальные нормы, конструирующие стигму, реактивные жизненные стратегии людей с инвалидностью выражаются в оборонительных попытках избежать или уменьшить воздействие стигмы через сокрытие и утаивание факта наличия инвалидности. Проактивные жизненные стратегии людей с инвалидностью ставят под сомнение действенность стигмы, они выражаются в отказе и противодействии стигматизированным социальным нормам и ценностям. Люди с инвалидностью, реализующие проактивные жизненные стратегии, активно участвуют в общественных движениях, просветительских акциях, конструируют альтернативное видение болезни и изменяют общественные условия, детерминирующие жизнь инвалидов.

Предпринимательство определяется нами как вариант проактивной жизненной стратегии человека с инвалидностью. Это деятельность фокусируется на феномене успеха, достигаемого человеком, который вопреки обстоятельствам, преодолевает многочисленные препятствия, в конечном итоге получая искомое вознаграждение материального, морального и социального характера. Человек с инвалидностью, занимающийся предпринимательством, позиционирует себя независимым членом общества, принимает позицию

активно действующего человека, имеющего специфическое конструирование инвалидности.

На этапе эмпирического исследования мы столкнулись с отсутствием доступной информации о предпринимателях из числа людей с инвалидностью. Несмотря на то, что такие сведения предоставляются в соответствующие органы, существуют юридические ограничения по разглашению этих данных.

Методом сбора информации выступило полуформализованное интервью с людьми с инвалидностью, зарегистрированными в качестве частных предпринимателей. При подборе информантов был применён метод «снежного кома», использована целевая выборка. В опросе приняло участие 15 предпринимателей – людей с инвалидностью.

Опираясь на основные типы жизненных позиций людей с инвалидностью: активно-позитивную, пассивно-негативную, пассивно-позитивную, активно-негативную, отметим, что людям с инвалидностью из числа предпринимателей в большей степени характерна активно-позитивная жизненная позиция. В процессе реализации независимого образа жизни подавляющее большинство информантов демонстрировали позитивный настрой и высоко интегрированную Я-концепцию. Но, согласно полученным данным, наряду с озабоченностью самоутверждения, человек с инвалидностью, организуя свой бизнес, приспосабливается к условиям жизни ради элементарного выживания.

Представляется важным сконцентрировать внимание на такой характеристике внутреннего мира предпринимателя – человека с инвалидностью, как активность. Бесспорно, человек активен, когда успешно преобразует обстоятельства, направляет ход жизни, формирует жизненные стратегии. Именно от представленности духовного экзистенциала активности в структуре личности зависит динамика жизни человека, его способность придавать событиям желаемое направление.

Как свидетельствуют результаты эмпирического исследования, абсолютное большинство информантов – предпринимателей относятся к инициативным личностям, опирающимся на собственные силы и ресурсы. Информанты демонстрировали способность рефлексии, адекватной самооценки, своих действий и проявлений: *«Я не победитель, я борец. Среда такая. Хотя, кто знает, что со мной было бы, если бы я не был на инвалидности».*

Анализ данных интервью подтверждает наличие ещё одной характеристики личности информантов – креативности. Четверть информантов имеют лицензию на несколько видов предпринимательской деятельности. Они объясняли это не материальной выгодой, а постоянным поиском новых граней своей деятельности.

Определив базовые характеристики информантов, нами фиксируется абсолютное преобладание в жизни людей с инвалидностью из числа предпринимателей проактивных жизненных стратегий. Как показали результаты нашего исследования, на начальном этапе они избирали реактивную жизненную стратегию, утаивали факт наличия инвалидности. Но данная стратегия носила преходящий характер. Социальный активизм информантов реализовался в попытке создания и поддержания альтернативного взгляда на инвалидность. Проактивные жизненные стратегии подразумевают неприятие негативных представлений о болезни, конструирование и распространение недискриминационного видения инвалидности в обществе. Позиция человека с инвалидностью, занимающегося предпринимательством, опирается на самоопределение, самопомощь, самостоятельность и ответственность за собственную жизнь.

Данное исследование определяет перспективу изучения жизненных стратегий людей с инвалидностью. Представляется необходимым и возможным исследование иных вариантов проактивных жизненных стратегий.

Список литературы

1. Резник Т., Резник Ю. Жизненные стратегии личности // Социологические исследования. 1995. № 12. С. 100-105.
2. Siegel K., Lune H., Meyer I. Stigma Management Among Gay / Bisexual HIV/AIDS//Qualitative Sociology. Vol. 21. No.1. 1998. P 3-23.

ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТЬ КАК ПУТЬ К ИНВАЛИДИЗАЦИИ ПОДРОСТКОВ INTERNET ADDICTION AS A WAY TO DISABILITY ADOLESCENTS

И.А. Исакова
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
I.A. Isakova
Lobachevsky University

Рассматривается влияние современных гаджетов на детей и подростков; вред, наносимый чрезмерным использованием девайсов и сети Интернет, соотносится с угрозами здоровью. Выдвигается предположение о том, что у современных подростков высок риск развития интернет-зависимости, что может привести к их инвалидизации как на психофизическом, так и на социальном уровнях.

The influence of modern gadgets on children and adolescents is considered; damage caused by excessive use of devices and the Internet is correlated with types of health. It has been suggested

that modern adolescents have a high risk of developing Internet addiction, which can lead to their disability in both psychophysical and social levels.

Ключевые слова: информационное общество, подросток, персональный компьютер, Интернет, мобильный телефон, гаджет, здоровье

Keywords: information society, teenager, personal computer, Internet, mobile phone, gadget, health

В XXI веке происходят существенные трансформации социальной реальности, обусловленные активным проникновением в общественные процессы новых информационных технологий. Все стороны современного образа жизни в значительной степени пронизываются информационными технологиями, при этом формирование потребностей, интересов, взглядов, ценностей человека в целом обусловлено его деятельностью в информационной среде, и, в первую очередь, это касается молодого поколения как наиболее лояльного к различным новациям. Зависимость интенсивности использования Интернета от возраста респондентов отмечается во многих исследованиях: чем ниже возраст опрошенных, тем сильнее они вовлечены в интернет-коммуникацию. По данным ВЦИОМ на март 2014 г., среди ежедневно выходящих в сеть 78% – 18-24-летних и 73% – 25-35-летних россиян. [1]

Специалистам по социальной работе совместно с социологами, психологами, педагогами и медиками важно изучать проблемы Интернет-коммуникации подростков. Качественные, эффективные, а главное своевременные меры и технологии команд, владеющих биопсихосоциальным подходом, могли бы помешать формированию стойких нарушений самочувствия подростков, возникающих в связи с чрезмерным увлечением гаджетами и возможностями сети Интернет, не допуская возникновения стойкой аддикции, а также способствовали бы реабилитации тех, кто уже проявляет признаки Интернет-зависимости и сопутствующих отклонений здоровья.

Здоровье подростка характеризуется несколькими составляющими: физическое, психическое, социальное и эмоциональное состояние, и на все из них может повлиять чрезмерное увлечение гаджетами и Интернет сетью.

Длительное сидение за компьютером и долгая работа с другими гаджетами вредна для детей и подростков. Первое возможное последствие – появление проблем со зрением. В медицине этот феномен называется «сухой глаз», который в процессе трансформации может переходить в близорукость. Второе последствие – поражение нервных стволов руки, связанное с перенапряжением мышц, который ведет к синдрому запястного канала. Третье последствие длительного сидения за компьютером – остеохондроз и сколиоз. Четвертое последствие – облучение от компьютера, приводящее к нервным

перегрузкам, головным болям и расстройствам сна. Все эти данные коррелируют с материалами исследований здоровья школьников: «в структуре функциональных отклонений 5 первых ранговых мест принадлежит функциональным нарушениям сердечно-сосудистой, костно-мышечной, пищеварительной систем, нервной системы и психической сферы (вместе), функциональным расстройствам зрения»[2].

Единственным, что выделяется из общего списка, является связь чрезмерного сидения за компьютером и возникновения заболевания пищеварительной системы. Однако длительное погружение в виртуальные миры ведет к длительному сидению на одном в месте в одной и той же позе, что приводит к застою крови в области малого таза и риску развития целого ряда болезней, таких как геморрой, тромбозы нижних конечностей, нарушения функций репродуктивной системы, гастритам (по причине частых сухих перекусов и объедания – концентрация на информации из компьютера притупляет сигналы от вкусовых рецепторов).

Таким образом, чрезмерно увлекаясь компьютером, ребенок теряет здоровье, а вместе с ним и жизненные перспективы – ограничение активности из-за хронических заболеваний, невозможность создать полноценную семью из-за репродуктивных дисфункций и другое.

Нарушения эмоциональной сферы связаны, по данным исследования «Анализ вовлеченности подростков старшего школьного возраста в глобальную сеть Интернет», проведенного на базе школ Чувашской Республики (сельская школа) и Нижнего Новгорода (городская школа) в 2015-2016 гг. (n=200), с тем, что практически у половины респондентов (43%) возникали конфликты с окружающими по поводу долгого времяпрепровождения в сети, 19% – запрещали пользоваться сетью, примерно 30% скрывали от своих родителей некоторые выходы в Интернет; 20% подростков испытывали частое раздражение при отвлечении их от гаджета.

Нарушения психического здоровья, в первую очередь, связаны с информационной перегрузкой. Также частое ненормированное использование гаджетов может привести к уходу от реальности, понижению творческой активности. По данным того же исследования: 50% подростков проводят в сети в сумме более 5 часов в день; 67% нижегородских подростков и 89% чувашских – замечают за собой, что проводят намного больше времени в Интернете, чем предполагали; 58% нижегородских и 44% чувашских – испытывают постоянное желание воспользоваться гаджетом. Психологи к симптомам гаджет-зависимости также относят хорошее самочувствие или эйфорию при использовании прибора; невозможность контролировать траты, связанные с

использованием гаджета, однако в рамках представленного исследования эти факты не проверялись [3; 4].

Не меньше, чем физическое, психическое и эмоциональное здоровье может страдать социальное. 8% нижегородских и 25% чувашских школьников меньше начинали общаться с друзьями из-за долгого пребывания во «всемирной паутине»; 36% и 43% мальчиков и девочек конфликтовали с родителями, учителями, друзьями по поводу долгого времяпрепровождения в сети. Подростковый период должен быть периодом входа во взрослую жизнь, а повсеместная компьютеризация ведет его к дезадаптации, вместо интеграции. Самореализация личности с зависимостью от Интернета замедляется, навыки реального общения не развиваются, а вместе с ними тают шансы на удачную адаптацию в учебном заведении, успешное трудоустройство и поиск партнера для создания семьи.

Обобщая, отметим, что чрезмерное увлечение гаджетами, Интернетом и социальными сетями может приводить к серьезным нарушениям здоровья, а, в конечном итоге, к инвалидизации подростков, поэтому крайне важно, чтобы исследования на предмет выявления склонности к интернет-зависимости проводились во всех городах России, во всех школах регулярно, только так можно организовать качественную и своевременную профилактику рисков для здоровья российских детей.

Список литературы

1. Королева Д.Е., Новичихина Е.В. Интернет-зависимость, компьютерная игромания – глобальная причина развития гиподинамии молодежи XXI века / Д.Е. Королева, Д.Е. Новичихина. Барнаул: Изд-во ФГБОУ ВПО «АлтГУ», 2015. 5 с.

2. Сухарева Л.М., Рапопорт И.К., Поленова М.А. Заболеваемость и умственная работоспособность московских школьников // Гигиена и санитария. 2014. Т. 93. № 3. С. 64-67. С. 65.

3. Тимофеева А.М. Влияние современных гаджетов на детей и подростков // Образование и наука в современных реалиях: сборник материалов III Международной научно-практической конференции / под ред. О.Н. Широков [и др.]. Чебоксары: ООО «Центр научного сотрудничества «Интерактив плюс», 2017. С. 178-179.

4. Посохина К.В., Осолодкова Е.В. Влияние гаджетов на психику молодежи // Инновационное развитие современной науки: проблемы, закономерности, перспективы: сборник статей V Международной научно-практической конференции: в 3 частях. Пенза: Наука и Просвещение, 2017. С. 194-195.

МОТИВАЦИИ НА ПРОФЕССИЮ КАК ПРОБЛЕМА THE MOTIVATION FOR THE PROFESSION AS A PROBLEM

П.Н. Кочетков

Институт бизнеса и делового администрирования Академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ, г. Москва

P.N. Kochetkov

Institute of business studies RANEPA, Moscow

Рассматривается проблема инвалидизации общества с точки зрения социально-гуманитарного знания в разрезе глобальных трансформаций общественного строя, экономики и изменений ментальности.

The paper deals with the problem of society disability from the point of view of social and humanitarian knowledge in the context of global transformations of the social system, economy and changes in mentality.

Ключевые слова: инвалидность, любовь к ближнему, мотивация, образование, поколение, профессия

Keywords: disability, love of neighbor, motivation, education, generation, profession

Современная Россия, независимо от того, как к ней относятся ее сторонники или противники, всегда является неотъемлемой частью мирового сообщества, одинаково открытой как Западу, так и Востоку. По мнению евразийцев, Россия всегда реализовывала свою автохтонную и полиэтническую культуру Континента [1]. Еще в самом начале процесса перестройки А.С. Панарин говорил о том, что перед страной в тот период было три пути: создание социализма с «человеческим лицом», вестернизация страны на базе либеральной идеологии, укрепление евразийского пути развития на базе современной науки [2].

Известно, что Россия выбрала путь вестернизации, который способствовал усилению транзитивности общества, углублению происходящих в нем различных рисков, угроз и вызовов. Сценарий вестернизации, который включает создание института частной собственности на базе ваучеризации и приватизации экономического потенциала государства, создание цивилизованных рыночных отношений, формирование «среднего класса» и активизацию всех сторон жизни гражданского общества от многопартийности до свободных СМИ и других норм и принципов демократии, в том числе и интеграцию в европейское общество и вступление в ВТО. Эти прогнозы не нуждаются в комментариях.

В обществе риска все массовые социокультурные процессы происходят достаточно хаотично и случайно, так как они детерминированы множеством самых разнообразных и взаимно противоречащих факторов. К числу таких массовых социокультурных процессов относится и существенная

трансформация системы образования бывшего СССР, которая за семь десятилетий преобразовала уникальную, но «неграмотную российскую крестьянскую цивилизацию в могучую сверхдержаву с огромным не только природным, но и военно-научным значимым индустриальным потенциалом и соответствующей интеллигенцией» [3]. Эта цивилизация ориентирована на Космос и Любовь к ближнему. Русский путь – духовная основа народа, складывающаяся тысячелетиями. Изменить его нельзя так же, как и генетический код человека [3].

В новой России путь реформ в образовании достаточно очевиден и теоретически осмыслен всем современным социально-гуманитарным знанием – от философской методологии до культурологии. Новейшая философия рассматривает образование как процесс и результат усвоения человеком навыков, умений и теоретических знаний [4]. Ряд отечественных исследователей рассматривают образование как часть науки педагогики, а другие видят в образовании главным образом социальный институт и определенную подсистему общества. Образование рассматривается и как необходимый компонент воспроизводства современного социального общества, но немало и тех, кто считает главным в образовании интеграцию подрастающих поколений в новейшие информационные технологии общения [5].

В доперестроечные времена в социально-гуманитарном знании бытовала концепция, можно сказать, почти гегелевская триада: образование – воспитание – обучение. Их обязательное триединство и в то же время различие. Реформы перестройки сделали вопросы воспитания неуместными, особенно в высшей школе. Обучение стали считать сводимым лишь к умению пользоваться современными электронными средствами, необходимыми, но не единственными вещами, существенно помогающими, но не отменяющими традиции обучения, образования и воспитания.

Взросший теоретико-методологический уровень современных педагогов позволяет широко использовать многообразные способы «снятия информации» или получения знаний обучающимися по широкому кругу проблем. Изучая работы студентов младших курсов, посвященные анализу мотиваций на избранную ими профессию менеджера, можно в дальнейшем сопоставить эти ответы студентов с требованиями, которые предъявляются педагогическими инстанциями (министерство, вуз, ректорат, деканат, куратор группы) к каждому отдельному студенту. Для объективности анализа можно прибегнуть к советам старших товарищей, не обремененных властными инициативами, и потому объективными и непредвзятыми.

Анализ студенческих ответов на вопросы относительно будущей профессии показывает, что представляют себе ее они очень размыто и неконкретно. В роли эксперта ответов выступал специалист, преподаватель, в разные годы работавший в учебных заведениях, обучающихся в том числе и студентов с инвалидностью опорно-двигательной системы, органов слуха и зрения, а также нарушений нервной системы. Тогда медицина диагностировала проблемы здоровья, но не предлагала путей реабилитации и адаптации. Студенты получали нужную обществу, хорошую специальность, но с очень невысокой зарплатой, без каких-либо карьерных перспектив. Это заставляло задумываться преподавателей, особенно тех, кто вел социально-гуманитарные дисциплины, как сделать жизнь этих студентов более интересной и насыщенной истинной радостью.

Современных студентов-инвалидов не так и много, особенно в обычных вузах. Существенно изменились и приоритеты социальных работников. Они стремятся вовлечь инвалидов в разного рода деятельность – спорт, танцы, конкурсы. Это, естественно, делает (особенно внешне) такую жизнь более интересной, насыщенной, активной. Существующие информационные технологии и инструменты значительно расширяют возможности и включенность людей, особенно молодежи, с ограниченными возможностями в социум.

Кроме того, надо учитывать, что в России всегда была богатейшая литературно-культурная традиция, прославляющая главное богатство человечества – Любовь во всех ее проявлениях: от христианской любви к ближнему, до любви и заботы о братьях наших меньших, к каждой травинке и цветочку, безоглядная любовь к любой живой твари. Любовь ко всему миру, сформированная самим студентом, прочитавшим не просто «обязательную», «программную» литературу (А.П. Чехова, Л.Н. Толстого, Ф.М. Достоевского и др.), но и те произведения, которые воочию помогают понять и почувствовать главное – Любовь объединяет всех людей, способствует не только взаимопониманию, но и помогает человеку понять самого себя. Человек – это любящее существо, обладающее бессмертным даром – любить ближнего своего как самого себя.

Можно отметить, что в рамках новейших формулировок, принятых исследователями, работающими по программам ООН и ЮНЕСКО, устойчивые качества в процессах выживания, воспроизводства и развития имеют те этносы и народы, которые обеспечивают собственное сохранение и развитие на базе межпоколенных и внутривозрастных трансляций культурных паттернов и ценностей, сохранения ментальности и сформированных веками жизненных

стратегий. Такой жизненной стратегией в новой России постепенно становится любовь к ближнему, терпение и толерантное отношение ко всем людям.

Список литературы

1. Кризисный социум: наше общество в трех измерениях. М.: Институт философии РАН, 1997.
2. Панарин А.С. Православная цивилизация в глобальном мире. М.: Алгоритм, 2003.
3. Шифаревич И.Р. Россия и мировая катастрофа. Соч. в 3-х тт. М.: Феникс, 1994, т. 1. С. 434.
4. Современный философский словарь (Под ред. В.Е. Кемерова). М.: Summa, 2015.
5. Философия науки: методология и история. М.: «Канон +», 2007.

ИНВАЛИДИЗАЦИЯ КАК ФОРМА ДИСКРИМИНАЦИИ DISABILITY AS A FORM OF DISCRIMINATION

А.В. Курамшев

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

A.V. Kuramshev

Lobachevsky University

Анализируется соотношение понятий инвалид, инвалидность, инвалидизация и дискриминация в социальном контексте.

Analyzed the relationship between the concepts of disability, disability, disability and discrimination in a social context.

Ключевые слова: инвалид, инвалидизация, дискриминация

Keywords: disabled, disability, discrimination

«Конвенция о правах инвалидов» (2006 г.) определяет инвалидов как «лиц с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами могут мешать их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими». А под «дискриминацией по признаку инвалидности» определяет «любое различие, исключение или ограничение по причине инвалидности, целью или результатом которого является умаление или отрицание признания, реализации или осуществления наравне с другими всех прав человека и основных свобод в политической, экономической, социальной, культурной, гражданской или любой иной области» [1].

В рамках современной социологии существует несколько альтернативных подходов к объяснению сущности инвалидности. В структурно-функциональном подходе инвалидность рассматривается как специфическое социальное состояние индивида, например, «роль больного» Т. Парсонса [2]. В рамках социально-антропологического подхода инвалидизация рассматривается как институциональная форма социальных отношений: социальная норма и патология Э. Дюркгейма [3]. Сторонники символического интеракционизма, в частности, Дж.Г. Мид, инвалидность анализируют в контексте проблемы становления социального "Я", особое внимание обращая на роль негативных стереотипов в процессе социальных взаимодействий [4]. Г.С. Беккер для обозначения лиц с ограниченными возможностями использовал понятие "девиант", инвалидность рассматривается как отклонение от социальной нормы, а инвалид – это ярлык для обозначения носителя девиации [5]. Теория стигматизации И. Гофмана фокусирует внимание на проблеме отношения к инвалидам общества в целом, на выявлении механизмов и социальных последствий стигматизации [6].

В отечественной научной литературе «инвалид» – человек, у которого возможности его личной жизнедеятельности в обществе ограничены из-за его физических, умственных, сенсорных или психических отклонений, в последнее время все чаще заменяется на «человек с ограниченными возможностями». Однако стоит отметить, что инвалидность – это не свойство человека, а препятствия, которые возникают у него в обществе. В российском научном дискурсе в качестве такого препятствия чаще всего усматривают затруднения, имеющие индивидуальный характер, «человек с ограниченными возможностями». В рамках медицинской модели для оказания помощи инвалидам нужно создавать для них особые учреждения, где они могли бы на доступном им уровне работать, общаться и получать разнообразные услуги. Медицинская модель выступает за изоляцию инвалидов от остального общества. При этом подходе инвалидизация понимается лишь как утрата трудоспособности вследствие болезни, увечья или перехода на положение инвалида, то есть акценты смещаются на возможности участия в экономической деятельности, а другие сферы социальной жизни уходят на второй план или игнорируются.

Однако существует и другой взгляд на проблему инвалидов – социальный, согласно которому трудности создаются обществом, не предусматривающим участия во всеобщей деятельности людей с различными ограничениями.

В рамках такого подхода проблема инвалидизации – это, в первую очередь, проблема допуска/недопуска или ограничения допуска разных

категорий населения к интеграции в общество. Именно ограничения доступа к реализации всех прав и основных свобод для определенных социальных групп могут быть определены как их дискриминация.

Дискриминация (ограничение или лишение прав определенной категории граждан (социальных групп) по каким-либо признакам) напрямую связана с определением социальной нормы как возможности интеграции в общество. Государство и другие социальные институты, прежде всего образовательные и религиозные, СМИ, активно участвуют в этом процессе определения «нормальности»/«инвалидности» тех или иных социальных групп, например, посредством влияния на формирование общественного мнения. Механизмами «инвалидизации» могут выступать распространение и навязывание негативных стереотипов (предубеждений), а порой действий, акций в отношении определенных социальных групп. При этом инвалидизация может рассматриваться как форма косвенной институциональной дискриминации.

Дискриминационные традиции, правила, идеи, практики и законы существуют во многих странах и учреждениях по всему миру, даже там, где дискриминация считается неприемлемой. Стоит отметить, что инвалидизация социальных групп часто использовалась и используется до сих пор для оправдания социальной дискриминации. Неотъемлемыми элементами дискриминации являются: ущемление прав, отсутствие разумных и объективных оснований для такого обращения.

Список литературы

1. Конвенция о правах инвалидов // Официальный сайт ООН [Эл. ресурс]. Режим доступа: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml (дата обращения: 04.10.2018).
2. Парсонс Т. Социальная система // Парсонс Т. О социальных системах. М.: Академический проспект, 2002. С. 73-520.
3. Дюркгейм Э. Норма и патология // Рубеж. 1992. №2. С. 82-88.
4. Мид Дж.Г. Генезис Я и социальный контроль // Мид Дж.Г. Избранное: Сб. переводов. М. 2009. С. 52-75.
5. Беккер Г.С. Аутсайдеры: исследования по социологии девиантности. М.: Элементарные формы, 2018. 272 с.
6. Гофман И. Стигма: Заметки об управлении испорченной идентичностью // Сайт ВШЭ [Эл. ресурс]. Режим доступа: https://www.hse.ru/data/2011/11/15/1272895702/Goffman_stigma.pdf (дата обращения: 04.10.2018).

СОЦИАЛЬНОЕ КОНСТРУИРОВАНИЕ СТАТУСОВ И СОЦИАЛЬНОЕ НЕРАВЕНСТВО

SOCIAL CONSTRUCTION OF STATUSES AND SOCIAL INEQUALITY

Л.С. Курносова
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
L.S. Kurnosova
Lobachevsky University

Анализируется конструирование этнической идентичности в системе неравенства этнических групп в современном российском обществе. Рассмотрены основные аспекты конструирования этнической идентичности у студенческой молодежи.

The paper focuses on the construction of ethnic identity in the system of inequality of ethnic groups in modern Russian society. The main aspects of constructing ethnic identity among students are discussed.

Ключевые слова: национальность как конструкт, конструирование идентичности другого

Keywords: nationality as a construct, constructing the identity of another

В сентябре этого года среди студентов-первокурсников был проведен письменный опрос в форме 2-х эссе. Опрос носил пилотажный характер. Студентов просили ответить на два вопроса: «Когда Вы осознали свою национальность? Почему Вы причисляете себя именно к этой национальности?» и «Как Вы определяете национальность других людей?». Стиль для эссе был определен как «поток сознания», не надо заботиться о структуре текста и желательно вспомнить свой опыт осознания национальности. Было получено 60 ответов на первый вопрос и 57 на второй.

Большинство не помнит момента осознания своей национальности. Около трети называют ранние школьные годы и при этом упоминают родителей, которые отвечали на их вопросы, но каждый 6-й говорит о полном осознании в 11-14 лет и даже позже. У некоторых это связано со школой и началом преподавания обществознания.

Из признаков начать стоит с тех, которые не являются национальными или требуют уточнения, чтобы считаться национальными. Каждый третий признаком своей русской национальности считает то обстоятельство, что он родился, вырос в России, никогда не выезжал за пределы России, российской Федерации и является гражданином Российской Федерации. Во всех этих случаях речь идет обо всей стране, а не о малой родине. Выходит, что для русского Россия от Белгорода до Владивостока, а у других народов родина = малая родина, которая покрывается русским культурным пространством (понятие использовано в одном из эссе). В эссе русской молодежи другие

народы как бы и вовсе исчезают. Эта незаметность – плохой признак. При описании среды обычно тоже пишут, что вырос в русской среде. Русской, а не преимущественно русской, например. Русские пишут о марийцах, чувашах, если выросли в соответствующих регионах. В эссе об определении национальности других людей в качестве примеров народы Поволжья упоминаются, когда нужно указать на неточность внешности как определяющего признака. Только один человек утверждает, что способен определить национальность марийца или татарина. Еще трое могут определить белоруса, украинца или татарина по фамилии. В описываемых ситуациях нет местных народов: мигранты из Таджикистана, Кавказа. По-видимому, это следствие школьного образования, что требует отдельного исследования. Студенты упоминают, что их учили различать национальности, но, скорее всего, в качестве признаков давались утратившие свою актуальность характеристики. Унифицированная городская жизнь, конечно, дает мало национального, но в такой картине, например, этносы Поволжья выглядят полностью ассимилированными и лишенными своей культуры, с чем никто из них не согласится.

Каждый шестой в качестве национального признака указывает православие или религиозные праздники. Даже если мы примем официальную точку зрения, что атеистов и неверующих, а также лиц других конфессий в России мало, это странно по отношению к украинцам, белорусам, мордве, марийцам, чувашам, цыганам и другим православным, но нерусским.

Каждый десятый присвоил день Победы как русский праздник, что не верно как для страны, так и для ее ближайшего окружения. Молодые люди путают государственную нацию и этнос, что не может быть их личным изобретением, но следствие недобросовестной пропаганды.

Современное увлечение генеалогией выливается в биологические представления о национальности. Две трети упоминают о культурной принадлежности предков как о свидетельстве либо «чистой» крови, либо того, что «чистокровных» сейчас нет. Несколько человек, определяли себя исключительно по этой характеристике, не упоминая ни о языке, ни о каких-либо других культурных признаках. Другие как бы оправдываются за свои «нечистые» корни, самоопределяясь именно по культурным характеристикам. Ничего дурного в том, что люди интересуются предками, нет, но смещение акцента на биологической составляющей оправданно в случае поиска в семье наследственных болезней или предрасположенности к ним. Если культурная принадлежность предков оставила малозаметный след, это не повод не интересоваться ею. Интерес может представлять также социальный аспект: принадлежность к разным сословиям, территориальным группам, мобильность

членов семьи. А от «русского генома» (взято из эссе) до чистоты расы очень уж короткий путь.

Очень популярным признаком является язык. Однако он требует уточнения. Элементом для конструирования национальности он может быть только как родной язык. Это тоже не однозначно: некоторые представители других народов тоже могут сказать, что он для них родной. Или назвать родным язык своей национальности, хотя и не могут говорить (и тем более думать) на нем в силу разных обстоятельств. Но способность думать на определенном языке – сильный элемент конструирования идентичности.

Таким же элементом является история. Но для России этот признак может быть опасным. Выстраивать официальную историю многонациональной страны как мононациональную (или сумму мононациональных) – это подрывать ее единство. Искусственное выстраивание единства тоже будет восприниматься как ложь. Современные школьные учебники этой проблемы не решают.

Следующая проблема – это проблема культуры. Если посмотреть на тексты, то подробно описываются ее архаичные сельские элементы: бабушкин дом, печь, в которой она готовит, сенокос, на который собираются родственники, тканые половики, кринки и др. Большинство современных русских либо уже не имеют родственников в деревне, либо вскоре утратят их. Быт в современных загородных коттеджных поселках близок городскому. Этничность городского быта просматривается слабо. Не удивительно, что в эссе понятие русская культура почти не расшифровывается: классическая литература, классическая же музыка – и, пожалуй, это все. Современные виды искусства как бы за пределами этничности. Культурные фестивали тоже делают акцент на фольклоре.

Основными субъектами, содействовавшими конструированию национальности, называются родители, школа и родственники. Современным веянием здесь выступает обращение к интернету, который помог самоопределиться. Таких случаев немного – всего три. В одном случае проблемой было несоответствие респондента приписываемой русским типичной внешности. Во втором межэтнический брак родителей. В третьем отсутствие информации о предках. Соответственно решением оказались более полная информация о разнообразии внешних характеристик у русских, более полное описание влияния среды, в которой человек формировался и информация о происхождении фамилии.

Каждый девятый полагает, что человек сам имеет право определять свою национальность и даже не ориентироваться на национальность родителей, мнение родственников, а только на собственное состояние души.

Анализ ответов на второй вопрос показал, что определение чужой национальности как практическую задачу большинство студентов не воспринимает. При этом почти половина опрошенных находит это нужным для правильного понимания человека, осуществления продуктивной коммуникации, избегания неловких ситуаций или агрессии. Некоторые полагают, что это важно просто для избегания представителей национальностей, с которыми контакт нежелателен. Респонденты просто не владеют нужной информацией, и только один студент признался, что посещает культурные фестивали, чтобы ее изучить. Остальные называют обобщенные идентификационные признаки. Например, внешность, разрез глаз, цвет кожи и волос. Но в их описаниях нет привязки к реальным национальностям. Они способны определить «свой – чужой», но не более того. Для избегания этого достаточно, для коммуникации – нет.

Выводы. Молодые люди конструируют свою идентичность, часто опираясь на неприемлемые признаки, вроде проживания в России, отсутствия/наличия в семье межэтнических браков, православия. Культура как признак требует детализации и поиска этнической специфики в ее современных формах. В конструировании своей национальности молодежь все чаще будет использовать интернет.

ИНВАЛИДНОСТЬ В ПРОСТРАНСТВЕ СОЦИАЛЬНОЙ РЕКЛАМЫ **DISABILITY IN THE CONTEXT OF SOCIAL ADVERTISING**

Е.А. Макарова

*Национальный исследовательский университет
«Высшая школа экономики», г. Нижний Новгород*

E.A. Makarova

“Higher School of Economics”, Nizhni Novgorod

Современная социальная реклама не только привлекает внимание к проблеме инвалидности в современном социальном пространстве, но и старается разрушить психологические барьеры в восприятии инвалидности и взаимодействия между людьми, не имеющими инвалидность, и людьми, имеющими инвалидность или с ограниченными возможностями здоровья.

Modern non-profit advertising not only attracts attention to disability in contemporary social space, but also tries to break down the psychological barriers in the perception of disability and interaction among people with disabilities and people without disabilities.

Ключевые слова: инвалидность, социальная реклама, инклюзивность, толерантность, люди с ограниченными возможностями здоровья

Keywords: disabilities, non-profit advertising, inclusiveness, tolerance, people with disabilities

Зачастую люди с ограниченными возможностями здоровья, инвалиды ощущают себя изгоями и сознательно снижают свою гражданскую и социальную активность, ограничивая свое поле деятельности привлечением внимания к решению проблем, связанных с инвалидностью, не выходя за коммуникационные рамки своего сообщества. Безусловно, общение с людьми с похожими проблемами очень важно и способствует вовлечению большего количества людей в социальную жизнь общества, помогает им адаптироваться и найти свое место в современном мире, стать более активными и самостоятельными. Тем не менее, проблема отношения к инвалидности как социальному явлению остается не только для людей с ограниченными возможностями, но и для общества в целом. Это отражается даже в самом определении инвалидности.

Всемирная организация здравоохранения дает следующее определение инвалидности. «Инвалидность – это термин, объединяющий различные нарушения, ограничения активности и возможного участия в жизни общества. Нарушения – это проблемы, возникающие в функциях или структурах организма; ограничения активности – это трудности, испытываемые человеком в выполнении каких-либо заданий или действий; в то время как ограничения участия – это проблемы, испытываемые человеком при вовлечении в жизненные ситуации.

Инвалидность — это не просто проблема со здоровьем. Это сложный феномен, отражающий взаимодействие между особенностями человеческого организма и особенностями общества, в котором этот человек живет. Для преодоления трудностей, с которыми сталкиваются инвалиды, необходимы мероприятия по устранению препятствий в окружающей среде и социальных барьеров». [1]

В большинстве случаев люди, не имеющие серьезных проблем со здоровьем, не придают значения разнице между инвалидом и человеком с ограниченными возможностями здоровья, поэтому, в рекламном дискурсе создатели не фокусируют внимания зрителей на разнице между этими понятиями, определяя всех людей с серьезными проблемами со здоровьем, приводящими к ограничениям в жизнедеятельности, как людей с ограниченными возможностями здоровья. К сожалению, понятие «инвалид» в российском коммуникационном пространстве до сих пор вызывает негативные ассоциации. Чаще всего по отношению к этой группе населения применяется определение «люди с ограниченными возможностями здоровья».

Бытующие в обществе стереотипы по отношению к инвалидности приводят к тому, что люди, боясь насмешек и неодобрения, а иногда и насилия со стороны окружающих, боятся жить полной жизнью. Социальная реклама

призвана активно пропагандировать и продвигать принципы инклюзивности и толерантности по отношению к абсолютно любому человеку и менять существующие общественные установки.

По мнению В.В. Ученовой и Н.В. Старых, «социальная реклама как явление – это один из потоков массовой информации, который ориентирован на гуманизацию общественных отношений».[2].

Все социальные ролики, посвященные проблеме инвалидности, могут быть разделены на две группы: ролики для людей, не имеющих инвалидности, и для людей, имеющих инвалидность. Цели этих социальных рекламных кампаний имеют как общие черты, так и различия. Целью рекламы для людей с инвалидностью является доказательство равноправия всех членов общества независимо от их состояния здоровья. Социальная реклама для людей, не имеющих инвалидность или ограниченные возможности здоровья, имеет своей целью формирование толерантного отношения к инвалидности как составляющей повседневной реальности.[3].

Если раньше социальная реклама привлекала внимание к проблемам людей с инвалидностью, утверждая принципы толерантного отношения и эмпатии, вызывая сочувствие и желание помочь, то теперь необходимо осознать социально-культурное равенство между всеми группами населения, что, безусловно, актуально не только для людей с ограниченными возможностями здоровья, но и для всех остальных групп населения. Например, пропаганда и продвижение государственной программы «Доступная среда», призванной сделать пребывание людей с ограниченными возможностями в городе простым и удобным.

Часто в социальной рекламе люди с ограниченными возможностями практически не отличаются от остальных людей, их проблемы со здоровьем скрываются, например, в рекламном дискурсе Паралимпийских Игр в Сочи. Это не всегда правильно, потому что подчас формируют далекие от реальности представления об инвалидности. Обращаясь к зарубежному опыту, реклама BBDO Паралимпийских игр в Ванкувере представляла собой снимки спортсменов-инвалидов, на которых были ясно видны их проблемы со здоровьем с подписями вроде «Прибереги свою жалость для ее соперников». В рекламной кампании Паралимпийских игр в Лондоне «Встречайте сверхлюдей» баскетболисты-колясочники, пловчиха без руки и другие спортсмены выглядели и позиционировались не как люди с ограниченными возможностями, а как супергерои. В том же направлении была создана рекламная кампания TBWA для немецкой Ассоциации спортсменов-инвалидов: красивым и успешным может быть каждый и стесняться нечего. [4]

Перед современным обществом стоит задача интеграции людей с ограниченными возможностями здоровья в социальное пространство, что предусматривает не только толерантное отношение к этой группе людей, но и формирование инклюзивной среды во всех сферах деятельности человека.

Социальная реклама постепенно переходит на новый уровень представления об инвалидности в общественном сознании, утверждая идеи о равных правах и о важности и ценности любого человека независимо от состояния его здоровья.

Список литературы

1. Сайт Всемирной организации здравоохранения. Режим доступа: <http://www.who.int/topics/disabilities/ru/>. – Загл. с экрана.
2. Ученова В.В., Старых Н.В. Социальная реклама: учебное пособие. М.: ИндексМедиа, 2006.
3. Зайдельман О.В. Проблема формирования толерантного отношения к лицам с ограниченными возможностями в социальной рекламе // Экономика и социум, 2017. №1(32). 633-635 с.
4. Вяхорева В. 8 примеров про людей с ограниченными возможностями. – Режим доступа: <https://daily.afisha.ru/archive/gorod/people/8-primerov-chestnoy-reklamy-pro-lyudey-s-ogranichennymi-vozmozhnoyami/>. – Загл. с экрана.

ИЗ ПРАКТИЧЕСКОГО ОПЫТА ВОСПИТАНИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОСТИ СЛАБОВИДЯЩЕГО РЕБЕНКА FROM THE PRACTICAL EXPERIENCE OF MOULDING INDEPENDENCE IN A POORLY-SEEING CHILD

Е.В. Махнева

*Нижегородский областной
центр реабилитации инвалидов по зрению «Камерата»*

*E.V. Makhneva
“Camerata”, Nizhny Novgorod regional center
for the rehabilitation of visually impaired people*

Представлен практический опыт воспитания самостоятельности слабовидящего ребенка. Подчеркивается важность адекватного восприятия родителями возможностей ребенка и помощи в их развитии.

The article describes practical experience in moulding independence in a visually impaired child. The paper emphasizes why it is important for the child's parents to perceive rightly his capabilities and provide assistance to develop them.

Ключевые слова: слабовидящий ребенок, родители, воспитание самостоятельности
Keywords: visually impaired child, parents, upbringing

В своей работе я сталкиваюсь с тем, что первокурсники с нарушенным зрением оказываются совсем не самостоятельны, не уверены в своих силах и убеждены, что у них проблем больше, чем возможностей для развития. В этом я вижу большую вину и беду родителей! Поэтому хочу поделиться своим опытом воспитания слабовидящего ребенка, надеюсь, что кому-нибудь это будет полезно.

Мой ребенок родился с наследственной врожденной патологией органов зрения (острота 0,1). Это не стало неожиданностью, так как у меня самой тоже есть нарушения зрения. В младенческом возрасте он развивался чуть медленнее, здоровых детей, например, говорить он начал в 3,5 года, сверстники разговаривали с 2-2,5 лет. В ясли мы его отдали почти в два года. Первые два года он посещал обычную группу, потом – коррекционную по зрению.

С трех лет мы начали водить сына в студию развития детского творчества на занятия по рисованию, пению, танцам. Естественно, рисование давалось тяжелее. Через год педагог по пению предложила занятия в ансамбле народной песни «Калинушка», где Роман с удовольствием пел до второго класса школы.

Я никогда не стеснялась, что мой ребенок слабовидящий, это никогда не было препятствием для посещения различных занятий (будь то школа будущих первоклассников, бассейн, музыкальная школа и пр.). Также мы посещали мероприятия Нижегородской общественной организации родителей детей-инвалидов по зрению «Перспектива».

Когда Роман занимался в группе здоровых детей, я не требовала особого отношения. Я предупреждала преподавателя, что ребенок с плохим зрением, что его лучше посадить поближе к доске, увеличивала ноты в три раза, чтобы он мог их читать без напряжения и т.д.

Почти в семь лет Роман одновременно пошел в коррекционную и музыкальную школы, которые разбросаны от нашего дома достаточно далеко. Первое время я сама сопровождала его, приучала ориентироваться в большом городе и принимать оптимальное решение в каждой конкретной ситуации. Когда понимала, что данный отрезок пути он может проехать самостоятельно, позволяла ему это сделать. Многие взрослые (родители одноклассников, педагоги и руководство школы) относились к моему поведению с непониманием, они считали, что даже зрячего ребенка нельзя отпускать одного. Но я прекрасно понимала, что если буду постоянно водить ребенка за руку, он никогда не научится самостоятельно ориентироваться. Разумеется, я не предлагаю в 10 лет разрешить ребенку свободно перемещаться по большому городу. К самостоятельности надо приучать постепенно и разумно и обязательно учитывать возможности ребенка.

Я всегда старалась помочь, но решение за сына никогда не принимала.

Одной из характерных проблем для людей с нарушенным зрением является развитие коммуникативных навыков, поэтому я старалась расширять социальные связи ребенка, создавая ему естественные условия для развития коммуникаций в разных сферах. За время учебы в школе Роман неоднократно с удовольствием ездил летом в детский лагерь; закончил музыкальную школу; участвовал в концертах и конкурсах.

Так как я работаю в некоммерческой организации, которая проводит различные мероприятия для инвалидов по зрению [1], Роман постоянно в них участвует. Начиналось с простейших поручений (отнести, передать, и т.д.), теперь мы вручаем Роману список иногородних участников, он их встречает на вокзале или в аэропорту, доставляет до места проведения мероприятия, оказывает необходимую помощь участникам на самом мероприятии. В результате Роман познакомился и имел возможность пообщаться со многими интересными людьми, что значительно расширило круг его общения. Однако не стоит думать, что мой сын общается только с людьми, у которых, как и у него, есть проблемы со зрением. С раннего детства и до сих пор он дружит со сверстниками, живущими в одном с нами дворе, встречается с ребятами, с которыми вместе отдыхал в лагере.

Летом 2018 г. Роман стал волонтером Чемпионата мира по футболу. Еще за год до этого он подал заявку, прошел отбор, во время чемпионата работал в аэропорту Стригино, оказывая помощь гостям города.

Отдельно хочу остановиться на проблемах, связанных с окончанием школы и выбором дальнейшего пути.

И детям, и родителям трудно сориентироваться в многообразии специальностей и предложений различных учебных заведений. Непосвященному человеку мало что говорят названия многих специальностей; одни и те же специальности предлагают разные вузы, разные факультеты; а в нашем случае выбор необходимо соотнести с ограничениями зрения. К сожалению, профориентационная работа, которую пыталась проводить школа, помогла слабо. Кроме того, школа больше заинтересована в хороших результатах ЕГЭ, чем в обеспечении выпускникам возможностей поступления. Если есть сомнения, что ребенок может хорошо сдать экзамен по выбору, пусть лучше он его вообще не сдает. Выбор экзаменов и подготовка к ним становится стрессом для учеников, родителей и педагогов. Нам с Романом пришлось преодолеть активное сопротивление администрации, чтобы сдать в школе экзамен по английскому языку.

Первые же дни учебы Романа и его одноклассников в вузе показали, что им всем не хватает умений распределять свое время, быстро писать и конспектировать, работать на компьютере с офисными приложениями, снижать

зрительные нагрузки, используя тифлоинформационные технологии [2]. Ребятам было бы значительно легче адаптироваться к образовательному процессу вузов, если бы указанные умения они приобрели в школьный период.

Теперь Роману 19 лет. Он учится на первом курсе факультета информатики, математики и компьютерных наук в Высшей школе экономики (филиал в Нижнем Новгороде) на направлении бизнес-информатика. С начала обучения он заинтересовался учебной и внеучебной жизнью университета, узнал о деятельности студенческих клубов и уже вступил в некоторые из них: клуб игры Го и вокальный ансамбль «Delice». Он участвует в конкурсе, чтобы стать членом Студенческого совета.

Я считаю, чтобы родители адекватно оценивали возможности ребенка. Разумеется, нарушения зрения накладывают свои ограничения, однако не стоит их преувеличивать, отговаривая ребенка от любых дополнительных занятий (спортом, художественной самодеятельностью, общественной работой), предохраняя от всех трудностей под предлогом заботы о здоровье. Я прекрасно понимаю, что моему ребенку сейчас трудно, он переживает первый в своей жизни учебный семестр в университете, очень надеюсь, что эти трудности он сумеет преодолеть, а я постараюсь во всем его поддерживать.

Список литературы

1. Махнева Е.В., Социальное партнерство как инструмент поддержки образовательного процесса студентов – инвалидов по зрению // Материалы Международной научно-практической Интернет – конференции «Специальное образование: опыт, традиции, инновации» (1-30 ноября 2013 года), НГПУ, Нижний Новгород, 2013.

2. Швецов В.И., Рощина М.А., Безопасность и эффективность компьютерных технологий в образовании школьников с нарушенным зрением, Журнал «Нижегородское образование», Государственное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Нижегородский институт развития образования», Нижний Новгород, 2013. № 3. С. 74-80.

ХОББИ КАК СПОСОБ ИНТЕГРАЦИИ ИНВАЛИДОВ В ОБЩЕСТВО

HOBBIES AS A METHOD OF INTEGTATION OF DISABLED PEOPLE IN SOCIETY

К.С. Мокрова

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

K.S. Mokrova

Lobachevsky University

Исследуется проблема трудовой социализации, в том числе инвалидов. Рассматривается вопрос первичной и вторичной социализации в аспекте неформальной занятости. Проблема трудоустройства инвалидов является одной из самых острых. Трудоустройство инвалида является важнейшим этапом его профессиональной реабилитации, включающим в себя процесс поиска подходящей работы. Работа позволяет инвалиду иметь достойный уровень жизни. Проблема инвалидности широко обсуждается в современном мире в связи с высокой численностью инвалидов, слабой защищенностью этой группы на рынке труда, в сфере образования и других областях жизнедеятельности.

The article is devoted to the problem of labor socialization of individuals, including disabled people. The question of primary and secondary socialization in the aspect of informal employment is considered. The problem of employment of persons with disabilities is one of the most acute. Employment of a disabled person is an important stage in his professional rehabilitation, which includes the process of finding suitable work and applying for it, in addition, work allows a disabled person to have a decent standard of living. The problem of disability is widely discussed in the modern world due to the high number of people with disabilities, the weak protection of this group in the labor market, in education and other areas of life activity.

Ключевые слова: неформальная занятость, трудовые отношения, рынок труда, типы социализации, социализация, социальная адаптация, трудоустройство инвалидов, социальные выплаты, интеграция инвалидов в общество, государственная поддержка инвалидов, общественные организации инвалидов.

Keywords: informal employment, labor relations, labor market, types of socialization, socialization, social adaptation, employment of persons with disabilities, social benefits, integration of persons with disabilities into society, state support for persons with disabilities, public organizations of persons with disabilities.

Общество – сложный организм, в котором все ячейки тесно взаимосвязаны. От функционирования каждой из них зависит эффективность жизнедеятельности общества в целом. Процесс усвоения индивидом социальных норм, культурных ценностей и образцов поведения общества, к которому он принадлежит, называется социализацией. Данный процесс включает в себя передачу и овладение знаниями, умениями, навыками, формирование ценностей, идеалов, норм и правил социального поведения.

Одной из основных функций социализации, по Эмилю Дюркгейму, является приобщение индивидов к идее «коллективного сознания». Эта идея заключается в установке однородности и целостности общества. Теория морали стала ядром концепции социализации (в системе объективных правил

поведения). Индивид не может игнорировать и не подчиняться принудительной системе правил, поэтому он обязан выполнять свой трудовой долг по отношению к обществу.

П. Бергер и Т. Лукман различают два типа социализации:

1. Первичная социализация, которая включает в себя усвоение норм и ценностей в детском возрасте.

2. Вторичная социализация включает в себя усвоение норм и ценностей взрослым человеком. Она означает любой последующий процесс после первичного, с помощью которого уже социализированный человек интегрируется в новые сферы общества.

Рассмотрим социализацию через форму неформальной занятости, поэтому акцент на вторичной социализации.

Неформальную занятость можно определить как любые виды трудовых отношений, основанные на устной договоренности. Неформальную занятость можно определить как незарегистрированную занятость в формальном и неформальном секторе, так как отсутствие письменного трудового договора увеличивает риски нарушения трудовых и социальных прав и гарантий.

В большинстве своем неформальная занятость выступает как работа по устной договоренности у физических или юридических лиц.

Неофициальная занятость имеет следующие характерные черты:

1. Правовой статус сотрудников официально не подтвержден, т. е. он не является по факту сотрудником организации.

2. Работник устраивается в организацию без заключения трудового договора.

3. У сотрудника нет необходимости иметь трудовую книжку. Стаж, соответственно, не идет.

4. Сотрудник не числится ни в каких документах и отчетах. Заработная плата является «черной», выплачивается только наличными средствами.

Неформальная занятость создает достаточно гибкие условия и хорошие возможности для заработка работника, но в рамках такой занятости увеличен риск высокой трудоемкости работ, недостаточная степень неопределенности и незащищенности труда. Её высокая привлекательность связана с доступностью, простотой оформления отношений, отсутствием различных ограничений для заключения трудовой сделки между работником и работодателем.

Большинство отечественных исследователей выделяют основную черту неформальной занятости – отсутствие регистрации трудовых отношений, а, следовательно, уязвимость работников, вовлеченных в такие отношения[1]. Неформально занятый человек свободен от формальных рамок, присущих официальному рынку труда. Имеет потенциальные возможности

преобразования полученных в процессе работы социальных связей и опыта в последующей деятельности, а также возможность успешной социализации индивида.

Неформальный вид занятости может влиять на стремление к самореализации, восприятие занятости как потенциальной возможности расширения социальных связей и социальной мобильности, стремление к кооперации различных видов деятельности и социальных ролей, формирование жизненных стратегий.

В настоящее время проблема обеспечения занятости инвалидов весьма актуальна, а решение данного вопроса волнует многих и подвергается частой оценке.

Ю.С. Студенникова и О.Р. Данилова определяют работу как способность самовыражения человека, в связи с чем работодатель своим отказом в приеме на намеченную должность по причине инвалидности, лишает лицо возможности приобретения полезных социальных навыков [2].

В.Н. Козлова считает важным мотивационный фактор. Именно благоприятные социально-экономические условия позволяют лицам с категорией инвалидности без опасения получить отказ, искать работу, а также рассчитывать на достойную оплату труда [3].

В.А. Макарова и Ю.А. Лебедь выделяют проблему дискриминации в трудоустройстве инвалидов. Необходимо подчеркнуть, и наличие большого количества разрозненных нормативно-правовых актов, затрагивающих регулирование трудоустройства инвалидов [4].

Особенностью данной категории граждан является повышенная ориентация на частичную занятость (неполный рабочий день или неделю). С учетом окружающей их действительности часть инвалидов вынуждены отдавать предпочтение самозанятости либо соглашаться на частичную занятость недалеко от дома (чаще всего это неформальная занятость). Результатом недостатка профессиональной помощи является сниженная трудовая мотивация и, как следствие, сложность с подбором рабочего места.

Список литературы

1. Седова Н.Н. Неформальная экономика в теории и российской практике // *Общественные науки и современность*, № 3. 2002 г. С. 49-58.
2. Студенникова Ю.С., Данилова О.Р. Проблемы трудоустройства инвалидов в России: объективные и субъективные факторы, социальные барьеры // *Журнал Социально-экономические науки и гуманитарные исследования*. Выпуск № 2 / 2014.

3. Козлова В.Н. Трудовая занятость инвалидов: социально-экономический аспект. // Журнал Проблемный анализ и государственно-управленческий проект. Выпуск № 5 / том 4 / 2011.

4. Макарова В.А., Лебедь Ю.А. Трудоустройство инвалидов: проблемы правового регулирования // Сборник статей Международной научно-практической конференции «Теоретические и практические вопросы науки XXI века» 28 февраля 2014г., часть 2, отв. ред. А.А. Сукиасян. Уфа, АЭТЕРНА, 2014. С. 161–164.

5. Федеральная служба государственной статистики. Экономическая активность населения России (по результатам выборочных обследований). 2012: Стат. сб. М.: Росстат. 191 с.

6. Базылева М.Н. Новая экономика и неформальные трудовые отношения // Проблемы современной экономики, № ½, 2006 г.

**ИНТЕГРАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ЛИЦ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ:
К ОБОСНОВАНИЮ ПОНЯТИЯ
INTEGRATION POTENTIAL OF PERSONS WITH DISABILITIES:
TO JUSTIFY THE CONCEPT**

А.Р. Мухаметзянова

Научный центр социально-экономического мониторинга, г. Саранск

A.R. Mukhametzyanova

Scientific Center for Social and Economic Monitoring, Saransk

Обосновывается понятие «интеграционный потенциал лиц с инвалидностью» исходя из наличия объективных и субъективных факторов.

The article substantiates the concept of "integration potential of persons with disabilities" based on the availability of objective and subjective factors.

Ключевые слова: инвалид, лицо с инвалидностью, интеграционный потенциал, интеграция инвалидов в общество, система реабилитации инвалидов

Keywords: disabled person, disabled person, integration potential, integration of disabled people into society, rehabilitation system for disabled people

Интеграция индивида с обществом как наиболее интенсивная форма социального взаимодействия, свойственная нормальным социальным отношениям, имеет свои «обостренные» особенности в случае, когда процесс социального взаимодействия нарушается. Например, в случае инвалидности в связи с развитием социальных последствий болезни и нарушений функций организма социальное взаимодействие замедляется, снижается число сфер взаимодействия с обществом, некоторые сферы жизнедеятельности исключаются полностью, процесс сегрегации инвалидов приводит к тому, что формы взаимодействия становятся дистанционными и опосредованными.

Традиционно в гуманитарных науках понятие «потенциал» определяется как совокупность всех имеющихся возможностей, средств в какой-либо области, сфере.

В широком смысле слова «потенциал» – (от лат. *potentia* — сила), — средства, запасы, источники, имеющиеся в наличии и могущие быть мобилизованы, приведены в действие, использованы для достижения определённой цели, осуществления плана, решения какой-либо задачи [1].

Готовность отдельных элементов общества, т. е. членов социума, удерживаться вместе, соединяться в целое и создавать качественно новые отношения можно назвать интеграционным потенциалом, который складывается из определенных, возможных к реализации составляющих.

Интеграционный потенциал инвалидов в регионе складывается исходя из наличия или отсутствия следующих факторов:

- биосоциальный потенциал конкретного человека, измененный инвалидностью (реабилитационный потенциал);
- доступность ресурсов системы реабилитации здоровья населения в регионе;
- доступность социальной инфраструктуры и архитектурной среды региона;
- доступность для инвалидов ресурсов всех сфер жизнедеятельности региона;
- обеспечение равного доступа инвалидам информационной и социокультурной среды и возможности ее использования и воспроизведения;
- субъективное восприятие инвалидами собственных возможностей на основе влияния экзогенных и эндогенных факторов ситуаций взаимодействия с обществом;
- *влияние отношения к инвалидам в микро- и макросоциуме (позитивное, равнодушное, откровенно негативное).*

Понятие «интеграционный потенциал» (IP) опирается на понятие «реабилитационный потенциал (RP).

Понятие «реабилитационного потенциала» прочно вошло в научный лексикон и широкую клиническую практику в начале 70-х гг. прошлого века, оно изначально подразумевало «комплекс в основном биологических и личностных, а также некоторых внешних факторов, обуславливающих или служащих основой восстановления всех форм утраченной активности» [3, с. 5]. В дальнейшем была предложена более полная формулировка понятия реабилитационного потенциала, которое не вызывает возражений и в настоящее время.

Реабилитационный потенциал — это возможности больного человека при определенных условиях и содействии реабилитационных служб и общества в целом приводить в действие биологические и социально-психологические резервы мобилизация реституционных, компенсаторных и адаптивных процессов и других механизмов, лежащих в основе восстановления его нарушенного здоровья, трудоспособности, личностного статуса и положения в обществе [2, с. 24].

При этом справедливыми, с нашей точки зрения, представляются взгляды, которые высказывают некоторые исследователи, что основой теоретико-методического подхода к реабилитации тяжелых пациентов является акцент не на оставшиеся в результате заболевания дефектах, а на том, что сохранилось на личностном уровне – внутренних ресурсах и способностях индивидуума.

Если выразить их соотношение в формуле, то $IP=RP*UO$, uo – усилия общества для интеграции инвалидов как особенных, но равноправных членов. Естественно, такой показатель не так просто измерить с социологической точки зрения, т.к. каждый исследователь будет включать в него разные показатели, и до единой формулы еще далеко, к тому же само общество совершает еще недостаточное количество сознательных усилий в этом направлении, потому что гражданское общество в России еще только формируется и осознание важности проблем инвалидов пришло не более 30 лет назад. Есть также необходимость отметить, что определенная часть инвалидов сами не желают быть включенными в общество полностью и предпочитают жить в сегрегированных условиях, которые им привычнее, пусть и дают меньше возможностей.

Список литературы

1. Большая Советская Энциклопедия / [электронный ресурс]. Режим доступа: <http://bse.sci-lib.com/article091960.html>
2. Бородин Михаил Михайлович. Оптимизация лечебных мероприятий двигательной реабилитации для пациентов, перенесших травму спинного мозга: диссертация ... кандидата медицинских наук: 14.01.11 / Бородин Михаил Михайлович; [Место защиты: Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства]. Москва, 2014. 109 с.
3. Викторов И.В. Современное состояние исследований регенерации центральной нервной системы *in vitro* и *in vivo* // Второй Всесоюзный симпозиум «Возбудимые клетки в культуре ткани». Пущино, 1984. С. 4-18.

**СПРАВЕДЛИВОСТЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ
В ПУБЛИЧНЫХ ДИСКУРСАХ**
**HEALTH JUSTICE FOR PEOPLE WITH DISABILITIES
IN PUBLIC DISCOURSE**

Л.М. Мухарьямова

*Казанский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Казань*

L.M. Mukharyamova

Kazan Medical University, Ministry of Healthcare, Russian Federation, Kazan

Справедливость здравоохранения относится к базовым ценностям общества. Рассмотрение доминирующих дискурсов о здравоохранении особенно важно с позиции понимания статуса в системе здравоохранения инвалидов. Текущий процесс реформирования здравоохранения придает дополнительную актуальность изучению социальных представлений о справедливости на основе теории дискурса.

Equity in the field of health care is one of the basic social values. Addressing the dominant health discourse is particularly important from the perspective of perception the status of persons with disabilities. The current process of health care reform gives additional relevance to the study of social concepts of justice based on the theory of discourse.

Ключевые слова: справедливость здравоохранения, доступность медицины, дискурс
Keywords: health equity, access to medicine, discourse

Исследование проблемы справедливого здравоохранения на основе теории дискурса предполагает, что внимание уделяется роли смыслов и значений, которые артикулируются субъектами по поводу здравоохранения и в сфере здравоохранения. В общем виде дискурсом принято считать совокупность устных и письменных текстов, которые производят люди в процессе своей деятельности. В понимании сторонников критического дискурса-анализа, дискурс – это форма социальной практики, которая созидает социальный мир и одновременно созидаема посредством других социальных практик [1, с. 101]. Язык, в трактовках авторов дискурс-анализа, тесно связан с властью, создание дискурсов – это своеобразная деятельность социальных акторов по навязыванию другим субъектам своих представлений, значений, смыслов на то или другое явление. Доминирующие в публичном пространстве дискурсы чаще всего создаются политическими деятелями и государственными чиновниками, с одной стороны, и группами интеллектуалов или экспертным сообществом – с другой. Таким образом, именно эти субъекты создают представления о «правильном» и справедливом здравоохранении и о способах его достижения.

Официальные документы, подготовленные Минздравом России, не содержат слов, понятий, значений, связанных со справедливостью. Ни разу не

употребляется понятие «справедливость» и понятие «равенство», например, в Государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства РФ от 15 апреля 2014 года № 294. Понятие инвалидности употребляется только в значении необходимости удовлетворения потребностей в необходимых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, а также в специализированных продуктах лечебного питания для детей-инвалидов. Понятие и требование «справедливости» в отчетном докладе министра здравоохранения РФ В.И. Скворцовой за 2015 г. употребляется только один раз как достижения, позволившие «снизить часто абсолютно субъективную и несправедливую дифференциацию в уровнях заработных плат медицинских работников» [2]. В государственном докладе о реализации государственной политики в области здравоохранения за 2016 г. слово «справедливость» встречается в контексте обеспечения «справедливой конкуренции на фармацевтическом рынке» [3]. В отчетном докладе министра здравоохранения В.И. Скворцовой за 2017 г. впервые за последнее время справедливость здравоохранения провозглашается как принцип: «Равные возможности и справедливость должны стать единым требованием для всей системы российского здравоохранения!». Однако вопрос о том, что реализация принципа равенства означает позитивную дискриминацию для людей с инвалидностью, не получает закрепления. Федеральные документы практически не содержат информацию о недофинансировании системы, тема дефицитов в практическом здравоохранении и замещения бесплатных услуг платными не затрагивается, а если и поднимается, то в контексте недостатков в отдельных регионах или организациях.

В официальных документах обеспечению доступности медицинской помощи, конечно, уделяется значительное внимание, но о принципах справедливости и равенства (или неравенства) при организации здравоохранения для разных категорий населения практически не говорится. Инвалиды как группа, требующая особых мер в здравоохранении, не выделяется.

Депутаты, общественники и политики часто критикуют меры, принимаемые Правительством и Минздравом России для модернизации отрасли, но в целом их замечания чаще направлены по адресу глав регионов, чем федеральных органов.

Региональные чиновники не продуцируют какие-то другие дискурсивные стратегии. Их устремления направлены на конструкцию «благополучности» ситуации в отрасли здравоохранения в собственном регионе, избегание острых проблем, в том числе, нарушений в некоторых отношениях равных

возможностей и справедливости для сохранения здоровья. Например, в публичных выступлениях руководителей отрасли здравоохранения Республики Татарстан нет упоминаний о том, что в течение длительного времени в одном из самых экономически благополучных регионов страны в территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи утвержденные объемы финансирования за счет регионального бюджета заметно ниже утвержденных Правительством РФ (82,7% от утвержденных средних показателей Правительством РФ в 2017 г.), или о том, что в республиканский льготный перечень на 2017 г. включили всего 200 из 646 препаратов, входящих в федеральный перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, что фактически означает дискриминацию региональных инвалидов.

Эксперты как субъект дискурса о справедливом здравоохранении представлены, как минимум, двумя группами. Первая группа, по существу, интегрирована с сотрудниками государственного аппарата (а может быть, мыслит себя частью этого аппарата) и разделяет основные идеи и мнения людей, представляющих власть. Вторая группа экспертов занимает резко критическую позицию. Лидером сторонников критического дискурса по авторитету в профессиональной среде и по известности в публичном пространстве является Президент национальной медицинской палаты (НМП) Л.М. Рошаль, призывающий к кардинальному увеличению финансирования отрасли. Если главной идеей критического дискурса является тезис о невозможности достичь целей развития здравоохранения при той доле ВВП, которая выделяется на отрасль, то второй значимой темой является непродуманность и бездоказательность правильности, с точки зрения влияния на здоровье народа, всей системы мер, принимаемых правительством. Председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству Г.Э. Улумбекова, пользуясь трибуной Общероссийского народного фронта, заявляет: «Отчеты Минздрава о предпринимаемых “беспрецедентных мерах” по снижению смертности не выдерживают никакой критики. Объективная реальность сильно отличается от того, что министерство представляет в официальных докладах. И знать ее жизненно необходимо, потому что любой самообман опасен бездействием. Тем более, когда это касается здравоохранения» [4]. Критический дискурс представлен в аналитическом докладе «Почему растет смертность в РФ?», подготовленном профессорами Ю.М. Комаровым и С.П. Ермаковым. Авторы прямо указывают, что проблемы смертности «обусловлены, главным образом, негласным переводом здравоохранения из социальной сферы в экономическую» [4].

В докладе «О положении дел в системе здравоохранения России», подготовленном Институтом современной России, главной причиной бед, «родовой травмой» российского здравоохранения называется «декларация того, что медицина в России является бесплатной» [5]. Авторы доклада считают, что Правительство России должно признать, что система здравоохранения в стране по факту не является бесплатной, и определить ту ее часть, которая могла бы стать доступной, равной по качеству и бесплатной для всех, и ту, которая для всех платная (с учетом социальных льгот).

В группах либеральных политиков и ученых формируется дискурс полного отрицания справедливости и эффективности советской, а теперь российской системы здравоохранения. Известный бизнесмен и политик М. Прохоров, отмечал: «Россия в начале XXI века застряла в ловушке. С одной стороны, мы продолжаем воспринимать материальное неравенство как синоним несправедливости, и поэтому наша социалитика направлена не на создание возможностей для самореализации личности, а на поддержание определенного уровня благосостояния всех сразу. С другой стороны, государство, беря на себя слишком много ответственности, поддерживает советское отношение общества к образованию и здравоохранению как к “непроизводственной” сфере...» [6].

В публичной сфере сегодня конкурируют несколько дискурсов о здравоохранении. Анализ показывает, что доминирующим является дискурс, производимый государственными чиновниками и политиками. Критический дискурс более известен в профессиональных кругах работников здравоохранения, но вопрос о его реальном влиянии на представления людей, принимающих решения, или широкого круга специалистов, требует дальнейших исследований.

Список литературы

1. Филипс Л. Дискурс-анализ. Теория и метод: пер. с англ. / Л. Филипс, М.В.Йоргенсен. Хельсинки: Изд-во Гуманитарного Центра. 2004.

2. Доклад министра здравоохранения Российской Федерации В.И.Скворцовой на заседании итоговой Коллегии Минздрава России «Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2015 году и задачах на 2016 год». – URL: <https://static1.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/030/213/original/%D0%94%D0> (дата обращения: 10.06.2018).

3. Государственный доклад о реализации государственной политики в сфере охраны здоровья за 2016 год. – URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/programms/gosudarstvennyu-doklad-o-realizatsii-gosudarstvennoy-politiki-v-sfere-ohrany-zdorovya-za-2015-god> (дата обращения: 21.10.2017).

4. Комаров Ю.М., Ермаков С.П. Почему растет смертность в РФ? // Комитет гражданских инициатив. Официальный сайт. – URL: <https://komitetgi.ru/analytics/2344/> (дата обращения: 10.06 2018).

5. О положении дел в системе здравоохранения России. Доклад Института современной России. – URL: <http://rusmedserver.com/?p=3362> (дата обращения: 10.06 2018).

6. Михаил Прохоров предложил приватизацию здравоохранения и образования. – URL: <http://66.ru/news/society/159453/#> (дата обращения: 10.06 2018).

**ПРОСТРАНСТВЕННОЕ ВКЛЮЧЕНИЕ/ИСКЛЮЧЕНИЕ
ПОЖИЛЫХ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ***
**SPATIAL INCLUSION/EXCLUSION OF OLD-AGE PEOPLE
WITH DISABILITY**

И.С. Петухова

*Санкт-Петербургский государственный университет, ИТМО,
Петрозаводский государственный университет, г. Санкт-Петербург*

I.S. Petukhova

St. State University, ITMO,

Petrozavodsk State University, Saint-Petersburg

Демографическое старение изменяет возрастную структуру населения. Существует разрыв в исследованиях, связывающих возраст, место, сообщество и социальные практики. Исследованы различные возможности для включения пожилых с инвалидностью в различные социальные практики.

Demographic ageing change the age structure of the population. There is a gap in research, linking age, place, community and social practices. In addition, there is opportunities and prospects of old-age people social inclusion.

Ключевые слова: пространственное исключение, пространственное включение, пожилые с инвалидностью, социальные практики

Keywords: spatial exclusion, spatial inclusion, old-age people with disabilities, social practices

Актуальность изучения пространственного поведения пожилых обосновывается глобальными демографическими трансформациями, результатом которых является увеличение доли людей третьего и четвертого возраста в возрастной структуре населения. Однако, не стоит забывать о том, что важным является не столько организация долговременного ухода за

* Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда (проект №14-18-03434) по теме: «Модели взаимодействия общества и пожилых людей: исследование возможностей социальной инклюзии».

старшими группами населения, сколько обеспечение включения этих групп в различные социальные практики активного и здорового долголетия.

С возрастом обменные процессы «пожилой – окружающая среда» приобретают все более значимый характер: средовые факторы определяют пространственное поведение пожилого человека. Пространственная изоляция пожилых с инвалидностью может приобретать самые разные формы. Во-первых, пожилые люди, которые не живут в благоприятной для них среде, чаще сталкиваются с препятствиями для выхода на улицу, физическими барьерами и пр. Во-вторых, неблагоприятные условия, как правило, дают меньше возможностей для инфраструктуры различных видов практики: зеленые насаждения, учебные центры и спортивные площадки. В-третьих, пожилые люди, проживающие в неблагоприятных районах, с большей вероятностью сами оказываются в неблагоприятном положении и, следовательно, ограничены в своих жизненных шансах и в других областях. Наконец, жители неблагоприятных районов реже идентифицируют себя со своей средой обитания.

Социальное исключение носит многоаспектный характер и может относиться к исключению из материальных ресурсов и гражданского общества, сферы услуг, районов проживания и социальных отношений. Видится, что пространственное исключение пожилых (особенно в условиях наличия инвалидности) может быть проанализировано с точки зрения экологической геронтологии. Проживание и окружающая среда влияют на жизнедеятельность пожилых; в первую очередь, это связано с такими факторами, как доступность (социальных и других сервисов), безопасность (в месте проживания) и связь с местом и окружающей средой.

Впервые важность экологических характеристик как факторов, влияющих на удовлетворенность жизнью, здоровье и благополучие человека, была подчеркнута в исследованиях М.П. Лотена. Эти теории подкреплялись исследовательскими данными, в которых связывались возраст и окружающая среда; ученый описывал, как индивидуальное поведение человека и его удовлетворенность жизнью детерминируются связям между окружающей средой и принадлежностью индивида к этой среде. Экологическая теория старения (ETA, Environmental Theory of Ageing) Лотена описывает поведение человека, здоровье и благополучие как функции личностной компетенции и влияния окружающей среды [1]. К. Левин ввел термин «жизненное пространство» как психологическое поле, включающее поведение человека, которое, в свою очередь, складывается из персональных характеристик человека, а также характеристик окружающей среды ($B=f(P,E)$) [2]. К началу XXI века количество исследований в этой сфере заметно выросло. Последние

исследования в этой области являются более комплексными и интегративными для понимания отношений «человек – окружающая среда» и их обменных процессов в поздней жизни [2]. Так, Ф. Освальд отмечает важность анализа отношений «человек – окружающая среда» с точки зрения подхода социального исключения / пространственного исключения пожилых. Экологическая геронтология инкорпорирует в себе такие сферы жизни пожилого, как доступность, безопасность и принадлежность к месту жительства.

В Европейских исследованиях можно встретить характеристику окружающей среды согласно интересам и потребностям пожилых: (1) внутренний пояс города – характеризуется транспортной доступностью, смешанным соседством, старыми постройками с ограниченным доступом; (2) пригородные территории – характеризуется сокращенным доступом к социальным и другим сервисам, большими расстояниями, проживанием в семьях, отдельным проживанием; (3) территории высокого риска – характеризуются частой сменой соседей, высоким уровнем миграции, высокой доступностью к социальным и другим сервисам. Согласно исследованиям европейских социологов, наиболее благоприятными территориями, способствующими включению пожилых с инвалидностью в различные социальные практики, являются территории, относящиеся к внутреннему поясу города, несмотря на то, что многие здания старой застройки фактически закрыты для посещения ими пожилых с инвалидностью [1].

Пространственное исключение пожилых относится к одному из шести измерений, описывающих социальную эксклюзию (культура, экономические отношения, социальная среда, сервисы, гражданское участие и политическая вовлеченность, материальные ресурсы). Так, анализируя пространственное поведение пожилых мы можем согласиться с Г. Эвансом в том, что большинство исследований пространства и пространственного поведения сосредоточены на трех ключевых элементах: привязанности к месту, общем интересе и чувстве идентичности [3]. Данные элементы непосредственно связаны с феноменом социального включения (или исключения) пожилых с инвалидностью из этого пространства. Так, привязанность к месту характеризует не только социальные связи со средой обитания, но также и физические связи с местом жительства пожилого (этим можно объяснить, в частности, желание человека стареть по месту жительства: чувство физической принадлежности к месту, а также чувство контроля над собственной жизнью).

Отношения между возрастом, пространством и социальным исключением могут быть описаны, подобно А. Ванке и К. Волшу, через треугольник «Возраст – пространство – социальное исключение» (ASE triangle) [3]. Соседство/социальное пространство должно пониматься как пространственно-

физическая среда обитания, а также как социальная среда для участия и поддержки социальных сетей и основа для успешного решения проблем повседневной жизни. Однако, неизученным аспектом остается роль, которую могут играть пожилые в формировании пространства и среды через их повседневную практику. ASE треугольник является инструментом для формирования всеобъемлющего видения старения и социальной эксклюзии с акцентом на месте/пространстве. Однако, не следует забывать о других аспектах исключения. Из-за увеличения продолжительности жизни и дифференцирования образа жизни число пожилых людей, живущих без сильных социальных связей и, собственно, без сильной социальной поддержки, может увеличиться. В этой связи особое значение будут иметь социальные услуги.

Еще одним важным понятием, характеризующим феномен пространственного включения/исключения пожилых с инвалидностью, является «старение по месту жительства», больше известное как ‘ageing in place’. Несмотря на все бонусы этого процесса и желание пожилых стареть по месту жительства, оно создает определенные трудности для социальных сервисов и предъявляет определенные требования к физической среде, в которой происходит старение.

Таким образом, взаимодействие «человек – окружающая среда» приобретают особую значимость в поздней жизни. Здоровье и социальное участие выступают производными феноменами этого взаимодействия. Ageing in place позволяет активизировать обменные процессы между человеком и окружающей средой.

Список литературы

1. Oswald F., Wahl H. Creating and sustaining homelike places in own home environments. *Environmental Gerontology* 2013; 53–77.
2. Wahl H., Oswald F. Environmental perspectives on aging. *International Handbook of Social Gerontology* 2010; 111–124.
3. Moolaert T., Wanka A. and Drilling M. (2017). Mapping the Relations Between Age, Space, and Exclusion. ROSEnet Community and Spatial Working Group, Knowledge Synthesis Series: No. 5. CA 15122 Reducing Old-Age Exclusion: Collaborations in Research and Policy.
4. Successful aging in social environment and neighborhood. Available from: https://www.researchgate.net/publication/279301056_Successful_aging_in_social_environment_and_neighborhood [accessed May 21 2018].
5. Warburton J., Hung S. and Shardlow S. Social inclusion in an ageing world: introduction to the special issue. *Ageing and Society* 2013; 33: 1-15.
6. World Health Organisation. Active Ageing: A Policy Framework.

**СОЦИАЛЬНЫЙ КАПИТАЛ ИНВАЛИДОВ В РОССИИ
И ДРУГИХ ЕВРОПЕЙСКИХ СТРАНАХ**
**SOCIAL CAPITAL OF DISABLED PEOPLE IN RUSSIA
AND OTHER EUROPEAN COUNTRIES**

В.А. Прохода

*Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова,
Финансовый университет при Правительстве РФ, г. Москва*

V.A. Prokhoda

Lomonosov Moscow State University,

Financial university under the Government of the Russian Federation, Moscow

Анализируются результаты межстранового социологического исследования. Межличностное доверие и частота социальных контактов рассматриваются как индивидуальные индикаторы социального капитала. Констатируется, что в большинстве европейских стран-участниц проекта респонденты с инвалидностью характеризуются сравнительно низким уровнем социального капитала.

The results of intercountry sociological research are analyzed. Interpersonal trust and the frequency of social contacts are considered as individual indicators of social capital. It is noted that in most European countries participating in the project, respondents with disabilities are characterized by a relatively low level of social capital.

Ключевые слова: инвалиды, здоровье, социальный капитал, межличностное доверие, социальные контакты

Keywords: disabled people, health, social capital, interpersonal trust, social contacts

Эмпирической базой для публикации послужили данные восьмой волны социологического исследования «Европейское социальное исследование» (ESS), проведенного в 2016 г. «ESS» – проект, в рамках которого с 2002 г. проводится многолетнее сравнительное изучение установок, взглядов, ценностей и поведения населения европейских стран (Россия участвует в «ESS» с 2006 г.). Опрос проводился в странах Европы среди населения в возрасте 15 лет и старше по репрезентирующей население выборке. Выборка составила от 880 человек в Исландии до 2852 человек в Германии. Метод сбора первичной социологической информации – личное интервью (face-to-face) на дому у респондентов. В России опрос проведен ЦЕССИ (Институт сравнительных социальных исследований) в октябре 2016 – январе 2017 г., размер выборки – 2430 респондентов. На международном уровне проект координируют сотрудники City University London, а также других европейских научных организаций.

Отечественные и зарубежные исследования подтверждают наличие связи между социальным капиталом и состоянием здоровья [1; 2]. Предпринимаются попытки выявления причинно-следственных связей. При этом отмечается возможность наличия как прямой, так и обратной причинно-следственной связи

[2; 3]. Под социальным капиталом понимается потенциал взаимного доверия и взаимопомощи, формируемый в межличностных отношениях, то, что облегчает индивидуальные или коллективные действия, генерирует сети отношений, взаимности, доверия и социальные нормы [4].

Ключевым индикатором социального капитала является доверие. Ф. Фукуяма определяет социальный капитал как определенный потенциал общества или его части, возникающий как результат доверия между его членами [5]. Р. Патнэм рассматривает социальный капитал – как традиции социального взаимодействия, уходящие вглубь истории, предполагающие нормы взаимности и доверия между людьми [6]. Подчеркивается, что социальный капитал реализуется через существующие нормы неформального общения и доверие.

В ESS межличностное доверие измерялось с помощью следующих вопросов. 1. *Вы считаете, что большинству людей можно доверять, или Вы склоняетесь к мнению, что даже излишняя осторожность в отношениях с людьми не помешает?* 2. *Большинство людей постарались бы Вас использовать, если им представилась такая возможность, или люди постараются вести себя с Вами честно?* 3. *В большинстве случаев люди стараются помочь другим или они чаще всего заботятся только о себе?* Проведенный факторный анализ показал, что они группируются в один фактор с условным названием «межличностное доверие», характеризующий уровень межличностного доверия респондентов.

К числу инвалидов были отнесены респонденты, отметившие, что категория «инвалид» применима к ним, если вспомнить о семи днях, предшествующих опросу. Зависимость между межличностным доверием и наличием или отсутствием статуса инвалида выявлялась с использованием процедуры корреляционного анализа (коэффициент ранговой корреляции Спирмена). Страны-участницы проекта можно разделить на две группы. В первой группе, включающей в себя Бельгию, Великобританию, Германию, Исландию, Нидерланды, Финляндию, Францию, Чехию, Швейцарию, Эстонию, была выявлена статистически значимая отрицательная корреляционная связь. Иными словами, люди с инвалидностью в этих странах демонстрируют по сравнению с остальным населением сравнительно низкий уровень межличностного доверия. Во второй группе (Австрия, Норвегия, Польша, Россия, Словения, Швеция) статистически значимая корреляция отсутствует. При этом, если жители Норвегии и Швеции демонстрируют вне зависимости от наличия/ отсутствия статуса инвалида высокий уровень межличностного доверия, то население Польши, России и Словении – самый низкий в сравнении с другими странами-участницами проекта.

Теоретическая интерпретация социального капитала у большинства исследователей сопряжена с использованием понятий «социальные связи» и «социальные сети». В таком контексте важным индикатором социального капитала выступает частота социальных контактов. В рамках ESS частота межличностных контактов измерялась, в том числе с использованием переменной, характеризующей, *как часто, по сравнению со сверстниками, респондент проводит время с людьми не по работе, а чтобы пообщаться или для различной совместной деятельности, развлечений*. Проведенный корреляционный анализ (коэффициент ранговой корреляции Спирмена) позволил констатировать во всех странах-участницах ESS, за исключением Исландии, наличие статистически значимой отрицательной связи (Россия – $r = -0,072$; $p < 0,01$) между частотой социальных контактов и наличием статуса инвалида. Это означает, что опрошенные с инвалидностью сравнительно реже остального населения отмечают наличие социальных контактов.

Полученные результаты позволяют констатировать наличие в большинстве европейских стран зависимости между индивидуальными индикаторами социального капитала и наличием у респондентов статуса инвалида. В целом опрошенные с инвалидностью характеризуются сравнительно низким уровнем социального капитала. В заключение отметим, что в рамках настоящей публикации рассматриваются лишь отдельные аспекты затрагиваемой проблематики.

Список литературы

3. Нилов В.М. Социальный капитал и здоровье: методологические проблемы исследований // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. 2011. Вып. 1. С. 217-220.

4. Suhrcke M., McKee M., Rocco L.. Инвестиции в здоровье: ключевое условие успешного экономического развития стран Восточной Европы и Центральной Азии [Электронный ресурс] // Европейская Обсерватория по системам и политике здравоохранения. 2008. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/74740/E90569R.pdf (дата обращения: 24.06.2018).

5. Галахова А.В. Социальный капитал семей с детьми-инвалидами в свете ключевых социологических теорий // Вестник Саратовского государственного технического университета. 2009. Т. 2. № 1 (38). С. 251-257.

6. Coleman J. Social Capital in the Creation of Human Capital // The American Journal of Sociology. 1988. Vol. 94. P. 95-120.

7. Фукуяма Ф. Доверие: социальные добродетели и путь к процветанию: Пер. с англ. Д. Павловой, В. Кирющенко, М. Колопотина М.: ООО «Издательство АСТ»: ЗАО НПП «Ермак», 2004. 730 с.

8. Патнэм Р. Чтобы демократия сработала: гражданские традиции в современной Италии. Пер. с англ. Захаров А. М.: Ad Marginem, 1996. 287 с.

**ОСОБЕННОСТИ АКТИВИЗАЦИИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ
В СОВРЕМЕННОМ РОССИЙСКОМ ОБЩЕСТВЕ**
**THE CHARACTERISTICS OF PENSIONER'S ACTIVIZATION
IN MODERN RUSSIAN SOCIETY**

В.Г. Соколенко

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

V.G. Sokolenko

Lobachevsky University

Выявляются направления активизации лиц пенсионного возраста.
Activization directions of pensioners are shown.

Ключевые слова: пожилые люди, процесс активизации
Keywords: pensioners, activization process

Период старости является завершающим этапом в жизни человека. Он характеризуется сменой внешности личности, психического состояния и реакций, происходит уменьшение общего уровня активности человека, что идет вкупе с некоторыми ограничениями физических возможностей.

Пожилыми являются люди с совершенно различными особенностями: кто-то крепкий, сильный и здоровый, в то время как другой – немощный старик, испытывающий затруднения от физиологических и психологических изменений организма. К пожилым относятся люди всех сословий и страт, у них разный уровень образования, разный профессиональный опыт и разные способы проведения досуга.

Уровень жизни в обществе и статус пожилых людей зависят от состояния их здоровья. Последнее оценивается через его самооценку людьми пенсионного возраста. Старость всегда у каждого протекает по-своему, следовательно, и самооценки будут существенно различаться друг от друга.

Вторым индикатором, отражающим здоровье, является уровень активной деятельности. Некоторая часть пожилых отводит ей меньше времени из-за различных болезней, изменений зрения, слуха, затруднений с функционированием опорно-двигательного аппарата. По различным оценкам специалистов, уровень заболеваемости среди пожилого населения в среднем в 6 раз больше, чем у молодых [1].

Существует несколько типологий пожилых людей, которые адаптируются к старости. Я хотел бы остановиться на типологии Д.Б.Бромлея. Согласно этой типологии, есть пять типов адаптации к старости: первый тип, «Конструктивный», характеризуется позитивным и здравым отношением к себе и к окружающему миру, умением наслаждаться жизнью; второй тип, «Зависимый», является больше положительным, но данные люди, хотя и хорошо адаптированы, более полагаются на помощь со стороны; третий тип, «Оборонительный», излишне самостоятельны, отказываются от любой помощи, стараются оградиться от окружающего мира; четвертый тип, «Враждебный», проявляется через агрессию и перекладывание вины за неудачи на окружающих, также люди данного типа ограничивают себя от любых контактов с социумом; пятый тип, «Самоненавидящий», характеризуется агрессией, направленной на самого себя, самобичеванием, пессимистичностью, смерть для людей такого типа – избавление от страданий [2].¹

Социальная активность являет собой систему форм деятельности людей, она призвана решать задачи, которые стоят перед обществом или определенной социальной группой. Одними из основных составляющих активизации являются ответственность, самостоятельность, готовность оказать помощь обществу в достижении социально-значимых задач, но самым важным атрибутом является принцип добровольности. Активизация характеризуется через несколько параметров:

1. Мотив деятельности.
2. Положительное отношение человека к деятельности.
3. Удовлетворение осуществляемой деятельностью.

Эти параметры зависят как от субъективных составляющих (качества личности, уровня образования, мотивированности, жизненной позиции), так и от объективных (представлениями общества о пенсионерах, уровне согласованности действий социальных институтов, изменением системы социального управления).

Активизация призвана преобразовывать период старости в продуктивное время для культурной, творческой, самообразовательной деятельности, реализации новых занятий и увлечений, конкретизации и удовлетворения новых потребностей в культурной жизни социума.

Активизация пожилого человека находится в зависимости от его духовных ценностей и потребностей. У людей с развитой физической и эмоциональной стороной личности улучшение интеллектуального уровня может продолжаться и после 80 лет. Исходя из всего этого, активизация

1 Ильин Е.П. Психология взрослости. СПб.: Питер, 2012. С. 122.

пожилого человека – это характеристика целенаправленной деятельности человека, что сопряжено с преобразованием окружающей среды и формированием социальных черт человека. Она находится в зависимости от социального статуса, здоровья, ближайшего окружения, от качества работы социальных институтов и от общего настроя [3].

Выделяют несколько направлений активизации пожилых: общественно-политическое, семейно-бытовое, социокультурное, обучение, волонтерство.

Продолжительная деятельность в общественных сферах может исходить только из личной мотивации, что может свидетельствовать об активной жизненной позиции человека. Пожилым людям нравится выполнять общественно значимые задачи, что выступает компенсацией их прошлой трудовой деятельности, зачастую это связано с престижностью, пусть особого денежного дохода и не приносит.

Активизация в области творчества помогает осмысливать другие цели и потребности пожилого человека. Она развивает навыки коммуникации пожилых, потому что повышается креативность, можно по-новому взглянуть на привычный мир, чего зачастую не хватает из-за особенностей протекания возраста. Все это призвано помочь пенсионерам преодолевать различные ситуации, в которых стереотипное мышление обычно испытывает затруднения. Одновременно с этим период старости является как раз тем временем, когда можно проявить свою креативность и изобретательность.

Важной составляющей трудовой деятельности являются потребности личности в быту, заинтересованность членов семьи, отношения в трудовом коллективе, личное желание совершенствовать уровень профессионализма, а также осознание полезности труда для социума. Зачастую такая деятельность является источником дополнительного дохода, что является пассивным трудом, «отчужденным». Если же он идет из внутренней мотивации выполнять общественно важные роли и самореализации, то именно такой труд принято называть социальной активностью пенсионера.

Активизация деятельности пожилых людей, направленной в социум, повышает их общий уровень самостоятельности, ибо такие люди выполняют не только привычные им действия, но также и новые, неизвестные, позволяющие проявлять свою смекалку. Это помогает развивать личность, которая сможет контролировать свою жизнь и принимать более значимое участие в жизнь общества.

Стимуляция, активизация пенсионеров к деятельности может принести большую выгоду обществу и сделать пожилых людей более счастливыми, делая их жизнь более активной и творческой.

Размышляя о сущности процесса активизации, можно выделить следующие функции данного явления:

1. помогает пожилым людям с большим успехом интегрироваться в политическую, экономическую, социальную и культурную жизнь всего общества;

2. способна улучшать мнение общества о старости и пожилых людях;

3. стимулирует внедрение новых программ и культурных акций, которые дают всем пенсионерам необходимые им социальные гарантии;

4. способствует возрастанию количества квалифицированных специалистов работу в учреждениях, которые направлены на оказание поддержки пенсионерам в удовлетворении их нужд, потребностей, интересов и желаний [4].

Главная функция активизации заключается в том, чтобы пенсионер был в состоянии самостоятельно исправить, улучшить или сохранить любую ситуацию благодаря использованию внутренних и внешних ресурсов, а также осуществлять активную общественную жизнь.

Активизация лиц пенсионного возраста – деятельность, целью которой является улучшение социальной среды и выработка особых, коммуникативных навыков личности. Все это зависит от общего настроения, самооценки, субъективного мнения о своем состоянии пенсионера. Активизация имеет несколько направлений: социально-политическое, трудовое, семейное, бытовое, досугово-культурное, образовательное, волонтерская деятельность. Все это способствует более успешной интеграции инвалидов в новый социальный статус, раскрывать свою личность и применять в жизни весь накопленный опыт, а также продуктивно саморазвиваться.

Список литературы

5. Холостова Е. И. Социальная работа с пожилыми людьми. М., 2013. С. 48.

6. Ильин Е.П. Психология взрослости. СПб.: Питер, 2012. С. 122.

7. Румянцева Е. С. Социально-политическая активность пожилых людей в условиях трансформирующегося общества // Вестник Поволжского института управления. 2009. С. 158-165.

8. Старость в современном российском обществе: интеробъективный и интересубъективный контексты / под ред. М.Э. Елютиной. Саратов: Изд-во Саратов. гостехн. ун-та. 2010. С. 54.

**ИНДУЦИРОВАННАЯ ОБЩЕСТВОМ СОЦИАЛЬНАЯ
ИНВАЛИДИЗАЦИЯ**
SOCIAL INVALIDIZATION INDUCED BY SOCIETY

С.В. Соколовский
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
S.V. Sokolovskij
Lobachevsky University

Рассматривается роль общества в формировании барьеров, не позволяющих пожилому человеку на равных участвовать в жизни этого общества.

The paper is considered with the role of society in the formation of barriers that do not allow an elderly person to participate equally in the life of this society.

Ключевые слова: общество, пожилой возраст, социальная инвалидизация
Keywords: society, old age, social invalidization

Намечающиеся в последнее время в Российской Федерации изменения в области пенсионного законодательства привели к росту общественного интереса к проблеме людей старшего возраста. Это является следствием широко распространенного, нашедшего свое отражение в многочисленных социологических теориях мнения, что пожилой человек является социально незащищенным, отторгаемым обществом членом. Таким образом, предположительно, общество индуцирует процесс социальной инвалидизации этой возрастной категории людей, приводящий к ограничению возможностей их личной жизнедеятельности в обществе. В частности, серьезной социальной проблемой может оказаться потенциальная безработица среди лиц, которым станет недоступной пенсия по возрасту.

Однако, по данным опроса Всероссийского Центра изучения общественного мнения [1], лишь 8% опрошенных россиян испытывают при виде пожилого человека такие отрицательные эмоции, как неловкость и 2% – раздражение. Напротив, уважение отметили 57% респондентов, жалость – 38%, желание помочь – 35%. Похоже, общество в целом не стремится возвести стену перед пожилыми гражданами.

Как же, со своей стороны, относятся к обществу люди предпенсионного возраста?

В процессе опроса о социальных противоречиях в современной России [2] люди в возрасте 45-59 лет чаще других отмечают в своих ответах наличие неприязни:

- между богатыми и бедными (88% при среднем 86%);

- между руководящими работниками и простыми рабочими, служащими (76% при среднем 74%);
- между предпринимателями и наемными работниками (76% при среднем 73%);
- и даже между работающими в бюджетных и коммерческих организациях (42% при среднем 40%).

В то же время пожилые люди относятся без ярко выраженной неприязни (не замечают ее среди окружающих) между:

- русскими и людьми других национальностей (58% при среднем 60%);
- рабочим классом и интеллигенцией (53% при среднем 58%);
- между коренными жителями и приезжими (53%, хоть и выше среднего 52%, но более молодые возрастные группы отмечают 53-57%);
- между жителями села и горожанами (46% при среднем 46%).

Таким образом, предположение, что предпенсионный возраст в целом характеризуется повышенной конфликтностью, не находит своего подтверждения.

Определенная чувствительность наблюдается лишь в вопросах, которые могут касаться отношений трудоустройства.

Отношение собственно к труду у пожилых людей чуть более взвешенное, без фанатизма и энтузиазма [3]. При возможности получать «достаточно денег, чтобы не работать» «увуолились бы и больше не работали» 29% опрошенных в возрасте 45-59 лет (среди младших возрастных групп такой ответ дали лишь 8-14% респондентов). Вероятно, жизненный опыт подсказывает им, что «если Вы станете работать больше или более качественно, Ваша заработная плата» «скорее не вырастет». В этом уверены 72% пожилых респондентов в возрасте 45-59 лет и 84% старше 60. Социальный оптимизм по этому вопросу обратно пропорционален жизненному опыту. В прямую зависимость уровня заработной платы от количества и качества труда скорее верят, чем не верят (57% против 40%), лишь очень молодые люди в возрасте 18-24 лет.

При этом, однако, подобный нигилизм пожилого человека, как правило, не проявляется в негативном отношении к работе. По мнению 65% россиян, пенсионеры относятся к своей работе так же или даже более добросовестно, чем сорокалетние [4]. Пожилые люди так же, несмотря ни на что, не считают, [5] что «многие моральные нормы сегодня уже устарели» (26% против 38-55% у младших возрастных групп), и не собираются «переступить через моральные принципы и нормы», «для того чтобы добиться успеха в жизни» (23% против 42-56% у младших возрастных групп).

Рассмотрим российский рынок труда со стороны соискателя вакансии на предмет отторжения вообще лиц с ограниченными возможностями (к сожалению, конкретно для пенсионеров и лиц предпенсионного возраста аналогичные данные не нашлись). Тем более, что «в России не созданы равные возможности для трудоустройства и образования для людей-инвалидов», – уверены 67% россиян [6].

По результатам опросов [7], работу в основном в качестве квалифицированного рабочего, специалиста, служащего или инженерно-технического работника с зарплатой от 15-34 тыс.рублей находят в течение полугода не менее 64% опрошенных инвалидов [8]. Только 13% инвалидов по слуху не нашли работу в течение года (в остальных категориях их доля составляет 1-3%). Таким образом, ситуация с наймом лиц с ограниченными возможностями, желающих трудиться и активно осуществляющих поиск работы, с социологической точки зрения, выглядит достаточно благоприятно.

Из вышесказанного можно сделать вывод, что пожилой человек в целом может быть хорошим, востребованным на рынке труда, работником – квалифицированным, ответственным и честным. Но препятствием к его трудоустройству в морально нечистоплотном, коррумпированном обществе скорее всего станут именно эти его качества.

Список литературы

1. Пожилая россия: чем живет 30 – миллионное поколение? Пресс-выпуск ВЦИОМ №1325 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=2165>
2. Вместе или порознь? Социальные противоречия в современной России. Пресс-выпуск ВЦИОМ №3243 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=460>
3. Труд – и наслаждение, и счастье? Пресс-выпуск ВЦИОМ №3364 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=740>
4. Выход на пенсию – не повод бросать работу? Пресс-выпуск ВЦИОМ №2978 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=180>
5. Образованных больше, честных – меньше? Пресс-выпуск ВЦИОМ №638 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=2586>
6. Инвалиды и мы: послесловие к инциденту в Нижнем Новгороде. Пресс-выпуск ВЦИОМ №2903 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=115349>

7. Чего ждут от рынка труда люди с ограниченными возможностями? Пресс-выпуск ВЦИОМ №3069 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=280>

8. Трудоустройство с ограниченными возможностями. Пресс-выпуск ВЦИОМ №3131 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=115739>

ПРЕДПОСЫЛКИ К ИНВАЛИДИЗАЦИИ РАБОТНИКОВ В МАЛОМ БИЗНЕСЕ

PREREQUISITES FOR DISABILITY OF WORKERS IN SMALL BUSINESS

Ю.Ю. Чилипенко, Л.С. Данилова
*Национальный исследовательский университет
«Высшая школа экономики», г. Нижний Новгород*
Yu.Yu. Chilipenok, L.S. Danilova
*National Research University
“Higher School of Economics”, Nizhni Novgorod*

На материалах авторского исследования рассмотрен вопрос об отношении работодателей малого бизнеса к здоровью своих работников и сделан вывод, что отсутствие стремления работодателей к сохранению этого ресурса создает предпосылки к росту инвалидизации работников данного сектора экономики.

In the article on the materials of the author's research, the question of the attitude of small business employers to the health of their employees was considered and a conclusion was drawn that the lack of employers' desire to preserve this resource creates prerequisites for the growth of disability of workers in this sector of the economy.

Ключевые слова: малый бизнес, здоровье, работники, работодатели, инвалидизация
Keywords: small business, health, employers, employees, disability

Тема социальной ответственности малого бизнеса не теряет своей актуальности, включая в себя обсуждение различных форм ее проявления. По данным нашего предыдущего исследования [1], работодатели этого сектора экономики вкладывают свой смысл в понятие социальной ответственности: нередко под социальной ответственностью рассматривается продажа качественных продуктов и уплата налогов, а также забота об экологии или сама специфика бизнеса, которая, по мнению ряда работодателей, уже делает его социальноответственным (например, оказание юридических услуг, защита авторских прав и т.д.). Если анализировать высказывания, относящиеся непосредственно к работникам, то создание рабочих мест и «белая» зарплата, по мнению работодателей, являются яркими свидетельствами социальной ответственности. Однако крайне редко работодатели связывают понятие социальной ответственности с заботой о собственных работниках. Причина

здесь кроется в том, что среди ценностных ориентаций работодателя, как показало еще одно наше исследование [2], работники не занимают сколько-нибудь значимого места. Основные цели бизнеса – получение прибыли, удовлетворение интересов клиентов, самореализация, обеспечение собственной семьи и т.д. В то же время сами работодатели называют человеческий ресурс важнейшим для своего дела. Здесь и возникает глобальная проблема и противоречие – человеческий ресурс для малого бизнеса крайне важен, но работодатели не уделяют ему должного внимания, что выражается не только в отсутствии стремления повышать уровень благосостояния или профессиональных компетенций работников, но и, элементарно, в равнодушии к их здоровью.

К сожалению, в российской практике, несмотря на видимые выгоды, внимание здоровью работников уделяют лишь крупные публичные компании, заботящиеся о своем имидже работодателя. Можно сказать, что это отличительная особенность именно малого бизнеса – невозможность и нежелание вкладываться в этот ресурс. В отличие от крупных компаний здесь нет мероприятий, направленных на поощрение здорового образа жизни, корпоративных спортивных программ, регулярных медицинских осмотров и т. д. Однако причина очевидна: *«у меня нет на это денег, еле на зарплату им хватает»* — отмечает руководитель салона по продаже элитной обуви.

В результате следует вывод о том, что в ситуации, когда малый бизнес не в состоянии и/или не имеет желания заботиться о здоровье своих работников, приходится делать ставку на высокий уровень «входящего» ресурса здоровья, то есть полагаться на то, что приходящие в организацию работники изначально обладают высоким уровнем этого ресурса. Действительно, проведенное нами ранее исследование [3] доказывает, что ресурс здоровья – единственный ресурс работников малого и среднего бизнеса, уровень которого можно определить как высокий (в отличие от ресурса финансового, материального, квалификационного, информационного и др.). Вследствие этого очень остро встает проблема его сохранения.

Цель нашего исследования – изучение мнения работодателей малого бизнеса о необходимости сохранения здоровья их работников.

Объект исследования – работодатели малого бизнеса.

Предмет исследования – отношение работодателей малого бизнеса к необходимости заботы о здоровье работников.

Метод исследования – полуструктурированное интервью.

Опрошено 36 работодателей малого бизнеса. Мужчин – 29. Женщин – 7.

Время проведения исследования – июль 2018 г.

В результате предположение о том, что работодатели малого бизнеса мало озабочены состоянием здоровья своих работников, нашло свое подтверждение. Причин этого несколько:

1) *«я не оформляю всех работников, т.к. у меня огромная текучка, поэтому мне все равно, как они себя чувствуют, лишь бы сегодня все отработали смену»*, – говорит об официантах владелец популярного городского ресторана. (Интересно, что при этом средняя продолжительность смены официантов составляет 14 часов, а в дни матчей Чемпионата мира по футболу приходилось работать и по 19-20 часов).

2) *«мне все-равно, лишь бы не платить больничный. Пусть идут домой и отлеживаются, а завтра приходят. Могу позволить день-два им побыть дома, врача вызывать не обязательно»*, – сообщает руководитель офиса продаж электротоваров.

3) *«просто некому работать. Есть сроки, есть обязательства перед заказчиками, надо ехать»*, – отмечает владелец транспортной компании.

4) *«они сами выходят на работу больными и не хотят брать больничный»*, – замечает руководитель пункта выдачи товаров, купленных через Интернет.

5) *«у нас в принципе сложные условия труда, особенно в осенне-зимний период, люди почти всегда простывшие, но приходится работать»*, – подчеркивает руководитель офиса продаж на рынке стройматериалов.

6) *«многие пытаются доработать до пенсии, поэтому работают несмотря на проблемы со здоровьем»*, – информирует владелец мебельной компании.

Таким образом, отношение работодателей малого бизнеса к здоровью своих работников не способствует росту и поддержанию высокого уровня данного ресурса. Зачастую это связано с объективными причинами, обусловленными финансовой и материальной невозможностью малого бизнеса затрачивать дополнительные средства на профилактические мероприятия и даже на обеспечение нормального режима труда и отдыха для своих работников. А это повышает вероятность роста инвалидизации данной группы трудоспособного населения. В то же время среди опрошенных работодателей не нашлось тех, кто высказал бы желание взять к себе на работу людей с ограниченными возможностями по здоровью, инвалидов, опять же по разным причинам: *«Зачем? У меня и здоровье-то не справляются»*; *«У меня нет нужной инфраструктуры. Они просто не смогут попасть в здание, где расположен наш офис»*; *«У меня нет средств на то, чтобы о них заботиться, это дорого, ведь им надо обустраивать специальные рабочие места»* и т.д.

Обсуждая рассматриваемую тему, следует обратить внимание еще на ряд важных аспектов, касающихся не только малого бизнеса:

1. В контексте современных перспектив значительного повышения возраста выхода на пенсию следует ожидать, что количество инвалидов в числе лиц трудоспособного возраста значительно возрастет. И этот факт придется принимать во внимание.

2. Нельзя не принимать во внимание и демографические кризисы, приток мигрантов с низкой квалификацией, а также высокий уровень инвалидизации населения из-за рождения детей с ограниченными возможностями.

3. Высок риск повышения уровня профессиональных заболеваний, вследствие разрушения советской системы их лечения и профилактики, что также ведет к росту уровня заболеваемости с последующей инвалидизацией людей трудоспособного возраста.

4. Обязанность по проведению обязательного медицинского осмотра для сотрудников наложена на бизнес сравнительно недавно, и далеко не все работодатели исправно исполняют эту обязанность. Кроме того, переработки и нарушения режима труда и отдыха нередко приводят к травматизму и смертельным трагедиям.

5. Внедрение информатизации и распространение «сидячих» профессий также напрямую касается современного бизнеса. Непосредственная работа на компьютере может занимать до 12 часов в условиях ненормированного рабочего дня. Это нарушает все санитарные нормы, а механизм ответственности за нарушение данных норм отсутствует.

6. Нередко сотрудники сами соглашаются на подобные условия труда по разным причинам. Нельзя исключать и попустительское отношение самого работника к своему здоровью.

В заключении стоит отметить, что малый бизнес дает работу наиболее разнообразной, разноплановой группе населения, в этом его отличительная черта. Он наиболее терпим к работникам разных возрастов, разного уровня образования, разных социальных слоев, разных национальностей и т.д. Однако, что касается уровня здоровья, то здесь, с одной стороны, уровень лояльности к работникам с ограничениями по здоровью достаточно низкий, с другой стороны, стремление к сохранению ресурса здоровья работников оставляет желать лучшего.

Список литературы

1. Чилипенко Ю.Ю., Сизова И.Л. Социальная ответственность работодателя малого и среднего бизнеса в трудовых отношениях // Журнал исследований социальной политики. 2017. № 1. С. 67-80.

2. Чилипенко Ю.Ю. Современный работодатель в малом и среднем бизнесе: цели, ценности, ресурсы // Социальная политика и социология. 2015. №4. С. 191-198.

3. Чилипенко Ю.Ю., Осипова О.С. Ресурсы работников малого и среднего бизнеса и их самочувствие на рынке труда // Вестник РУДН. Серия Социология. 2016. № 2. С. 386-402.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОБРАЗА ИНВАЛИДА
В КОММЕРЧЕСКОЙ РЕКЛАМЕ**
**THE USAGE OF THE IMAGE OF DISABLED PERSON
IN COMMERCIAL ADVERTISING**

Н.В. Шалютина

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

N.V. Shalyutina

Lobachevsky University

Рассматривается феномен использование образа инвалидов в коммерческой рекламе. Анализируются три группы факторов, влияющих на распространение этого тренда: коммерческая выгода, тренд на социальное участие и эволюция рекламы как жанра.

In article is discussed the phenomenon of the usage of the image of disable people in commercial advertising. Three groups of factors are analyzed: commercial profit, Trend for social participation and the evolution of advertising as a genre.

Ключевые слова: гибридная реклама, социальная реклама, социальные тренды, инвалидность, ампутанты

Keywords: hybrid advertising, social advertising, social trends, disability, amputees

За последнее десятилетие на мировом рекламном рынке появилось множество роликов с участием инвалидов, причем речь идет о коммерческой рекламе. Ранее люди с ограниченными возможностями не были представлены в рекламе. Можно констатировать возникновение новой формы рекламных сообщений – гибридной рекламы, которая совмещает в себе элементы коммерческой и социальной. С чем связано появление и широкое распространение такого типа рекламы?

Можно выделить три группы факторов, повлиявших на появление гибридной рекламы: во-первых, коммерческая выгода, во-вторых, тренд на социальное участие и разгосударствление социальной сферы [1] и, в-третьих, эволюция рекламы как жанра.

Что касается выгоды для коммерческих акторов, прежде всего можно констатировать активное использование в коммерческих целях технологий социальной рекламы.

Коммерческая реклама исчерпала возможности влияния на потребителя. Согласно исследованиям ВЦИОМ, рекламу смотрят и слушают только 14% опрошенных и только 3% доверяют рекламной информации [2]. Весь рекламный бизнес построен на конвенциональной модели. Предполагается, что коммерческая реклама способствует продвижению товара или бренда, оказывая коммуникативное воздействие на целевую аудиторию: информируя адресатов, улучшая мнение о продукте, сообщая о реальных или символических выгодах от его использования, т.е., создавая предрасположенность к выбору данного объекта. Но такое понимание воздействия рекламы так и не было четко подтверждено[3], предположение о прямом и сильном влиянии медиа контента на зрителя родилось в первой половине 20-го века в рамках Чикагской школы, это так называемая «теория магической пули», согласно которой, чем больше зритель видит какое-либо сообщение, тем сильнее оно на него влияет и даже побуждает к каким-то действиям. Спор между сторонниками и противниками этой точки зрения до сих пор ведется, между тем опросы показывают, что, прежде всего, покупатели ориентируются на собственный опыт (77,3%), мнения родственников и друзей (16,3%), мнения экспертов и только затем – на рекламу (1,7%)[4].

И тут на помощь рекламодателям может прийти социальная реклама. Расчет состоит в том, что зритель не будет откровенно враждебен к информации, посчитав её социально значимой и досмотрит до конца. Социальная тематика удерживает внимание зрителя, воздействует на эмпатию и чувство социальной ответственности. Если от коммерческих предложений зрители привыкли «закрывать», то социальная реклама – это информирование, как правило, без прямой просьбы денег, поэтому к социальной рекламе относятся терпимее. Коммерческая реклама использует образовательные и PR технологии, на которых как раз специализируется реклама социальная, здесь задачей является не столько побудить к непосредственным действиям, сколько информировать, изменить мнение. Именно такие первичные задачи можно ставить перед коммерческой рекламой: продвижение потребительского бренда.

Второй аспект коммерческой выгоды – это возможности ребрендинга. Гибридизация рекламы – это создание дополнительных смысловых форм. Примечательно, что один конкретный тип инвалидности доминирует в коммерческой рекламе. Все чаще в рекламные кампании участвуют люди, потерявшие конечности. Яркий пример – реклама Nike с участием ампутантов, причем спортсменов параолимпийцев. Во-первых, потому что эта инвалидность очевидна, в отличие от, например, психических расстройств. Во-вторых, потеря конечности – это то, что может случиться, и зачастую в рекламных роликах,

особенно созданных для американской аудитории, используется история ветерана, участника боевых действий, к которому аудитория испытывает, с одной стороны, сочувствие, а с другой – восхищение выносливостью и настойчивостью. Как отметил Джош Лебнер, директор по стратегии агентства DesignSensory: «В 200 раз больше американских солдат страдают от черепно-мозговых травм, полученных в бою, чем от потери конечности, а недавно раненый ветеран может не проявлять такую же физическую грацию, как ловкий и уверенный параолимпиец» [5]. Важно, чтобы сообщение привлекло внимание не столько к факту инвалидности, сколько к истории, которую хочет рассказать рекламодатель. Физический недостаток показывается как достоинство, человек, ловко обращающийся с собственным телом, бегающий на протезе, который воспринимается как высокотехнологичный гаджет, символизирует волю к победе, преодоление, вызывает уважение и восхищение. Соответственно, зритель может экстраполировать эти чувства на торговую марку.

Третий аспект – повышение имиджа, репутации, статуса компании. Социальное участие – один из критериев успешности бизнеса. Стабильные коммерческие структуры, нацеленные на долгое и успешное существование, демонстрируют озабоченность будущим, заинтересованность в решении социальных проблем. В сущности, компания рекламирует собственную социальную ответственность, демонстрирует хорошие отношения с властными структурами, НКО и партнерами для достижения лояльности клиентов и поддержки локальных сообществ.

Четвертый аспект, связанный с коммерческой выгодой, характерен как для западных, так и для отечественных компаний – это возможности экономить на рекламе. Производители рекламного сообщения могут маскировать коммерческую рекламу под социальную, так как получают преимущества и льготы, существующие для социальной рекламы, например, сравнительно невысокую стоимость наружной рекламы. Спонсоров привлекает то, что, экономя 80 – 90% рекламного бюджета, они получают результат как при коммерческой рекламе. По закону о рекламе владельцы щитов должны ежемесячно предоставлять 5% своих площадей под информацию социальной направленности. Социальный рекламодатель не платит ни за что, кроме разработки дизайн-макета и работ по монтажу рекламы. Однако и эти расходы часто предлагается оплатить спонсорам, которым законом позволено занимать 10% от общей площади под свой логотип, таким образом, до 70% социальной рекламы имеет спонсора [6].

Вторая группа причин распространения коммерческой рекламы с участием инвалидов – это тренд на социальность и разгосударствление социальной сферы. Интерактивные коммуникации открыли запрос на активное

участие аудитории, она больше – не пассивная масса, а актер, испытывающий потребность влиять на общественную жизнь. Существует тренд на «социальную упаковку». Суть в том, что сегодня недостаточно делать просто качественный продукт, пусть даже из самого высококлассного сырья. Одной из ключевых позиций при выборе бренда является его социальная упаковка. То есть, потребителю, помимо качества самого продукта, интересно, каким образом продукт поможет ему быть сопричастным к чему-то, поможет ему выделиться. Большого успеха можно добиться, не продавая товар, а продавая личное место в сообществе и личный голос в нём.

Следующей тенденцией, набирающей обороты, является стремление к производству шокирующей рекламы, что, возможно, оправданно, учитывая цели социальной рекламы, а именно, – изменение отношения аудитории к проблеме, к которой, как правило, люди уже привыкли. Методы социальной рекламы близки к эпатажу, она должна привлечь внимание к актуальным проблемам, заставить задуматься. С этим и связан тот факт, что с каждым годом социальная реклама становится все агрессивнее. А так же то, что социальную рекламу в большей степени можно считать искусством, нежели коммерческую. В мировой практике реклама, которая делается по заказу общественных организаций, отличается радикальностью и яркостью, так как, агентства бросают на нее лучшие творческие силы, надеясь получить фестивальный продукт. А заказчик, в свою очередь, обретая скидку или даже бесплатные услуги, дает создателям роликов большую творческую свободу. Поэтому социальной рекламы не только становится все больше, но она становится все более жестокой.

С этим аспектом связана третья группа причин распространения коммерческой рекламы с участием инвалидов – сама эволюция рекламного жанра, особенно в области социальной рекламы. Во второй половине 20 века образ инвалидов использовался в драматической рекламе, призывающей помочь герою, посочувствовать ему. Но с 90-х реклама становится, с одной стороны, более шокирующей, с другой – более позитивной, юмор вообще – доминирующая тенденция современной рекламы (наряду с неожиданным финалом).

Итак, гибридизация рекламы и использование образа инвалида в коммерческой рекламе – феномен неоднозначный. Можно воспринимать его как эксплуатацию сочувствия, эмпатии, как новую форму коммерческого использования образов, вызывающих эмоциональный отклик. При некорректном использовании возможны риски, связанные с тем, что негативные изменения в имидже бренда могут отразиться на отношении

аудитории к социальной проблеме. А можно увидеть в этом, напротив, поворот бизнеса к большей социальной ответственности и участию.

Список литературы

1. Фонд «Общественное мнение» выяснил, как социальное предпринимательство может стать трендом. URL: <https://www.asi.org.ru/news/2016/06/28/fond-obshhestvennoe-mnenie-vyuasnil-kak-sotsialnoe-predprinimatelstvo-mozhet-stat-trendom/> (дата обращения 20.08.18)

2. Реклама дней наших суровых. Пресс-выпуск ВЦИОМ. №3497 от 20 Октября 2017. URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=116469> (дата обращения 20.08.18)

3. Новикова А., Кирия И. История и теория медиа. М.: Издательский дом Высшей школы экономики, 2017. 570 с.

4. Афанасьева Ю.Л. Влияние рекламы на потребительское поведение молодежи / Ю.Л. Афанасьева // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Общественные науки. 2009. No 1 (9). С. 44–51. URL: <https://docplayer.ru/51134137-Vliyanie-reklamy-na-potrebitelskoe-povedenie-molodezhi.html> (дата обращения 20.08.18)

5. Loebner J. How amputees became the disabled darlings of Madison Avenue // Advertising & Disability. – 12/09/2016/ URL: <https://advertisinganddisability.com/> (дата обращения 20.08.18)

6. Ляпоров В. Общественное внимание. Коммерческая польза социальной рекламы. URL: <http://md-hr.ru/articles/html/article32360.html> (дата обращения 20.08.18)

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА ИНВАЛИДНОСТЬ: ФРЕЙДО-ЛАКАНОВСКАЯ ОПТИКА PSYCHOANALYTIC PERSPECTIVE ON DISABILITY: FREUDO-LACANIAN OPTICS

Е.А. Шорыгин

*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского,
Восточно-Европейский институт психоанализа, г. Санкт-Петербург*

Е.А. Shorigin

*Lobachevsky University,
East European Institute of Psychoanalysis, Saint Petersburg*

В данном тексте изучается физическая инвалидность с помощью психоаналитических теорий З. Фрейда и Ж. Лакана в контексте эйблизма и порождающей его культуры “развитости и способностей”. Хотя инвалидность практически никогда не была в центре внимания психоанализа, предполагается, что психоаналитическая призма может быть релевантной для исследования проблем людей с ограниченными возможностями не только на психодинамическом, но и на социокультурном уровне. Особое внимание уделяется

исследованию инвалидности во фрейд-лакановских концепциях кастрации и смерти, обосновыванию значимости этого фокуса в контексте воспроизводства “эстетической тревоги” и дискриминации по физическим признакам.

In this text, I interpret physical disability with the help of the psychoanalytic theories of Z. Freud and J. Lacan in the context of ableism and the culture of “development and abilities”. Although disability has almost never been the focus of psychoanalysis, I believe that a psychoanalytic prism can be relevant for studying the problems of people with disabilities not only at the psychodynamic, but also at the sociocultural level. The author pays special attention to the study of disability in the Freudo-Lacanian concepts of castration and death, substantiates the importance of this focus in the context of the reproduction of “aesthetic anxiety” and discrimination based on physical characteristics.

Ключевые слова: инвалидность, эйблизм, дискриминация, психоанализ, Фрейд, Лакан, сексуальность, смерть

Keywords: disability, ableism, discrimination, psychoanalysis, Freud, Lacan, sexuality, death

В исследованиях инвалидности сегодня существует достаточно ограниченное число работ психоаналитического толка. Например, Т. Шекспир кратко излагает идеи Ж. Лакана и Ю. Кристевой в обсуждении «Инаковости» [1]. Р. Мерфи опирается на фрейдовский психоанализ, чтобы понять ограниченные возможности сексуальности людей с ограниченными возможностями [2]. Д. Хеви использует психоанализ для изучения репрезентаций на фотографиях людей с граниченными возможностями [3]. В том же году Ж. Эванс использует психоаналитическую концепцию проекции, чтобы показать, как страхи зависимости и слабости проецируются на людей с ограниченными возможностями. На примере анализа благотворительных плакатов она демонстрирует, как мы бессознательно отщепляем от себя непринимаемые части [4]. Р. Гарланд-Томпсон также с опорой на Фрейда проводит анализ параллелей между значениями, приписываемыми женскому телу, и маркерами, используемыми для характеристики инвалидов. Ее точка зрения акцентируется на значимости описания феминности через концепцию кастрации. Она также отмечает, что, несмотря на распространение исследований «инаковости» по признакам расы, гендера и сексуальности, исследователями игнорируются и маргинализируются / стигматизируются проблемы физической инвалидности [5]. Л. Дэвис применяет психоаналитическую логику в исследовании художественных репрезентаций “отличающихся” тел. В частности, он использует концепцию «фрагментированного тела» Лакана для объяснения тревог, связанных с физическими недостатками [6].

Примечательно, что проблемы сексуальности / асексуальности в основном связаны с доминирующими конструкциями физической инвалидности. Существует давнее предположение о том, что инвалиды либо

асексуальны, либо их сексуальность маргинальна. Популярные медиа помогают воспроизводить эти модели. Например, инвалиды мало представлены на телевидении и в кино, но даже когда они присутствуют, их редко изображают как имеющих возможность наслаждаться «нормальной» жизнью [7]. В свою очередь, Р. Батлер (1999: 209) утверждает, что «страхи перед наследственным заболеванием и образы дисфункциональных, слабых органов в некотором роде делают инвалидность и асексуальность синонимами в эйблистском, гетеропатриархатном обществе» [8: 209].

Инвалидизированные тела занимают достаточно видное место во фрейдовской теории кастрационного комплекса. Например, в «Толковании сновидений» он утверждает, что «все, что имеет в сновидении форму мнимого проявления функций мышления, не должно считаться мыслительным процессом деятельности сновидения, а относится к материалу мыслей, скрывающихся за сновидением» [9; 351]. Психический материал, удаленный из сознания посредством вытеснения, инвестируется в объекты, события и людей, появляющихся в снах. В своих текстах Фрейд неоднократно связывает кастрацию с другими «утратами» тела. Облысение, срезание волос, выпадение зубов, обезглавливание, расчленение конечностей, рук и пальцев, потеря зрения – все это служит символическими иллюстрациями кастрации. Связь между кастрацией и инвалидностью также установлена в чтении Фрейдом истории Эдипа.

Подобные связи обнаруживаются и в анализе фетишизма. Для Фрейда, фетиш позволяет отказаться от женской кастрации, заняв место пениса, «вполне определенного, совершенно особенного пениса, который в первые годы детства имеет большое значение, но позднее пропадает... Если сказать яснее, фетиш есть заместитель фаллоса женщины (матери)...» [10; 372]

Классическим примером фетиша в качестве замещающего символа является женская нога. Как полагает Фрейд, это последнее, что видит мальчик, перед тем как столкнуться с отсутствием пениса, инициирующим травматическую амнезию. Особое значение имеет его анализ бинтования ног у китайцев как форму фетишизма, в которой почитается изуродованная женская нога. «Можно предположить, что китайский мужчина хочет отблагодарить женщину за то, что она подверглась кастрации...» [там же; 374]. Замена «изуродованного» тела на «отсутствующий» пенис имеет значение для культурных конструкций телесных трансформаций.

Фрейд также делает явные связи между кастрацией и инвалидностью в тексте “Жуткое”. Жуткое – это тот класс страха, который возвращается к чему-то давно знакомому. Существует категория жуткого, основанная на вытесненных инфантильных комплексах, главным из которых является

кастрационный комплекс. Для Фрейда физическая инвалидность является источником жуткого. «Оторванные члены, отрубленная голова, отделенная от плеча рука... содержат в себе что-то чрезвычайно жуткое, особенно если им, как в последнем примере, еще придется самостоятельная деятельность» [11; 276]. В этом контексте работы Фрейда дают объяснение тревоги относительно физической инвалидности с позиции ее кастрационного характера, вызванной вытесненным психическим содержанием.

В определенном смысле, теория Фрейда является релевантной для изучения конструирования инвалидности в западной культуре. Для Фрейда инвалидность имеет значение кастрации. В этом смысле можно говорить об определенном сходстве с медицинской моделью инвалидности. В обоих подходах факт инвалидности рассматривается как трагическая утрата – тело перестало быть «неповрежденным», на что не-инвалиды реагируют со смесью ужаса и жалости.

Существенное влияние инвалидность в теории Фрейда оказывает на сексуальность. В критических исследованиях М. Норден [12] сосредоточил внимание на репрезентации физической инвалидности в кино, утверждая, что фрейдистская формулировка оказала значительное влияние на популярную патриархатную и эйблистскую культуру. Так, женщины-инвалиды часто изображаются «невинно сладкими», дважды кастрированными и пассивными. Слепые женщины, в частности, становятся прекрасными объектами мужского желания, так как они не могут дать ответный взгляд.

Мужчины с ограниченными возможностями представлены как пассивные и асексуальные, неполноценные из-за утраты сексуальной функции. Символическая кастрация феминизирует мужское тело. Мужчины-инвалиды также изображаются как «навязчивые мстители», где (символическая) кастрация является признаком эдиповой трансгрессии. Данные представления ассоциативно связывают телесные дефекты с деформацией мышления, в духе Фрейда о том, что Эго есть мысленная проекция поверхности тела. В подобных сценариях эти «чудовищные» персонажи могут выступать против отцовской власти за свою утрату лишь для того, чтобы в итоге оказаться наказанными. Норден утверждает, что положительное изображение мужской инвалидности часто идет рука об руку с сюжетами реабилитации и принятия доминантного (отцовского) авторитета.

В целом, концепция кастрационного комплекса оказала значительное влияние на понимание социокультурных конструкторов инвалидности. Мужчины-инвалиды символически позиционируются как страдающие потерей «мужественности», так как они больше не могут выполнять свою роль в гетеросексуальном сценарии. Репрезентации женщин-инвалидов, атрибуты

кастрации гораздо чаще связываются с крайней зависимостью и уязвимостью. В этой двойной недостаточности тесно переплетаются мизогиния и эйблизм. В этой связи образ инвалида сознательно и бессознательно порождает ужас и отвращение, носящие в основном защитный характер.

Лакан рассматривает кастрационный комплекс в контексте понимания становления субъекта, символически кастрированного в процессе вхождения в порядок языка и Символического. В этом смысле платой за субъективацию становится утрата, утрата чувства единства, существовавшего в предсимволическом. Эта утрата находится в прямом противоречии с воображаемой целостностью зеркальной сцены, и это неправильное распознавание целостного телесного Я является основной функцией Эго [13].

Таким образом, субъект формируется нехваткой, он символически кастрирован, и это чувство утраты преобразуется в желание вновь обрести потерянный объект и обрести целостность. Однако восстановление этой предсимволической целостности невозможно и является катастрофическим, поскольку оно восполнит ту нехватку, на которой основаны как индивидуальная субъективность, так и Символический порядок. Индивид должен вытеснить знание об утрате. Вместе с тем, Символическое работает так, чтобы покрыть эту потерю, проецируя наше желание на объекты в заведомо провальном поиске того, что нас наполняло.

Ключевую роль в символике играет привилегированное означающее, которое возникает как продукт кастрации субъекта в поле языка. Для Лакана, как и Фрейда, символический фаллос заменяет «реальную» потерю тела. Фаллос представляет то, что субъект потерял в процессе становления, и по этой причине он является означающим, не имеющим значения, поскольку потерянное не может существовать в символической «реальности».

Однако тот факт, что фаллос является означающим без значения, не мешает его телесной разметке. В лакановской теории половые различия формируются через опыт мальчиков и девочек в отношении отцовского закона («Имя отца») и фаллоса. Отношения между ребенком и матерью нарушаются отцовской функцией или «третьим другим». И мальчики, и девочки подвергаются отцовскому закону, но их отношение к этому закону различно. Для мальчиков отказ от желания матери влечет за собой гарантию отцовского наследия – у него будет то, что имеет его отец. Для девочек имя Отца ощущается как «анатомический и культурный» недостаток, как компенсационное желание отцовской фигуры. В этом смысле фаллос выступает как маркер привилегии патриархального закона, вписанный в мужское тело. Лакан утверждает, что фаллос не является половым органом, и хотя он символизирует пенис, он может символизировать и клитор.

Таким образом, лакановская оптика исходит из того, что тела с физическими недостатками воспринимаются как низшие из-за того, чего им, якобы, не хватает. В то же время фаллический мужчина, не имеющий инвалидности, символически и материально выступает репрезентантом власти и мастерства как в сексуальном, так и в социальном плане. Популярные образы инвалидности как утраты/недостатка воспроизводятся одновременно из-за физических лишений и социальной изоляции, с которыми сталкиваются многие люди с ограниченными возможностями в повседневной жизни. В этой связи тела, которые культурно маркируются как «неполноценные», могут выступать в качестве некоего хранилища собственных утрат субъекта.

Фрейдовский кастрационный комплекс связан не только с сексуальностью. Фрейд неоднократно ссылаясь на тот факт, что угроза кастрации аналогична страху смерти. Влечение смерти появляется во второй теории влечений, актуализирующей деструкцию как причину становления субъекта. Влечение смерти тесно связано с принципом навязчивого повторения в том смысле, что первое становится направляющим вектором и семантикой второго. Впоследствии Фрейд характеризует страх смерти как аналог кастрационной тревоги, связывая оба с опасностью Эго стать опустошенным или оставленным. В этом смысле кастрация может считаться сигналом связывания человеческой смертности.

В этом контексте кастрация и смерть угрожают целостности эго, которое, в первую очередь, является телесным. Подобно тому, как инвалидность является символической заменой кастрации, можно предположить, что инвалидность как телесная утрата является и символическим образом смерти. Усилия Эго избежать конфронтации со своей собственной смертностью приводят к проекциям этого тревожного психического содержания во внешний мир, что может проявляться в восприятии человека с ограниченными физическими возможностями как девальвированного Другого.

Для Лакана, как и для Фрейда, смерть и влечение смерти играют главные роли в жизни. Жизнь характеризуется утратой, но именно эта потеря – продукт символического отчуждения – парадоксальным образом позволяет субъекту существовать. Лакан использует концепцию «второй смерти», чтобы описать этот опыт потери. Люди стремятся заполнить эту пустоту, преследуя объекты в символической реальности ради фантазии. Одновременно они стремятся к согласованности смысла, который защищает воображаемое тело от столкновения с дырами, в которых боль реального входит в мысли. Этот поиск смысла предназначен для того, чтобы избежать конфронтации со смертью/утратой, которые являются определяющими характеристиками человеческого существования.

В этом контексте можно сказать, что страх смерти/утраты преодолевается благодаря воспроизведению иллюзорной полноценности “функционального” тела. Таким образом физически и эстетически приятное тело – без распада, целое становится привилегированным. Как мы показали выше, рост и развитие тела – это одновременно и неумолимый марш к смерти. В этой связи тело с ограниченными физическими возможностями становится своего рода «симптомом» – плоскостью, напоминающей о конечности наших физических оболочек. В этом смысле две утраты – кастрация и смерть могут пересекаться в социокультурном конструировании тел инвалидов. Предполагаемая целостность “полноценного” тела, подобно иллюзорной целостности фаллического мужчины, поддерживается локализацией недостатка в теле Другого.

От инвалидов ожидается/требуется исполнение своего рода траура, поддерживающего постоянное отрицание/проекцию «неполноценности» в инвалидизированное тело/субъекта. Напротив, несоответствие этому стереотипу вызывает сложные вопросы о смысле инвалидности. Не менее значимо, что это расхождение возвращает призрак утраты обратно в трудоспособное Я. С точки зрения психоанализа, мы проецируем на другие тела свои собственные недостатки. Эти недостатки вшиваются в другие тела и поддерживаются через материальные и дискурсивные процессы эйблистского общества. В тех случаях, когда инвалиды непреднамеренно или целенаправленно разрушают доминирующие представления, может возникнуть необычное чувство, сродни жуткому, отражающее пределы Символического порядка и выравнивающее барьеры между инвалидами и не-инвалидами, порождающее сомнения относительно иллюзорной целостности “здорового” тела.

В этой связи социальное пространство может поддерживать действие описанных психических защит по крайней мере двумя способами. Во-первых, неинклюзивная социальная среда облегчает прогресс исключения других, предотвращая потенциальные “травматичные” столкновения. Эксклюзия людей с ограниченными возможностями в институциональных учреждениях является, пожалуй, самым ярким примером этого. Во-вторых, структура социального пространства напрямую связана с разметкой инвалидов как “иных”. Социальная среда, не учитывающая потребности инвалидов, заставляет их чувствовать неловкость и тревогу. С психоаналитической точки зрения, эта вынужденная неловкость в определенной степени помогает эвакуировать неприемлемые части в инвалидов. Трудности, связанные с отсутствием доступной среды, подтверждают «недостатки» инвалидов, а также легитимируют жалость и/или презрение по отношению к людям с ограниченными возможностями. Напротив, те пространства, в которых инвалиды могут противостоять доминирующим представлениям, способствуют

возникновению напряженности и ощущения жуткого. Эти реакции, в свою очередь, поддерживают проекции собственных «утрат» и «недостатков» – они в другом теле, а не здесь.

Список литературы

1. Shakespeare T. (1994) Cultural representations of disabled people: dustbins for disavowal, *Disability and Society* 9: 249–266.
2. Murphy R. (1987) *The Body Silent*. New York: H. Holt.
3. Hevey D. (1992) *The Creatures Time Forgot: Photography and Disability Imagery*. London and New York: Routledge.
4. Evans J. (1992) Towards a disability imagery currency, in Hevey, D. (ed.) *The Creatures Time Forgot: Photography and Disability Imagery*. London and New York: Routledge, pp. 134–141.
5. Garland-Thompson R. (1997) *Extraordinary Bodies: Figuring Physical Disability in American Culture and Literature*. New York: Columbia University Press.
6. Davis L. (1997) *Nude Venuses, Medusa's body, and phantom limbs: disability and visibility*, in Mitchell, D. and Snyder, S. (eds) *The Body and Physical Disability*. Ann Arbor, MI: University of Michigan Press, pp. 51–70.
7. Darke P. (1998) *Understanding cinematic representations of disability*, in Shakespeare, T. (ed.) *The Disability Reader: Social Science Perspectives*. London and New York: Cassell, pp. 181–200.
8. Butler R. (1999) *Double the trouble or twice the fun? Disabled bodies in the gay community*, in Butler, R. and Parr, H. (eds) *Mind and Body Spaces: Geographies of Illness, Impairment and Disability*. New York and London: Routledge. P. 203–220.
9. Фрейд З. *Толкование сновидений*. Харьков: Книжный Клуб “Клуб семейного досуга”, 2012.
10. Фрейд З. *Фетишизм // Венера в мехах (сборник работ)*. М.: РИК “Культура”. 1992. С. 372–379.
11. Фрейд З. *Жуткое // Художник и фантазирование*. М., Республика, 1995.
12. Norden M. (1994) *The Cinema of Isolation: A History of Physical Disability in the Movies*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
13. Lacan J. (1977) *E'crits: A Selection*, trans. Sheridan, A. New York: W.W. Norton & Co.

**ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНВАЛИДНОСТИ:
ПЕНСИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ, ПРОБЛЕМЫ
ТРУДОУСТРОЙСТВА И ЗАНЯТОСТЬ**

ДОКЛАДЫ

**ЗАНЯТОСТЬ ИНВАЛИДОВ И ПЕНСИОННАЯ РЕФОРМА:
НЕУЧТЕННЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ
EMPLOYMENT OF DISABLED PEOPLE AND PENSION REFORM:
UNACCOUNTED RELATIONSHIP**

О.А. Александрова

*Институт социально-экономических проблем народонаселения РАН,
Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации,
Moscow*

O.A. Aleksandrova

*Institute of Socio-economic Problems of Population, RAS,
Financial University under the Government of the Russian Federation,
Moscow*

На основе данных социологического исследования оцениваются шансы на трудоустройство инвалидов-москвичей предпенсионного возраста. Хотя их материальное положение очень тяжелое, в силу чего многие, несмотря на плохое здоровье, хотели бы трудоустроиться, сделать это им очень сложно. И главная причина, по которой работодатель не желает принимать их на работу, – возраст. Показано, что переобучение данной группы вряд ли даст ощутимый эффект, поскольку по разным причинам почти 80% мужчин и 60% женщин из этой группы не готовы переобучаться.

On the basis of data from a sociological study, the chances of employing disabled Muscovites of pre-retirement age are estimated. Although their financial situation is very difficult, due to which many, despite their poor health, would like to find a job, it is very difficult for them to do so. And the main reason for which the employer does not want to take them to work is age. It is also shown that retraining of this group is unlikely to have a tangible effect, since for various reasons almost 80% of men and 60% of women from this group are not ready to retrain.

Ключевые слова: инвалиды, трудоустройство инвалидов, пенсионная реформа, лица предпенсионного возраста

Keywords: disabled persons, employment of disabled people, pension reform, persons of pre-retirement age

Несмотря на неоднократно звучавшие аргументированные возражения множества экспертов – и специалистов, непосредственно занимающихся актуарными расчетами [1; 2], и экономистов и социологов, изучающих рынок труда и работу социальных отраслей [3], закон, повышающий возраст выхода на пенсию, все-таки, принят. Тут же с высоких трибун прозвучала

забоченность положением граждан предпенсионного возраста, и в закон была срочно включена соответствующая дефиниция, а на их переподготовку и переобучение планируется выделить миллиарды рублей. Обусловлена такая забота негативной реакцией на повышение пенсионного возраста, прежде всего, этой категории граждан. И неудивительно: как показывают наши недавние исследования (2017 г.), даже на наиболее развитом и емком рынке труда Москвы одной из наиболее тяжело трудоустраиваемых групп населения являются лица предпенсионного возраста. Согласно данным экспертного опроса сотрудников столичной службы занятости населения (СЗН), работодатели не хотят брать работников, начиная с 40-45 лет, и, тем более, их не интересуют работники-женщины 45-50 лет, работники-мужчины – с 50 лет. Согласно проведенному тогда же массовому опросу обратившихся в СЗН, эти же возрастные группы являются первыми кандидатами на увольнение в случаях сокращения штатов, реорганизации или ликвидации предприятий. Обратившиеся в СЗН граждане предпенсионного возраста, потеряв работу, чаще, чем в среднем по выборке, не работают более года, а также чаще, чем другие, более года ищут работу и находятся на учете в СЗН. Около 90% из них именно возраст называют главной причиной проблем с трудоустройством. При этом лица предпенсионного возраста, имеющие стаж работы более 20 и 30 лет, болезненнее, чем в среднем по выборке, относятся к предложению работать не по специальности и заметно чаще (на уровне более 50%) не готовы переквалифицироваться в соответствии с предлагаемыми вакансиями [4].

Приведенные цифры касались всех попавших в выборку москвичей предпенсионного возраста, среди которых были как относительно здоровые, так и имеющие инвалидность. Очевидно, наличие последней дополнительно усугубляет проблему трудоустройства, создавая «двойную уязвимость» нуждающегося в работе человека. Что, с точки зрения возможностей занятости, будет именно с инвалидами предпенсионного возраста? Получить ответ на этот вопрос нам позволило новое исследование, непосредственно посвященное трудоустройству инвалидов на рынке труда г. Москвы (2018 г.). Из попавших в выборку 156 инвалидов предпенсионного возраста (мужчины – 55-59 лет и женщины – 50-54 лет) 87 человек составили женщины и 69 человек мужчины. Для сравнения с этой группой была взята «контрольная группа», состоявшая из мужчин и женщин на 10 лет младше нижнего порога предпенсионного возраста: женщин 40-44 лет в выборке оказалось 54 человека, мужчины 45-49 лет – 52 (всего 106 человек), а также группа из тех, кто уже успел стать пенсионерами: женщины 50-54 лет – 87 человек и мужчины 55-59 лет – 69 человек (всего 128 человек). Внутри каждой группы анализ велся отдельно для женщин и мужчин.

Что же показало нынешнее исследование? Начнем с показателей здоровья инвалидов предпенсионного возраста: среди мужчин почти 60% составили инвалиды III^{ей} группы и еще более трети – II^{ой} группы. Среди женщин больше половины имеют II^{ую} группу инвалидности (52,6%) и почти 45% – III^{ью} группу. Что касается степени ограничения способности к трудовой деятельности, то тут ситуация несколько хуже у мужчин: 1-ая степень установлена почти 37%, у женщин – каждой четвертой. В то же время 2-ая степень чаще встречается у женщин – 44% (среди мужчин – 28%), не установлено ограничений примерно у каждого пятого инвалида этого возраста (независимо от пола). Мужчины этого возраста, прежде всего, страдают следующими видами стойких расстройств функций организма (в порядке убывания): нарушения функций опорно-двигательного аппарата – каждый третий; сердечнососудистой системы – каждый четвертый; дыхательной, пищеварительной, эндокринной и т.п. – 13,2%, замыкают список «лидеров» заболевания крови и иммунной системы. Среди женщин больше доля страдающих нарушениями дыхательной и т.д. систем – каждая четвертая, и почти столько же – с нарушениями опорно-двигательного аппарата; сердечнососудистые заболевания – у каждой пятой и почти 14% имеют психические и т.п. расстройства.

Профессионально-квалификационный уровень этой группы достаточно высок, причем у женщин он выше: почти 60% имеют высшее образование (у мужчин – 42%), и еще 38% – закончили учреждения НПО или СПО (здесь мужчины опережают – 47%); каждый десятый мужчина окончил только школу.

Судя по брачному статусу, женщинам чаще приходится бороться с жизненными трудностями без поддержки супруга: лишь чуть менее половины из них находятся в зарегистрированном или т.н. гражданском браке (среди мужчин таких 73%), они чаще (24% против 17%) оказываются разведенными и гораздо чаще – овдовевшими (15% против 0%). Доля тех, у кого среди членов семьи есть работающие взрослые не пенсионного возраста, у мужчин и женщин одинакова – около 30%; еще у 10% тех и других в семье есть работающие пенсионеры. Иждивенческая нагрузка (в виде детей до 18 лет, а также студентов) на семьи, в которых проживают респонденты из данной группы, относительно невелика. И, тем не менее, больше половины женщин предпенсионного возраста живут, по сути, в нищете (41% хватает средств только на еду, а 14% – не хватает даже на питание), а у мужчин ситуация еще хуже – при равной с женщинами доле живущих ниже черты бедности на еду не хватает каждому пятому. Еще около 37% среди как женщин, так и мужчин могут купить еду и одежду, но покупка основной бытовой техники для них представляет проблему.

Совокупность приведенной информации говорит о высокой потребности инвалидов предпенсионного возраста в дополнительных доходах, однако работает сегодня только 7% мужчин и 13% женщин. Находятся же в поиске работы (выбрали вариант ответа «не работаю, но ищу работу») 46% мужчин и 33% женщин, а еще порядка 30-32% были бы готовы трудиться, но при определенных условиях. При этом 36% мужчин и 30% женщин ищут работу 1-2 года и еще 9% и 14%, соответственно, от 7 месяцев до года. Таким образом, этих работников работодатели явно не ждут. Респонденты указали на причины, по которым работодатели не хотят принимать на работу таких, как они. Это, в первую очередь, возраст – 63% отметивших. Ограничения, связанные с проблемами со здоровьем, а также сам факт наличия инвалидности тоже важны, но по доле отметивших они, все же, заметно уступают «возрасту»: в первом случае это 45% и 55% для мужчин и женщин, соответственно, во втором случае – 37% и 42%. Притом, что требования к потенциальной работе у этой группы респондентов вполне понятные и умеренные: это, прежде всего, близость к дому (отмечена 42% мужчин и 48% женщин), достойная оплата труда – отметили 38% респондентов обоего пола (для москвичей это имеет значение еще и в силу лишения неплохой региональной надбавки при трудоустройстве); соответствие физиологическим возможностям (отмечено 39% мужчин и 30% женщин). Для более, чем трети мужчин и почти 30% женщин важно соответствие профессии. Такая же доля женщин указала на важность возможности работать неполный рабочий день.

И, внимание! Несмотря на все это, 78% мужчин и 60% женщин не готовы пройти переобучение ради облегчения поиска работы. Почему? Треть мужчин и 37% женщин считают свое образование достаточным; 18% мужчин и 23% женщин учиться не позволяет здоровье; 21% мужчин и 11% женщин просто не хочется учиться (но напомним, что всем этим респондентам – за 50 лет, и они являются инвалидами); каждой десятой женщине просто не до учебы – надо зарабатывать на жизнь. Не учатся, только потому, что на учебу не хватает денег, относительно немного респондентов (9% мужчин и 14% женщин).

Таким образом, повышение пенсионного возраста лишь усугубит положение на рынке труда инвалидов предпенсионного возраста. И потраченные на переобучение миллиарды здесь вряд ли помогут.

Список литературы

1. Соловьев А.К. Основные параметры долгосрочного развития пенсионной системы на основе актуарных расчетов // Проблемы прогнозирования. 2009. №4. С. 102-113.

2. Соловев А.К. Пенсионная мифология: пенсионная реформа и макроэкономика // SPERO. 2014. Весна-Лето. №19. С. 31-58.

3. Пенсионеры спасут бюджет (экспертные материалы о пенсионной реформе): Сборник / Отв. ред. Л.С. Ржаницына. М.: ИЭ РАН, 2016.

4. Проблемы трудоустройства слаботзащищенных слоев населения в Москве // О.А. Александрова, М.С. Токсанбаева, А.В. Ярашева, Н.В. Аликперова, О.А. Коленникова, А.К. Гузанова, Ю.С. Ненахова, К.В. Виноградова, А.И. Бедова // АНО «Совет по вопросам управления и развития», [под науч. ред. д.э.н., профессора, профессора РАН А.В. Ярашевой]. – Москва, ООО «Акварель», 2017.

**АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМ ТРУДОУСТРОЙСТВА
И ЗАНЯТОСТИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ**
**ASPECTS OF THE PROBLEMS OF EMPLOYMENT
AND EMPLOYMENT IN MODERN CONDITIONS**

С.Л. Иваньковский

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

S.L. Ivankovskiy

Lobachevsky University

Рассмотрены факторы, влияющие на занятость и трудоустройство трудоспособного населения и инвалидов в Нижегородской области. Отмечено воздействие государственных органов на реализацию политики занятости инвалидов.

The factors affecting the employment and employment of the working-age population and people with disabilities in the Nizhny Novgorod region are considered. The impact of public authorities on the implementation of the policy of employment of persons with disabilities was noted.

Ключевые слова: занятость, трудоустройство инвалидов, факторы, государственная политика

Keywords: employment, employment of persons with disabilities, factors, public policy

В современной динамично меняющейся экономике постоянно происходит изменение структуры и объема спроса на труд, что определяет необходимость более гибких отношений работодателей и работников и равноценной социальной защиты работников. Финансово-экономический кризис 2014 г. отчетливо свидетельствовал, что даже хорошо работавший механизм регулирования занятости, достаточно эффективно действовавший в рамках страны, способен дать сбой, усугубляемый процессами восстановления и интеграции экономик.

В нашей стране была разработана специальная антикризисная программа, но, в отличие от многих стран, где корректировка политики занятости прочно

вошла в число приоритетных направлений деятельности государства, в России проблемы сферы труда снова уходят на второй план.

Между тем, в мире в сфере социальной политики важнейшим направлением деятельности являются интеграция и социальная адаптация людей с ограниченными возможностями здоровья. В перечень наиболее важных государственных задач, наряду с другими социальными проблемами, включена проблема трудоустройства инвалидов. Согласно данным Росстата, в 2016 г. количество людей, которым присвоена инвалидность, в России составляет свыше 13 млн. чел., из них более 2,5 млн. трудоспособны, что составляет 17% от общего числа инвалидов. Однако постоянную работу из числа инвалидов трудоспособного возраста имеют всего лишь 40% (817,2 тыс. чел.).[1] К сожалению, потенциал этой социальной группы, которая могла бы стать важным источником пополнения рабочей силы в период социально-экономического кризиса, до сих пор до конца не реализован.

В Нижегородской области в 2018 г. в экономике – 1651,8 тыс. чел. заняты экономической деятельностью, численность инвалидов составила 68362 человека (доля инвалидов от численности населения края– 3,8%), из которых 27,8% (16952 чел.) имеют постоянную занятость. Эти показатели ниже, чем в целом по России.[2] Для сравнения: в Китае работают 80% инвалидов, в Великобритании – 40%, в США – 29%.

Т а б л и ц а 1

Численность лиц в возрасте 18 лет и старше,
впервые признанных инвалидами [2]

	2016	2017
Всего, человек	17137	17077
на 10 тыс. населения	64,0	64,6
Из общей численности признанных инвалидами, человек		
инвалиды I группы	3224	3193
инвалиды II группы	7320	7259
инвалиды III группы	6593	6625
В процентах от общей численности инвалидов		
инвалиды I группы	18,8	18,7
инвалиды II группы	42,7	42,5
инвалиды III группы	38,5	38,8
Из общей численности признанных инвалидами, человек		
инвалиды вследствие трудового увечья или профессионального заболевания	46	36
инвалиды из числа участников ликвидации последствий радиационных аварий и катастроф	-	1
инвалиды из числа бывших военнослужащих	292	413
инвалиды с детства	86	105
Из общей численности инвалидов - инвалиды в трудоспособном возрасте: человек	6900	6782
в процентах от общей численности инвалидов	40,3	39,7

В таблице 1 показана динамика инвалидности в трудоспособном возрасте. Проблема трудоустройства инвалидов в условиях изменяющихся социальных условий требует специального рассмотрения с целью определения факторов ее решения на региональном уровне, при этом предоставляются гарантии осуществления занятости путем проведения ряда специальных мероприятий (см. Таблицу 2), способствующих повышению их конкурентоспособности на рынке труда.

Т а б л и ц а 2

Средства бюджета Нижегородской области на реализацию мер социальной поддержки граждан в 2017 г., тыс. рублей. [2]

	Бюджетные ассигнования на социальное обеспечение населения, предусмотренные законом о бюджете Нижегородской области на отчетный год	Расходы консолидированного бюджета за отчетный период	
		в натуральной форме	в денежной форме
Всего	12825974	6277093	6451715
Категории граждан, отнесенные к компетенции РФ – всего	8907	-	8723
Категории граждан, отнесенные к компетенции субъектов РФ – всего	4925702	3617325	1302125
Другие категории граждан в соответствии с нормативными правовыми актами субъектов РФ и региональными программами	7891365	2659768	5140867

Стоит отметить, что на всеобщую занятость населения в регионе оказывают влияние ряд факторов. Во-первых, демографическая ситуация, так как в наиболее трудоспособный возраст вступило поколение двух самых глубоких по своим масштабам демографических кризисов, «военного поколения» и 1990-х гг. Это поколение с наименьшей рождаемостью в конце 20 века и с наименьшей численностью, прежде всего из-за существенного сокращения воспроизводства населения в годы Великой Отечественной войны. Именно в этом поколении начинается заметный рост доли инвалидов.

Во-вторых, сокращение доли экономически активного населения приведет к увеличению демографической нагрузки, особенно стариками, а увеличение возрастного пенсионного ценза делает крайне сложную ситуацию управления занятостью в регионе (см. Таблицу 3).

**Численность пенсионеров и
средний размер назначенных пенсий. [2]**

Показатели, Нижегородская область.	на 01.01.2017	на 01.01.2018
Численность пенсионеров – всего, тыс. человек	1045,6	1050,2
из них получающие пенсии по инвалидности	45,1	43,7
В том числе численность работающих пенсионеров – всего, тыс. человек	237,8	233,8
из них получающие пенсии по инвалидности	12,6	12,4
Средний размер назначенных месячных пенсий – всего, руб.	17221,0	13139,6
из них пенсии по инвалидности	7745,2	8261,5
Из общей численности пенсионеров:		
получатели двух пенсий – инвалиды вследствие военной травмы, тыс. человек	0,8	0,6
граждане, признанные в установленном порядке инвалидами, тыс. человек:	308,6	301,5
в том числе:		
инвалиды I группы	28,6	29,0
инвалиды II группы	178,0	168,9
инвалиды III группы	90,2	91,6
дети-инвалиды	11,8	12,0

В-третьих, поступление на рынок труда рабочей силы с наименьшей численностью не сопровождается ростом заработной платы, что приводит к определенному негативизму поведения молодых специалистов на рынке труда.

В-четвертых, стратегия развития экономики Нижегородской области предполагает развитие высокотехнологичных инновационных производств, что ограничивает использование лиц с ограниченными возможностями.

Современная государственная политика трудоустройства инвалидов, в силу низкой эффективности ряда нормативных актов, нуждается в оптимизации современных требований и необходимости совершенствования профессиональной социализации лиц с ограниченными возможностями. Низкий уровень осведомленности лиц с ограниченными возможностями о работе органов государственной власти нивелирует деятельность целого ряда социальных институтов политики государства. Создание безбарьерной безупречной среды, полноценная реализация закона о квоте рабочих мест, повышение реальной заработной платы, повышение уровня профессионального образования для социализации инвалидов – все это сможет в полной мере решить проблему трудоустройства инвалидов.

Список литературы

1. http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1135087342078 – Федеральная служба государственной статистики, российский статистический ежегодник

2. <http://czn.nnov.ru/> – Управление по труду и занятости населения Нижегородской области

ДИНАМИКА ИНВАЛИДНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В ТРУДОСПОСОБНОМ ВОЗРАСТЕ **DYNAMICS OF DISABILITY IN THE WORKING AGE POPULATION**

Е.И. Медведева, С.В. Крошилин

*Государственный социально-гуманитарный университет,
Институт социально-экономических проблем народонаселения РАН,
г. Москва*

E.I. Medvedeva, S.V. Kroshilin

*State Social and Humanitarian University,
Institute of Socio-economic Problems of Population, RAS,
Moscow*

Проблема обеспечения максимально возможного уровня занятости рабочей силы является детерминирующей в экономике. Трудоустройство инвалидов носит не только экономические, но социальные задачи: адаптация людей с ограниченными возможностями, возможность осуществлять инвалидом трудовую деятельность, чувствовать свою полезность для общества. В статье приводится статистический анализ (с построением прогноза) показателей инвалидности населения в трудоспособном возрасте.

The Problem of ensuring the highest possible level of employment of the labor force is determinative in the economy. Employment of persons with disabilities is not only economic, but also social tasks: adaptation of people with disabilities, the ability to carry out work activities with disabilities, to feel useful to society. The article presents a statistical analysis (with the construction of the forecast) of disability indicators of the population of working age.

Ключевые слова: инвалиды, трудоустройство инвалидов, инвалидизация общества, динамика инвалидности

Keywords: disabled persons, employment of disabled people, disability, society, dynamics of disability

Активную политику, направленную на содействие полной, продуктивной и свободно избранной занятости инвалидов, государство осуществляет, в частности, путем реализации мер по содействию занятости маломобильных граждан посредством создания при поддержке служб занятости в регионе и других организаций, которые оказывают содействие в трудоустройстве инвалидов. В настоящее время разработано несколько государственных программ в данной сфере, следовательно, существует необходимость оценки

результативности и эффективности действий государственной службы занятости по трудоустройству инвалидов.

Для решения задачи по оценке положения инвалидов на рынке труда проведем анализ статистических показателей (с построением прогноза) по инвалидам и их трудоустройству для прогнозирования индикаторов оценки положения инвалидов на рынке труда. Рассмотрим особенности формирования показателей и индикаторов каждого из пяти блоков модели. Проведем статистический анализ (доступных источников информации) [1, 2] и построим прогнозные значения частных и обобщающих показателей (на основе данных РОССТАТа [3, 4, 5]) в краткосрочной перспективе до 2020 г.

Современные тенденции инвалидизации нашего социума – рост детской инвалидности и «стабильная динамика» по всем группам инвалидности за последние 10-лет – делают задачу трудоустройства таких граждан одним из приоритетных направлений в социально-экономической политике государства. Согласно прогнозу, общее количество инвалидов может увеличиться до 13 млн. чел. Причем увеличение произойдет за счет детей инвалидов, так как темп прироста за последние 5 лет превышает 70 тыс. человек. Причем количества инвалидов с первой группой практически не изменяется, и даже имеется тенденция к их сокращению, а людей с ограниченными возможностями в 3^{ей} группе становится все больше – за последние 5 лет увеличение более чем на 350 тыс. чел. Людей со второй группой станет почти на 1 млн. меньше. Это лишний раз подтверждает необходимость более эффективной организации трудоустройства инвалидов в ближайшие 10 лет.

Причины инвалидности. На первом месте болезни системы кровообращения, на втором злокачественные новообразования, на третьем болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. Аналогичная тенденция прослеживается до 2020 г.

Основными причинами инвалидности (впервые признанных инвалидами) детей в возрасте до 18 лет в 2016 г. стали: на первом месте психические расстройства и расстройства поведения (17825 чел.); второе – болезни нервной системы (14465 чел.); третье – врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения (13108 чел.). Аналогичная тенденция (согласно построенному прогнозу) сохранится и в 2020 г., причем количества таких детей увеличатся.

Тройка основных болезней, которые лидируют по количеству повторно признанных у детей-инвалидов, следующая: первое место – психические расстройства и расстройства поведения (60896 чел.), второе болезни нервной системы (46897 чел.), третье врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения (42052 чел.). В краткосрочной

перспективе, согласно прогнозным расчетам, ситуация коренным образом не изменится, показатели по заболеваниям «психические расстройства и расстройства поведения» увеличатся примерно на 7% в 2020 г., а «болезни нервной системы» уменьшатся почти на 4%. Значение показателя по болезни «Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения» в 2020 г. составит 29765 чел., что почти на треть меньше сегодняшних показателей.

С точки зрения оценки положения инвалидов на рынке труда, необходимо определиться, какое количество людей с ограниченными возможностями в России трудоспособного возраста. По данным Росстата, в 2017 г. инвалидов старше трудоспособного возраста в 2,2 раза больше, чем количество трудоспособных: 8035 и 3651 тыс. чел. соответственно. Подобная тенденция соотношения сохранится и в 2020 г. при незначительном падении обоих показателей: трудоспособных станет 3595 тыс. чел., а старше трудоспособного возраста 7863 тыс. чел.

Однако, анализ по возрастным группам (0-7, 8-17, 18-30, 31-59 лет мужчин и 31-54 года женщин), выявляет тенденцию увеличения численности возрастных когорт до 18 лет и снижение количества инвалидов старше 18 лет. В 2017 г., согласно данным Росстата, 217 тыс. чел. – инвалиды в возрасте от 0-7 лет; 411 – 8-17 лет; 552 – 18-30 лет. Согласно прогнозным расчетам, возрастная когорта 18-30 лет в 2020 г. увеличится на 10,4% (609 тыс. чел.); 8-17 лет станет больше на 24,6% (512 тыс. чел.); 0-7 лет увеличится на 4,2% (226 тыс. чел.). При этом количественно практически не изменится возрастная когорта мужчины в возрасте 31-59 лет, женщины в возрасте 31-54 года (падение на 0,6% в 2020 г. по сравнению с 2017 г.).

Сведения о работающих инвалидах, состоящих на учете в системе Пенсионного фонда РФ, с разделением на группы позволили провести анализ, который выявил следующее: с 2011 по 2016 гг. наблюдается стабильный рост количества работающих инвалидов по 2 и 3 группам инвалидности. Количество работающих первой группы остается практически неизменным на протяжении последних 3 лет и составляет около 82 тыс. чел. В 2017 г. произошло значительное снижение численности занятых инвалидов по всем группам инвалидности. Построенные прогнозные показатели демонстрируют сохранение общей тенденции. Следует отметить, что в 2017 г. резко сократился показатель доли работающих инвалидов в общей численности инвалидов, состоящих на учете в системе Пенсионного фонда РФ, который стабильно рос с 2011 по 2016 гг. и составил 20,5%.

Данные Федеральной службы по труду и занятости о численности граждан, относящихся к категории инвалидов, обратившихся за содействием в

поиске подходящей работы, показывают, что их численность постоянно снижается: в период с 2010 г. по 2016 г. падение составило 53,3%. Соответственно уменьшается и показатель численности инвалидов, нашедших работу (доходное занятие): уменьшение почти на 64% за анализируемый период. Падает показатель трудоустройства маломобильных граждан и за счет квот: самое большое число трудоустроенных было в 2008 г. – 8806 чел., а в 2016 – 3743 чел. (падение на 77%).

Однако доля нашедших работу от общей численности граждан, относящихся к категории инвалидов, обратившихся за содействием в поиске подходящей работы (по данным Федеральной службы по труду и занятости) по Российской Федерации, за анализируемы период постоянно увеличивалась. Максимальное значение было в 2014 г. (43%), в 2015 г. – 42,4%. В 2016 г. данный показатель составил 39%. Согласно прогнозу, он должен вырасти в 2020 г. до значения почти 45%.

Таким образом, проведенный анализ статистических показателей на основе данных, представленных в свободном доступе на портале РОССТАТА, позволил получить представление об общей тенденции относительно проблемы трудоустройства инвалидов: изучить динамику качественных и количественных частных и обобщающих показателей относительно численности, пола и возраста, причин инвалидности, разделения на группы и трудоустройства инвалидов. На основе собранной информации были построены прогнозные показатели до 2020 г., которые помогли понять общую тенденцию и тренды развития значения частных и обобщающих показателей положения инвалидов на рынке труда.

Список литературы

1. Раздел «Численность инвалидов по возрастным группам в разрезе субъектов РФ»; Раздел «Численность инвалидов по группе инвалидности в разрезе субъектов РФ»; Раздел «Численность инвалидов по причинам инвалидности в разрезе субъектов РФ»: Статистические данные. [Электронный ресурс] // Федеральная государственная информационная система «Федеральный реестр инвалидов» (ФРИ). URL: <https://sfri.ru/stat/> (дата обращения 10.03.2018).

2. Раздел «В трудоспособном возрасте»; Раздел «Обращения граждан»: Статистические данные. [Электронный ресурс] // Федеральная государственная информационная система «Федеральный реестр инвалидов» (ФРИ). URL: <https://sfri.ru/stat/> (дата обращения 10.03.2018).

3. Раздел «Положение инвалидов». Уровень инвалидизации в Российской Федерации [Электронный ресурс] // Официальная статистика. Население. –

Росстат РФ. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/disabilities/# (дата обращения 10.03.2018).

4. Раздел «Положение инвалидов». Труд и занятость инвалидов [Электронный ресурс] // Официальная статистика. Население. – Росстат РФ. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/disabilities/# (дата обращения 10.03.2018).

5. Раздел «Положение инвалидов». Детская инвалидность [Электронный ресурс] // Официальная статистика. Население. – Росстат РФ. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/disabilities/# (дата обращения 10.03.2018).

ВОЗМОЖНОСТИ УЛУЧШЕНИЯ ПОЛОЖЕНИЯ ЛЮДЕЙ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ НА РЕГИОНАЛЬНОМ РЫНКЕ ТРУДА¹ **OPPORTUNITIES TO IMPROVE THE SITUATION WITH DISABLED PEOPLE IN A REGIONAL LABOR MARKET**

Л.Н. Нацун
Вологодский научный центр РАН, г. Вологда
L.N.Natsun
Vologda Scientific Center, RAS, Vologda

Для людей с инвалидностью возможность трудиться – важнейший фактор включения в активную социальную жизнь. В мировой практике накоплен богатый опыт преодоления барьеров трудоустройства инвалидов. В России условия для внедрения эффективных механизмов поддерживаемого трудоустройства инвалидов только начинают складываться. На данных региональных исследований показано, что их функционирование принесет государству положительный социальный и экономический эффект.

Ability to get employed is a key factor for people with disabilities to feel involved into in an active social life. World practice has accumulated a wealth of experience how to overcome employment barriers such people. Russia is just at the starting point on its way to implement effective mechanisms to support their employment. These regional studies confirm that they will positively affect them both socially and economically.

Ключевые слова: инвалиды, барьеры трудоустройства инвалидов, «поддерживаемое трудоустройство» инвалидов

Keywords: people with disabilities, barriers to employ people with disabilities, “supportive employment” for people with disabilities

Инвалидизация населения тесно связана с процессом демографического старения. В России, по данным на 2018 год, среди инвалидов максимальная доля (65%) приходится на людей старше трудоспособного возраста. Дети

¹ Тезисы подготовлены в рамках выполнения работ по проекту РНФ № 16-18-00078 «Механизмы преодоления ментальных барьеров инклюзии социально уязвимых категорий населения для активизации процессов модернизации регионального сообщества».

составляют 5% контингента российских инвалидов, трудоспособные граждане – 30%, в том числе, молодые люди в возрасте 18–30 лет – 4% [1].

Экономические последствия инвалидизации населения включают затраты на лечение и реабилитацию инвалидов, а также разного рода упущенные выгоды общества и самих инвалидов: недопроизведенный ВВП страны, упущенный доход членов семей, осуществляющих уход за инвалидами, «недоплаченные» с потенциального дохода инвалидов налоги [2]. Обобщив эти формы экономических потерь, можно выделить два их типа: затраты на медицинское и социальное обслуживание инвалидов и потери, обусловленные социальным исключением инвалидов. В исследовании, проведенном специалистами Вологодского научного центра РАН, было показано, что в 2012 г. потери ВРП Вологодской области от незанятости инвалидов трудоспособного возраста составляли 6,8 млрд. рублей (1,6% от величины ВРП региона). В том же году потери федерального бюджета по данной причине составляли 1,5 трлн. рублей (2,4% от ВВП) [2, с. 39–41].

Снижение величины экономических потерь от незанятости инвалидов трудоспособного возраста возможно только через обеспечение социальной инклюзии. С 2016 г. ФГБУН ВолНЦ РАН реализуется проект РНФ на тему «Механизмы преодоления ментальных барьеров инклюзии социально уязвимых категорий населения для активизации процессов модернизации регионального сообщества». В его рамках, в том числе, рассматривались препятствия инклюзии инвалидов в российское общество. В исследовании с опорой на классификацию барьеров инклюзии, предложенную в Конвенции ООН «О правах инвалидов», выделялись *отношенческие* и *средовые* барьеры [3]. Первые имеют под собой психологическую и социокультурную основу, возникают под влиянием социальной среды. Поэтому в указанном проекте было введено понятие «*ментальные барьеры инклюзии инвалидов*» – установки, убеждения, стереотипы населения относительно людей с инвалидностью. Ментальные барьеры искажают объективную информацию об инвалидах, что затрудняет получение ими образования, создание семьи, профессиональную самореализацию [4].

Исключение инвалидов из трудовых отношений – одна из форм их дискриминации. В Российской Федерации уровень участия инвалидов в трудовой деятельности остается более низким по сравнению с развитыми странами. Например, в Австралии в 2014 г. работали 53% инвалидов, в Германии 2017 г. – 51%, в Великобритании в 2013 г. – 49%, а в России в 2016 г. – лишь 17% [1, 5, 6, 7]. В России безработица среди инвалидов в 3,7 раза выше, чем среди населения в целом [1].

Согласно данным опроса населения Северо-Западного федерального округа (СЗФО)¹, большинство респондентов (51%) считают, что в настоящее время (2017 г.) в России инвалидность – непреодолимое препятствие при трудоустройстве. Еще 63% полагают, что даже квалификация и образование не прибавляют инвалидам конкурентоспособности на рынке труда.

Наблюдается обесценивание профессиональной квалификации инвалидов: среди них 49% дипломированных специалистов работают на местах, совершенно не соответствующих полученной специальности. Среди всего населения, имеющего профессиональное образование, этот показатель составляет 35% [1].

В России трудовой потенциал исследуемой категории приходится, главным образом, на инвалидов третьей группы, которые демонстрируют наибольшую занятость (в 2017 г. среди них работали 21%) [1]. Большинство инвалидов третьей группы не нуждаются в создании специально оборудованных рабочих мест. В целом по России в 2017 г. среди лиц, впервые признанных инвалидами третьей группы, рекомендации к трудоустройству на специально оборудованных рабочих местах получили только 98 человек, к работе на дому и в специальных условиях – 259 человек, а 114129 человек могли работать на обычных местах, где созданы благоприятные условия труда [1].

Для вовлечения инвалидов третьей группы в трудовую деятельность несомненную ценность представляет зарубежный опыт, где предпочтение отдается именно включению инвалидов в коллективы обычных предприятий. Успешные практики такого рода есть, например, в Австралии [6]. Но инвалиды с более тяжелыми нарушениями здоровья (1 и 2 группы инвалидности) нуждаются в специализированных рабочих местах. Это требует от потенциальных работодателей значительных финансовых затрат. Так, в 2015 г. в Вологодской области созданы 204 специализированных рабочих места для 205 инвалидов. Примерная стоимость оборудования одного места составила 72689,71 рублей. Финансирование производилось из государственного бюджета. Если принять, что заработная плата инвалидов соответствовала бы 95% от среднемесячной номинальной начисленной заработной платы по

¹ Массовый социологический опрос населения нескольких регионов Северо-Западного федерального округа: Республики Карелия, Вологодской, Калининградской, Мурманской, Новгородской областей. Метод проведения – анкетирование по месту жительства респондентов. Выборка репрезентативная, квотная. В 2017 году в опросе приняли участие 3108 человек, из которых 1500 человек проживают на территории Вологодской области, по 400 человек – в Калининградской области и Республике Карелия, 401 человек – в Мурманской области, 407 человек – в Новгородской области.

региону (26073 руб. в 2015 г.)¹, ожидаемый объем налоговых поступлений (подоходный налог с физических лиц в номинальном выражении) за два года составил бы 16,7 млн. руб. В номинальном выражении расходы на создание рабочих мест для инвалидов могли бы окупиться менее чем за два календарных года: объем налоговых поступлений превысил бы затраты на создание рабочих мест на 1,8 млн. рублей. Но это было бы возможно только при должном уровне оплаты труда инвалидов.

Поскольку российские предприятия не готовы самостоятельно нести дополнительные расходы, необходимы альтернативные пути поддержки занятости инвалидов. Кроме того, эксперты из общественных организаций инвалидов Вологодской области в рамках опроса, проведенного в 2018 г., отмечали, что в настоящее время работники обычных предприятий не готовы трудиться бок о бок с инвалидами. Отношенческие барьеры, как правило, затрагивают всех людей с видимыми проявлениями инвалидности. Поэтому в качестве возможного выхода, особенно для «сложных» категорий (незрячих и передвигающихся на инвалидной коляске), эксперты назвали восстановление и поддержку спецпредприятий через систему госзаказов и субсидий на обновление оборудования и технологий. В настоящее время функционируют 155 спецпредприятий, принадлежащих Всероссийскому обществу слепых [9].

На наш взгляд, реализация мер поддержки, дифференцированных в зависимости от степени и характера ограничения трудоспособности получателей, дает возможность оптимизировать бюджетные затраты и достичь максимального экономического эффекта от содействия трудоустройству инвалидов. Приоритетность усилий общества и государства в данной сфере подтверждают экономические расчеты, выполненные на основе данных статистики.

Список литературы

1. Положение инвалидов. Росстат. URL: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/invalid/1-3.doc
2. Проблемы социальной консолидации: инвалиды в региональном сообществе [Текст]: монография / колл. авт. под рук. д.э.н. А.А. Шабуновой. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2014. С. 35-42.
3. Конвенция ООН «О правах инвалидов». URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability

¹ Корректировка проведена в связи с тем, что инвалидам по трудовому законодательству предоставлено право на сокращенный рабочий день.

4. Фахрадова Л.Н. Проблемы социальной инклюзии инвалидов: теоретический экскурс и опыт эмпирического исследования / Л.Н. Фахрадова // Проблемы развития территории. 2016. № 6 (86). С. 58–75.

5. UK labour market: April 2015 // Office for national statistics. URL: <https://www.ons.gov.uk/employmentandlabourmarket/peopleinwork/employmentandemployeetypes/bulletins/uklabourmarket/2015-04-17#main-points-for-the-3-months-ending-february-2015>; A08.

6. Labour market status of disabled people // Office for national statistics. URL: <https://www.ons.gov.uk/employmentandlabourmarket/peopleinwork/employmentandemployeetypes/datasets/labourmarketstatusofdisabledpeoplea08>;

7. Disability statistics // Australian network of disability. URL: <https://www.and.org.au/pages/disability-statistics.html>; Положение инвалидов // ФГСГ. – URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/disabilities/#

8. Talented candidates with disability commencing work // Australian Network on Disability. URL: <https://www.and.org.au/news.php/180/talented-candidates-with-disability-commencing-work>.

9. Предприятия ВОС по федеральным округам. URL: http://www.vos.org.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=328&Itemid=135

**НАВСТРЕЧУ – И МИМО:
ПРОБЛЕМЫ ТРУДОУСТРОЙСТВА ЛЮДЕЙ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ
STRIVE TO MEET - AND PASS BY:
PROBLEMS OF EMPLOYMENT OF PEOPLE WITH DISABILITIES**

Ю.С. Ненахова
Институт социально-экономических проблем народонаселения РАН,
г. Москва
Y.S. Nenakhova
Institute of Socio-economic Problems of Population, RAS,
Moscow

Анализируются проблемы трудоустройства людей с инвалидностью и направления решения данных проблем. Выводы строятся на основе результатов ряда новейших научных исследований, проведенных при участии автора в 2017-2018 гг. и включающих массовый опрос инвалидов (1000 респондентов), серию экспертных интервью с представителями всех основных сторон отношений на рынке труда с участием инвалидов, а также контент-анализ материалов СМИ по проблеме трудоустройства инвалидов.

The article is devoted to problems of employment of people with disabilities and directions of solving these problems. Conclusions are based on the results of a number of new scientific studies, conducted with the participation of the author in 2017-2018 and including a mass survey of disabled people, a series of expert interviews with representatives of all the major parties of labor market relations with the participation of disabled people, as well as content analysis of media materials on the employment of disabled people.

Ключевые слова: инвалид, рынок труда, трудоустройство инвалидов, инвалид на рынке труда, трудовой потенциал инвалида

Keywords: disabled person, labor market, employment of disabled people, disabled people on the labor market, disabled person's labor potential

Общемировая тенденция такова: вероятность того, что человек – в той или иной социальной роли – столкнется с проблемами инвалидности, становится все выше и выше. Именно поэтому внимания этой проблеме со стороны мировой общественности уделяется все больше. Российская Федерация также декларирует готовность искать пути повышения качества жизни людей с инвалидностью: в 2012 г. была ратифицирована Конвенция ООН о правах инвалидов и с 2016 г. интенсифицировалась государственная управленческая деятельность в отношении трудоустройства людей с инвалидностью. Однако, если речь заходит о вопросах трудоустройства и занятости инвалидов, проблема по-прежнему остра: если в Великобритании и Канаде уровень занятости среди инвалидов практически достигает 50%, а в Германии и Австралии даже его превышает, то в России он сохраняется на уровне ниже 20% [1, с. 666].

Остановимся на данных ряда исследований 2017-2018 гг., проводимых при участии автора коллективом Института социально-экономических проблем народонаселения Российской академии наук, наиболее крупное из которых – «Трудоустройство людей с инвалидностью в Москве: Проблемы и пути решения». В рамках данных исследований был проведен массовый опрос инвалидов (объем выборки – 1000 человек), серии экспертных интервью с руководителями обществ инвалидов, отделов трудоустройства г. Москвы, негосударственных организаций, оказывающих услуги содействия трудоустройству инвалидов, учреждений профессионального образования, оказывающих образовательные услуги инвалидам, организаций, трудоустраивающих инвалидов, а также контент-анализ материалов СМИ по данной проблематике.

Озвучиваемое не раз в рамках экспертных интервью мнение о том, что уровень мотивации инвалидов к трудоустройству низок, поскольку многим из них свойственна иждивенческая позиция, пассивность, неготовность к предлагаемым условиям труда и объему трудовых нагрузок и др., а значит, не следует акцентировать внимание на проблеме трудоустройства инвалидов, расширяя объем материальной поддержки по критерию инвалидности, опровергается результатами массового опроса инвалидов: 83% москвичей-инвалидов оценивают свое материальное положение на таком уровне, который методология ВЦИОМ позволяет отнести их к категории «бедные». Вместе с тем почти 90% опрошенных инвалидов работают или полагают, что стали бы

работать при определенных условиях. При этом одним из основных демотивирующих факторов к трудоустройству инвалидов является снятие городской надбавки к пенсии при трудоустройстве для инвалидов 3-й группы.

С другой стороны, на качество трудового потенциала инвалидов значительное влияние оказывают результаты реформы системы образования: снижение качества и доступности образования вследствие масштабного введения квази-инклюзии без обеспечения соответствующими ресурсами, закрытия специализированных школ, объединения московских школ и дошкольных учреждений в крупные образовательные холдинги, в результате чего специализированные школы для инвалидов определенных видов расстройств теряют свою специализацию, значителен риск падения качества управления такой структурой, риск снижения доступности образовательных услуг и т.д., значительного сокращения штатов сотрудников образовательных учреждений и увеличения их трудовой нагрузки, сокращения выпуска определенных специалистов, например, педагогов жестового языка и др. Кроме того, на качество образования влияет распространенная практика открытия специальностей в учреждениях профобразования, не востребованных рынком труда – когда система образования воспринимается как демпфер (с целью удержать инвалида в социуме как можно дольше), а не как трамплин для дальнейшей реализации человеком своего трудового потенциала. А также сохраняющиеся проблемы в отношении доступной среды в образовательных учреждениях и на пути к ним.

Что касается мотивации и возможностей работодателя, то респонденты отмечают отсутствие действенных поощрительных мер при трудоустройстве инвалидов, недостаточную эффективность работы института квотирования (распространена практика, когда размер штрафа за незаполнение места по квоте для инвалидов оценивается ниже, чем затраты на поиск инвалида и упущенные выгоды в случае его трудоустройства, а значит, принимается решение платить штрафы, нежели предпринимать усилия по поиску потенциальных работников-инвалидов), отсутствие информации о том, какие виды деятельности могли бы наиболее эффективно выполнять инвалиды тех или иных видов расстройств, распространение установки, что инвалида сложно или даже невозможно уволить, крайне незначительная поддержка специализированных предприятий для инвалидов, а также незаинтересованность в привлечении работников с инвалидностью в силу нестабильного и/или неблагоприятного экономического положения организации и узкого горизонта планирования [2].

Исследование также показало, что сведение проблемы к недостаточной дружелюбности общества к инвалидам является ошибкой: только 7% респондентов – работающих инвалидов отметили, что в их трудовом

коллективе к работникам-инвалидам относятся неприязненно, и только 15% – что к работникам-инвалидам неприязненно относится их руководство.

При этом результаты все же указывают на то, что и сами инвалиды, и работодатели изъявляют готовность установить друг с другом трудовые отношения, однако желаемой встречи на рынке труда чаще всего не происходит. Неинституциональная теория объясняет такую ситуацию слишком высоким уровнем транзакционных издержек, возникающих не внутри организации (как издержки трансформационные – трансформации ресурса в готовый продукт), а на рынке (в данном случае – на рынке труда), прежде всего в связи с недостатком информации друг о друге и о том, каким образом доносить информацию о себе самом. Снизить уровень транзакционных издержек призван институт посредничества, представленный государственными организациями (государственной службой занятости населения, бюро медико-социальной экспертизы, государственной системой образования и др.) и негосударственными организациями, в чьи функции входит содействие трудоустройству инвалидов. Однако существующая в России система посредничества при трудоустройстве требует значительной оптимизации.

В частности, недостаточно эффективно работает институт медико-социальной экспертизы: только 15% опрошенных отметили, что ИПРА содействует трудоустройству, 44% – что никак на него не влияет и 27% – что ИПРА даже осложняет трудоустройство. Еще 14% респондентов ИПРА не имеют.

Одна из основных проблем организации и функционирования института посредничества – недостаток и мало эффективность существующих каналов поиска работодателей, заинтересованных в работнике-инвалиде, и инвалидов, заинтересованных в работодателе (открытые базы данных, ярмарки вакансий, площадки в виде форумов и т.п., чемпионаты профессионального мастерства и т.д.). При этом предположение экспертов – руководителей отделов трудоустройства о том, что служба занятости используется большинством населения не как канал трудоустройства, а как источник поступления социальных трансфертов, не подтверждается данными опроса: почти две трети опрошенных (61%) обращаются в службу занятости, при этом более половины (53%) из них в качестве причины обращения указало: потому что трудно самостоятельно найти работу, – 34%; чтобы устроиться по квотам для инвалидов, – 34%; чтобы устроиться на специально оборудованные рабочие места (можно было выбрать несколько вариантов ответа на этот вопрос).

Однако система посредничества нуждается в разработке и внедрении индивидуального подхода в работе с инвалидами – не просто декларируемого, а

обеспеченного необходимыми кадровыми, финансовыми и др. ресурсами, позволяющими уделять достаточно времени на профориентационные, адаптационные и др. виды деятельности. Требуется также создание автоматизированной системы подбора видов труда и других характеристик трудовой деятельности под возможности, ограничения и потребности людей с инвалидностью – системы, которая разрабатывается силами сотрудников научных институтов на протяжении более 20 лет, однако ее внедрения в государственную систему посредничества при трудоустройстве так и не произошло.

Еще одна важная задача – формирование комплексной системы сбора и анализа статистических данных относительно положения инвалидов на рынке труда, поскольку существующая система сбора статистических данных крайне разрознена (статистика собирается не в полном объеме отдельными ведомствами), позволяет решать исключительно узковедомственные задачи, но не сформировать целостную картину положения инвалидов на рынке труда и выступить в качестве надежной базы при принятии более масштабных управленческих решений.

Кроме того, требуется значительная корректировка методики работы с инвалидами и работодателями на всех этапах и обеспечение деятельности необходимыми ресурсами (начиная от первичного выхода на инвалидов и работодателей, профориентационных и мотивационных мероприятий, обеспечения первичного взаимодействия работника и работодателя, внедрения работника в производственную среду, закрепления работника в производственной среде).

Повышению эффективности трудоустройства инвалидов способствовало бы также создание отдельной базы дистанционных рабочих мест для инвалидов.

Необходимо привлечение к разработке мер государственной политики учреждений профобразования, работодателей и обществ инвалидов и установление каналов взаимодействия между ними.

Наконец, требуется внедрение действенных механизмов стимулирования работодателей в купе с введением эффективных механизмов контроля, а также снижение негативных эффектов инклюзивного образования, сохранение и поддержание специализированных программ и ОУ для инвалидов, сопровождение инклюзии соответствующими ресурсами.

Список литературы

1. Нацун Л.Н. «Поддерживаемое трудоустройство» инвалидов: Обзор мирового опыта // Вестник УрФУ. 2017. Том 16. № 4.

**“ИНВАЛИДЫ, А ТУДА ЖЕ – РАБОТАТЬ!” НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ
ТРУДОУСТРОЙСТВА ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В РОССИИ
(НА ПРИМЕРЕ НЕЗРЯЧИХ)**
**“DISABLED WHO WANT TO WORK” SOME PROBLEMS OF
EMPLOYING DISABLED PEOPLE IN RUSSIA
(ON THE EXAMPLE OF PEOPLE WITH EYE PROBLEMS)**

Е.Э. Носенко-Штейн

Институт востоковедения РАН, г. Москва

E.E. Nosenko-Stein

Institute of Oriental Studies, RAS, Moscow

Рассматриваются основные проблемы трудоустройства незрячих в современной России. Проанализировав различные источники и литературу, автор предлагает свое понимание решения ряда проблем.

On these pages the author considers problems of employment of blind people in today's Russia. After analyzing various sources and literature the author suggests some ways for solving these problems.

Ключевые слова: инвалидность, люди с ограниченными возможностями здоровья, трудоустройство, дискриминация, Россия

Keywords: disability, disabled people, employment, discrimination, Russia

Право на труд гарантировано российским гражданам ст. 37 Конституции РФ. Однако в современной России люди с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) не могут в полной мере реализовать это право. В 2017 г. в нашей стране насчитывалось около 12,3 млн. человек. Из них около 5 млн. человек – это люди работоспособного возраста [1]; многие из них потеряли работу или не могут найти работу. Согласно законодательству Российской Федерации, инвалидность связывается с трудоспособностью [2] (а не с заболеванием, как в большинстве стран Запада). Но именно в сфере трудоустройства инвалидов наблюдается явная или скрытая дискриминация.

Это во многом является следствием до сих пор господствующего в России патерналистского отношения к людям с инвалидностью, согласно которому они являются пассивным объектом социальной заботы и не могут претендовать на самостоятельное принятие решений, в том числе в сфере социальной политики. Такой подход был повсеместно распространен в прошлом; он господствовал и в СССР. В постсоветской России он до сих пор

сохраняется, в том числе в сфере социальной политики. Он, в свою очередь, результат медицинской модели инвалидности (обзоры литературы о разных моделях инвалидности см: [3-7]). Такая модель господствовала в СССР, где в рамках подобных представлений для людей с некоторыми категориями инвалидности (в том числе для незрячих) создавали специальные рабочие места (предприятия, цеха, мастерские) с преимущественно рабочими специальностям. Например, для незрячих еще в 1920-е гг. создавались мастерские по производству щеток; в 1930-е гг. начали создавать разнообразные мастерские и цеха, где использовался несложный ручной труд. Позднее под эгидой Всесоюзного общества слепых (ВОС) были созданы специальные предприятия (выполнявшие также учебную функцию) по производству выключателей, электрических розеток, крышек для консервных банок и т.п. Для желающих получить среднее специальное или высшее образование существовали специальные учебные заведения: Кисловодское медицинское училище готовило незрячих и слабовидящих к профессии массажистов; Ленинградский педагогический институт им. А.И. Герцена готовил педагогов-дефектологов.

После перестройки эта система профессиональной ориентации и трудоустройства переживает глубочайший кризис. Многие специализированные предприятия, в том числе предприятия ВОС, не выдержав рыночной конкуренции, либо прекратили свое существование, либо вынуждены резко сократить число работающих там людей с инвалидностью. В результате люди с ОВЗ не могут найти работу, испытывая при трудоустройстве явную или скрытую дискриминацию. Открытая дискриминация встречается относительно редко. Таков приводимый в докладе организации Human Rights Watch за 2013 г. случай отказа принять на работу школьным преподавателем незрячую женщину; в качестве аргумента в пользу такого решения было высказано следующее: «Вы же не видите, как же Вы можете учить детей?» [8] Еще более откровенным была позиция руководства одной из московских ведомственных поликлиник, решившего уволить двух незрячих массажистов: молодого мужчину и женщину, проработавшую в этом учреждении более 30 лет. На этот раз в качестве «аргумента» выступил «вредный для зрения» характер работы массажистов с «биоматериалом» (так на бюрократическом новоязе обозначаются люди, т.е. пациенты). Только угроза обращения в суд, как заставила руководство поликлиники изменить свое решение.

Чаше дискриминация инвалидов при приеме на работу проявляется менее открыто. Так, в Смоленский государственный университет не взяли на работу незрячую молодую женщину; официально ей заявили об отсутствии вакансии. Однако в интервью (Смоленска, 2016) сотрудники университета утверждали, что руководство отказывается принимать на работу инвалидов, потому что их

очень сложно уволить. Многие информанты рассказывали мне, что они не продвигались по служебной лестнице или продвигались крайне медленно именно из-за инвалидности. Например, Вера З. (67 лет, кандидат психологических наук, инвалид 2 группы по зрению, Москва), рассказывала: «Ну, понимаете, назначили меня недавно зав. кафедрой. Да у меня уже сил нет! Вот лет в 45-50 у меня и силы были, и хотелось что-то сделать. А теперь что? Почему тогда не назначали? Мне передали доброжелатели, что у начальства был такой разговор: “Она же почти не видит, слух неважный, как она может руководить?” А сейчас уже трудно, возраст». В ряде случаев люди при устройстве на работу пытаются скрыть свою инвалидность (не показывают справку об инвалидности, даже пытаются на первых порах обходиться без сильных очков, слухового аппарата и пр.) [9].

Более того, как отмечалось в уже упомянутом докладе Human Rights Watch, отсутствие безбарьерной среды очень часто приводит к тому, что люди не могут добраться до работы или просто выйти из дома; об этом же мне не раз говорили информанты, особенно в регионах (Архангельск, Смоленск, Нижний Новгород и др.). Таким образом, отсутствие безбарьерной среды: отсутствие озвученных светофоров, желтой разметки на асфальте, плохо уложенный асфальт, а также отсутствие пандусов, лифтов с широкими дверями, низкопольных автобусов сильно затрудняют доступ многим людям с инвалидностью к месту работы, а иногда делают этот доступ невозможным.

В настоящее время делается ряд попыток исправить ситуацию путем опять же создания специальных рабочих мест для людей с инвалидностью. Это так называемые квоты для инвалидов на государственных и частных предприятиях. Однако на деле эта система «работает» крайне плохо: наниматели предпочитают либо заплатить штраф, но не брать человека с инвалидностью на работу, либо зачислять его фиктивно [10; 11]. Несколько более эффективны программы, осуществляемые в ряде городов. В Москве для незрячих существует специально созданный колл-центр. Пока все эти меры дают временные результаты и не решают проблему системно.

Для ликвидации дискриминации людей с ОВЗ в сфере трудоустройства необходима выработка соответствующего законодательства с неизменным привлечением к этому людей с ОВЗ. В ряде случаев нужна модернизация еще существующих специализированных предприятий для инвалидов, чтобы сделать труд там более престижным и хорошо оплачиваемым. Система же квот для инвалидов как доказавшая свою неэффективность и коррупционность, а также унижающая достоинство человека, должна быть упразднена. Еще одно важное направление: развитие социального бизнеса, который может быть создан (целиком или частично) людьми с ОВЗ и в котором эти люди реально

могли бы работать, создавая товары и услуги как для людей с инвалидностью, так и для условно здоровых людей.

Список литературы

1. Количество инвалидов в России – http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/disabilities/# [Электронный ресурс. Последнее обращение 17.03.2017].

2. Федеральный закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ (ред. от 29.12.2017) "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/63d0c595ab5abe23f1011a3719970dfaf665ce0c/ [Электронный ресурс. Дата последнего обращения – 28.01.2018].

3. Jonston D. An Introduction to Disability Studies. 2nd ed. Oxford, David Fulton Publishers, 2005.

4. Siebers T. Disability Theory, Boldly Rethinking of the Last Thirty Years from the Vantage Point of Disability Studies. Ann Arbor: University of Michigan Press, 2008.

5. Watson N., Roulstone A., Carol Th. (Eds.). Routledge Handbook of Disability Studies. London: Routledge, 2012.

6. Носенко-Штейн Е.Э. Антропология инвалидности: проблемы и задачи // Этнографическое обозрение. 2018. № 1. С. 5-11.

7. Ендальцева А. Изучение и поиски чистой модели: Что осталось за пределами внимания на пути между Глобальным Югом и Глобальным Севером? // Обратная сторона Луны, или антропология инвалидности (теория, практики, жизненные стили). М.: Институт этнологии и антропологии РАН, 2018 (в печати).

8. Barriers everywhere: lack of accessibility for people with disabilities in Russia. New York: Human Rights Watch, 2013. <https://www.loc.gov/item/2013417780/> [Электронный ресурс. Последнее посещение 26.01.2018].

9. Носенко-Штейн Е.Э. Отношение к инвалидности среди людей с ограниченными возможностями в современной России (предварительные наблюдения) // Человек и социум: от конкуренции к толерантности (проблемы социальной интеграции) / Отв. ред. М.Л. Бутовская, Ю.Н. Феденок. М.: Институт этнологии и антропологии РАН, 2017. С. 190-217.

10. Романов П., Ярская-Смирнова Е. Политика инвалидности: Социальное гражданство инвалидов в современной России. Саратов: Научная книга, 2006.

11. Phillips S. Citizens or 'dead souls'? an anthropological perspective on disability and citizenship in post-Soviet Ukraine // Disability in Eastern Europe and the former Soviet Union: history, policy and everyday life / Ed. by M. Rasell and E. Iarskaia-Smirnova. Oxford: Rotledge, 2014.

**ЗАНЯТОСТЬ ЛИЦ ПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА
В Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ¹**
EMPLOYMENT OF PENSIONERS IN ST.PETERSBURG

И.Л. Сизова

Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург

I.L. Sizova

St Petersburg University, Saint-Petersburg

Исследуются особенности занятости лиц пожилого возраста в г.Санкт-Петербурге. Исследование проведено методом телефонного опроса жителей города пенсионного возраста. Особое внимание уделено таким факторам занятости, как овладение цифровыми навыками и состояние здоровья пожилых. Результаты опроса показали, что современные пенсионеры способны стать значимым трудовым потенциалом страны.

The article is devoted to the peculiarities of employment of elderly people in St. Petersburg. The study was conducted by telephone survey, were interviewed residents of the city who are in retirement age. Special attention is paid to such factors of employment as digital skills acquisition and health status of the elderly. The results of the survey showed that modern pensioners can become a significant labor potential of the country.

Ключевые слова: занятость, лица пенсионного возраста, мотивация к труду, цифровые компетенции, здоровье, удовлетворенность трудом

Keywords: employment, persons of retirement age, motivation to work, digital competence, health, job satisfaction

Появление многочисленной когорты людей, которых принято считать пожилыми, вызвало многочисленные реакции в национальных экономиках и на рынках труда. С некоторого времени во многих развитых странах мира, особенно задействованных в процессах старения, проводятся реформы по увеличению пенсионного возраста и активизации труда и занятости пожилых. В России, хотя и не так быстро, также увеличивается продолжительность жизни населения, сокращается число молодежи, и, соответственно, возрастает иждивенческая нагрузка на работающее население. В преддверии повышения пенсионного возраста, с одной стороны, важным является вопрос, насколько российский рынок труда и система занятости способны вовлечь лиц старшего возраста и обеспечить их потребности. С другой стороны, необходимо учитывать возможности и интересы самих пожилых людей в том давлении, которое оказывает общество, заставляя людей дольше трудиться. Для изучения данных вопросов были оценены главные индикаторы занятости лиц пенсионного возраста в России и учтены особенности их трудовых стратегий.

¹ Статья подготовлена в рамках поддержанного РФФИ (отделение гуманитарных и общественных наук) научного проекта №17-03-00074 «Самостоятельная интернет-занятость: между прекарризацией и нормальностью» 2017–2018 гг.»

Исследование проведено в 2017 г. методом телефонного опроса жителей города Санкт-Петербург по заранее составленному опроснику. В опросе приняли участие 510 респондентов, равномерно распределенных по районам города. Всего было опрошено 370 женщин (73%) и 140 мужчин (27%) в возрасте 55/60 лет и старше. Из всех респондентов 54% пришлось на второй возраст (до 70 лет), 31% находились в возрасте от 70 до 79 лет (третий возраст), и 14% оказались в преклонном возрасте (80 лет и старше). Несмотря на то, что изучению подлежали лица старших возрастных групп, более половины из них (53%) являлись специалистами высшей квалификации, то есть, получили высшее образование. Среднее профессиональное образование имели 27% респондентов и еще 11% – полное среднее образование. Остальные имели либо начальное профессиональное образование (7%), либо неполное среднее.

Как показывают многочисленные исследования [1], большинство лиц пенсионного возраста в России не работают. В Санкт-Петербурге таких среди опрошенных пенсионеров оказалось 69%. Около 2% пенсионеров города отказались отвечать на поставленный вопрос. Остальные являются занятыми и работают либо по своей специальности полный рабочий день (17%), либо поменяли работу на менее квалифицированную (6%). Самым непрестижным оказался вариант занятости среди пенсионеров, когда совмещается неполный рабочий день и менее квалифицированная (чем в трудоспособном возрасте) работа. В таком режиме работают в настоящее время почти 4% пенсионеров.

Для большинства работающих пенсионеров цель продолжения трудовой деятельности заключается в получении дополнительного заработка (79%). Однако значительное количество занятых пенсионеров отмечали и такие преимущества продолжения профессиональной деятельности, как чувства востребованности (31%), вдохновения и радости (25%), общения (23%). С другой стороны, у тех пенсионеров, кто принял решение больше не работать, выражены пессимистические настроения. Люди считают, что выход на пенсию не приносит положительных последствий (30%) или им затруднительно их указать (еще 11% респондентов).

В целом, нельзя сказать, что пенсионеры в подавляющей степени хотели бы продолжать вести профессиональную жизнь. Значительное число респондентов удовлетворены своим положением, пожилые находят, чем заняться в повседневной жизни. Для многих – это общение с семьей, друзьями, выполнение различных повседневных обязанностей, поездки на дачу, культурные и спортивные мероприятия. Вопрос о возможном повышении возраста выхода на пенсию вызывает противоречивые оценки пенсионеров. Большая их часть (33%) не согласна с такой перспективой. Еще 15% пенсионеров скорее придерживаются такой же точки зрения. С другой стороны,

40% скорее или полностью согласны с необходимостью введения в стране более позднего возраста выхода на пенсию.

В связи с принятым в 2018 г. законом о повышении пенсионного возраста в России, встает вопрос, смогут ли лица старших возрастов полноценно интегрироваться в современную систему занятости и профессионального труда, особенно с учетом все возрастающих требований в области знаний и навыков, предъявляемых к работникам. Результаты проведенного телефонного опроса показывают, что возможны значительные сложности для продолжения трудовой деятельности у лиц старших возрастов. Так, большинство опрошенных пенсионеров не желают осваивать новые навыки (62%). Остальные респонденты в большей степени ориентированы на удовлетворение индивидуальных потребностей в саморазвитии, например, хотят заниматься музыкой, осваивать навыки садоводства, кулинарии, ремонтных работ и т.д. Только 6% пенсионеров заинтересованы в развитии цифровых компетенций, особенно востребованных сегодня в экономике. Из всех опрошенных пенсионеров 44% не умеют пользоваться компьютером и интернетом. Половина остальных (49%) научились этому на рабочем месте. Таким образом, существует ярко выраженная взаимосвязь между ведением трудовой жизни и освоением цифровых компетенций у пожилых. Вынужденное продление профессиональной деятельности вследствие увеличения возраста выхода на пенсию в России будет способствовать их наращиванию в том случае, если пожилые останутся на занятых рабочих местах. Однако подобное положение означает, что организациям, в которых трудоустроены лица старших возрастов, придется интенсифицировать процесс обучения работников в повышении их цифровой квалификации. Как только пожилой работник покидает привычное место работы и оказывается в среде менее квалифицированной или неквалифицированной занятости, мотивация к освоению цифровых компетенций у него пропадает и интересы существенно меняются. Так, на вопрос, что может помешать освоить нужные навыки, 21% пенсионеров ответили, что такие обстоятельства отсутствуют. Еще 21% отметили нехватку материальных средств для повышения квалификации, 26% указали, что не хватает времени на учебу.

Другой проблемой более продолжительной трудовой жизни россиян является состояние здоровья. Принято считать, что пенсионеры приравниваются к «больным» людям. Однако данные телефонного опроса пенсионеров в Петербурге показали, что это не так. 46% из них считают, что болезни и плохое состояние здоровья никак не связаны с наступлением пенсионного возраста, еще 16% согласились с этой точкой зрения (ответы «скорее согласен»). Только 30% респондентов полностью либо частично

склонны сравнивать пенсионное состояние с плохим состоянием здоровья. С учетом того, что чаще более здоровые женщины, чем мужчины склонны покидать занятость при наступлении пенсионного возраста, а также чаще уходят с работы представители неквалифицированных и низкоквалифицированных профессий [2, 434-437], можно заключить, что существует достаточно значительный потенциал трудоспособных лиц среди лиц старших возрастов.

Для самих пенсионеров продление трудовой деятельности, активное вовлечение их в деятельность предприятий, самозанятость и другие формы работы будут означать не только повышение уровня материального благосостояния (при 10500 рублей прожиточного минимума в Санкт-Петербурге 67% респондентов имеют только либо более низкий или сравнимый с ним доход), уход от одиночества (27% пожилых в опросе), но и восприятие их в качестве ценного общественного (и еще во многом недоиспользованного) ресурса.

Список литературы

1. Григорьева И.А., Сизова И.Л. Сценарии старения женщин в современной России // Мир России. 2018. №2. С. 109-135.
2. Grigoryeva I., Sizova I., Bikkulov A. Russian women in their second half of the life // 4th International multidisciplinary scientific conference on social sciences and art SGEM 2017, Albena Co., Bulgaria, pp. 429-437 DOI: 10.5593/sgemsocial2017/41.

ВЫСТУПЛЕНИЯ

КОМПЕТЕНТНОСТНАЯ МОДЕЛЬ ИНТЕГРАЦИИ ИНВАЛИДОВ НА РЫНКЕ ТРУДА **COMPETENCE-BASED MODEL OF INTEGRATION OF DISABLED PEOPLE IN LABOR MARKET**

О.А. Аникеева

Российский государственный социальный университет, г. Москва

Ю.Н. Баусов

Московский городской психолого-педагогический университет, г. Москва

O.A. Anikeeva

Russian State Social University, Moscow

U.N. Bausov

Moscow city psychology and pedagogical university, Moscow

В интеграции инвалидов в общество важнейшую роль играет их интеграция на рынке труда. Однако это и самая сложная часть интеграции, которая требует научного обоснования и практической апробации различных моделей. Одной из самых перспективных, позволяющих решить наиболее острые вопросы, – компетентностная модель, исходящая из оценки возможностей инвалидов.

In integration of disabled people into society an important role is played by integration at labor market. However it and the most difficult part of integration which demands scientific justification and practical approbation of various models. One of the most perspective allowing to resolve the most sensitive issues – the competence-based model proceeding from assessment of opportunities of disabled people.

Ключевые слова: интеграция инвалидов, компетентностная модель, интеграция на рынке труда, профессиональная деятельность инвалидов

Keywords: integration of disabled people, competence-based model, integration at labor market, professional activity of disabled people

В обсуждении и реализации различных вариантов интеграции инвалидов возникают острые вопросы: а что, собственно могут инвалиды? Как интегрировать в общество людей с ограничениями возможностей здоровья? Это вообще возможно или нет?

Отвечая на эти острые вопросы, надо проанализировать базовые концепции в отношении реабилитации инвалидов. Уже ушли в прошлое сугубо медицинские модели и концепции, когда в отношении инвалидов главной и доминирующей задачей было лечение. Социально-медицинская модель добавила аспекты социальной реабилитации, и сегодня мы говорим об интеграции инвалидов в образование, на рынке труда, во все сферы жизни общества [1, с. 154]. Но и этого сегодня мало. Главной заботой теоретиков, и в особенности практиков, стал поиск условий, при которых было бы возможно

обеспечить инвалидам возможность учиться, работать, перемещаться в любом пространстве [2]. И если с перемещениями по территории вполне понятно (обеспечение доступной среды в самых разных смыслах, безусловно, необходимое условие), то с другими условиями дело обстоит сложнее.

Установлены квоты для профессионального образования, есть квоты для трудоустройства, принимаются меры для защиты рабочих мест. Однако все эти меры носят протекционистский и патерналистский характер. Они не дают уверенности инвалидам и приносят много нежеланных хлопот и неприятных условий образовательным учреждениям и работодателям, которые зачастую всеми правдами и неправдами стремятся избежать этих обязательств.

Требуется найти выход, при котором процесс взаимодействия войдет в нормальное, естественное русло. Таким выходом может стать компетентностный подход в интеграции инвалидов. Он заключается в том, что все внимание должно быть сосредоточено на формировании необходимых компетенций у людей с инвалидностью. Компетенций, необходимых для образования и обучения, выполнения профессиональных обязанностей. Суть проблемы в том, что, если инвалиды не могут по состоянию здоровья выполнять весь комплекс профессиональных обязанностей, то это может быть фрагментированная деятельность. Главное – сформировать необходимые для работы компетенции без скидок на здоровье.

Это сложная задача, но разрешимая. Она решается в контексте социального партнерства [3, с. 255-260]. Например, при такой инвалидности, как нарушения опорно-двигательного аппарата, может быть сохраненной ментальная сфера. Это делает доступной для инвалидов-колясочников многие виды деятельности, связанные с работой за компьютером, с общением с людьми. Есть возможность найти виды профессиональной деятельности, соответствующие той или иной инвалидности. Такие исследования остро необходимы в самое ближайшее время. При этом следует учесть, что в каждом конкретном случае нарушения здоровья носят как правило комплексный характер, и определить возможности в обучении и работе будет непросто. Но это неизбежно и необходимо для естественной и эффективной интеграции инвалидов в общество.

И все же при определении работоспособности лиц с ограничениями возможностей здоровья поправки должны быть внесены. Это может быть сокращенный рабочий день, работа на удаленном доступе или иные поправки. Спектр поправок и возможных ограничений может быть проработан с участием представителей общественных организаций инвалидов, представителей сферы здравоохранения и социальной защиты. При найме на работу работодатели могли бы формировать модель трудоустройства инвалидов в зависимости от их

персональных возможностей и потенциала. Это хлопотно, но более эффективно, чем предоставлять рабочее место недостаточно подготовленному или неработоспособному человеку.

Аналогично обстоит дело и в системе образования. При обучении инвалидов вольно или невольно преподаватели идут им навстречу, ставят завышенные оценки, оценивая не столько знания и навыки, сколько само стремление учиться. Адаптировать учебный процесс к возможностям инвалидов и лиц с ограничениями возможностей здоровья с учетом нозологий без ущерба качества учебного процесса довольно трудно. Пока таких наработок либо нет, либо слишком мало. Все сосредоточены на инклюзии как таковой. А речь в образовании и обучении, как в общем, так и профессиональном, может идти о сочетании инклюзивного и эксклюзивного образования при дополнении их дистанционными формами обучения и индивидуальными подходами.

Сегодня это очень затруднительно по целому ряду причин. Во-первых, мы крайне мало знаем о возможностях и потенциале людей с инвалидностью, плохо представляем, какая именно помощь нужна для компенсации недостающих возможностей передвижения, памяти или внимания. Поэтому стратегия во взаимодействиях двойная – либо стремление избежать контакта, либо попустительство и заниженные требования. Отсюда частое потребительское отношение некоторых инвалидов к обществу, установка на то, что перед ними все виноваты и все им должны, что им должны предоставлять благоприятные условия жизни. Если же инвалиды сталкиваются с непониманием и неприятием, они озлобляются и ожесточаются либо замыкаются и более не стремятся решать свои проблемы самостоятельно в меру своих сил.

Обе стратегии равно губительны для инвалидов и для общества. Именно на этой стадии формирования взаимодействия общества с инвалидами мы и находимся в настоящее время.

Мотивация студентов с инвалидностью и ограничениями возможностей здоровья должна измениться. Это должна быть мотивация не просто к обучению и трудоустройству, но и приобретению равных с другими компетенций. Сегодня работают только 11% инвалидов, в то время как зарубежный опыт показывает, что работать в той или иной форме или мере могут две трети из них [4, с. 33]. Изучение проблемы показало, что здесь важна установка на поиск трудоустройства, которое не только даст источник к существованию, но возможность самореализации.

Это может быть и общественная деятельность, в ходе которой реализуются технологии социального партнерства. Практическую реализацию этой деятельности может показать опыт АМИО – Ассоциации молодежных

инвалидных организаций, которая более 25 лет занимается социализацией молодых инвалидов. В структуре ассоциации есть молодежное подразделение «Лаборатория Инноваций и Креатива», сокращенно – ЛИК. Организация проводит круглые столы по теме «Предпринимательство среди инвалидов – спектр возможностей», семинары с представителями администраций, бизнес-сообществ, некоммерческого сектора, организациями инвалидов. Главная тема – трудоустройство инвалидов на основе предпринимательства. Члены организации проводят встречи с местными молодыми инвалидами, их общественными организациями, обычной молодежью. Встречи проводятся в виде молодежных флэш-мобов, мастер-классов по творчеству, спортивных выступлений с демонстрацией самых современных видов, таких как пара-воркаут, и иных аналогичных форм оздоровительных практик. Все мероприятия освещаются в региональных и федеральных СМИ. Это один из успешных примеров активизации позиции самих инвалидов, но он нуждается в более широком информационном сопровождении и анализе результатов.

Список литературы

1. Аникеева О.А., Максимова Е.В., Середина М.И. Социальное партнерство в корреляции жизненной ситуации инвалидов в современной России: ожидания и реальности. // Economic and Social Development/ 25th International Scientific Conference on Economic and Social Development «XVII International Social Congress. P. 154.

2. Практика социальной работы в современном глобальном мире: пересечение культур и времен. Коллективная монография / Под общей редакцией М.В. Фирсова, Я.В. Шимановской. Москва, 2018.

3. Сизикова В.В., Аникеева О.А. Социальное партнерство в формировании активной жизненной позиции лиц с инвалидностью // Социальная безопасность и защита человека в условиях новой общественной реальности. Современные научные подходы и формы социальной практики в социальной работе с людьми, имеющими инвалидность. Сборник материалов VIII Международной научно-практической конференции. Пермь, 14 декабря 2016 г. (г. Пермь, 14 декабря 2016 г.) / под общ. ред. З.П. Замараевой, М.И. Григорьевой; Перм. гос. нац. исслед. ун-т. Пермь, 2016. 338 с. С. 255-260.

4. Аникеева О.А., Баусов Ю.Н. Молодые – молодым: проблемы подготовки кадров специалистов с ОВЗ для решения задач государственной молодежной политики. // Государственная молодежная политика в системе развития человеческого капитала: наука и практика. Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Государственная молодежная политика в системе развития человеческого капитала: наука и практика», 24-25 апреля 2017 г. / Под ред. Т.К. Ростовской, Н.Л. Смакотиной, С.Н. Фоминой. М.: ИТД «ПЕРСПЕКТИВА», 2017. 562 с. С. 31-35.

5. Ассоциация молодежных инвалидных организаций. Официальный сайт организации (Электронный ресурс). URL: <http://www.amio-assoc.ru/> (Дата обращения 25.06.2018 г.)

**ИНТЕРНЕТ-ЗАНЯТОСТЬ ЛЮДЕЙ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ:
АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНЫХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ¹**
**INTERNET-EMPLOYMENT OF PEOPLE WITH DISABILITY:
ANALYSIS OF SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL PROBLEMS**

Н.С. Аринушкина, Д.В. Зайцев
*Саратовский государственный технический
университет им. Гагарина Ю.А., г. Саратов*

N.S. Arinushkina, D.V. Zaitsev

Yury Gagarin State Technical University of Saratov, Saratov

Представлен авторский анализ интернет-занятости как социально-психологического ресурса людей с инвалидностью. Интернет-занятость рассматривается в контексте виртуальных дистанционных социально-трудовых практик, выступающих сегодня для многих людей пространством повседневной жизнедеятельности. Представлены результаты интервью с инвалидами, которые трудоустроены в Интернете, реализуют свою профессиональную деятельность посредством телекоммуникации.

The thesis presents the author's analysis of Internet employment as a socio-psychological resource for people with disabilities. Internet employment is viewed in the context of virtual distant social and labor practices, which today are for many people a daily living space. The results of interviews with people with disabilities who are employed on the Internet, implement their professional activities through telecommunications are presented.

Ключевые слова: интернет-занятость, инвалидность, телеработа, виртуальная сфера, ограниченные возможности здоровья

Keywords: Internet employment, disability, telework, virtual sphere, limited health opportunities

Проблема развития социально-трудовой активности людей с ограниченными возможностями здоровья (с инвалидностью) для любого цивилизованного общества имеет особое значение, так как связана с социально-психологическими, культурными и экономическими аспектами его жизнедеятельности. Ее решение способствует повышению качества жизни, самооценки, дохода таких людей, смягчению социального неравенства. По данным Росстата, на 01.01.2018 г., в России проживает более 11 млн людей с инвалидностью. При этом окружающая среда характеризуется низкой степенью доступности, выступает чаще всего барьером трудоустройства, реализует

¹ «Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 18-013-00560»

практики дискриминации на рынке труда, представлена малым числом специализированных рабочих мест. На наш взгляд, дистанционные трудовые практики (интернет-работа) могут стать одним из выходов из сложившейся ситуации.

Сегодня разрабатываются, например, различные государственные образовательные и социокультурные программы. Одной из комплексных является реализуемая с 2011 г. (первый этап) и с 2015 г. (второй этап) ФЦП "Доступная среда" на 2015-2020 гг., призванная решить многие проблемы инвалидов в РФ [1]. Программа затрагивает вопросы доступности образования, информации, обеспечения права на труд таких людей. Однако вопросы занятости людей с инвалидностью (особенно молодых) отражены в программе поверхностно, и интернет-деятельность (телекомьютинг, телеработа) не рассматривается как инновационный ресурс социально-трудовой интеграции, инклюзии.

Тем не менее, в 2012 г., в процессе реализации государственной программы «Доступная среда» создан специальный государственный интернет-ресурс для содействия в трудоустройстве людей с инвалидностью, работающих на дому. Это сделано в рамках созданного интернет-портала «Учимся жить вместе» (<http://zhit-vmeste.ru>), в том числе путем запуска специальной опции выборки вакансий для соискателей с инвалидностью «Дистанционная занятость» [2]. Однако, пока портал, на наш взгляд, не эффективен и формален. Неудобна навигация по сайтам, мало реалистичной информации, часть опций не работоспособна, в основном представлена информация с других сайтов, все сводится к тому – сколько денег выделили на ту или иную программу по созданию доступной среды, а куда в итоге ушли средства на сайте, не видно. Направленность на развитие виртуальной дистанционной занятости людей с ограниченными возможностями здоровья не просматривается.

В настоящее время незначительная часть людей с инвалидностью (около 5%) работает дистанционно (либо старается найти свою нишу в Интернете для заработка). Это подтверждается результатами серии наших интервью с представителями администрации интернет-брокеров (2017-2018 гг.): *«Мы помогли одному нашему клиенту, как потом выяснилось – инвалиду, устанавливать программное обеспечение для торговли на дому. В принципе, он 3 года уже работает. Ну, в минусе ни разу не был, так что доход оговоренный получает»* (молодой человек, 22 года, Балаково).

Трудоустройство для человека с инвалидностью имеет важное значение, так как может способствовать горизонтальной и вертикальной мобильности, формированию основ независимой жизни (Д. Зайцев, Э. Наберушкина, А. Осадчих, П. Романов, Е. Ярская-Смирнова) [3]. Это позитивно сказывается

на качестве жизни: «...Люди с инвалидностью ... стоят на учете годами. Что-то предлагать им часто не имеет смысла, т.к. добраться до работы не смогут. ...Сейчас, ..., редко, пока, но все же инвалиды начинают работать через Интернет или по телефону. ...Это и диспетчер на телефоне или программист. И некоторые компании их берут на работу. ...А у них, инвалидов, когда устраиваются, даже крылья появляются, они рады, что наконец-то делают полезную деятельность, да еще и деньги зарабатывают» (работник службы занятости, женщина, 28 лет, Саратов).

Люди с инвалидностью способны вполне эффективно заниматься интернет-трейдингом – покупкой и продажей различных финансовых инструментов (акций, облигаций и т.п.) в Интернет-пространстве. При этом, проблем, связанных непосредственно с ограниченными возможностями здоровья, не возникает, чему в определенной степени способствует гибкий график деятельности: «...я инвалид с детства, но руками работать могу нормально, так что как только появился Интернет, стал стремиться им овладеть. Сейчас работаю трейдером. Приятно, что могу хоть что-то заработать. Правда, и убыток получал, но я «стопы» ставлю и все нормально. Чаще - в плюсе. Главное – я работаю, когда хочу, да еще и деньги могу заработать» (молодой человек, 28 лет, Ртищево). В целом, для людей с инвалидностью на первом месте оказывается сам факт трудоустройства, занятости.

Влияние интернет-занятости на качество жизни людей с ограниченными возможностями здоровья проявляется в повышении самооценки, степени индивидуальной уверенности, формировании чувства собственной личностной значимости для окружающих, в первую очередь, близких людей, появлении смысла жизни: «...интернет-трейдинг стал моей палочкой-выручалочкой, вернул мне смысл жизни. Я, конечно, сижу на шею родственникам, получаю пенсию от государства, но и могу сама что-то заработать. Недавно 20 тысяч заработала на росте акций Сбербанка. Это так приятно! Мои домашние были очень удивлены» (девушка, 23 года, Саратов).

Особенно важна возможность трудовой интернет-деятельности в сельской местности, где люди с инвалидностью часто оказываются социально изолированными, отрезанными от мира, рынка труда. Кроме того, это касается практически всей сельской молодежи, находящейся в своем большинстве в ситуации социального и цифрового неравенства. Рынок труда в сельской местности является малым, число свободных вакансий минимально, и, как правило, в большинстве своем продолжает сокращаться. Зачастую сельскохозяйственные предприятия обанкрочены, а продолжающие свое существование крестьянско-фермерские хозяйства не могут, по результатам

исследований Н. Долгушкина, В. Новикова, В. Староверова, предоставить достаточное количество рабочих мест и приемлемую заработную плату [4].

В целом, интернет-работа в контексте преодоления социального неравенства обладает ресурсом вовлечения в трудовые отношения представителей депривированных групп общества, людей с ограниченными возможностями здоровья, с инвалидностью посредством расширения спектра вакансий, предполагающих дистанционную работу, расширения пространства занятости. Проблемное поле трудоустройства (самозанятости) людей с инвалидностью в Интернет-пространстве, прежде всего, связано, по результатам наших межрегиональных исследований, с необходимостью постоянного поиска заказов, обучения, профессионального совершенствования. Интернет-работа в меньшей степени основывается на опыте советского патернализма, предполагающего поддержку работников. Политика патернализма связана с обоснованием целесообразности такого типа социально-трудовых отношений, которые ассоциируются с патриархальной общиной; те или иные материальные и духовные блага распределяются между работниками не на основе учета их трудового вклада, а уравнительно, как бы за то, что они являются членами данной организации. По мнению П. Романова, в рамках патерналистской модели работники рассматриваются как «нуждающиеся в некоей социальной опеке, подобно тому, как государство опекает престарелых и инвалидов». При этом предполагается, что инструментом такой опеки должны стать «не только законодательные практики, но и постоянная деятельность правительственных структур» [5]. Виртуальная дистанционная деятельность (интернет-работа) предполагает в ряде случаев полную самостоятельность человека и его полную ответственность за свои действия, за себя и своих близких. Только от человека, его профессионально-трудовых качеств зависит качество его жизни. Перспективы распространения дистанционных форм занятости людей с инвалидностью напрямую связаны с законодательным их отражением и с организацией системы социальной поддержки таких людей, социального сопровождения и содействия.

Список литературы

1. Постановление Правительства РФ от 1 декабря 2015 г. N 1297 "Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Доступная среда" на 2011 – 2020 годы" // Система ГАРАНТ [Электронный ресурс] URL: <http://base.garant.ru/71265834/#ixzz4P7tkNXjq> (обращение к ресурсу: 05.10.2018).

2. Об исполнении поручения Президента о создании специального государственного интернет-ресурса для содействия в трудоустройстве инвалидов, работающих дистанционно на дому. Портал Президент России [Электронный ресурс]. URL: <http://президент.рф/assignments/15037> (обращение к ресурсу: 09.10.2018).

3. Ярская-Смирнова Е. Советская социальная политика и повседневность, 1940 – 1985 // Советская социальная политика: сцены и действующие лица, 1940-1985. Колл. монография / Под ред. Е. Ярской-Смирновой, П. Романова. М.: Вариант; ЦСПГИ, 2008. 315 с.

4. Интернет трейдинг // FxCompany. Art of trading [Электронный ресурс] URL: <http://www.fxcompany.ru/analytics/glossary/otvet3.php> (обращение к ресурсу: 07.10.2018).

5. Романов П.В. Формальные организации и неформальные отношения: кейс-стади практик управления в современной России. Саратов, 2000.

ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В СФЕРЕ ТРУДА **VALUABLE ORIENTATIONS OF DISABLED PEOPLE** **IN THE SPHERE OF WORK**

С.А. Барсукова

Пензенский государственный университет, г. Пенза

S.A. Barsukova

Penza state university, Penza

Поднимается проблема социально-профессиональной адаптации инвалидов в контексте их ценностных ориентаций в сфере труда. Выявлено противоречие между выбором респондентами-инвалидами значимости категории «трудова занятость» для реализации полноценной жизни и низкой ориентацией на активное включение в общественную жизнь и достижение социального успеха и признания в профессиональной деятельности.

In article the problem of social and professional adaptation of disabled people in the context of their valuable orientations in the sphere of work rises. The contradiction between the choice from respondents of disabled people of the importance of category "labour employment" for realization of full-fledged life is revealed and low orientation to active inclusion in public life and achievement of social success and recognition in professional activity.

Ключевые слова: рынок труда, инвалиды, социально-профессиональная адаптация, трудовые ценности

Keywords: labor market, disabled people, social and professional adaptation, labor values

Российский рынок труда по оценкам различных экспертов, представляет серьезные ограничения в доступности для лиц с ограниченными возможностями. Данная категория населения по объективным и субъективным причинам недостаточно конкурентоспособна и испытывает трудности в поиске работы. Работающие инвалиды составляют менее 10% от общей численности

всего трудоспособного населения. Проблема состоит в том, что занятость на российском рынке труда данной категории населения остается несоответствующей их вероятным возможностям. На рынке труда лица с ограниченными возможностями заняты, как правило, на малопривлекательных, полуквалифицированных, рутинных и малооплачиваемых работах. Инвалидами чаще всего комплектуются группы вторичного рынка труда – временно занятых, работающих неполное рабочее время.

Особенности использования трудовых ресурсов инвалидов рассматривали в своих исследованиях Е.Ш. Гонтмахер, Т.В. Зозуля, А.В. Клепиков, Э. Мартц, Э.К. Наберушкина.

В своем исследовании В.В. Рожков отметил, что трудовая деятельность доступна около 2/3 всех инвалидов, но, тем не менее, работает не более 11% из них. Автор объясняет данный факт, прежде всего, низким уровнем притязаний этой социальной группы в сфере труда [1, с. 69]. Выходящие на рынок труда инвалиды различаются по возрасту, полу, образовательному и профессиональному уровню, состоянию здоровья и жизненным установкам.

Социально-профессиональная адаптация определяется совокупностью внешних (объективных) и внутренних (субъективных) факторов при доминировании последних. Ведущими внутренними факторами выступают: мотивация, профессиональные ценности и профессионально-значимые качества, самообразование.

Ценностные ориентиры инвалидов формируются на основе тех же социальных потребностей, что и у здоровых людей. Исследованиями выявлено, что инвалиды, как и здоровые люди, живут в рамках единого ценностного ряда и единой системы личностных координат. Подавляющее большинство инвалидов в своих ценностных установках ориентированы на полноценный образ жизни как в личной, так и в профессиональной сфере [2]. Ориентацию на трудовую занятость как приоритетную сферу жизнедеятельности демонстрируют в социологических опросах более 2/3 инвалидов не пенсионного возраста [3]. Важно понять, какие ценности в сфере труда являются для них наиболее привлекательными. Это позволит регулировать трудовое поведение данной категории населения.

В трудовой сфере возможна ориентация непосредственно на общественную значимость труда, в этом случае человек стремится найти наиболее важную и нужную, с точки зрения общества, работу, которая не всегда соответствует его потребностям по содержанию труда или не выгодна по оплате. Более значимым может выступать и непосредственно содержание труда, тогда индивид стремится найти работу, открывающую возможности для его профессионального роста и развития. Ценностью в сфере труда является

заработная плата, в этом случае человек готов работать даже сверхурочно. Условия труда представляют собой отдельную ценность для работника. Даже при низкой оплате или невысокой содержательности труда он выбирает работу с удобной сменностью и хорошим микроклиматом в коллективе [4].

Исследования показывают, что ведущими ценностями в сфере труда большинство людей считают: хороший заработок, обеспечение достатка в семье, интересную работу. Второстепенны – возможность получения жилья, удобное время работы [5]. Иерархия ценностей труда имеет существенные отличия в зависимости от социальной категории населения.

В.В. Васильев, изучая жизненные планы молодых инвалидов, пришел к выводу, что при конструировании своего будущего почти четверть опрошенных выпускников-инвалидов не претендуют на высокую оплату их труда и в основном имеют представления о социальных институтах, помогающих трудоустроиться, настроены на активный поиск [6].

При рассмотрении социально-психологических проблем инвалидов следует учитывать, что инвалидность как состояние ставит перед человеком ряд специфических социально-психологических проблем. Наиболее распространенными являются изоляция, фрустрация и комплекс неполноценности. Психологические проблемы препятствуют установлению нормальных отношений с окружающими, негативно сказываются на работоспособности, общем мировосприятии и усугубляют социальное положение инвалида [7].

И если на когнитивном уровне основные ценности в сфере труда у инвалидов схожи с выбором здоровых людей, то на эмоциональном уровне данные ценности и мотивы у инвалидов представлены в недостаточной своей удовлетворенности [2]. Причины данной неудовлетворенности обусловлены низким материальным достатком, зависимым положением, неопределенностью, физическими страданиями и ограничениями.

Важным аспектом в изучении иерархии ценностей в сфере труда у инвалидов является анализ отвергаемых ценностей. Исследования показывают, что это ценности, которые связаны с проявлением активной жизненной позиции, высокими притязаниями, служением другим людям. Иными словами, ценностно-смысловые установки инвалидов не предполагают стремления к активному включению в общественную жизнь, работе на благо других людей, к достижению социального успеха и признания [2].

В связи с этим исследование ценностных установок, влияющих на социально-профессиональную адаптацию лиц с ограниченными возможностями, имеет существенное значение для процесса ее эффективного управления. Зная особенности и тенденции процессов социально-

профессиональной адаптации данной социальной группы российского общества, механизмы изменений социально-трудовой мобильности, способы адаптации и основные адаптационные стратегии инвалидов в сфере занятости с учетом их ценностей и ценностных установок, можно прогнозировать и регулировать эффективную организацию системы социально-профессиональной адаптации инвалидов.

Список литературы

1. Рожков В.В. Особенности социальной идентификации в современном российском обществе: диссертация... кандидата соц. наук. М., 2003. 187 с.
2. Психология инвалидности: Метод. указания / Сост. Н.А. Соловьева; Ярослав. гос. ун-т. Ярославль, 2004. 47 с.
3. Отчет по результатам специальных социологических исследований. «Оценка преодоления социальной изоляции инвалидов и их включенности в жизнь общества». Режим доступа: <http://uszn032.ru/files/dostupnaya-sreda/socopro/2014.pdf>
4. Молевич Е.Ф. Труд как объект и предмет исследований общей социологии // Социологические исследования. 2001. №7. С. 38.
5. Магун В.С. Трудовые ценности экономически активного населения восьми стран мира // Мы и они: Россия в сравнительной перспективе / под ред. В.А. Мау, А. Мордашева, Е.В. Турунцева. М., 2005. 289 с.
6. Васильева Н.В. Жизненные планы молодых инвалидов в современной России: социологический анализ. М.: Изд-во Моск. гуман. ун-та, 2007. 110 с.
7. Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. Инвалиды и общество: двадцать лет спустя / П.В. Романов, Е.Р. Ярская-Смирнова // Социс. 2010. № 9. С. 50-58.

МОЛОДЕЖНАЯ ПОЛИТИКА ДЛЯ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ, ИНВАЛИДНОСТЬЮ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА

YOUTH POLICY FOR DISABLED PEOPLE AND DISABILITY AS ONE OF THE FACTORS TO DEVELOP THE MODERN SOCIETY'S EDUCATIONAL SYSTEM

Е.С. Беляева

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

E.S. Belyaeva

Lobachevsky University

Затрагивается проблема формирования молодежной политики для лиц с ограниченными возможностями здоровья, инвалидностью. Одно из направлений – изменение системы образования, в частности, рассогласования системы образования с потребностями

реального рынка труда, решение проблемы социальных лифтов – «образование – карьера». Особое направление молодежной политики для лиц с ограниченными возможностями здоровья, инвалидностью.

The article touches upon the problem of shaping the youth policy of persons with disabilities and disabilities. One of the directions is the change of the education system, in particular the disagreement of the education system with the needs of the real labor market, the solution of the problem of social elevators – “education – career”. A special direction of youth policy for persons with disabilities, disabilities.

Ключевые слова: молодежная политика, система образования, лица с ограниченными возможностями здоровья, инвалидностью

Keywords: youth policy, education system, persons with disabilities, disability

«Молодежная политика – это политика, направленная на создание максимально благоприятных условий для жизни и самореализации молодежи, для того, чтобы молодые люди смогли, что называется, встать на ноги, а именно, необходимо обеспечить возможность для получения качественного и доступного образования» [1].

В настоящее время «у нас в стране молодежная политика как таковая по факту отсутствует» [2].

Решение проблемы формирования молодежной политики требует огромных инвестиционных ресурсов, в частности, наличия человеческого капитала, отвечающего современным требованиям образования, способного решать организационные, экономические и другие задачи современного общества.

Формирование молодежной политики требует изменения всей системы образования, то есть новых подходов к уровню профессиональной подготовки, обеспечения нового качества рабочей силы, трансформации социальной структуры занятости, а именно: формирования кадрового потенциала страны высококвалифицированными специалистами, основная задача которых – развитие новых направлений, разработка конкурентных технологий, организация нового производства.

Наследие советской системы, при которой молодые люди из разных уголков страны имели равные шансы на получение бесплатного и качественного образования в лучших вузах, постепенно разрушается. С каждым годом образование все сильнее коммерциализируется, а многие так называемые вузы вообще создаются как фабрики по продаже дипломов о высшем образовании. Равные возможности за редким исключением тоже остались в прошлом. Молодым людям, в особенности из сел и небольших городов, очень сложно попасть на бюджетное место в престижном вузе, не говоря уже о том, что еще сложнее получить место в общежитии, что служит дополнительным барьером для многих семей при выборе учебного заведения для своих детей.

Во время обучения большинство студентов вынуждены работать, как правило, совсем не по специальности и в ущерб своему образовательному процессу.

Проблема заключается в крайне низких стипендиях. На начало 2018 г. гарантированный уровень стипендии учащемуся вуза составлял 1484 рубля в месяц. А если брать Сузы, 539 рублей в месяц. Уровень безработицы для молодежи в принципе выше среднего уровня безработицы по стране [3].

Как известно, при трудоустройстве в большинстве случаев требуется опыт работ, потому получить первую работу молодым людям крайне сложно. Зачастую молодые специалисты в принципе оставляют надежду устроиться по специальности и после вузов идут на малоквалифицированные должности. А молодежная политика прежде всего должна бороться с подобными проблемами, но по факту ничего не делается. И система образования оказывается в полном рассогласовании с потребностями реального рынка труда.

Решение данного вопроса – законопроект, предлагающий внести изменения в закон "О занятости населения в Российской Федерации" [4] в части создания условий для трудоустройства молодежи в возрасте до 25 лет, отражающий конкретный стимулирующий механизм для работодателей, независимо от форм собственности, будь то малое или среднее предприятие, чтобы они принимали на работу молодых сотрудников. Субъект Российской Федерации заключает с работодателями соглашение об участии в региональной программе и выдает сертификат на трудоустройство граждан, гарантирующее оказание государственных мер поддержки.

Данный законопроект прописывает конкретные шаги и детали реализации этого механизма. То есть, закладывается в этот закон механизм гарантированного трудоустройства молодого человека, который вышел из стен школы, высшего учебного заведения. Государственная Дума этот законопроект отклонила.

Связка "образование – карьера" в нормально функционирующем обществе создает социальные лифты, которыми могут воспользоваться молодые люди. И молодежная политика должна быть как раз и направлена на налаживание и поддержание работы этих социальных лифтов. В российском обществе работа этого механизма нарушена, и это порождает остальные проблемы молодежи.

Проблемы с трудоустройством и очень низкий стартовый доход порождают фактически неспособность молодых людей обеспечивать себя самостоятельно, обрести социально-экономическую независимость, что в свою очередь приводит к откладыванию создания собственной семьи и рождения детей.

Отдельное направление молодежной политики – в отношении лиц с ограниченными возможностями здоровья, инвалидностью, помимо всех вышеперечисленных условий, требует особого внимания к организации учебного процесса, образовательной программы (объем, содержание, планируемые результаты), организационно-педагогическим условиям, формам аттестации, учебному графику, рабочим программам дисциплинам.

Таким образом, «проводимая реформа науки, прежде всего РАН, создает угрозу дальнейшего ухудшения ситуации и требует безотлагательных решений. Те условия, в которых сегодня работают многие академические институты, ведут к дальнейшему оттоку научных кадров в виде внутренней и внешней миграции» [2].

Закрепляя право инвалидов и лиц с ОВЗ на высшее образование, государство определяет обязанности образовательной организации по разработке и реализации следующих целей:

- создание специальных условий, необходимых для получения высшего образования инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья,
- возможность формирования индивидуальной образовательной траектории для обучающихся с инвалидностью и лицами с ограниченными возможностями здоровья,
- формирование толерантной социокультурной среды.

Список литературы

1. Сухой А.Ф. Региональные проблемы построения целостной системы подготовки квалифицированных кадров // Сборник материалов III международного конгресса «Производство, наука и образование России: новые вызовы» (НПО – III) / Под общ. ред. С.Д. Бодрунова. СПб.: ИНИР им. С.Ю. Витте; М., Культурная революция, 2017. С. 629-639.

2. Материалы «круглого стола» федерального собрания Российской Федерации фракции политической партии «Коммунистическая партия Российской Федерации» на тему: «Реальная государственная поддержка молодежи – залог успешного развития страны» [электронный ресурс]// <http://http://www.gosduma.net/about/events/parlament-hearings> (дата обращения: 06.11.2018).

3. Клячко Т.Л., Синельников-Мурылев С.Г. Стратегия для России: образование. М.: Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2018. 118 с. (научные доклады: образование).

4. Ленчук Е.Б. Формирование кадрового потенциала для инновационной экономики // Сборник материалов III международного конгресса «Производство, наука и образование России: новые вызовы» (НПО – III) / Под

общ. ред. С.Д. Бодрунова. СПб.: ИНИР им. С.Ю. Витте; М., Культурная революция, 2017. С. 58-65.

5. Байрамов В.Д., Герасимов А.В. Инклюзия в высшем образовании: от теории к практике. Монография. М.: Изд-во «Экон – Информ», 2018. С. 340.

**ТРУДОУСТРОЙСТВО ВЫПУСКНИКОВ ВУЗОВ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ:
РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГА**
**EMPLOYMENT OF GRADUATES WITH DISABILITIES:
MONITORING RESULT**

Е.В. Волченкова, М.И. Лучинина
Вятский государственный университет, г. Киров
E.V. Volchenkova, M.I. Luchinina
Vyatka State University, Kirov

Представлены характеристики трудоустройства выпускников с инвалидностью, получивших высшее образование.

The article presents the characteristics of employment of graduates with disabilities who have received higher education.

Ключевые слова: инвалиды, трудоустройство, рынок труда, работодатель, вакансии.
Keywords: disabled persons, employment, labour market, quotas on jobs, employer jobs

Признание права инвалидов на труд наравне с другими определено как международными, так и федеральными нормативными документами [1-4]. В Российской Федерации для обеспечения занятости людей с ограниченными возможностями здоровья и повышения их конкурентоспособности на рынке труда предусмотрены специальные мероприятия. Среди них: установление в учреждениях и организациях квот для приема инвалидов на работу, создание специальных рабочих мест, резервирование рабочих мест по профессиям, создание инвалидам условий труда в соответствии с индивидуальными программами реабилитации и др. [5, с. 270]. Службы занятости населения оказывают социальные услуги инвалидам и содействуют в поиске подходящей работы с учетом рекомендуемых характера и условий труда, указанных в индивидуальной программе реабилитации. Однако, несмотря на принимаемые государством меры, проблема трудоустройства инвалидов по-прежнему остается актуальной [6, с. 138].

Изучению различных аспектов данной проблемы посвящены исследования Е.Г. Бабич, Г.Ш. Зайнуллиной, С.И. Заир-Бек, Е.Ю. Мамедовой, К.В. Полежаевой, Е.А. Петровой, В.Н. Ярской, Е.Р. Ярской-Смирновой. Рассматриваются правовые вопросы трудоустройства, вопросы персонального

сопровождения, сертификации рабочих мест, социально-психологической адаптации инвалидов [7, с. 265; 8].

Для изучения характеристик трудоустройства выпускников вузов с инвалидностью было проведено эмпирическое исследование, в котором приняли участие выпускники с инвалидностью, завершившие обучение в 2017 г. в вузах регионов: Кировская, Оренбургская области, Республики Башкортостан, Татарстан, Марий Эл, Чувашская и Удмуртская Республики. Для изучения трудоустройства выпускников вузов с инвалидностью за 2017 г. были использованы методы: опрос выпускников в форме анкетирования, анализ данных, находящихся в открытом доступе (портал инклюзивного образования <https://инклюзивноеобразование.рф/>).

Анализ результатов, полученных в ходе опроса выпускников с инвалидностью, позволяет выделить основные характеристики респондентов. Возраст респондентов составляет от 21 до 47 лет. Преобладающее число имеют третью группу инвалидности (41,5%); у 30,2% опрошенных вторая группа и лишь 5,7% с первой группой инвалидности. Среди выпускников, указавших нозологию, большая часть имеет инвалидность в связи с соматическими заболеваниями (30,2%), часть выпускников имеют нарушения опорно-двигательного аппарата (18,9%), зрения (7,5%), слуха (3,8%).

Из общего числа опрошенных выпускников 2017 г. с инвалидностью трудоустроились 47%.

Из числа трудоустроившихся выпускников 75% закончили бакалавриат; 25% – магистратуру. У всех опрошенных (100%) полная занятость на местах их трудоустройства; 95,8% работают на территории работодателя, 4,2% – на дому (инвалид по зрению, занимает должность инженера по качеству в сфере образования).

Преобладающее большинство из всех трудоустроенных выпускников работает по специальности, полученной в вузе (75%), что свидетельствует о правильном выборе ими направления подготовки. Вместе с тем, четвертая часть опрошенных трудоустроилась не по специальности (25%). Большая часть выпускников из числа трудоустроившихся (28%) работает в сфере образования (учитель, воспитатель, преподаватель, администратор, социальный педагог); 12% трудоустроились на промышленные предприятия (инженер-программист, инженер-технолог, инженер-конструктор). Такое же количество (12%) работает в сфере компьютерных технологий (системный администратор, специалист), 8% опрошенных заняты в сфере юриспруденции (секретарь судебного заседания Арбитражного суда, консультант). Незначительно представлены сферы торговли (логист-менеджер), государственной службы (государственный

инспектор труда), физкультуры и спорта (менеджер), финансов и кредита (специалист по кредитованию) и др.

Т а б л и ц а 1

Сферы деятельности организаций, в которых работают выпускники с инвалидностью

Сфера деятельности организации	%
Образование	28
Компьютерные технологии	12
Промышленность	12
Юриспруденция	8
Здравоохранение	4
Физкультура и спорт	4
Финансы и кредит	4
Торговля	4
Предоставление информационных услуг	4
Государственная служба	4
Кадастровая палата	4
Занятость населения	4
Не указана	8
Всего трудоустроенных	100,00

Для анализа особенностей трудоустройства также представляют интерес данные о степени удовлетворенности работой и уровне адаптации в организации выпускников с инвалидностью. По мнению респондентов, степень адаптации в организации достаточно высокая, средний балл составляет 4,5 из 5 (рис. 1). Однако есть выпускники, у которых наблюдаются некоторые проблемы, связанные с вопросами взаимодействия с коллегами. Помочь им в преодолении трудностей могут центры содействия трудоустройству выпускников и специалисты кадровых служб организаций.

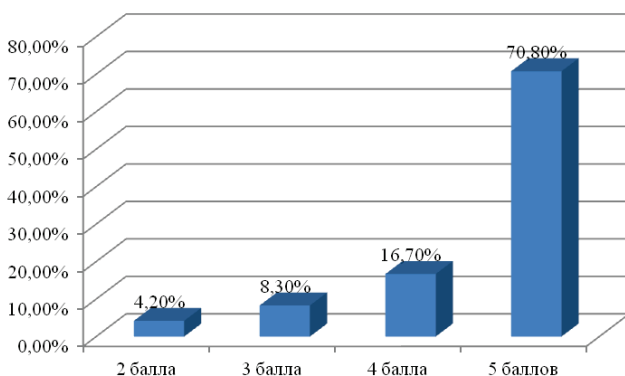


Рис. 1. Оценка адаптации выпускников в организации (из пяти баллов)

Преобладающее большинство выпускников (87,5%) полностью устраивает их работа. Среди факторов, которые не совсем удовлетворяют, были названы: заработная плата; условия труда; работа не по специальности.

Для поиска подходящей работы (таблица 2) большинство респондентов обращались к работодателю непосредственно (55,6%). Популярными методами поиска являются Интернет-ресурсы (38,9%) и СМИ (33,3%). Незначительное количество выпускников обращались за помощью к знакомым и родственникам (16,7%), а также в центры содействия трудоустройству в вузах (16,7%). Наименее популярные способы поиска подходящей работы – это обращение в центр занятости населения (5,6%) и в кадровые агентства (5,6%). Недостаточное использование выпускниками с инвалидностью ресурса центров занятости населения подтверждает необходимость информирования студентов/выпускников о возможностях данных структур в поиске подходящей работы.

Среди факторов, затрудняющих процесс трудоустройства, были названы: отсутствие вакансий (отметили выпускники, обучавшиеся по направлениям подготовки «Менеджмент», «Управление персоналом», «Математика и компьютерные науки», «Экология и природопользование»); наличие ограничений по инвалидности; состояние здоровья; сложности с передвижением до работы и обратно (отметил выпускник с нарушениями опорно-двигательного аппарата); низкая заработная плата. Выпускникам с инвалидностью требуется помощь в трудоустройстве, связанная с получением навыков эффективного поиска работы, подбором вакансий, юридическая помощь, а также помощь при открытии собственного дела.

Т а б л и ц а 2

Методы поиска работы (по популярности)

Название метода	% (каждый ответ из 100%)
Обращался непосредственно к работодателю	55,6
Использовал Интернет	38,9
Использовал СМИ	33,3
Осуществлял поиск через знакомых и родственников	16,7
Обращался в центр содействия трудоустройству выпускников в вузе	16,7
Обращался в центр занятости населения	5,6
Обращался в кадровые агентства	5,6
Обращался в общественные организации инвалидов	0

Среди причин, по которым выпускники не работают (53%), были названы: *«отпуск по уходу за ребенком»*, *«решаю проблемы здоровья»*, *«не хочу работать»*, *«не вижу смысла, поскольку выплаты по инвалидности*

существенно превышают размер заработной платы», «не могу найти подходящую работу».

Для изучения трудоустройства выпускников с инвалидностью также использовался метод анализа статистических данных, представленных на портале инклюзивного образования. Это позволило выявить количественные характеристики трудоустройства выпускников вузов с инвалидностью. Во всех вузах вышеперечисленных регионов, численность выпускников с инвалидностью составляет менее 1%. В количественном выражении – это от 2 до 34 человек, диапазон значительно варьируется, но процент студентов от численности общего контингента составляет в среднем – 1.

Очевидно, чем больше таких выпускников в вузе, тем сложнее обеспечить их трудоустройство. В условиях реально существующей ситуации работа по содействию трудоустройству носит в большей степени индивидуальный характер. Увеличение численности студентов с инвалидностью в вузах и как следствие – увеличение выпускников, потребует привлечения к работе с данной категорией большего количества специалистов, разработки программ содействия трудоустройству, алгоритмов и моделей трудоустройства, в том числе ориентированных на формирование у выпускников с инвалидностью навыков самостоятельного поиска работы. Актуальность приобретает и разработка эффективных технологий взаимодействия вуза с потенциальными работодателями.

Список литературы

1. Трудовой кодекс Российской Федерации [Электронный ресурс]: закон РФ от 30.12.2001. № 197-ФЗ; ред. от 03.07.2016: с изм. и доп. с 31.07.2016 // Российская газета. 2001. № 256. Доступ из справ.-правовой системы Консультант Плюс.
2. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. От 19.12.2016) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [Электронный ресурс]: Доступ из справ.-правовой системы КонсультантПлюс.
3. Федеральный закон от 19.04.1991 № 1032-1 (ред. От 228.12.2016) «О занятости населения Российской Федерации» [Электронный ресурс]: Доступ из справ.-правовой системы КонсультантПлюс.
4. Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Доступная среда" на 2011-2020 годы [Электронный ресурс]: Постановление Правительства РФ от 01.12.2015 № 1297; ред. от 25.05.2016 // Собр. законодательства РФ. 2015. № 49. Ст. 6987. – Доступ из справ.-правовой системы КонсультантПлюс.
5. Захарова М.А., Филатова И.Ю. Профессиональная ориентация инвалидов и лиц с ОВЗ через призму профессионально-ориентированного

обучения в системе инклюзивного высшего образования // Материалы Всероссийской научно-практической конференции, г. Москва, 18 ноября 2016 г. / Составители: Байрамов В.Д., Ореховская Н.А. М.: МГГЭУ, 2016. С. 262-272.

6. Тологаева А.Ю. Аутсорсинг как один из эффективных способов трудоустройства инвалидов в коммерческом секторе // Отечественный журнал социальной работы. 2015. № 1. С. 135-139.

7. Петрова Е.А., Кисляков П.А., Удодов А.Г. Социально-психологические аспекты проблемы трудоустройства инвалидов в РФ // Сборник научных статей «Инклюзивное профессиональное образование» материалы Международной научно-практической конференции. Москва. 2015. С. 262-269.

8. Бикбулатова А.А., Солдатов А.А., Невская М.В. Создание центров содействия трудоустройству инвалидов и лиц с ОВЗ в высших учебных заведениях // Вестник УГУЭС. Наука, образование, экономика. Серия: Экономика. 2015. Выпуск № 3 (13). С. 36-40.

ПРОБЛЕМЫ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЗАЩИЩЕННОСТИ ИНВАЛИДОВ: ТРУДОВОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО И РЕАЛЬНАЯ ПРАКТИКА¹

PROBLEMS OF ECONOMIC SECURITY OF PERSONS WITH DISABILITIES: LABOUR LEGISLATION AND PRACTICE

В.Б. Кефели, Т.И. Горина

*Центр исследования социальной структуры и социального расслоения
Института социологии РАН, г. Москва*

V.B. Kefeli, T.I. Gorina

*Center for the study of social structure and social stratification,
Institute of Sociology of RAS, Moscow*

Рассматриваются вопросы интеграции инвалидов в российском трансформирующемся обществе; проблемы трудоустройства инвалидов на рынке труда; проблемы трудовой и правовой информированности; роль и значение государственной службы занятости.

The article deals with issues of disabled persons' integration in the society, problems of resettlement on labor market, problems of labor and legal awareness. The role and importance of State Placement Service are also analyzed.

Ключевые слова: инвалиды; социальная политика; рынок труда; социальная интеграция; трудовая адаптация; служба занятости

Keywords: disable person; social policy; labor market; social integration; labor adaptation; social citizenship; placement service

¹ Статья подготовлена при поддержке РФФИ, проект № 18-011-01006а

Современное общество живет в период проведения радикальных социально-экономических и демократических реформ, дающих возможность всем членам общества жить и трудиться в демократической стране. Происходящие в России экономические реформы навсегда изменили жизнь нашего государства и всех граждан, в том числе и инвалидов. В этот период в силу своего особого положения они оказались неконкурентоспособными, экономически непривлекательными для работодателей, далекими от рынка труда и от рабочих мест, которые могли бы им обеспечить достойное существование.

Наше общество, пройдя долгий путь от полной изоляции людей с ограниченными возможностями здоровья, наконец, подошло к признанию инвалидности как следствия социальной неустроенности всего общества, поэтому в перечень наиболее важных государственных задач включена и проблема трудоустройства инвалидов.

Сегодня день инвалиды в России составляют одну из самых больших по численности социальных групп, включающих представителей различных социальных слоев нашего общества. Согласно статистическим данным, количество людей, которым присвоена инвалидность, в России составляет свыше 12 млн. чел. Трудоспособных из них более 2,5 млн. человек, что составляет 17% от общего числа инвалидов, причем 83,3% имеют профессию, подтвержденную дипломом или свидетельством.

Серьезным шагом в интеграции инвалидов на рынке труда стало принятие в нашей стране Федеральных законов «О занятости населения Российской Федерации» [Федеральный закон N 1032-1 1991] и «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [Федеральный закон № 181-ФЗ 1995], в которых прописано, что государство обязуется обеспечить инвалидам дополнительные гарантии в поиске работы, создании целевых программ, способствующих повышению их конкурентоспособности на рынке труда. Приняв эти законы, государство тем самым признало социальную природу инвалидности как основу качественно нового уровня понимания проблемы инвалидов. Государством в настоящее время предпринимаются целенаправленные меры по интеграции инвалидов на рынке труда: это установление в организациях квоты для приема на работу инвалидов, создание для них рабочих мест по профессиям, условий труда в соответствии с индивидуальными программами реабилитации, обучение инвалидов новым профессиям.

Однако, ориентируя инвалидов на активную жизненную позицию в отношении занятости, само государство еще не смогло преодолеть противоречий в отношениях между законодательством, инвалидами и

требованиями рынка труда. В итоге, позитивные изменения в государственной социальной политике пока еще не способствуют реализации социального гражданства инвалидов, а патерналистски ориентированная социальная политика, приводит к росту сегрегации и маргинализации инвалидов.

Центром исследования социальной структуры и социального расслоения ФНИСЦ РАН были проведены глубинные интервью с руководителями организаций Москвы и Республики Карелия, в штате которых работают сотрудники с ограниченными возможностями по здоровью.

Генеральный директор одного из Карельских предприятий на вопрос, почему работодатели неохотно берут на работу соискателей с инвалидностью, ответил: «Я думаю, что работодатели боятся бремени того, что человек не полностью трудоспособен, а инвалиды не брошены государством, и государство может вмешаться, если что-то пойдет не так. Работодатель будет вынужден брать на себя все накладные расходы, за исполнением которых будет внимательно следит государство. Поэтому работодатель, которому каждый рубль сейчас достается очень тяжело, не хочет брать на работу инвалидов».

Директор другого предприятия считает: «Работодателей тоже нужно готовить, прежде чем навязывать им программу трудоустройства инвалидов. Я далек от медицины, я не знаю, какой диагноз и какая группа инвалидности нанимаемого сотрудника чем мне грозит. Я могу принять решение, когда приходит специалист с хорошим резюме, с отличными рекомендациями с прежнего места работы, с хорошей квалификацией. Здесь я разберусь и, если ошибусь в своем выборе, я сам виноват, но когда приходит инвалид, представляет какие-то медицинские заключения, я не знаю, что меня ждет, и мне проще штраф заплатить, чем принять такого сотрудника. Жестко так рассуждать, но я при всем своем сочувствии не могу рисковать и брать инвалида только потому, что он инвалид».

В итоге эффективное участие инвалидов в профессиональной жизни наравне с другими членами общества остается труднодостижимым. Как показали результаты исследования, проведенного ИС РАН и Службой занятости населения Нижнего Новгорода с целью изучения проблем трудоустройства на рынке труда, почти треть опрошенных самостоятельно ищут работу более 8 месяцев, и это не предел. Чаще всего инвалиды прибегают в поисках работы к помощи друзей и родственников (72%). Полученные результаты также опровергают распространенное представление об иждивенческой позиции инвалидов, ориентированных только на поддержку государства. Исследование показало, что 40% опрошенных инвалидов не отказываются от подработок (7% подрабатывают постоянно и 33% – эпизодически). Фактически инвалиды, претендующие на рабочие места в силу

своего особого положения в сфере трудовых отношений и наличия ряда физических барьеров, препятствующих развитию их конкурентоспособности, оказываются экономически непривлекательными для работодателей.

Одной из основных мер, направленных на разрешение проблемы занятости инвалидов, является установление органами исполнительной власти квот для трудоустройства данной категории граждан. Работодатели, подчиняясь требованию государства, хотя и выделяют вакансии, но не те, что устраивают инвалидов. В соответствии с установленной квотой для приема на работу работодатели обязаны создавать рабочие места, организовывать условия труда в соответствии с индивидуальной программой реабилитации. В свою очередь некоторым категориям работодателей гарантируется государственная поддержка в виде налоговых и иных льгот. Однако на практике все выглядит иначе. Директор одного из Карельских предприятий отметила: «Если брать инвалида, место работы для которого надо капитально обустроить технически, не возьму из-за общих финансовых причин. Каждый понимает, что больной человек для фирмы – обуза».

В своем интервью руководитель одного учреждения выразил сожаление по поводу недостаточно продуманных государством предложений о различных льготах. «К этим льготам столько ограничений придумали, и такая головная боль оформление этих преференций, что никакие финансовые затраты не уравнишь. Только льготы-квоты – не стимул и даже не «кнут и пряник». Если я пойму, что государство не формально пытается решить проблему, не пытается меня подкупить какими-то льготами, а пытается мне помочь психологически правильно вести себя при приеме на работу инвалида, то это будет стимулом для меня. Я не знаю, в какой форме, но только модные сейчас тренинги устраивать не надо. Это должны быть деловые встречи, семинары, даже не знаю, что еще может быть, но это должен быть наглядный рассказ с показом видеосюжетов об инвалидах».

В интервью с генеральным директором Карельского аналитического центра относительно предлагаемых государством предложений о создании на предприятиях дополнительных квот прозвучало: «Я думаю, что никакие квоты проблему не решат. Каждый работодатель рассматривает свой бизнес с точки зрения финансов. Измените порядок налоговых выплат и их размер, тогда инвалидов будет брать выгодно. Государству нужно еще раз внимательно проработать этот вопрос, если оно действительно хочет помочь и работодателям и работникам-инвалидам. Государству надо рассмотреть вопросы о снижении налоговых нагрузок на работодателя и помочь экономить деньги компании. Государство должно понимать, что работодатель – это обычный человек, который просто когда-то решил создать свой бизнес. И если

уж так случилось, что в его коллективе будет работать сотрудник-инвалид, то надо такому работодателю помочь минимизировать расходы на налоги и другие траты. Инвалид при этом не должен являться пропуском в лучшую жизнь для работодателя, потому что инвалид – это человек в первую очередь. Но продумать какие-то налоговые льготы было бы правильно. Тут важно, чтобы не было злоупотреблений, чтобы никто не набирал себе толпу инвалидов, чтобы жить на льготы. Но это и не должны быть те 3-4%, как сейчас. И не нужно никаких квот, обязывающих работодателя нанимать инвалидов, это совсем неправильно.

Я подозреваю, что государство просто не понимает особенностей ведения частного бизнеса, отсюда и все проблемы» В итоге предоставляемые предприятиями вакансии не отвечают нуждам инвалидов, не адаптированы к их особым потребностям, условия труда бывают неудовлетворительными.

Директор еще одного Карельского предприятия на вопрос, «Уравновешивают ли предлагаемые государством льготы финансовые затраты, которые несут предприятия?», ответил: «Льготы настолько малы, что не могут быть серьезной финансовой мотивировкой, и что применение квот не улучшит ситуацию с трудоустройством инвалидов. Уважающий себя руководитель не станет из-за соблюдения квот придумывать несуществующие вакансии и набирать ненужных ему работников. Это унижение и для начальника, и для работника-инвалида. Проще штрафы платить или помощь инвалиду в конверте, но пусть сидит дома. Было бы хорошо расширять производства, где инвалиды смогут работать полноценно, поддерживать такие производства, а всем подряд навязывать – пустая затея».

Как показывает практика, необходимой задачей государства является обеспечение инвалидам равных прав на рынке труда и создание условий для повышения их конкурентоспособности, чтобы они могли самостоятельно работать и зарабатывать на жизнь своим трудом.

Наиболее частой причиной отказа в приеме на работу инвалидов является, по мнению самих инвалидов, их физические недостатки, которые воспринимаются большинством нанимателей как препятствие к качественному выполнению инвалидом своей работы. Так считают 64% опрошенных.

Мнение Юлии (26 лет, образование высшее): «На работу с инвалидностью не берут, поскольку инвалидам полагается много дополнительных льгот, которые работодатели не хотят предоставлять. Кроме того, по инвалидам нужно каждый квартал представлять в Фонд социального страхования много документов, работодателю это невыгодно».

Андрей (49 лет, высшее образование): «Нет никакой уверенности найти работу, какую хочется, т.к. инвалидность является большим препятствием».

Большую роль в сфере занятости инвалидов играют трудовые рекомендации (ИПР), которые им выдаются в службах медико-социальной экспертизы и дают право каждому инвалиду на индивидуальную программу реабилитации и право на труд. Однако это право не позволяет сегодня инвалидам в полной мере реализовывать свою профессиональную деятельность в условиях открытого для каждого члена общества рынка труда. Из-за недостаточного взаимодействия медицинских служб со службами занятости в трудовых рекомендациях содержатся скорее общие указания предположительной трудовой возможности каждого обратившегося в СЗН. Инвалидам предлагается низкоквалифицированный и малооплачиваемый труд, нисколько не улучшающий их качество жизни, и при устройстве на работу совсем не учитываются их интересы.

Возможность для человека с инвалидностью реализовать себя на рынке труда, прежде всего, основана на признании его достоинств и равных прав, как и для всех остальных членов общества. В статье 8 Федерального закона «О социальной защите инвалидов» [Федеральный закон № 181-ФЗ 1995] продекларирована система гарантированных государством мероприятий по профессиональной ориентации, профессиональному обучению и трудовому устройству инвалидов в соответствии с их здоровьем, квалификацией с целью достижения ими материальной независимости и социальной адаптации. Это означает, что распределительно-уравнительному принципу организации системы социального обеспечения противостоит теперь принцип реабилитации и интеграции инвалидов в общество.

Вместе с тем, правовое закрепление принципа равных прав инвалидов с другими членами общества, запрещение дискриминации человека по причине инвалидности в Российской Федерации отсутствует, что затрудняет реализацию инвалидами установленных для них законодательством прав. Слабая включенность этой социальной группы в общественные процессы сближает их с группами социального исключения. Специфическая трудовая мотивация инвалидов позволяет их рассматривать в качестве работников с низкой социальной мобильностью. Будучи специфическим сегментом в структуре наемной рабочей силы, инвалиды не привлекательны для работодателей. Трудоустройство инвалидов осложняется и тем, что они нуждаются в специальных условиях труда. Вот почему они вынуждены выбирать между двумя крайностями: либо легкий неквалифицированный физический или нефизический труд, либо работу, требующую интеллектуальных усилий. Поэтому этот сегмент резко дифференцирован на 2 полярные подгруппы: неквалифицированных работников с низким уровнем образования и квалифицированных работников с высшим и среднетехническим образованием.

Анализируя данную проблему, нельзя не заметить разрыва между правовым обеспечением проблемы реабилитации инвалидов и реальным социальным статусом инвалидов в обществе. Одной из главных задач современной государственной политики должно быть изменение общественного отношения к проблеме инвалидности, развитие системы социальной реабилитации. Государство должно не только гарантировать им равные с другими профессиональные возможности, но и оказать им помощь в продвижении на рынке труда. Для решения этих проблем необходима активная государственная политика, направленная на содействие занятости инвалидов, на создание всех необходимых условий для достижения одинакового для всех граждан уровня жизни.

Список литературы

1. Декларация о правах инвалидов: Провозглашенная резолюцией 3447 (XXX) Генеральной Ассамблеи ООН от 09.12.1975 г. // Социальное обеспечение. 2005. №23. С. 4-5.

2. «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации»: Федеральный закон РФ По состоянию на 10.12.1995 года № 195-ФЗ. Ред. от 22.08.2004 // Рос. газета. 1995. № 243. С. 23.

3. «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»: Федеральный закон РФ от 24.11.1995г. №181-ФЗ (ред. от 28.04.2009 г.) // Официальные документы в образовании. 2007. №16. С. 4-14.

ОТНОШЕНИЕ РОССИЙСКИХ РАБОТОДАТЕЛЕЙ К ЛЮДЯМ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ RUSSIAN EMPLOYERS' ATTITUDE TOWARDS PEOPLE WITH DISABILITIES

Ю.В. Клепинина

Омский государственный технический университет, г. Омск

Yu.V. Klepinina

Omsk State Technical University, Omsk

Представлен вторичный анализ мотивирующих и антимотивирующих аспектов отношения работодателей к людям с инвалидностью. Используются данные социологического опроса, проведенного в 2016 г. службой исследований компании HeadHunter среди потенциальных работодателей сотрудников с инвалидностью (N = 130 представителей российских компаний). Отражены положительные и отрицательные оценки работодателей в отношении трудовой занятости людей с инвалидностью.

The secondary analysis of motivating and anti-motivating aspects of employers attitude to people with disabilities is presented. The data of the sociological survey conducted in 2016 by the HeadHunter research service among potential employers of employees with disabilities (N = 130

representatives of Russian companies) are used. Positive and negative assessments of employers regarding the employment of people with disabilities are reflected.

Ключевые слова: люди с инвалидностью, трудовая занятость, мотивация трудовой занятости, работодатель

Keywords: people with disabilities, employment, motivation of employment, employer

Рынок труда людей с инвалидностью является особым сектором в экономике России. Данная социальная группа отличается от здоровых работников не только тем, что имеет нарушения здоровья, но и тем, что сталкивается с дополнительными барьерами при трудоустройстве. По данным службы исследований компании HeadHunter, в 2017 г. доля маркированных вакансий (доступны для людей с инвалидностью) от общего рынка в России составила 2,6% (в 2016 г. – 4,9%) [1]. Большая часть рабочих мест в структуре рынка маркированных вакансий представлена следующими профессиональными сферами: продажи (23,2%), информационные технологии, интернет, телеком (17,5%), банки, инвестиции, лизинг (16,7%) [1]. Доступные для сотрудников с инвалидностью вакансии, отрасли профессиональной деятельности, компании, а также предлагаемые условия труда, график работы и заработная плата оказывают влияние на их мотивацию.

Механизм формирования мотивации трудовой занятости обусловлен психофизиологическими особенностями человека, индивидуальными ценностными ориентациями, удовлетворенностью различными сферами жизни, особенностями и опытом взаимоотношений с другими людьми. Т.е. формирование мотивации зависит от целого ряда факторов, среди которых важное значение имеют социальные связи с окружающей средой. Если говорить о занятости людей с инвалидностью, то в данном случае одним из основных субъектов внешней среды, оказывающих влияние на мотивацию таких сотрудников, выступают работодатели. От особенностей их отношения к сотруднику с инвалидностью зависит возможность трудоустройства в конкретную организацию, степень участия в выполнении коллективных заданий, психологическое самочувствие сотрудника. В данном случае отношения с работодателем как одним из субъектов социальной среды могут быть положительными и способствовать реализации трудового потенциала либо отрицательными и приводить к изоляции. Вышеуказанные обстоятельства приводят к необходимости изучения различных аспектов отношения работодателей к людям, имеющим инвалидность. Такое отношение может выступать как мотиватором, так и антимотиватором трудовой занятости.

Долгое время работодатели относились к людям с инвалидностью с недоверием и считали их неспособными наравне с другими коллегами

выполнять профессиональные задачи. Постепенно стереотипное отношение разрушается, и работодатели готовы принимать на работу таких сотрудников, придавая значение их профессиональной компетентности. Отношение работодателей к занятости людей, имеющих инвалидность, может проявляться в различных аспектах. Мы проанализировали его положительные и отрицательные аспекты на основании результатов онлайн-опроса, проведенного в октябре-ноябре 2016 г. службой исследований компании HeadHunter среди потенциальных работодателей сотрудников с инвалидностью (N = 130 представителей российских компаний) [2]. Из представителей 130 компаний 42% работодателей (54 организации) указали, что у них работают сотрудники с инвалидностью, а 15% опрошенных – что они планируют набирать таких сотрудников [2]. Т.е. большая часть опрошенных положительно относится к приему на работу людей, имеющих инвалидность. Основными причинами, по которым работодатели готовы трудоустроить таких сотрудников, являются выполнение законодательства (63% опрошенных) и найм компетентного специалиста в условиях равного отбора (35% опрошенных) [2].

Работодателям предлагалось указать положительные и отрицательные стороны приема на работу людей с инвалидностью. Большая часть респондентов среди положительных сторон указали: социальное развитие общества, помощь в адаптации людей с инвалидностью – 67%, большая заинтересованность в работе – 44%, более активная жизненная позиция – 20% [2]. Можно сделать вывод, что работодатели уделяют большое внимание возможности способствовать социальному развитию общества, поскольку, с одной стороны, трудоустройство работников с инвалидностью оказывает влияние на развитие толерантности и устранение стереотипного отношения к ним в обществе, с другой стороны, на включение людей с инвалидностью во все сферы жизни общества, их социальную активность и успешную адаптацию к трудовому коллективу. В качестве еще одного важного преимущества выступает большая заинтересованность в работе. Получив возможность работать, люди с инвалидностью стараются в полной мере реализовать свой трудовой потенциал.

Среди отрицательных сторон большая часть работодателей выделили: необходимость оборудования специальных рабочих мест – 33%, проблемы со здоровьем сотрудников мешают трудовому процессу – 31%, большое количество больничных листов – 22%, низкая мобильность – 19%, адаптация в коллективе – 17%, нет таких сторон – 15% [2]. Т.е. работодатели по-прежнему обеспокоены необходимостью создания специальных рабочих мест и проблемами со здоровьем сотрудников, имеющих инвалидность. Данные опасения могут служить причиной отказа в приеме на работу.

Если говорить об эффективности работы сотрудников с инвалидностью, то 72% работодателей оценивают ее на уровне других сотрудников [2]. Данное обстоятельство позволяет говорить о том, что приняв на работу человека с инвалидностью, работодатели убеждаются в его профессиональной компетентности и способности выполнять профессиональные обязанности наравне со здоровыми сотрудниками, что может оказывать влияние на количество маркированных вакансий. Как отмечает М. Хадина (руководитель карьерного направления HeadHunter, член «Совета бизнеса по вопросам инвалидности»), «количество вакансий растет благодаря представителям бизнеса со зрелой корпоративной культурой, росту государственной поддержки и мотивации самих соискателей» [3]. При этом 37% работодателей, принявших участие в опросе, отметили, что их компания вкладывает дополнительные средства для создания условий, необходимых сотрудникам с инвалидностью для эффективной работы в коллективе [2]. Следует указать, что создание таких условий предполагает не только рабочее место, оборудованное в соответствии с особенностями и потребностями работника, но и соответствующие мероприятия, направленные на сплочение коллектива и создание благоприятного психологического климата.

Большая часть работодателей (88%) отмечают, что сотрудники, имеющие инвалидность, участвуют во внерабочих мероприятиях (корпоративах, выездах, тимбилдингах и т.д.). [2]. По мнению 41% работодателей, инвалидность сотрудника положительно влияет на взаимодействие в коллективе: развиваются человеческие качества сотрудников (толерантность), происходит сближение сотрудников, поскольку они помогают друг другу [2]. Это позволяет говорить о том, что люди с инвалидностью активно участвуют в корпоративных мероприятиях. Они стремятся к налаживанию социальных связей с коллегами и работодателями. Положительные социальные отношения и положительный опыт коммуникации со здоровыми сотрудниками способствует устранению стереотипного отношения к инвалидам, расширению социальных связей, эффективному выполнению совместных профессиональных задач.

Можно сделать вывод, что отношение работодателей и опыт взаимодействия с ними, а также с трудовым коллективом оказывает влияние на занятость людей с инвалидностью. Если работодатели с недоверием относятся к такому сотруднику, то и трудоустройство в их компанию будет затруднительным. Если же они заинтересованы в профессиональных качествах работников с инвалидностью, привлекают к участию в корпоративных мероприятиях, обеспечивают создание специального рабочего места, это способствует не только включению данной категории сотрудников в открытый рынок труда, но и позволяет им реализовать свой трудовой потенциал,

повышает самооценку, удовлетворенность трудом и жизнью, чувство значимости и полезности. В этом ключе необходимо дальнейшее изучение отношения работодателей к людям с инвалидностью, а также мотивации трудовой занятости указанной категории сотрудников.

Список литературы

1. Трудоустройство людей с инвалидностью: Исследовательский центр портала молодых специалистов Career.ru / Официальный сайт компании HeadHunter. Режим доступа. URL: <https://hhcdn.ru/file/16535634.pdf> (Дата обращения: 21.06.2018).

2. Трудоустройство людей с инвалидностью на сайте hh.ru: Служба исследований HeadHunter / Официальный сайт компании HeadHunter. Режим доступа. URL: <https://hhcdn.ru/file/16400574.pdf> (Дата обращения: 21.06.2018).

3. Работодатели за год разместили 128 тысяч вакансий, доступных людям с инвалидностью / Официальный сайт компании HeadHunter. Режим доступа. URL: <https://omsk.hh.ru/article/19831> (Дата обращения: 22.06.2018).

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ АДАПТАЦИИ ИНВАЛИДОВ НА РЫНКЕ ТРУДА

THE MAIN DIRECTIONS OF SOCIAL WORK OF ADAPTATION OF DISABLED PEOPLE IN LABOR MARKET

Г.Б. Кошарная, Л.Ф. Каримова, Н.В. Корж
Пензенский государственный университет, г. Пенза
G.B. Kosharnaya, L.F. Karimova, N.V. Korzh
Penzensky state university, Penza

Рассмотрены основные технологии социальной работы, направленные на адаптацию инвалидов в трудоустройстве. Проанализированы необходимые направления помощи и поддержки людям с инвалидностью во время прохождения ими процесса адаптации на новом рабочем месте.

In this article the main technologies of social work directed to adaptation of disabled people in employment are considered. It is analysed the necessary directions of the help and support to people with disabilities during passing of process of adaptation by them in a new workplace.

Ключевые слова: инвалиды, рынок труда, адаптация, социальная работа, материальное положение

Keywords: disabled people, labor market, adaptation, social work, financial position

Исследование проблемы инвалидности как социального явления свидетельствует о том, что, возникает необходимость отвергнуть классический подход к проблеме инвалидности как к проблеме «неполноценных людей» и представить ее как проблему, затрагивающую все общество в совокупности.

Для лиц с ограниченными возможностями рынок труда является особым социально – демографическим сегментом российского хозяйства, подчиняющийся собственным закономерностям, что необходимо учитывать в политике занятости.

Болезни, травмы могут привести к потере здоровья человека, следствием чего являются отрицательные последствия его жизнедеятельности. Нарушаются не только физиологические функции организма, но уменьшается общественная и профессиональная активность человека. Кроме того, среди инвалидов, нетрудоспособных, больных, физически и психологически неустойчивых категорий населения распространена социальная бедность, обусловленная их социально-демографическими свойствами [1].

Преодоление последствий инвалидности, восстановление утраченных в связи с нею части жизненных функций, а также социально значимых качеств позволяют инвалиду стать равноправным и полноценным членом общества, непосредственно участвовать в общественной жизни. В значительной степени у людей с ограниченными возможностями повышается материальное благосостояние, меняется психическое состояние, инвалид перестает ощущать себя никому не нужным, что способствует его успешной адаптации и интеграции в общество.

Самым главным условием адаптации инвалидов на рынке труда является внедрение в общественное сознание идеи равных прав и возможностей для инвалидов. Именно нормальное взаимоотношение инвалида и здорового человека служит сильнейшим фактором адаптационного процесса. Как показывает опыт, инвалиды, даже имея определенные потенциальные возможности активно участвовать в жизни общества и тем более работать, не могут их реализовать. Причина состоит в том, что зачастую большая часть нашего общества не хочет общаться с ними, а работодатели не хотят принимать на работу инвалида в силу устоявшихся негативных стереотипов. И в данном случае меры по социальной адаптации на рынке труда не помогут до тех пор, пока не будут преодолены психологические стереотипы работодателей и предпринимателей. Идея адаптации инвалидов на рынке труда в современном обществе поддерживается большинством «на словах», существует множество законов, особенно в отношении инвалидов с явно выраженными признаками ограниченных возможностей мобильности, то есть «колясочников», слепых и плохо слышащих, больных ДЦП.

Технологии социальной работы в России, направленные на адаптацию инвалидов в трудоустройстве, соответствуют общепринятым методам работы с инвалидами. По функциям применения технологии можно подразделить на психологические (воздействие специалистов оказывается на психологические

процессы, функции и состояния); медико-социальные (объектом воздействия выступает физическое состояние или связанные с ним социальные аспекты существования инвалида); социально-психологические (влияют на процессы в системе взаимоотношений человек-группа); финансово-экономические (позволяют обеспечить нуждающихся льготами, пособиями и другими материальными видами помощи).

По сферам применения выделяют следующие технологии: диагностика (деятельность по анализу и распознаванию патологий и социальных проблем); коррекция (система мероприятий, которые направлены на исправление у клиента недостатков педагогического, психологического, а также социального характера в соответствии с принятыми в обществе стандартами); реабилитация инвалидов (система медицинских, психологических, педагогических, социально – экономических мероприятий, которые направлены на устранение или по возможности более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма. Целью реабилитации является восстановление социального статуса инвалида, его социальная адаптация и достижение им материальной независимости); профилактика (предупреждение социальных и индивидуальных рисков); адаптация (облегчение вхождения индивида в незнакомое общество или культурную систему) [2].

Одним из главных показателей адаптации инвалидов на рынке труда является отношение к собственной жизни, практически половина из всех инвалидов оценивают качество своей жизни как неудовлетворительное. Причем само понятие неудовлетворенности или же удовлетворенности жизнью чаще всего сводится к отрицательному или нестабильному материальному положению инвалида. Чем он пессимистичнее видит свое существование, тем ниже его самооценка. Следует отметить, что у работающих инвалидов самооценка и взгляды на жизнь намного выше, чем у безработных. Во-первых, это связано с лучшим материальным положением работающих инвалидов, их большей производственной и социальной адаптацией, большей возможностью общения. Инвалиды очень часто испытывают страх перед будущим, тревогу и неуверенность в завтрашнем дне, чувство дискомфорта и напряженности, причем для лиц с ограниченными возможностями потеря работы — более сильный стресс, чем для здорового человека. Даже малейшие изменения материального благополучия и затруднения на работе приводят к сильнейшему стрессу и панике [3].

Следует отметить, что трудовая деятельность для инвалида является не только способом материального обеспечения своего существования, но и фактом реализации своих способностей, а также приобщением к общественным

ценностям. Работа позволяет каждому гражданину уважать себя, осознавать свою значимость и индивидуальность, быть полноценной частью современного общества [4].

Для людей с инвалидностью поддержка и помощь специалиста на этапе кризиса адаптации особенно важна, поскольку осложнения могут быть настолько существенными, что инвалиды не всегда могут преодолеть их самостоятельно. Это может стать причиной апатии, уныния, неверия в свои силы и вообще в возможность успешной собственной трудовой деятельности, что, в свою очередь, может привести к увольнению работника. Поэтому особенностью процесса успешного закрепления инвалидов на новом рабочем месте является поддержка их и после трудоустройства, особенно на этапе адаптации на новом рабочем месте, поскольку от оперативности и эффективности решения проблем этого периода зависит, останутся работать или нет.

Чтобы эффективно оказывать помощь и поддержку людям с инвалидностью в процессе адаптации на новом рабочем месте, специалист государственной службы занятости или другой организации (например, общественной организации инвалидов) должен учитывать особенности каждого аспекта адаптации на рабочем месте и понимать сущность проблем, которые могут возникнуть у людей с инвалидностью.

Основными мерами помощи и поддержки работы с инвалидами являются: проведение специальных бесед, консультаций, семинаров, тренингов, встреч с обязательным применением принципа индивидуального подхода к каждому человеку с инвалидностью. Эта работа должна проводиться в тесном сотрудничестве организаций-партнеров, занимающихся проблемами людей с инвалидностью, прежде всего таких, как государственная служба занятости, Фонд социальной защиты инвалидов, центры реабилитации для людей с инвалидностью, управление труда и социальной защиты населения, местными органами исполнительной власти. Государственная служба занятости прилагает немало усилий по совершенствованию существующих направлений работы с лицами, имеющими инвалидность, и поиска новых подходов и форм работы. Отрабатывается инновационная система мер, направленных на содействие трудоустройству людей с инвалидностью в современных условиях рынка труда, их адаптации и закреплению на новых рабочих местах. Только конструктивное взаимодействие всех организаций, принимающих участие в обеспечении занятости лиц с инвалидностью, и равнодушное отношение социума в целом к проблемам инвалидности могут обеспечить действительно эффективное решение проблем занятости людей с инвалидностью в современной России.

Список литературы

1. Кошарная Г.Б. Факторы, определяющие риск бедности населения в современном российском обществе (региональный аспект) / Г.Б. Кошарная, Л.Ф. Каримова // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Социология. Политология. 2014. Т. 14. № 4. С. 36-40.
2. Малева Т.М. Инвалиды в России: причины и динамика инвалидности, противоречия и перспективы социальной политики / Т.М. Малева, С.Ю. Васин. М.: РОССПЭН, 2015. 351 с.
3. Новиков М.Л. Возможности и условия расширения занятости инвалидов / М.Л. Новиков. 2015. № 10. С. 45-49.
4. Наберушкина Э.К. Социальная политика и социальная работа в меняющейся России / Э.К. Наберушкина // Политика в отношении инвалидов. 2013. №3. С. 21-26.

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБУЧЕНИЕ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ КАК ВАЖНЕЙШИЙ ФАКТОР АДАПТАЦИИ НА РЫНКЕ ТРУДА VOCATIONAL EDUCATION OF YOUNG PEOPLE WITH LIMITED OPPORTUNITIES OF HEALTH AS THE MOST IMPORTANT FACTOR OF ADAPTATION IN LABOR MARKET

Г.Б. Кошарная, Л.Ф. Каримова, Н.В. Корж
Пензенский государственный университет, г. Пенза
G.B. Kosharnaya, L.F. Karimova, N.V. Korzh
Penzensky state university, Penza

Рассматривается роль профессионального обучения при трудоустройстве молодых людей с ограниченными возможностями здоровья. Отмечается важность получения профессионального образования, а также ограничения, с которыми сталкиваются лица с ОВЗ при поступлении и во время обучения в вузе.

The article deals with the role of vocational training in the employment of young people with disabilities. The importance of vocational education, as well as the limitations faced by persons with HIA in admission and during studies at the university, is noted.

Ключевые слова: профессиональное образование, лица с ограниченными возможностями, рынок труда

Keywords: vocational education, persons with disabilities, labor market

Изменения, которые в результате реформ произошли в социальных институтах, в частности в таких, как рынок труда и профессиональное образование, привели к трансформации в системе ценностей населения, а также в трудовых моделях поведения различных социальных групп. Процесс глобализации, финансово-экономические кризисы только усиливают изменения

сферы занятости в российском обществе, способствуя появлению новых трудовых ориентиров. Нужно заметить, что изменились социокультурные основания трудовой деятельности через становление идеологии потребления и досуга, новых моделей занятости, в частности удаленной занятости, растет трудовая и профессиональная мобильность. Указанные изменения затронули все население страны, но особо значимы они оказались для молодых людей. Положение молодежи на рынке труда всегда было неустойчивым в силу возраста, отсутствия опыта трудовой деятельности. В настоящее время молодежный рынок труда характеризуется изменчивостью спроса и предложения, т.к. можно наблюдать изменения в ориентации молодых людей, их социально-профессиональной неопределенностью. Молодые люди чаще подвергаются риску потерять работу или не трудоустроиться. Однако, несмотря на ограничения, молодежь имеет явные преимущества на трудоустройство по сравнению с другими категориями работников в связи возрастом, трудоспособностью и активностью. Но среди молодых людей, обладающих выносливостью, активностью, мобильностью, можно выделить такую социальную группу, не отвечающую этим характеристикам, – инвалиды, или люди с ограниченными возможностями здоровья. Инвалидность сопровождается ограничениями личности в жизнедеятельности в самых разнообразных ее сферах. В результате инвалиды становятся той социально-демографической группой, для которой характерен низкий уровень жизни, ограниченная возможность получения образования (чаще всего, молодые люди с ограниченными возможностями имеют неполное среднее или среднее образование, достаточно мало с высшим образованием). Для них увеличиваются трудности участия в трудовой деятельности. Ограничения личности по состоянию здоровья существенно влияют на возможности получения работы и осуществление трудовой деятельности. У большинства наблюдается отсутствие интереса к жизни и желания заниматься общественной деятельностью.

В настоящее время в обществе все большее распространение получает социальный подход к пониманию инвалидности, основанный на признании равенства людей, в том числе с ОВЗ, и обеспечении равной доступности к социальным институтам в различных сферах жизнедеятельности. Согласно данному подходу, ограничение жизнедеятельности может рассматриваться не как характеристика человека с ОВЗ, а как совокупность ограничивающих условий в социуме [1, с. 277-288].

Если придерживаться данного подхода, то перед обществом первостепенной задачей встает интеграция людей с ограниченными возможностями в социум. Особую роль в этом процессе отводится системе

образования, в том числе системе профессионального. Нужно отметить, что образование является одним из наиболее действенных социальных ресурсов, направленных на преодоление социальной эксклюзии и экономической зависимости личности.

В век бурно развивающихся информационных технологий, нарастающей конкуренции на рынке труда большинство молодых людей стремятся получить высшее образование, которое способствовало бы профессиональной мобильности и конкурентоспособности специалиста. В настоящее время в нашей стране многие высшие учебные заведения переориентируются на работу по интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья. Данный подход предполагает, что обучение людей с инвалидностью происходит наравне со «здоровыми» людьми. В процессе получения профессионального образования и его практического применения (трудоустройства) лица с ограниченными возможностями способны повысить не только свой уровень благосостояния, но и личностный статус, полноценно включаясь в социум, развивая новые мотивации и новые формы социальной активности. Занятость во многом определяет для конкретных людей, в том числе инвалидов, материальное и моральное благополучие, возможность реализации своего человеческого потенциала, включая и трудовой потенциал. Однако на пути профессионального становления лиц с ОВЗ остаются проблемы. К ним можно отнести: несоответствие государственных стандартов высшего образования требованиям современной специальной (коррекционной) школы и интегрированному обучению людей с проблемами в развитии; отсутствие необходимой нормативно-правовой и материально-технической базы.

В 2016 г. был проведен комплексный всероссийский мониторинг, который позволял проанализировать доступность высшего профессионального образования для лиц с ОВЗ [2, с. 169-180]. В качестве объекта исследования выступили 165 вузов на всей территории страны. По результатам данного исследования было получено, что в профессиональном обучении инвалидов существует множество «пробелов». Так, уже на этапе профориентации можно говорить о том, что вузы не заинтересованы в студенте-инвалиде. Методы привлечения таких абитуриентов носят пассивный характер. В рамках проводимого мониторинга было получено, что только чуть более половины вузов (58%), принявших участие в исследовании, проводили мероприятия по профориентации. В дальнейшем поступление и обучение тоже сопровождается рядом факторов, которые осложняют лицам с ОВЗ получение высшего профессионального образования. Несмотря на то, что на федеральном уровне для инвалидов предусмотрена квота на поступление в вузы. Процент поступивших достаточно низок, в связи с тем, что сотрудники приемных

726

комиссий слабо информированы об условиях поступления и обучения инвалидов: отсутствуют в вузах специалисты по взаимодействию с инвалидами; инвалидам часто приходится перемещаться внутри учебного заведения в процессе обучения и т. д. [2, с. 169-180]. В связи с этим нужно отметить, что в настоящее время для любого выпускника наличие высшего профессионального образования не является стопроцентной гарантией трудоустройства. Людям с ограниченными возможностями здоровья на рынке труда приходится еще сложнее. Соответственно, именно профессиональное образование должно стать важным фактором в адаптации инвалидов в трудовой сфере. Получение профессионального образования лицами с ОВЗ очень важно, но оно теряет свою ценность, если не гарантирует специалисту трудоустройства, дающего экономическую независимость [3, с. 87]. Отсутствие на рынке труда необходимого количества специальных рабочих мест, позволяющих лицам с ОВЗ трудиться, лишает их возможности реализации права на труд на равных условиях с остальными членами общества.

Подводя итог, нужно отметить, что государство и общество предпринимают шаги в направлении интеграции людей с ограниченными возможностями в социум. Однако, на этом пути встречается ряд проблем. В настоящее время инклюзивное образование предполагает организацию системы повышения квалификации педагогов по работе с лицами с ОВЗ, реформирование учебного процесса таким образом, чтобы он отвечал нуждам и потребностям инвалидов. В конечном итоге основной целью профессиональной подготовки инвалидов должна стать помощь в трудоустройстве, карьерном росте и содействии адаптации их в обществе.

Список литературы

1. Калашникова И.В. Эволюция социальных моделей инвалидности / И.В. Калашникова, А.А. Тринадцатко // Вестник тихоокеанского государственного университета. 2017. №3.
2. Курбангалеева Е.Ш. Доступность высшего профессионального образования инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) / Е.Ш. Курбангалеева, Д.Н. Веретенников//Психологическая наука и образование. 2017. № 1.
3. Кошарная Г.Б. Социальная поддержка инвалидов на рынке труда// Г.Б. Кошарная, Л.К. Шубенкина // Социальные инновации в развитии трудовых отношений и занятости в XXI веке. Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского; под общей редакцией З.Х. Саралиевой, 2014.

**МОДЕЛИРОВАНИЕ ИНДИКАТОРОВ ОЦЕНКИ ПОЛОЖЕНИЯ
ИНВАЛИДОВ НА РЫНКЕ ТРУДА**
**MODELLING OF INDICATORS FOR ASSESSING THE SITUATION
OF PERSONS WITH DISABILITIES IN THE LABOUR MARKET**

С.В. Крошилин

*Государственный социально-гуманитарный университет,
Институт социально-экономических проблем народонаселения РАН,
г. Москва*

*S.V. Kroshilin,
State Social and Humanitarian University,
Institute of Socio-economic Problems of Population of RAS,
Moscow*

Приводится авторская методика анализа индикаторов оценки положения инвалидов на рынке труда. Необходимость разработки системы индикаторов обусловлена большим количеством разнообразных источников относительно трудоустройства, релевантность которых оставляет желать лучшего. Учитывается потребности как предприятий, так и самих инвалидов. Выводится интегральный индикатор эффективности трудоустройства инвалидов (в определенном регионе).

The author's method of analysis of indicators for assessing the situation of persons with disabilities in the labor market is Presented. The need to develop a system of indicators is due to a large variety of sources regarding employment, the relevance of which leaves much to be desired. Needs are taken into account both by enterprises and by persons with disabilities themselves. An integral indicator of the effectiveness of employment of persons with disabilities (in a certain region) is displayed.

Ключевые слова: инвалиды, трудоустройство инвалидов, инвалидизация общества, оценки положения инвалидов на рынке труда

Keywords: disabled people, employment of disabled people, invalidization of society, assessment of the situation of disabled people in the labor market

В процессе разработки методики анализа индикаторов оценки положения инвалидов на рынке труда активно использовались различные методы и приемы экономического и статистического анализа, в частности, такие как метод сравнения, метод группировки, метод Делфи, методы аналитического сглаживания временных рядов, методы скользящей средней, методы и приемы факторного анализа, экономико-статистические методы; приемы средних, относительных и средних величин, прием сплошных и выборочных наблюдений, была проведена детализация и обобщение данных.

Для получения количественной оценки индикаторов положения инвалидов на рынке труда (в определенном регионе) необходимо разработать обобщающий интегральный показатель (Интегральный индикатор эффективности трудоустройства инвалидов), обеспечивающий

методологическое единство всех частных показателей и однозначную оценку уровня и динамики исследуемого процесса трудоустройства инвалидов.

Расчет индикаторов оценки положения инвалидов на рынке труда основан на различных источниках (Министерство труда и социальной защиты населения РФ, Пенсионный фонд России, Министерство здравоохранения РФ, Министерство образования и науки РФ, Федеральное бюро МСЭ, Федеральный реестр инвалидов, Департамента труда и социальной защиты и др.).

При исследовании таких сложных экономических явлений, как трудоустройство индивида вообще и инвалидов, в частности возникает потребность в использовании интегральных индикаторов, показателей или оценок. Это, как уже отмечалось выше, обусловлено значительным объемом статистической информации, которая содержится в различных источниках и имеет различную структуру. В связи с этим возникает задача дополнительного обобщения, структуризации и анализа различных источников на предмет релевантности и совпадения данных по одному и тому же параметру. Совокупность частных показателей, которые характеризуют возможности трудоустройства инвалидов (например, при разделении их на группы инвалидности), сами по себе не могут дать обобщенной оценки трудоустройства лиц с ограниченными возможностями в определенном регионе (например, в Москве), тенденциях развития данного процесса и, тем более, обосновать прогнозные оценки на среднесрочный и долгосрочный периоды. Использование интегральных оценок помогает определить (понять) причинно-следственные связи изучаемых процессов (например, когда имеется квота для инвалида на предприятии, а возможности трудоустроиться нет, так как инфраструктура около предприятия не приспособлена к маломобильным гражданам). Интегральные показатели (получение комплексной однозначной оценки) способствуют проведению типологии объектов (классификации), прогнозированию социально-экономического развития, оценки экономической привлекательности и потенциала для предприятий с рабочими местами для инвалидов (налоговые льготы и т.п.).

Как правило, для построения *интегрального индикатора (показателя)* используют группу *частных индикаторов (показателей)*, характеризующих наиболее важные аспекты трудоустройства и трудовой деятельности инвалидов. Алгоритм построения интегральных показателей включает следующие этапы:

- выбор исходных частных показателей по трудоустройству инвалидов;
- трансформация (пересчет) частных показателей в индикаторы;
- агрегирование (трансформированных частных показателей) индикаторов;

- присвоение веса индикаторам или взвешивание субиндикаторов.

Обзор научных исследований в области построения интегральных показателей позволил обобщить используемые на каждом этапе методические подходы [1]. Так, на начальном этапе при определении состава исходных частных показателей принципиальное значение имеет объективность и точность их подбора. Основным критерием для определения их количества и конкретного перечня является достижение целей расчета интегрального показателя [2]. Кроме того, учитываются такие важные моменты, как обеспечение достоверности и доступности данных, количественная измеримость, способность отражать различия между объектами при сравнительном анализе, предоставлять возможность построения и интерпретации интегрального показателя. А также такими, которые можно контролировать и которыми можно управлять [3].

Наш подход предполагает построение обобщенного интегрального индикатора на базе частных интегральных показателей по *пяти блокам*, оценивая:

1. Индикаторы, характеризующие трудовой потенциал инвалидов: в эту группу входят все показатели, которые, с одной стороны, указывают на потребность инвалидов в рабочих местах, с другой стороны, описывают качество предлагаемого инвалидами труда (IND_1);

2. Индикаторы, характеризующие предложение рабочих мест для инвалидов: к этой группе относятся показатели, свидетельствующие, с одной стороны, о том, насколько работодатель заинтересован в привлечении труда инвалида, с другой стороны, о том, в какой степени работодатель имеет такую возможность (IND_2);

3. Индикаторы, характеризующие состояние посреднических институтов и инфраструктуры, обеспечивающих возможность пересечения спроса и предложения в отношении труда инвалидов: это прежде всего показатели, характеризующие достаточность и качество работы посреднических структур и механизмов при трудоустройстве: государственной службы занятости, с одной стороны, и иных структур, оказывающих содействие в трудоустройстве инвалидов, с другой (IND_3);

4. Индикаторы, характеризующие доступность и дружелюбность среды по отношению к инвалидам (за пределами организации-работодателя): группа показателей, отражающих характер влияния факторов вне стен организации-работодателя, позволяющих инвалиду добраться до рабочего места (IND_4);

5. Индикаторы, характеризующие реализованный потенциал трудоустройства инвалидов (соответственно, верно и обратное: этот же показатель характеризует удовлетворенное предложение труда инвалидов): в

эту группу входит, например, такой показатель, как количество работающих инвалидов, группируемых по тем или иным характеристикам, и их доля в общей численности инвалидов трудоспособного возраста. (IND_5).

В целом выстраивается пятиуровневая иерархия показателей, включающая: частные показатели (абсолютными и относительными) четвертого уровня, обобщающие показатели третьего уровня, частные интегральные показатели по блокам оценивая второго уровня, обобщающий интегральный показатель первого уровня. Последний представляет собой искомую комплексную характеристику (интегральный индикатор положения инвалидов на рынке труда в регионе и по иерархическим уровням разложения включает показатели всех предыдущих уровней).

Оценивая возможности рассмотренных методов [4, 5], применяемых при обработке исходной информации и объединения ее в обобщенные (интегральные) оценки, считаем целесообразным для решения задачи определения (оценки) положения инвалидов на рынке труда в регионе трансформацию показателей проводить при помощи нормирования к среднему значению по группе, агрегирование показателей по блокам оценивания с использованием Метода сумм (суммирование индикаторов), обобщающий интегральный показатель определять как сумму интегральных показателей блоков.

Список источников

1. Васильева Л.В. Анализ методических подходов к построению интегральных экономических показателей /Экономические исследования и разработки. №12. 2017 г. [Электронный ресурс]. Режим доступ: <http://edrj.ru/article/18-12-17> (дата обращения 10.03.18)

2. Васильева Л.В. О совершенствовании системы показателей, характеризующих импортозамещение в России / Инновационное развитие российской экономики: сб.тр. конф. – Российский экономический университет им. Г.В. Плеханова, Москва. 2016. С. 228-231.

3. Зенченко С.В., Бережной В.И. Система интегральной оценки финансового потенциала региона и методика ее формирования. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.rppe.ru/wp-content/uploads/2008/10/zenchenko-sv-careful-vi.pdf>. (дата обращения 10.09.2017 г.).

4. Ключникова Е.В., Шитова Е.М. Методические подходы к расчету интегрального показателя, методы ранжирования // Электронный научно-практический журнал «ИнноЦентр». 2016. №1(10). С. 4-18. [Электронный ресурс]. URL: [http://innoj.tversu.ru/Vipusk1\(10\)2016/](http://innoj.tversu.ru/Vipusk1(10)2016/). (дата обращения 14.10.2017 г.).

5. Кондрашова Н.В., Ендовицкая Е.В. Научные основы построения системы аналитических показателей // Социально-экономические явления и процессы. 2016. №9. Т.11. С. 34-39. [Электронный ресурс]. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=26703061> (дата обращения 03.11.2017 г.).

**ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ДИСТАНЦИОННОГО
ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ ТРУДОУСТРОЙСТВЕ ИНВАЛИДОВ**
**INNOVATIVE METHODS OF REMOTE INTERACTION WHILE
PROVIDING EMPLOYMENT OF DISABLED PEOPLE**

И.Ю. Кузнецова

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

I.U. Kuznetcova

Lobachevsky University

Рассматривается вопрос возможного применения инновационных методов при обеспечении трудовой занятости инвалидов.

This article discusses the possible application of innovative methods while providing employment of disabled people.

Ключевые слова: интеграция инвалидов, инновационные методы, обеспечение трудовой занятости инвалидов, дистанционная работа, цифровизация

Keywords: integration of disabled people, innovative methods, employment of disabled people, distance work, digitalization

Законодательство Российской Федерации предусматривает широкий спектр мер по обеспечению прав и свобод инвалидов наравне с другими гражданами, в том числе трудоустройство. В статьях 20-24 Федерального закона "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" от 24.11.1995 N 181-ФЗ четко прописываются обязанности работодателей по обеспечению трудовой занятости инвалидов, квотирование трудоустройства, оборудование специальных рабочих мест и создание специальных условий труда. Особо подчеркивается, что работодатели не должны препятствовать трудоустройству инвалидов, а наоборот, способствовать ему, дабы не подвергать дискриминации по признаку инвалидности вполне трудоспособных членов общества с учетом их физических ограничений.

Несмотря на то, что гуманистическая идея интеграции инвалидов в ряды обычных работников нашла свое законодательное воплощение в далеком 1995 году, только в последние годы власти всех уровней стали действительно пристально следить за фактической реализацией норм Федерального закона №181-ФЗ. Сам федеральный закон претерпел ряд существенных изменений и

дополнений в духе времени и сегодня представляет собой актуальный документ, всесторонне описывающий права инвалидов и меры государственной поддержки инвалидов в их повседневной жизни.

С учетом «демографического провала» 90-х гг. XX века, плоды которого современные работодатели пожинают в настоящее время, трудоустройство инвалидов приобретает особую актуальность, т.к. физические ограничения не всегда мешают инвалидам исполнять трудовые обязанности наравне со здоровыми работниками. В том же 181-ФЗ прописаны нормы квот на прием инвалидов для организаций с численностью от 35 до 100 человек в качестве возможной меры и для работодателей с численностью от 100 человек в качестве обязательной меры.

Как же на деле выполняются довольно жесткие требования государства к работодателям по трудоустройству инвалидов? Увы, по факту не все так радужно, как хотелось бы видеть властям и самим инвалидам. Разберемся в причинах сложившейся ситуации. Итак, несмотря на требования законодателя об обязательном наличии инвалидов в организациях с численностью от 100 человек, имеют место уклонения работодателей от исполнения данной нормы закона. Причины здесь кроются в особых условиях труда в соответствии с индивидуальными программами реабилитации и абилитации, которые необходимо, но не всегда возможно создать для инвалидов различных категорий, работающих в одних помещениях со здоровыми работниками. Кроме того, предусмотренные законодательством специальные льготы для инвалидов-работников, а именно: сокращенная продолжительность рабочего дня для инвалидов I^{ой} и II^{ой} групп, возможность привлечения к сверхурочным работам, а также в выходные дни и в ночное время только с согласия инвалида, увеличенный минимум до 30 дней ежегодного отпуска – могут сделать экономически непривлекательным идею приема на работу инвалида даже в глазах законопослушного работодателя. А если добавить, что тот же 181-ФЗ прямо требует от всех организаций, особенно, имеющих в штате работников-инвалидов, осуществлять меры по реализации «безбарьерной среды», влекущие возможные материальные расходы работодателя на строительство пандусов, переделку дверных проемов, коридоров и лестниц, то суммарный экономический эффект от трудоустройства даже талантливого инвалида может быть отрицательным с учетом неподготовленности инфраструктуры крупных организаций к приему на работу людей с ограниченными возможностями.

Еще несколько лет назад сложившаяся ситуация казалась неразрешимой, но в дело вмешался технический прогресс. Бурный рост цифровых технологий в 2000-х гг. привел к глобализации знаний и социальных отношений во всех сферах общества. Трансграничное общение по цифровым каналам связи,

свободное от запретов и ограничений физических контактов, кардинальным образом перевернуло многие сферы человеческого бытия, в частности, вопрос трудовых отношений. Возможность дистанционного исполнения трудовых обязанностей, отсутствие необходимости обязательного посещения офиса работодателя для контроля выполнения сотрудником своих обязанностей со стороны работодателя – это только малая часть новшеств, которые принесла с собой «эра цифровых технологий». И здесь, как нельзя кстати, впервые за много лет появляется возможность позитивного сдвига наболевшей проблемы трудоустройства инвалидов в России.

В самом деле, отмирание потребности в огромном количестве «офисных работников», связанная с естественной цифровизацией экономики и общества и неизбежным ростом хозяйственных расходов работодателей на поддержание жизнедеятельности обширных офисов, эволюция традиционных профессий в сторону «дистанционной работы» и «фриланса», проникновение глобальной сети Интернет во все сферы существования современного человеческого общества, увеличение «цифровой» грамотности населения, появление защищенных каналов межкорпоративного общения и защищенной электронной подписи гражданина, «цифровизация» различных статистических данных на государственном уровне способствуют кардинально новому решению проблемы интеграции инвалидов в общество. Так, целый ряд новых профессий, связанных с IT-сферой, вообще не требуют личного присутствия инвалида в офисе, т.к. постановка задач, контроль за этапами работы и обсуждение полученных результатов может производиться работодателем дистанционно по защищенным каналам связи, как и оплата выполненной работы. Помимо вполне очевидной IT-сферы целый ряд наиболее популярных профессий в самых различных отраслях экономики подвергается перестройке с традиционной очной формы присутствия работника на рабочем месте на дистанционную форму. Выгода работодателя тут очевидна – значительное снижение хозяйственных расходов на аренду и содержание офисов. И вот здесь-то инвалиды, имеющие соответствующее образование и опыт работы, выступают вполне конкурентоспособными претендентами на вакансии, не требующие особой физической активности и очного присутствия на территории работодателя.

Если выполнение трудовых обязанностей работником-инвалидом в условиях «цифровой экономики» уже реализуется и в перспективе ожидается только сокращение искусственных препятствий этому, то само трудоустройство инвалида в России пока не претерпело заметных эволюционных изменений. Переход на «бумажный документооборот» во многих организациях пока носит, скорее, декларативный характер. Созданные

по инициативе правительства России интернет-порталы государственных услуг оказывают большую пользу инвалидам при дистанционном получении качественных услуг в государственных и муниципальных учреждениях, но не при оформлении на работу у конкретного работодателя. К сожалению, здесь по-прежнему требуется личное и неоднократное присутствие инвалида на территории работодателя, начиная с этапа первичного очного собеседования и заканчивая этапом оформления трудовых отношений.

При этом в России, в частности, в сфере высшего образования уже несколько лет активно применяется модель дистанционного оформления трудовых контрактов с преподавателями и научными работниками без очной явки в высшее учебное заведение путем дистанционного общения по вопросам трудоустройства с использованием цифровых каналов связи и последующей пересылкой бумажных оригиналов или заверенных копий по обычной почте. Все дальнейшее исполнение работником своих контрактных обязанностей также может не требовать постоянного или периодического личного присутствия, а производится дистанционно с любого удаленного рабочего места. Проверка работодателем образования и опыта и рекомендаций будущего работника на этапе собеседования также производится дистанционно с использованием возможностей глобальных баз данных по профессорско-преподавательскому составу.

Казалось бы, что мешает большинству учреждений организовать аналогичную схему трудоустройства работников, которым затруднительно многократное посещение офиса на период очного собеседования и последующего оформления трудовых отношений? Ответ очевиден – отставание в цифровизации процесса трудоустройства граждан и слабое использование инноваций при работе с инвалидами. Так, еще пресловутым 181-ФЗ, а точнее, статьей 5.1 предусмотрено создание и поддержание государственной информационной системой «Федеральный реестр инвалидов» (ФРИ), который содержит все ключевые персональные данные по каждому инвалиду в стране, включая сведения об образовании и трудовом стаже. Однако функционирует данный закрытый для посторонних организаций, в том числе потенциальных работодателей, ресурс исключительно для предоставления нужной информации учреждениям, оказывающим государственные и муниципальные услуги инвалидам. Иные организации не смогут зарегистрироваться в качестве поставщиков услуг для инвалидов и дистанционно затребовать персональные данные инвалидов, например, при трудоустройстве и им придется полагаться, как и раньше, на бумажные оригиналы представленных лично инвалидом документов и бумажную трудовую книжку, переход на цифровую версию которой еще в России только планируется не ранее 2020 г. В стране существует

множество федеральных электронных баз, содержащих персональные данные граждан, в том числе инвалидов, но воспользоваться ими могут лишь государственные и муниципальные учреждения, например, оказывающие меры социальной поддержки населению. При этом частные организации, желающие оказать поддержку тем же инвалидам, принимая участие в их трудоустройстве, не могут сократить бюрократические издержки процесса, так как не являются полноправными, с точки зрения государства, участниками информационного обмена, а согласие инвалида на предоставление его персональных данных по официальному запросу потенциальных работодателей для сокращения бумажной волокиты из базы ФРИ не предусмотрено регламентом работы последнего.

Парадокс заключается в том, что те же частные организации в своей ежедневной работе, например, при взаимодействии с кредитными организациями с 90-х гг. XX века в рамках дистанционного банковского обслуживания используют защищенные каналы связи и электронную цифровую подпись. Аналогичным образом организации предоставляют налоговым органам с определенной периодичностью свою финансовую отчетность в электронном виде с применением механизма криптозащиты информации.

С подачи Банка России сами кредитные организации в последние годы активно тестируют различные системы и методы удаленной идентификации личности и биометрии в рамках федеральной программы по созданию Единой системы идентификации и аутентификации (ЕСИА) и Единой биометрической системы. Обе системы создаются как раз для максимальной доступности финансовых услуг для здорового населения, но особенно, для граждан с ограниченными физическими возможностями. Программа регистрации граждан в ЕСИА и добровольная сдача биометрических данных стартовала 30 июня 2018 г., а подключение уполномоченных кредитных организаций к программе рассчитано на 2 ближайших года.

Таким образом, если сложить весь накопленный государством опыт в построении дистанционных каналов обслуживания социальных и финансовых потребностей инвалидов, традиционно забюрократизированный процесс трудоустройства этой категории населения можно мгновенно преобразить, опираясь на апробированные инновации:

1. Процедура очного собеседования инвалида потенциальным работодателем может проводиться дистанционно с использованием различных программ интернет-телефонии, например, таких, как Skype;

2. Проверка персональных данных инвалида может быть организована по защищенным каналам связи между потенциальным работодателем при

дистанционном обращении последнего в ФРИ, причем Пенсионный фонд России, как оператор ФРИ, мог бы предусмотреть возможность предоставления персональных данных сторонней организации исключительно по согласию самого инвалида в каждом конкретном случае, не утруждая малоподвижные категории населения проверять фактическую реализацию программы «безбарьерной среды»;

3. Все запросы по кадровым документам потенциальных работодателей в отношении инвалидов в адрес федеральных баз данных могут подписываться усиленной электронной цифровой подписью, как это предусмотрено при дистанционном документообороте между кредитными организациями и их клиентами;

4. Любые вынужденные перемещения инвалидов между организациями и органами социальной защиты могут быть сведены к минимуму при подключении малоподвижных категорий граждан к ЕСИА и Единой биометрической системе, как это реализуется в настоящее время для дистанционного оказания финансовых услуг;

5. Оформление трудового договора может производиться дистанционно, как это реализуется для части академического и научного персонала на территории России;

6. И, наконец, само рабочее место инвалида может находиться у него дома, а не в привычном офисе, так как нет никаких препятствий для организации удаленного канала связи с использованием передовых технологий криптозащиты информации.

Дело за малым – чтобы государство как хранитель персональных данных граждан, регулятор трудовых отношений и двигатель технологического прогресса наконец-то осознало, что максимальное облегчение процесса трудоустройства инвалидов не менее важно, чем оказание государственных или финансовых услуг, а скорейшая интеграция инвалидов в среду квалифицированных работников будет способствовать повышению ВВП страны при одновременном снижении нагрузки на социальные статьи бюджета, поскольку сами инвалиды, более чем кто-либо, заинтересованы в повышении своего социального статуса и материального достатка.

**ПРОБЛЕМЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВОВЫХ ГАРАНТИЙ ОБЕСПЕЧЕНИЯ
ЗАНЯТОСТИ ПРИ ТРУДОУСТРОЙСТВЕ ИНВАЛИДОВ
PROBLEMS OF IMPLEMENTING LEGAL GUARANTEES
TO SECURE EMPLOYMENT OF DISABLED PEOPLE**

Н.М. Кузнецова
*Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*
N.M. Kuznetcova
Lobachevsky University

Рассматривается вопрос о проблеме реализации права на трудовую деятельность инвалидов в условиях современного общества.

The article discusses the problem of realization of the right to employment of persons with disabilities in today's society.

Ключевые слова: инвалид, работа, труд, квота, трудовая деятельность, трудоустройство, занятость, работодатель

Keywords: persons with disabilities, job, labor, quota, labour activity, employment opportunity, employment, employer

Право на труд относится к основным правам и свободам человека и закреплено в Конституции РФ. Социальное поведение каждого человека включает такой элемент, как трудовая деятельность. Этот процесс строго фиксированный, и включает в себя ряд функций, которые должен совершать человек. Эти функции являются его обязанностями и регулируются конкретной организацией.

Трудовая деятельность для человека является не только способом экономически обеспечить свое существование, но и возможностью реализации своего потенциала и способностей, творческих в том числе. Она является фактором приобщения индивида к обществу и общественным ценностям. Работа позволяет каждому гражданину уважать себя, осознавать свою индивидуальность и ценность, быть полноценной частью современного общества.

Трудовая и рабочая деятельность имеет ряд определенных свойств. В первую очередь, она содержит ряд конкретных трудовых операций. На каждом предприятии они могут быть разными, свойственными лишь этой компании. Кроме того, все организации различаются материально-техническими условиями производства и реализации продукции, оказания услуг. Это касается также временных и пространственных рамок.

Понятие трудовой деятельности включает два основных параметра:

- Первый определяет психофизическое состояние работника, иными словами, его возможность выполнять физическую и умственную работу, несмотря на какие-либо обстоятельства.

- Второй параметр определяет условия, в которых данный работник осуществляет свою трудовую деятельность [1].

От этих параметров зависят физические и психологические нагрузки во время выполнения работы. Физические обусловлены технологической оснащённостью предприятия, а психологические – объемами обрабатываемой информации, личными взаимоотношениями между сотрудниками, монотонностью работы. Все это влияет как на производительность труда, так и на здоровье работника. Эти параметры являются ключевым моментом как при приеме на работу, когда рекрутер определяет соответствия работника занимаемой должности, так и при аттестации сотрудника.

Ограниченность человека в возможностях в любом цивилизованном обществе воспринимается как сигнал к созданию для него более благоприятных условий не только в медицинской сфере и обеспечении жизнедеятельности, но и в реализации права на посильный труд.

Отклонения от нормы в жизнедеятельности инвалида разнообразны. Среди них: нарушение двигательной функции, нарушения функций кровообращения, дыхания, пищеварения, обмена веществ и энергии; нарушение зрения, слуха, обаяния или осязания; психические расстройства, нарушение памяти, внимания, речи, мышления [2].

Большое количество инвалидов в нашей стране неизбежно создает проблемы их трудоустройства и занятости в силу разных обстоятельств. В первую очередь, это отсутствие физической способности осуществлять некоторые функции, присущие здоровому человеку. С другой стороны, это сложившийся стереотип, что человек с ограниченными возможностями не может и не хочет трудиться, предпочитая жить на иждивении родственников и государства, ну и, наконец, нежелание или невозможность работодателя обеспечить требуемые законом условия труда для данной категории населения.

Статистика инвалидов в России в 2017 г. составляет около 15 млн человек. Это примерно каждый десятый житель России. Самый большой процент граждан с ограниченными возможностями наблюдается в таких областях:

1. Белгородская.
2. Ленинградская.
3. Московская.
4. Рязанская.

А также в Чеченской Республике [3].

По состоянию на 1 февраля 2017 г. в Нижнем Новгороде проживает 109 746 инвалидов (8,89% от населения города), в том числе 3186 чел. – дети-инвалиды. Из них 2073 чел. – инвалиды с нарушениями функций зрения, 706 чел. – инвалиды с нарушениями функций слуха, 637 чел. – инвалиды-колясочники, 264 чел. – инвалиды Великой Отечественной войны [4].

Отношения инвалидов и работодателей, в том числе и права инвалидов при трудоустройстве в Российской Федерации регулируются Трудовым кодексом, ФЗ № 1032-1 «О занятости населения РФ», ФЗ № 181 «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», Конвенции «О правах инвалидов» и другими нормативными актами.

Конвенция о правах инвалидов ООН вступила в силу 3 мая 2008 г. после ратификации 50 государствами. Россия ратифицировала конвенцию в 2012 году. В документе сказано, что лица с ограниченными возможностями здоровья имеют полное право активно участвовать в гражданской, политической, экономической, социальной и культурной жизни общества[5]. Это соглашение направлено на ликвидацию дискриминации людей с инвалидностью и их защиту.

Для инвалидов, желающих трудиться, очень важна занятость. Инвалид, имеющий работу, перестает ощущать свою неполноценность, вызванную физическими и иными недостатками здоровья, чувствует себя полноправным членом общества и, что немаловажно, имеет дополнительные материальные средства. Поэтому, инвалидам предоставляются гарантии осуществления трудовой занятости путем проведения ряда специальных мероприятий, способствующих повышению их конкурентоспособности на рынке труда.

Основные положения трудоустройства и специфики трудовой деятельности инвалидов прописаны в ФЗ-181 «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» и Трудовом Кодексе РФ:

1. установлена квота для работодателей;
2. оговорено создание отдельных рабочих мест;
3. регламентированы условия труда.

По законодательным нормам, организациям в зависимости от средней численности работников устанавливается минимальный процент приема инвалидов на работу: в организациях со штатной численностью более 100 человек количество людей с ограниченными возможностями может быть 2–4% от числа сотрудников; для юридических лиц с количеством работников от 35 до 100 человек – не больше 3% от штата [6].

Следить за тем, чтобы право инвалидов на трудоустройство соблюдалось, обязано государство, которое в каждом городе представлено центром занятости населения, являющимся связующим звеном между соискателем и работодателем. Работодатели ежемесячно обязаны предоставлять в местные центры занятости информацию:

1. о наличии и заполнении вакансий для людей с ограниченными возможностями;

2. о количестве новых рабочих мест, созданных специально для инвалидов.

Интересные данные приводит Центр Занятости населения Нижнего Новгорода [7]. Количество обратившихся за помощью в трудоустройстве инвалидов за десять лет уменьшилось почти на 100 тысяч человек, при этом число нашедших работу незначительно увеличилось (табл.1). Скорее всего соискатели предпочли искать работу самостоятельно.

Что касается количества квот (табл.2), оно уменьшилось, что скорее всего связано с сокращением численности как самих предприятий, так и их численного состава.

Т а б л и ц а 1

Численность граждан, относящихся к категории инвалидов, обратившихся за содействием в поиске подходящей работы
(по данным Федеральной службы по труду и занятости Нижнего Новгорода)
по данным на 24.04.2018; чел.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Обратилось за содействием в поиске подходящей работы	256190	306478	268202	243407	211828	190631	170864	165208	142929	166993
Нашли работу (доходное занятие)	87299	84651	87218	84980	76865	75642	73412	70101	55758	88574

Т а б л и ц а 2

Трудоустройство граждан на котируемые рабочие места
(по данным Федеральной службы по труду и занятости Нижнего Новгорода)
по данным на 24.04.2018; чел.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Численность граждан, трудоустроенных в счет квот – всего	24179	17051	9688	7149	6286	6149	5938	5440	5390	10248
в том числе относящихся к категории инвалидов	8806	5185	4869	4080	3708	4271	3887	3839	3743	7700

В целях повышения качества обслуживания инвалидов в сфере трудоустройства служба занятости должна оказывать государственную услугу сопровождения при содействии занятости инвалидов. Которая включает помощь в поиске работы и трудоустройстве с учетом опыта и пожеланий относительно будущей работы, на основании сведений из индивидуальной программы реабилитации инвалида. Отдельная статья «Сопровождение при содействии занятости инвалидов» появится в законе «О занятости населения РФ» и начнет действовать с 01.01.2019 [8].

Очевидно, что трудовая деятельность инвалидов во многих случаях требует специальной организации трудового процесса, условий труда (сокращенная рабочая неделя, удлиненный отпуск и т.д.) [9] и оснащения рабочих мест [10]. Согласно положениям ст. 23 указанного ранее закона, необходимые условия труда на предприятии (вне зависимости от формы его собственности) должны создаваться с учетом индивидуальной программы реабилитации инвалида.

Очень часто работодатели под разными предлогами отказывают в приеме на работу, пугаясь всех вышеперечисленных обязательств, ссылаясь на различные негативные моменты, касающиеся обеспечения им особых условий, на присутствующие риски; делают недоступными некоторые виды работ из-за физической непригодности инвалидов к их различным видам. Что касается квот, то крупные организации предпочитают сохранить уже имеющихся работников-инвалидов на своих рабочих местах, чем принимать нового сотрудника на котируемое место. Исключением является смерть работника-инвалида, освобождение квоты и предоставление данных в центр занятости. Все это создает дополнительную напряженность в обществе, делает “ненужными” огромное количество людей. Некоторые же просто не знакомы с порядком трудоустройства этой категории граждан и отказывают им по иным причинам.

Многие работодатели попросту забывают, что отказ в трудоустройстве инвалиду по причине его физического недостатка является недопустимым, о чем прямо говорится в ст. 64 ТК РФ. Единственной причиной для отказа может стать недостаточный уровень профессиональной подготовки. Если инвалид обладает необходимым для работы уровнем знаний и навыками, работодатель обязан принять его на работу.

С другой стороны, чтобы принять человека с ограниченными возможностями на вакантную должность, не нужно требовать от него каких-то дополнительных документов — их перечень формируется на общих основаниях. Разница заключается в трудовом договоре, в содержании которого

необходимо предусмотреть все льготы и гарантии, установленные законодательством для инвалидов.

При подаче заявления о приеме на работу такие граждане должны предоставить: паспорт; трудовую книжку (если это не первое место трудоустройства); свидетельство государственного пенсионного страхования; дипломы, аттестаты, другие документы о полученном образовании; справку о наличии или отсутствии судимости; военный билет. [11] Как видим, в перечне отсутствуют документы, указывающие на ограниченные возможности человека. Работодателю запрещено требовать другие дополнительные документы.

При приеме на работу новый сотрудник самостоятельно принимает решение о том, предоставлять ему информацию о своих ограниченных физических возможностях или нет. При этом отсутствие информации об инвалидности работника (по его решению) снимает с работодателя всю ответственность за обеспечение подчиненному специальных условий труда и предоставление других льгот.

Как показывает практика, многие люди стараются скрыть информацию о своих ограниченных физических возможностях, боясь подвергнуться дискриминации при трудоустройстве (отказ при приеме на работу в завуалированной форме, невозможность создать особые условия труда) и дальнейшему профессиональному и карьерному развитию. Нет ничего страшнее попасть в ту самую категорию «ненужных».

Люди с инвалидностью имеют такие же интересы, потребности и желания, как и все другие. Но в то время, как возможность рядового гражданина трудиться не ставится под сомнение, инвалидам приходится ежедневно доказывать свое право на труд, претендовать на справедливые условия трудовой деятельности и обеспечение равных возможностей без дискриминации продвижения по службе, профессиональную подготовку.

Список литературы

1. Трудовая деятельность человека: понятие, составляющие и особенности [Электронный ресурс]. URL: <http://hr-portal.ru/article/trudovaya-deyatelnost-cheloveka-ponyatie-sostavlyayushchie-i-osobennosti> (дата обращения 20.09.2018).

2. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 17 декабря 2015 г. N 1024н "О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы" Система

ГАРАНТ: [Электронный ресурс]. URL <http://base.garant.ru/71309914/#ixz5SaAmF38Y> (дата обращения 21.09.2018)

3. [Электронный ресурс]. URL http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/disabilities/ (дата обращения 25.09.2018)

4. Администрация Нижнего Новгорода Постановление от 15.12.2017 № 6100 Об утверждении муниципальной программы города Нижнего Новгорода «Адресная поддержка отдельных категорий граждан города Нижнего Новгорода» на 2018-2020 годы (в редакции постановления администрации города Нижнего Новгорода от 22.03.2018 № 765) [Электронный ресурс]. URL <http://xn--b1acdfjhb2acclca1a.xn--p1ai/upload/getODA/depdoc144312.html> (дата обращения 25.09.2018)

5. Конвенция о правах инвалидов [Электронный ресурс]. URL http://www.un.org/ru/rights/disabilities/about_ability/inbrief.shtml ombudsmanspb.ru/files/files/OON_02_site.pdf (дата обращения 25.09.2018)

6. Федеральный закон "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" от 24.11.1995 N 181-ФЗ. Ст. 21. [Электронный ресурс]. URL http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_ (дата обращения 24.09.2018)

7. Положение инвалидов [Электронный ресурс]. URL http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/disabilities/ (дата обращения 25.09.2018).

8. Инвалидам окажут индивидуальную помощь при трудоустройстве – [Электронный ресурс]. URL <https://clubtk.ru/invalidam-okazhut-individualnuyu-romoshch-pri-trudoustroystve> (дата обращения 25.09.2018).

9. Трудовой Кодекс Российской Федерации. М.: Проспект, 2017. Ст. 92 глава 15. Часть III раздел IV.

10. Федеральный закон "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" от 24.11.1995 N 181-ФЗ. Ст.22. [Электронный ресурс]. URL http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_ (дата обращения 24.09.2018)

11. Трудовой Кодекс Российской Федерации. – М.: Проспект, 2017. Ст. 65 глава 11. Часть 3 раздел III.

ЗАНЯТОСТЬ И ОБРАЗОВАНИЕ РОССИЙСКИХ ИНВАЛИДОВ **EMPLOYMENT AND EDUCATION OF RUSSIAN DISABLED PEOPLE**

Е.А. Лазукова, Г.И. Селеткова

*Пермский национальный
исследовательский политехнический университет, г. Пермь*

*E.A. Lazukova, G.I. Seletkova
Perm National Research Polytechnic University, Perm*

Представлен анализ динамики доли студентов-инвалидов среднего профессионального и высшего образования в России в 2008-2017 гг., а также анализ тенденции по обеспечению работой инвалидов. Полученные данные объяснены с точки

зрения «стигматизации» И. Гофмана. Предложены рекомендации, направленные на улучшение взаимодействия работодателей и инвалидов.

The analysis of the dynamics of the share of students with disabilities of secondary vocational and higher education in Russia in 2008-2017, as well as the analysis of the trend to provide work for people with disabilities. The obtained data are explained in terms of "stigmatization" by E. Goffman. The recommendations aimed at improving the interaction of employers and persons with disabilities.

Ключевые слова: рабочая сила, образование, инвалиды, стигма, И. Гофман

Keywords: labor, education, disabled, stigma, E. Goffman

Обычно группа инвалидов научно анализируется в рамках социальной работы, психологии, права или медицины. В этом случае рассматриваются юридические нормы и практика помощи инвалидам [1, 2], взаимоотношения в семье инвалида [3, 4, 5, 6, 7], включение инвалидов в образовательный процесс [8, 9, 10, 11] и сферу труда [12, 13, 14, 15].

Реже инвалиды рассматриваются со стороны сугубо социологической [16, 17, 18, 19] – в ракурсе стигм и стереотипов, объектов социализации или социальной стратификации.

По данным статистики, доля студентов-инвалидов среди зачисленных в государственные учреждения среднего профессионального и высшего образования в 2008-2017 учебные годы колебалась в пределах 23-39 % (см. таблицу 1).

Таблица 1

Динамика доли студентов-инвалидов среди зачисленных в государственные учреждения среднего профессионального и высшего образования в России в 2008-2017 уч. годы (в %)*

Уровень образования	2008/2009	2009/2010	2010/2011	2011/2012	2012/2013	2013/2014	2014/2015	2015/2016	2016/2017	2017/2018
Среднее проф. образование	30,4	38,3	37,8	36,9	36,2	36,1	34,8	35,6	38,5	36,2
Высшее образование	23,1	31,0	29,1	27,9	29,2	31,0	30,9	33,1	31,2	31,6

* Таблица сконструирована по данным Росстата [20].

Причем в учреждениях среднего профессионального образования доля студентов с инвалидностью в 2009/2010 учебном году значительно выросла, а затем постепенно снижалась до 2016/2017 учебного года, в последний год наблюдается небольшой рост их доли. Среди получающих высшее образование картина несколько иная. Значительный скачок доли инвалидов зафиксирован в 2009/2010 уч. годах (что сходно со СПО), однако затем по сей день определенной тенденции к сокращению или увеличению их доли нет.

Тенденция по обеспечению работой инвалидов неутешительна (см. таблицу 2).

Т а б л и ц а 2

Динамика доли инвалидов среди рабочей силы и среди имеющих инвалидность в России в 2016-2018 гг. (в %)**

Группы	2016 г.	2017 г.	2018 г.
Среди рабочей силы в целом	3,3	2,6	2,2
Среди инвалидов	20,5	16,9	14,3

** Таблица сконструирована по данным Росстата о занятости населения [21] и о положении инвалидов [20].

За последние годы доля работающих инвалидов снижается не только среди работающего населения в целом (с 3,3 до 2,2%), но и заметно сокращается среди инвалидов (с 1/5 почти до 1/7). Данное обстоятельство можно объяснить, опираясь на понимание стигматизации И. Гофманом. Под стигмой понимаются «качества, выдающего какое-то постыдное свойство индивида; причем характер этого качества определяется не самим качеством, а отношениями по поводу него» [22]. Работодатели не стремятся брать на работу людей с инвалидностью, предполагая, что они не смогут качественно выполнять ее. С одной стороны, уже само предположение возможности ситуации трудоустройства инвалидов может заставить работодателей устроить все так, чтобы ее избежать, что может повлечь за собой более серьезные последствия для «инвалидов». Таким образом, сам термин «инвалид» выступает в роли маркера стигмы, который приводит к их «отчуждению» от общества. С другой стороны, стигматизированные индивиды не знают, как другие будут идентифицировать и воспринимать его. При этом они считают, что незначительные промахи или случайные ошибки могут быть объяснены как прямое проявление его болезни. Таким образом, инвалиды, предполагая, с чем могут столкнуться на работе, также могут стремиться избежать данной ситуации. Согласно И. Гофману в ситуациях социального взаимодействия с инвалидом, чаще всего другим «свойственно прибегать к категоризациям, которые не отвечают ситуации, и испытывать неловкость» [22]. Без сомнения, нередки значительные отклонения от этой исходной позиции. И здесь очень важную роль играет связь инвалидов с неформальным сообществом и формальными организациями «своих», увеличение социального взаимодействия инвалидов и других, приведение и распространение примеров, историй активной жизни инвалидов, успешного выполнения работ, внедрения инноваций. Возможно, внедрение в массовое сознание и большее распространение термина людей с ограниченными возможностями будет способствовать большим социальным контактам данных людей с другими.

Список литературы

1. Терентьева К.В. Инвалид как объект социальной работы // *Инновационное развитие*. 2017. № 1 (6). С. 16-17.
2. Возмилкина Е.Н., Олейник Е.В. Система социальной поддержки семьи с ребенком-инвалидом в России // *Новая наука: Опыт, традиции, инновации*. 2016. № 10-2. С. 90-93.
3. Стоякова В.В. Коррекция детско-родительских отношений в семье с ребенком-инвалидом // *Социальное обслуживание семей и детей: научно-методический сборник*. 2014. № 2. С. 190-194.
4. Бородина И.И. Факторы психологического здоровья семей с ребенком-инвалидом // *Ученые записки Крымского инженерно-педагогического университета*. Серия: Педагогика. Психология. 2016. № 2 (4). С. 40-46.
5. Зубова Е.В. Личностно-ориентированная психологическая помощь матерям в организации занятий с ребенком-инвалидом // *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. 2013. № 1. С. 65-72.
6. Курникова М.В. Интегративная модель физической активности как ресурс социального самочувствия семьи с ребенком-инвалидом // *Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского*. Серия: Социальные науки. 2018. № 1 (49). С. 103-110.
7. Шубина М.М., Нотченко С.В. Ценностные аспекты исследования семей с ребенком-инвалидом // *Аллея науки*. 2017. Т. 4. № 15. С. 372-377.
8. Егоров О.Г. Студенты-инвалиды в вузе: особенности адаптации // *Вестник Московского государственного гуманитарно-экономического института*. 2012. № 2 (10). С. 40-44.
9. Зайцев Д.В. Оптимизация получения инвалидом высшего образования: совершенствование социальных условий // *Инновационная деятельность*. 2013. № 1-2 (24). С. 91-99.
10. Родина И.В. Студент-инвалид как субъект образовательного процесса: постановка проблемы исследования // *Вестник Московского государственного гуманитарно-экономического института*. 2012. № 4 (12). С. 35-42.
11. Крестьянникова Г.И., Агеева А.Ю., Солдатова С.В. индивидуальная коррекционно-развивающая работа с ребенком-инвалидом в условиях дошкольного учреждения (из опыта работы) // *Вестник Прикамского социального института*. 2015. № 3 (71). С. 30-32.
12. Жариков В.В. Инвалиды на рынке труда и управление процессом их трудоустройства в регионе // *Вестник Московского государственного гуманитарно-экономического института*. 2013. № 1 (13). С. 44-52.
13. Старобина Е.М. Содействие трудоустройству инвалидов с нарушением опорно-двигательного аппарата в свете конвенции ООН о правах инвалидов // *Вестник всероссийской гильдии протезистов-ортопедов*. 2015. № 2 (60). С. 62-67.

14. Тимошенко М.П. Обеспечение занятости инвалидов. Профессиональное обучение инвалидов // Современное развитие экономических и правовых отношений. Образование и образовательная деятельность. 2014. № 1. С. 294-302.

15. Старобина Е.М., Кузьмина И.Е., Гордиевская Е.О., Климон Н.Л. Причины низкой занятости инвалидов на рынке труда в оценках инвалидов и специалистов // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2015. № 2. С. 40-47.

16. Воеводина Е.В. «Инвалид» как социальная стигма и пространство для дискуссий // Вестник Московского государственного гуманитарно-экономического института. 2014. № 4 (20). С. 10-15.

17. Гришко Н.А. Молодые инвалиды как представители специфической категории в процессе политической социализации // Человек: преступление и наказание. 2012. № 1. С. 138-141.

18. Хубулава Г.Г. Ребенок-инвалид и общество: взаимоотношения и социализация // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. 2017. Т. 5. № 3. С. 68-73.

19. Алексеенок А.А., Домбровская А.Ю. Инвалиды в структуре российского общества // Фундаментальные исследования. 2013. № 1-3. С. 656-659.

20. Положение инвалидов // Федеральная служба государственной статистики. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/disabilities/ (дата обращения: 25.06.2018).

21. Трудовые ресурсы // Федеральная служба государственной статистики. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/wages/labour_force/# (дата обращения: 25.06.2018).

22. Гофман И. Стигма: Заметки об управлении испорченной идентичностью / Пер. М.С. Добряковой. Нью-Йорк, 1963. URL: <http://ecsocman.hse.ru/text/17687311/> (дата обращения: 25.06.2018).

ТРУДОУСТРОЙСТВО ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ VS ОРГАНИЗАЦИОННАЯ КУЛЬТУРА EMPLOYMENT OF PEOPLE WITH SPECIAL NEEDS VS ORGANIZATIONAL CULTURE

И.С. Леонова

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

I.S. Leonova

Lobachevsky University

Организационная культура рассматривается как генератор поведенческих, а также физических барьеров для работников и соискателей с ограниченными возможностями. Делается вывод о том, что, если целью является значительно улучшить перспективы

трудоустройства людей с инвалидностью, необходимо обратить внимание на то, каким образом организационная культура способствует или препятствует созданию барьеров для работников с ограниченными возможностями и как эти барьеры могут быть устранены или преодолены.

In this article, organizational culture is seen as a generator of behavioral as well as physical barriers for workers and applicants with disabilities. It is concluded that if the goal is to significantly improve the employment prospects of people with disabilities, it is necessary to pay attention to how the organizational culture contributes or prevents the creation of obstacles for workers with disabilities and how these obstacles can be eliminated or overcome.

Ключевые слова: организационная культура, люди с ограниченными возможностями, уровень занятости людей с ограниченными возможностями

Keywords: organizational culture, individuals with special needs, employment rate of people with special needs

Низкий уровень занятости среди людей с инвалидностью является одним из основных факторов экономического и социального неравенства, с которым они сталкиваются. Успешное трудоустройство не только увеличивает финансовое благосостояние, но и помогает полностью включить людей с инвалидностью в общество путем расширения их социальных сетей, улучшения гражданских навыков, повышения их независимости и эффективности, а также инклюзии ввиду выполнения ценной социальной роли [1; 2; 3].

Несколько факторов, таких как информационные технологии, дистанционная работа и другие нестандартные методы организации работы помогают повысить трудоустройство людей с ограниченными возможностями [4; 5]. Кроме того, лучшее измерение инвалидности является критическим фактором в понимании трудоустройства и инвалидности [6]. Другим фактором, которому не уделялось достаточного внимания, является организационная культура, которая может создавать поведенческие и физические барьеры для работников и соискателей с ограниченными возможностями.

Один их наиболее авторитетных исследователей организационной культуры Эдгар Шейн определяет три уровня культуры в организациях [7].

Хотя различные уровни культуры как правило взаимодополняют друг друга, между ними могут существовать несоответствия и конфликты. Например, выраженная приверженность найму большего числа сотрудников с ограниченными возможностями может быть частью второго уровня организационной культуры (разделяемого значения), но она не может быть принята на самом базовом уровне – неуставленные и часто бессознательные установки членов организации. Это отсутствие принятия может, в свою очередь, отразиться на третьем уровне культуры, так что физическая среда остается недоступной, а рабочий процесс структурирован таким образом, чтобы

затруднять работу людей с инвалидностью, при этом отношения людей с инвалидностью с коллегами и руководителями остаются неизменными.

Сочетание методов исследования особенно полезно при изучении взаимосвязи между организационной культурой и трудоустройством людей с ограниченными возможностями. Количественные методы позволяют исследователям сравнивать занятость людей с инвалидностью в разных компаниях и отраслях, а также оценивать численное влияние политики найма, продвижения и удержания таких сотрудников. Качественные методы (например, углубленные интервью), напротив, затрагивают такие вопросы: противоречат ли явные цели или политика организации основополагающим предположениям о способностях людей с ограниченными возможностями и о ценности их привлечения в организацию.

Привлечение людей с ограниченными возможностями к разработке, внедрению и оценке результатов исследований по обозначенной теме может быть наилучшим способом определения ключевых вопросов, создания гипотез, которые могут быть позже проверены количественными методами для обеспечения целостного понимания проблемы [9; 10]. Это также способ расширения возможностей членов сообщества инвалидов, которые были исключены из участия в исследованиях и разработке процедур организаций, которые непосредственно затрагивают их.

Что показывают существующие данные о взаимоотношениях между организационной культурой и инвалидностью? Значительная доля работодателей считают, что отношение со стороны работодателя, руководителя и коллеги является наиболее серьезной проблемой. При этом существует возможность искажения данных опроса ввиду «социальной желательности» смещения в опросах, которые заставляют респондентов избегать признания предрассудков. Кроме того, в обзоре литературы было обнаружено последовательное несоответствие между отношением, которые работодатели выражают к людям с ограниченными возможностями, и их фактической практикой найма [11; 12]. Поэтому оценка организационной культуры должна выйти за рамки опросов работодателей.

Действия и отношение руководителя и коллег оказывают глубокое влияние на опыт занятости людей с ограниченными возможностями. Даже в тех организациях, которые привержены найму работников с ограниченными возможностями, негативное отношение со стороны руководителей и сотрудников влияет на социализацию новых работников с ограниченными возможностями и ограничивает их способность стать полностью принятыми и хорошо интегрированными сотрудниками. Если люди с ограниченными возможностями остаются маргинальными, это ограничивает их работу и

возможности для обучения и продвижения. Отношение начальника и коллег определяются несколькими факторами – стереотипами, дискомфортом в отношении людей с ограниченными возможностями, вызванными трудностями общения, факторами личности, предварительным опытом общения с людьми с ограниченными возможностями.

Отрицательное отношение и поведение, в свою очередь, влияют на ответную реакцию людей с ограниченными возможностями. В соответствии с теорией справедливости, сотрудники сокращают свои трудовые усилия, когда считают, что они не были справедливо вознаграждены. В более общем плане негативные отношения, например, ожидания низкой производительности, приводят к тому, что люди с ограниченными возможностями становятся отчужденными и отстраненными, что может «подтвердить» низкие ожидания [5; 13; 14]. Несмотря на то, что по результатам проведенных исследований были получены важные сведения, необходимо собрать больше данных в реальных условиях на рабочем месте для точной оценки влияния организационной культуры на работников с ограниченными возможностями. При этом у каждого метода есть ограничения, в связи с этим следует использовать несколько методов анализа. Методологическая триангуляция, которая сочетает количественные и качественные подходы, помогает компенсировать ограничения любого метода, выявляет потенциальные противоречия или конфликты между различными уровнями организационной культуры (как это предлагает Руссо) и обеспечивает проверку достоверности. В то время как точечные исследования работников с ограниченными возможностями полезны, необходимо проводить исследования для оценки ситуации с течением времени – как развиваются сотрудники с инвалидностью в рамках организации и оценивать долгосрочные последствия изменений в организационной политике и практиках. Такие исследования полезны для отслеживания изменений в подходах, пролития света на то, как отношения влияют на карьерный рост людей с инвалидностью, и поднимают интересный вопрос о том, помогает ли работа с инвалидами исправлять структурные проблемы и бороться с негативными стереотипами. Было бы также полезно собрать подробные тематические исследования компаний, которые предприняли согласованные усилия для увеличения найма, удержания и продвижения работников с ограниченными возможностями.

Список литературы

1. Baker M.Q. & Rivera I.Jr. Redefining accessibility: The effort to become fully inclusive must be extended across all line. *Association Management*. 1999. # 51(8). P. 57–60.
2. Blanck P. The economics of the employment provisions of the Americans with Disabilities Act: Part I—workplace accommodations. *DePaul Law Review*. 1997. # 46. P. 877-914.
3. Kaye H.S. Employment and the changing disability population. In D. Stapleton, & R. Burkhauser (Eds.) *The decline in the employment of people with disabilities: A policy puzzle*. 2003. P. 217-258.
4. Blanck P., Ritchie H., Schmeling J.L. & Klein D. Technology for independence: A community-based resource center. *Behavioral Sciences and the Law*. 2003. # 21. P. 51-62.
5. Blanck P., Schur L., Kruse D., Schwochau S. & Song C. Calibrating the impact of the ADA's employment provisions. *Stanford Law and Policy Review*. 2003. # 14. P. 267-290.
6. Blanck P.D., Sandler L.A., Schmeling J.L. & Schartz H.A. The emerging workforce of entrepreneurs with disabilities: Preliminary study of entrepreneurship in Iowa. *Iowa Law Review*, 2000. # 85. P. 1583-1668.
7. Schein E.H. *Organizational culture and leadership* (2nd ed.). 1992. San Francisco: Jossey-Bass.
8. Blanck P. & Song C. Civil war pension attorneys and disability politics. *University of Michigan Journal of Law Reform*. 2002. # 35. P. 137-217.
9. Burkhauser R., Houtenville A.J. & Wittenburg D.C. A user's guide to current statistics on the employment of people with disabilities. In D. Stapleton, & R. Burkhauser (Eds.), *The decline in the employment of people with disabilities: A policy puzzle*. 2003. Pp. 23-86.
10. Gilbert J. & Ivancevich J. Valuing diversity: A tale of two organizations. *Academy of Management Executive*. 2000. # 14. P. 93-105.
11. Lewin D. & Schechter S. Four factors lower disability rates. *Personnel Journal*, 1995. 74(11) P. 14-15.
12. Christensen C. & Shu K. *What is an organization's culture? (Case Study 9-399-104)*. Cambridge MA: Harvard University, Harvard Business School, 1999.
13. Colella A. Coworker distributive fairness judgments of the workplace accommodation of employees with disabilities. *Academy of Management Review*. 2001. # 26. P. 100-116.
14. Scott D. & Usher R. *Understanding educational research*. 1996. New York: Routledge.

**СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ПО ТРУДОУСТРОЙСТВУ ИНВАЛИДОВ КАК ВАЖНОГО ФАКТОРА
ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА И УРОВНЯ ИХ ЖИЗНИ**
**MODERN DIRECTIONS OF WORK ON EMPLOYMENT
OF DISABLED PEOPLE AS AN IMPORTANT FACTOR
IN IMPROVING THE QUALITY AND LEVEL OF THEIR LIFE**

В.Е. Макаров

Российский государственный социальный университет, г. Москва

V.E. Makarov

Russian State Social University, Moscow

Излагаются проблемные вопросы решения трудовой занятости людей с ограниченными возможностями в современных условиях социально-политической и социально-экономической обстановки в современной России. Предлагаются, с учетом европейского и отечественного опыта, некоторые пути и направления занятости инвалидов в интересах повышения качества и уровня их жизни.

The article presents the problematic issues of solving the employment of people with disabilities in the current socio-political and socio-economic situation in modern Russia. Taking into account European and domestic experience, some ways and directions of employment of disabled people are offered in order to improve the quality and level of their life.

Ключевые слова: инвалиды, трудовая занятость, трудоустройство, рабочее место, рынок труда

Keywords: disabled people, employment, employment, workplace, labor market

За последние годы многие страны мира предприняли ряд мер, направленных на обеспечение правом на труд людей с инвалидностью. В зарубежных странах рынок труда инвалидов условно подразделяется на «открытый», когда трудоустройство инвалидов осуществляется в организациях общего типа, и «закрытый», когда трудоустройство инвалидов ведется в предназначенных для этого организациях, получающих государственную поддержку при численности инвалидов до 50 процентов и более от общего количества работников.

В США, Канаде, странах Западной Европы за последние 20–25 лет основное внимание было направлено на внедрение антидискриминационного законодательства в отношении инвалидов, в том числе в сфере занятости.

В европейских странах имеют место разнообразные формы поддержки инвалидов на рынке труда, однако значительное место в системе мер поддержки уделено квотированию рабочих мест и «защищенной» занятости.

В Европе сформировалось три основные модели политики занятости инвалидов.

1) Создание условий поддержки для рабочих с инвалидностью и (или) для их работодателей на предприятиях конкурентоспособного рынка труда.

2) Резервирование определенной квоты и (или) процента рабочих мест для рабочих с инвалидностью. Сегодня система квот имеется во многих европейских странах, включая Россию. Как показывает этот опыт, эффективность применения квот невысока – практически нигде не удается полностью использовать их для обеспечения занятости инвалидов.

3) Создание отдельного защищенного трудового рынка исключительно для рабочих с инвалидностью. Принцип функционирования такого рынка состоит в том, чтобы обеспечить работой людей с инвалидностью, не имеющих возможности трудоустройства на открытом рынке труда и оцениваемых работодателями как неконкурентоспособных в «обычных» условиях труда.

В настоящее время «защищенный» трудовой рынок является одним из элементов политики занятости инвалидов в Великобритании, Нидерландах, Ирландии, Бельгии, Германии и во Франции, но не используется широко в южной части Европы.

Организация специализированных предприятий является наиболее распространенным способом предоставления защищенных рабочих мест. Они обычно предназначены для определенных категорий инвалидов, таких как слепые, люди с нарушениями умственного развития или двигательного аппарата. Следовательно, основная цель специализированных предприятий – предоставлять работу тем инвалидам, которые менее всего отвечают требованиям открытой занятости, и предоставлять возможность реабилитации тем, кто не может выйти на обычный рынок труда.

В большинстве случаев работнику с инвалидностью защищенное рабочее место предоставляет единственную реальную возможность получить оплачиваемую работу. Введение мер защищенной занятости для обычных предприятий, на которых существуют специализированные виды работ и рабочие места, – это возможность получить обученного и старательного работника, которому оказывается поддержка в виде дотации в случае, если его производительность относительно низка. Для государства существует возможность снизить государственные расходы на социальные выплаты, предоставляя людям возможность заниматься производительным оплачиваемым трудом.

Современным российским законодательством предусмотрено установление квоты для приема на работу инвалидов в процентах к среднесписочной численности работников (но не менее 2 и не более 4 процентов). Квота устанавливается законодательством субъекта Российской Федерации для организаций, численность работников которых составляет более 100 человек.

При этом общественные объединения инвалидов и образованные ими организации, в том числе хозяйственные товарищества и общества, уставный (складочный) капитал которых состоит из вклада общественного объединения инвалидов, освобождаются от обязательного квотирования рабочих мест для инвалидов.

Предусматривается также создание специальных рабочих мест для инвалидов. Минимальное количество специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов устанавливается органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации для каждого предприятия, учреждения, организации в пределах установленной квоты для приема на работу инвалидов.

Также установлено, что инвалидам, занятым в организациях независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, создаются необходимые условия труда в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида.

Не допускается установления в коллективных или индивидуальных трудовых договорах условий труда инвалидов (оплата труда, режим рабочего времени и времени отдыха, продолжительность ежегодного и дополнительного оплачиваемых отпусков и другие), ухудшающих положение инвалидов по сравнению с другими работниками.

Несмотря на законодательные гарантии и предпринимаемые государством меры, инвалиды по-прежнему испытывают трудности в поиске работы и трудоустройстве. Совершенно очевидно, что по сравнению с другими категориями населения граждане с ограниченными возможностями менее востребованы на рынке труда, больше подвержены риску увольнений и дискриминации при приеме на работу. До сих пор существует множество барьеров на пути к трудоустройству.

Трудоустройство инвалидов осложнено также недостатком квотируемых рабочих мест и частым отказом работодателей от их трудоустройства, отсутствием достаточного количества специализированных рабочих мест для трудоустройства и трудностями с привлечением финансовых средств бюджетов субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и работодателей на оснащение специальным оборудованием рабочих мест для граждан с ограниченными возможностями.

Особенно остро стоит вопрос оценки доступности рабочих мест для инвалидов с учетом объективно имеющихся у них ограничений способности к трудовой деятельности.

Основными причинами низкого показателя трудоустройства инвалидов является ограниченное количество трудовых вакансий, невысокая

конкурентоспособность инвалидов на рынке труда, низкая заработная плата предполагаемых вакантных мест.

Основным фактором, препятствующим повышению эффективности мероприятий по содействию трудоустройству инвалидов, является экономическая незаинтересованность работодателей принимать инвалидов на постоянные рабочие места в связи с необходимостью обеспечения им условий труда, определенных в индивидуальной программе реабилитации инвалида, в том числе – создания специальных рабочих мест.

Специальные рабочие места оснащаются преимущественно для людей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой системы, слуха, зрения, имеющих нервно-психические и онкологические заболевания. Организация рабочего места инвалида осуществляется в соответствии с его индивидуальной программой реабилитации.

Трудоустройство инвалидов осуществляется по таким профессиям, как инженер-конструктор, инженер по охране труда, инженер по техническим вопросам, кладовщик, маляр, менеджер, охранник, делопроизводитель, бухгалтер, кассир, вахтер, программист.

В целях содействия самозанятости инвалидов и других безработных граждан и снижения напряженности на рынке труда каждому безработному гражданину (в том числе инвалиду), открывшему собственное дело, выделяется субсидия в размере двенадцатикратного пособия по безработице.

В целях формирования условий для беспрепятственного доступа инвалидов и других маломобильных групп населения к объектам и услугам, а также интеграции инвалидов с обществом и повышения уровня их жизни утверждена государственная программа Российской Федерации «Доступная среда» на 2015-2020 гг.

Источником финансового обеспечения предусматривается определить субвенции из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на осуществление переданных им полномочий в области содействия занятости населения.

Предлагается закрепить норму, предусматривающую возмещение затрат работодателей на оборудование, оснащение специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов. Субсидии на эти цели будут осуществляться за счет средств федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации в порядке и размерах, определяемых Правительством Российской Федерации.

Планируется создание профессиографического справочника, содержащего профессиограммы по каждой конкретной специальности и типовым рабочим местам, содержащие описание основных осуществляемых

работником действий, операций, процедур и требований к его профессиональной пригодности (физической, интеллектуальной, психологической), без соответствия которым он не сможет выполнять должностные обязанности по данной профессии на данном рабочем месте.

Список литературы

1. Воронцова М.В., Макаров В.Е. Социальная защита и социальное обслуживание населения. Учебно-методическое пособие. Изд-во РГСУ, 2015. 320 с.
2. Григорьянц Г.Н., Замараева З.П. Социальная защита населения в России: становление и развитие, Москва «Союз», 2014 С. 12-13.
3. Ерусланова. Технологии социального обслуживания лиц пожилого возраста и инвалидов на дому: [учеб. пособие]. М., Дашков и К. 2014 г.
4. Лескова И.В., Красниковский В.Я. Технологии социальной работы с различными группами населения: учеб. М. Изд.: РГСУ. 2016 г.
5. Жигарева Н.П. Комплексная реабилитация инвалидов в учреждениях социальной защиты: учеб.-практ. Пособие. М. Изд.: Дашков и К. 2017 г.
6. Басов Н.Ф. Социальная работа с инвалидами: учеб. пособие. М. Изд.: КНОРУС. 2016 г.
7. Новикова К.Н. Социология социальной защиты населения: учеб. пособие для студ. вузов. М. Издательство РГСУ. 2016 г.

**ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ
И АСПЕКТОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ЛЮДЕЙ
С ОВЗ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ТРУДОУСТРОЙСТВА
(НА БАЗЕ ЦЗН И ПРЕДПРИЯТИЙ Г. УФЫ)
EVALUATION OF THE DYNAMICS OF PERSONAL CHARACTERISTICS
AND ASPECTS OF PROFESSIONAL ACTIVITY
IN DISABLED PEOPLE IN THE FRAMEWORK
OF AN EMPLOYMENT PROGRAM
(BASED ON EMPLOYMENT CENTERS AND ENTERPRISES OF UFA)**

А.В. Никольская, А.А. Костригин
Российский государственный университет им. А.Н. Косыгина, г. Москва
A.V. Nikolskaya, A.A. Kostrigin
Kosygin Russian State University, Moscow

Характеризуется пилотная программа трудоустройства людей с ОВЗ на базе ЦЗН и предприятий г. Уфы. Представлены результаты социально-психологического исследования особенностей личности и осуществления профессиональной деятельности людей с ОВЗ. Сформулированы рекомендации по социально-психологической работе с людьми с ОВЗ в дальнейшем.

The article describes the provisions of a pilot employment program for disabled people on the basis of employment centers and enterprises of Ufa. The results of a social-psychological study of personality characteristics and the implementation of professional activities of disabled people are presented. Recommendations on social-psychological work with disabled people in the future are formulated.

Ключевые слова: люди с ОВЗ, трудоустройство, личные особенности, профессиональная деятельность, Уфа, центр занятости населения

Keywords: disabled people, employment, personal characteristics, professional activity, Ufa, employment center

По данным Федеральной службы государственной статистики, на 1 января 2018 г. в России зарегистрировано 12,11 млн граждан, которые имеют инвалидность. Среди них 1,46 млн человек входят в I группу инвалидности, 5,55 млн – во II группу, 4,44 млн человек – в III группу. Примерно 11,75 млн человек с ОВЗ состоят на учете в Пенсионном фонде РФ, из них 3,56 млн – трудоспособного возраста, 7,89 млн – старше трудоспособного возраста. На данный момент существуют данные, что около 1,64 млн людей с ОВЗ являются трудоустроенными. Соответственно, можно констатировать, что вовлеченными в трудовой процесс является менее 50% инвалидов. Таким образом, в настоящее время существует социальный и государственный запрос на создание и реализацию программ трудоустройства людей с ОВЗ в различных субъектах РФ, которые учитывали ли бы социальные, психологические, медицинские и профессиональные аспекты трудовой деятельности инвалидов [1].

Был проведен пилотный проект по организации трудоустройства и разработке методики эффективного трудоустройства людей с ОВЗ в Республике Башкортостан, г. Уфа [2; 4]. В рамках программы трудоустройства инвалидов на базе Центров занятости населения (ЦЗН) г. Уфы осуществлен следующий ряд мероприятий:

- учебные курсы по развитию профессиональных компетенций работников служб занятости;
- супервизия психологов ЦЗН;
- обучающие семинары для работников предприятий и организаций, предоставляющих вакансии инвалидам с целью выработки у них адекватной оценки людей с ОВЗ, исключающей стигматизацию;
- тренинги и мониторинг людей с ОВЗ в процессе их подготовки к трудоустройству, профессиональной стажировки и начального этапа работы в организации/на предприятии.

Группа мероприятий, направленных на подготовку инвалидов к трудоустройству, в рамках пилотной программы трудоустройства на базе ЦЗН г. Уфы состояла из следующих частей:

– Тренинг развития личностных качеств, увеличивающих эффективность адаптации участников в трудовом коллективе (формирование таких личностных качеств участников, как ответственность, самооценка, рефлексивность, необходимых для успешной и скорейшей адаптации инвалидов в условиях смешанного коллектива);

– Тренинг развития навыков целеполагания и планирования в трудовой деятельности (знакомство с основами процесса целеполагания и формирование базовых навыков планирования, а также сопутствующие навыки, которые помогут усилить мотивацию к развитию в профессиональной сфере);

– Программа тренингов по адаптации людей с ОВЗ с мнестико-интеллектуальным снижением к профессиональной деятельности в смешанном коллективе (развитие навыков социализации, коммуникативных навыков, когнитивных функций);

– Еженедельный мониторинг профессиональной и социальной интеграции людей с ОВЗ, проводимый психологами ЦЗН и трудовыми наставниками на предприятиях.

Для оценки эффективности реализации программы трудоустройства инвалидов осуществлялись следующие процедуры определения личностных особенностей и характеристик профессиональной деятельности людей с ОВЗ:

1) у инвалидов со сниженным интеллектуальным развитием: самооценка мотивации (психодиагностический тест и экспертная оценка), социализация (экспертная оценка), развитие коммуникативных навыков (экспертная оценка), развитие когнитивных функций (экспертная оценка);

2) у инвалидов с нормальным интеллектуальным развитием: личностные особенности: мотивация (психодиагностическая методика определения мотивации Т. Эллерса), социальные навыки (экспертная оценка), локус контроля (экспертная оценка), самооценка (экспертная оценка), личностные качества (16-факторный личностный опросник Р. Кеттела); аспекты профессиональной деятельности (экспертная оценка): производительность труда, отношение к работе, качество работы, способность к усвоению информации, способность к обучению, моторика, концентрация внимания, запоминание информации, утомляемость, процент брака, опоздания, трудовая дисциплина, культура поведения на производстве, коммуникативные навыки, работа в команде.

По результатам проведения программы трудоустройства на базе ЦЗН и предприятий г. Уфы и мониторинга профессиональной и социальной

интеграции была получена следующая динамика показателей особенностей личности и осуществления профессиональной деятельности людей с ОВЗ (в начале программы и в конце 12-недельного мониторинга).

1) Инвалиды со сниженным интеллектуальным развитием.

а) Инвалиды с нарушениями интеллектуального функционирования показали возрастание коммуникативных и когнитивных навыков, что говорит о том, что разработанная методика тренингов этих аспектов социальной интеграции является эффективной и не нуждается в дополнительной корректировке.

б) Согласно экспертной оценке, мотивация этой группы инвалидов значительно снизилась к концу мониторинга, что, вероятно, оказало влияние на социализацию этой группы, поскольку мы наблюдаем снижение и в навыках социализации. Чем ниже уровень образования, тем выше мотивация. Можно предположить, что это связано с преобладанием игровой мотивации и мотивации, направленной на социальное одобрение [3].

2) Инвалиды с сохранным интеллектуальным развитием.

а) Личностные особенности: У инвалидов с сохранным интеллектом возросли эмоциональная стабильность, доминантность, смелость, и снизились нормативность поведения и тревожность, что связано с вовлеченностью в трудовую деятельность;

б) Особенности осуществления профессиональной деятельности: у людей с ОВЗ возросла концентрация внимания и способность к усвоению и запоминанию новой информации, снизилась утомляемость и, следовательно, процент брака. Возросли трудовая дисциплина и культура поведения на производстве;

в) Самые высокие социальные навыки и самую высокую самооценку демонстрируют люди с ОВЗ с высшим образованием. У этой же подгруппы наиболее выражен внутренний локус контроля, что способствует более высокой самооценке.

На основе результатов реализации пилотной программы трудоустройства инвалидов на базе ЦЗН и предприятий г. Уфы были сформулированы следующие рекомендации по совершенствованию программы трудоустройства: провести корректировку работы с мотивацией у инвалидов с нарушениями интеллектуального функционирования; увеличить фокус психологической работы с людьми с ОВЗ на аспекте повышения самооценки; провести работу с членами семей в аспекте снижения требований по выполнению домашних обязательств в период адаптации к профессиональной деятельности; увеличить контроль за степенью утомления людей с ОВЗ со стороны трудовых наставников; провести работу с трудовыми наставниками и работодателями по

аспекту снижению позитивной стигматизации людей с ОВЗ; в процессе подбора вакансий для инвалидов отбирать те варианты, в рамках которых возможно осуществление максимально длительного трудоустройства.

Список литературы

1. Бабич Е.Г. Трудоустройство инвалидов как социально-психологическая проблема // Ученые записки Российского государственного социального университета. 2014. № 2 (124). С. 63-66.
2. Дмитриев М.Э., Никольская А.В. О возможности внедрения эффективной методики трудоустройства инвалидов на базе центров занятости населения // Синергия наук. 2018. № 19. С. 122-137.
3. Заплетнюк С.Г. Специфика трудоустройства инвалидов с ментальными нарушениями в современном обществе // Наука и Мир. 2015. Т. 2. № 8 (24). С. 117-120.
4. Никольская А.В., Назаров А.Л. Психологическая оценка социальной интеграции и адаптации инвалидов в процессе их профессиональной ориентации // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2016. Т. 5. № 5А. С. 151-164.

ОБЩЕСТВЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ И ТРУДОУСТРОЙСТВО ЛЮДЕЙ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ

PUBLIC ORGANIZATIONS AND EMPLOYMENT OF DISABLED PEOPLE

А.А. Никонова

Казанский государственный медицинский университет, г. Казань

А.А. Nikonova

Kazan State Medical University, Kazan

Затрагиваются вопросы участия общественных организаций в решении проблемы занятости людей с инвалидностью. Главной проблемой была и остается пассивность общественных объединений «советского» типа, не успевающих за изменениями, происходящими на рынке труда. Такого рода изменения требуют новых форм деятельности, которые смогут способствовать конкурентоспособности инвалидов.

The article is devoted to the participation of public organizations for solving the employment problem of disabled people. The main issue is the passivity of the public associations of the «soviet» type, which do not keep up with the changes taking place in the labor market. Such changes require new forms of activity that contribute to the competitiveness of people with disabilities.

Ключевые слова: инвалид; люди с инвалидностью; общественные организации; общественные объединения; занятость; трудоустройство; политика занятости; доступная среда; индивидуальная программа реабилитации и абилитации (ИПРА); медико-социальная экспертиза (МСЭ)

Keywords: disabled; people with disability; public organizations; public associations; employment; accessibility; individual program of rehabilitation and ability; medical and social inspection

Среди различных проблем, встающих перед людьми с инвалидностью, одной из самых значимых является проблема трудоустройства и занятости. И если еще в начале 2000-х гг. можно было говорить об иждивенческих настроениях людей с инвалидностью, об их стремлении «выгодно обменять» особенности физического состояния на льготы и привилегии, предоставляемые государством [1, с. 52; 2, с. 130], то сегодня вопрос встает несколько иначе. Некоторые исследования показывают, что лишь незначительный процент разных категорий инвалидов все еще живет надеждой на помощь со стороны государства [3]. В основной же массе они понимают, что для реализации жизненных стратегий как в профессиональной, так и в личной жизни необходима собственная активная позиция, позволяющая достигать успеха.

Занятость инвалидов в России традиционно – дело рук самих инвалидов или их общественных организаций. С 2004 г. посредством «закона о монетизации льгот» государство отказалось от поддержки предприятий, инвестирующих более 30% прибыли в проекты, обеспечивающих жизнедеятельность людей с инвалидностью, и это существенно снизило конкурентоспособность одних и поставило под сомнение жизнеспособность других. Например, в Республике Татарстан таковыми являются несколько предприятий – ООО Учебно-производственное предприятие «Картонажно-полиграфические изделия», ООО "ККН+», ВОС ООО «Елабуга УкупрПласт», ООО «Альметьевское реабилитационно-производственное предприятие «Юго-Восток», ООО «Чистопольское УПП «Реглан», ООО «Казанское предприятие «Электроконтакт» и другие. По мнению одного из наиболее активных представителей Всероссийского общества слепых, первого зампреда Комитета Государственной Думы по образованию и науке Олега Смолина, *«именно наличие госзаказа позволило общественным организациям инвалидов пережить пик своего развития в последние десятилетия советского периода, а его отсутствие, прежде всего, обусловило упадок их экономики в период послесоветский»*. Единогласно подтверждают его мнение представители общественных организаций: *«...эти [специализированные] организации решают социальные вопросы определенных слоев населения, которые составляют 10 % населения и ведут общественно значимую деятельность»*.

Доказательством того, что государство не стремилось к изменению ситуации на рынке труда, являлась государственная программа «Доступная среда». В ее первой версии (на период 2011-2015 гг.) задача реализации мер в области занятости прямым текстом возлагалась на общественные организации.

В новой версии трудоустройство людей с инвалидностью так же не является отдельным направлением государственной политики, однако оно является дополнением к мерам по содействию общественным организациям, например, «создание рабочих мест для инвалидов в рамках программ общественных организаций инвалидов» или «обеспечение оптимального финансирования деятельности общероссийских общественных организаций инвалидов», или «финансовая поддержка некоммерческих организаций, осуществляющих деятельность по социальной поддержке и защите граждан».

Однако общественным организациям нечего предложить людям с инвалидностью, кроме рабочих мест на предприятиях, специализирующихся на труде инвалидов. При этом общественные организации могли бы проявлять большую инициативу в этом отношении. Так, например, одной из мер могло бы стать информирование инвалидов относительно свободных вакансий. Сегодня оно проходит в формате ярмарок вакансий, приобретших рутинный, регламентационный и экстенсивный характер. При всей кажущейся разноплановости сфер деятельности сами вакансии не отличаются разнообразием. В структуре предлагаемых вакансий, как правило, более 50% представляют собой совокупность низкоквалифицированных специальностей (грузчики, разнорабочие, лифтеры, техперсонал), около 30% – специальности, требующие профессиональных знаний и навыков (например, кассиры, медицинские сестры или массажисты, менеджеры) и около 20% – специальности, требующие от кандидата высокой профессиональной квалификации (врач, педагог, воспитатель, инженер, программист).

Предлагаемые региональными центрами занятости, кадровыми сайтами и агентствами вакансии являются частью системы занятости, которая, в сущности, имеет стигматизирующий и дискриминационный характер и результатом имеет принятие и утверждение Приказом Минтруда России от 04.08.2014 года № 515 методических рекомендаций по перечню рекомендуемых видов трудовой и профессиональной деятельности инвалидов с учетом нарушенных функций и ограничений их жизнедеятельности. Фактически эти методические рекомендации сами по себе являются дополнительным барьером при поиске работы человеком, имеющим инвалидность. И, несмотря на то, что «указанный перечень имеет рекомендательный характер», методические рекомендации «могут служить основой для подбора видов трудовой и профессиональной деятельности инвалидам специалистами учреждений медико-социальной экспертизы (далее – МСЭ), реабилитации инвалидов, образования, службы занятости, а также общественных организаций инвалидов, осуществляющих профессиональную ориентацию и содействие трудоустройству инвалидов; рациональное

трудоустройство инвалидов; координацию работы специалистов службы занятости, учреждений МСЭ и учреждений реабилитации инвалидов по созданию условий для эффективного трудоустройства инвалидов». При заполнении специалистами МСЭ индивидуальной программы реабилитации и абилитации (ИПРА) именно данный перечень используется для указания профессий и специальностей, по которым может трудоустроиться гражданин, имеющий инвалидность (в том числе и по зрению). Однако зачастую МСЭ практически снимает с себя ответственность за трудоустройство человека с инвалидностью, перекладывая эту обязанность целиком на плечи центров занятости, осознавая, что и там не приходится рассчитывать на положительный результат. Исследования последних лет выявили проблему «некорректности» рекомендаций МСЭ, заключающуюся в «неоправданном понижении группы инвалидности» [4, с. 51], общем характере этих рекомендаций [2] или их отсутствия [5; с. 114].

Таким образом, существующие еще со времен Советского союза общественные организации инвалидов не демонстрируют положительных изменений. Их деятельность далека от современных реалий. Они не могут предложить активных мер поддержки инвалидов в условиях нынешнего рынка труда. Государство посредством специальных программ демонстрирует готовность содействовать и поддерживать новые формы работы в области занятости инвалидов, но фактически общественным организациям нечего предложить в этой области.

Список литературы

1. Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. Инвалиды и общество: двадцать лет спустя // Социологические исследования. 2010. №. 9. С. 50-57.
2. Новожилова О.В. Инвалид на рынке труда // Социологические исследования. 2001. №. 2. С. 130-134.
3. Гарапшина Л.Р. Люди с ментальной инвалидностью как часть трудового коллектива: результаты анкетного опроса // Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. 2017. №. 12. [Электронный ресурс] URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/lyudi-s-mentalnoy-invalidnostyu-kak-chast-trudovogo-kollektiva-rezultaty-anketnogo-oprosa> (дата обращения: 28.06.2018).
4. Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. Политика инвалидности. Проблемы доступной среды и возможности занятости // Социологические исследования. № 2. 2005. С. 44-55.
5. Сенокосова О.В. Проблемы создания рабочих мест для инвалидов с позиции работодателей // Выпуск 3. 2007. С. 160-165.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ СОЦИАЛИЗАЦИЯ МОЛОДЫХ ИНВАЛИДОВ PROFESSIONAL SOCIALIZATION OF YOUNG PEOPLE WITH DISABILITIES

Н.А. Птицына, Е.К. Маркова
Ивановский государственный университет, г. Иваново

N.A. Ptitsyna, E.K. Markova
Ivanovo State University, Ivanovo

Рассматриваются особенности профессиональной социализации молодых инвалидов. На основе изучения опыта ряда образовательных учреждений, функционирующих в регионе, выявлены социально-психологические проблемы, возникающие в ходе профессиональной подготовки молодых инвалидов, а также определена совокупность факторов, затрудняющих профессиональную социализацию личности в образовательной среде (низкий уровень профессиональной адаптации, слабое усвоение или непринятие норм и правил поведения в профессиональной среде).

The features of professional socialization of young people with disabilities are considered. Based on the study of the experience of a number of educational institutions operating in the region, social and psychological problems arising during the vocational training of young people with disabilities were identified, also a set of factors impeding the professional socialization of an individual in the educational environment were identified (low level of professional adaptation, poor learning and rules of conduct in a professional environment, etc.).

Ключевые слова: профессиональная социализация, молодые инвалиды, интеграция в общество, качество жизни

Keywords: professional socialization, young people with disabilities, integration into society, quality of life

Расширение пространства социальной политики государства в период радикальных преобразований жизнедеятельности общества предполагает создание условий для интеграции различных социально уязвимых групп населения, одной из которых являются инвалиды.

Несмотря на интерес исследователей, представителей органов исполнительной власти и общественных организаций, проявляемый к изучению проблем инвалидов в целом [1-4], в числе недостаточно разработанных в современных условиях называют:

– несформированность общественного мнения к восприятию проблем инвалидов и неготовность их разрешать;

– слабую степень изученности проблемы социализации инвалидов (в том числе профессиональной).

В Российской Федерации наблюдается рост инвалидности населения, изменяются ее качественные признаки (например, омоложение состава). В Федеральном реестре инвалидов РФ (согласно данным на 1.07.2018 г.) состоит 11356228 человек, в том числе 666343 – детей-инвалидов [5]. Однако

информация по различным вопросам инвалидности (численность, уровень образования, трудоустройство) не однозначна, поскольку сведения находятся в ведении различных ведомств (Пенсионный Фонд РФ, Министерство труда и социальной защиты РФ, Министерство здравоохранения РФ). Можно предположить, что отсутствие достоверной информации затрудняет как проведение социально-экономического анализа положения инвалидов, так и разработку комплекса мер, способствующих осуществлению эффективной социальной политики в отношении данной категории населения.

Основы государственной поддержки граждан с ограниченными возможностями здоровья закреплены в федеральном законе от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [6]. В структуре социальной защиты инвалидов выделяют два компонента: компенсационный и интеграционный. Компенсационный включает систему мер, направленных на замещение ограничений жизнедеятельности, цель которых – компенсировать имеющиеся у человека биосоциальные дефекты и создать условия для его полноценного существования в социальной среде. Интеграционный компонент содержит совокупность мероприятий, направленных на восстановление биосоциальных функций, социализацию инвалида (в том числе профессиональную).

В соответствии с нормами федерального законодательства инвалидам предоставляются различные меры социальной поддержки (частичная оплата жилого помещения и коммунальных услуг, обеспечение техническими средствами реабилитации, предоставление санаторно-курортного лечения). Вместе с тем, уровень жизни инвалидов, по сравнению со здоровыми людьми, значительно ниже. В числе факторов, снижающих качество жизни инвалидов, неизменно лидируют:

- низкий уровень материального обеспечения;
- неразвитость и неприспособленность социальной инфраструктуры города и села к потребностям инвалидов;
- отсутствие технических средств и приспособлений, необходимых для обслуживания, передвижения или труда инвалидов;
- ограничение профессионального выбора, обусловленного состоянием здоровья;
- специфика регионального рынка труда.

Важным условием интеграции в общество лиц с ограниченными возможностями здоровья, их социализации является получение профессионального образования, а также профессиональная деятельность.

В современных условиях с целью обеспечения государственных гарантий доступности получения качественного образования, создания безбарьерной среды, а также формирования условий для успешной интеграции молодых инвалидов в общество должна расширяться социальная поддержка (например, введение новых образовательных программ для инвалидов, внедрение различных моделей и форм обучения), увеличиваться доля инвалидов, получающих профессиональное образование. В действительности происходит уменьшение числа инвалидов, получающих среднее специальное и высшее образование, сокращается количество образовательных учреждений, осуществляющих профессиональную подготовку молодых инвалидов.

Так, в Ивановской области до 2016 г. профессиональное образование инвалидам предоставлялось тремя специализированными учебными заведениями: двумя федеральными – ФК ПОУ «Ивановский радиотехнический техникум–интернат», ФК ПОУ «Кинешемский технологический техникум–интернат» и одним областным государственным учреждением профессионального образования для инвалидов «Профессиональное училище–интернат». В целом в этих учреждениях обучались различным профессиям около пятисот человек. В 2016 г. областным правительством принято решение о ликвидации Ивановского профессионального лицея-интерната. Официальная причина ликвидации: снижение количества учащихся [7]. Попытки педагогического коллектива сохранить уникальное образовательное учреждение, предназначенное для получения адаптированного профессионального образования детьми-инвалидами и детьми с ограниченными возможностями здоровья (от освещения проблемы в региональной прессе до размещения петиции Президенту РФ В.В. Путину), не увенчались успехом [8, 9]. В результате ликвидации лицея возможности выбора специальности у молодых инвалидов существенно сократились. А ведь за многолетний период деятельности (учреждение было основано в 1937 г.) подготовлены тысячи выпускников, среди которых граверы, бухгалтеры, фотографы, швейники и др.

До сих пор наиболее острой социальной проблемой остается изолированность инвалидов от общества не только вследствие имеющихся заболеваний, но и в результате неприспособленности окружающей среды. В условиях социальной депривации у инвалидов возникают личностные деформации (инфантилизм, пассивность, сужение мотивационно-потребностной сферы, искажение представления об окружающем мире, неадекватность профессиональных интересов). Многие молодые инвалиды склонны к завышению самооценки своих возможностей, не видят необходимости и не хотят обращаться за помощью. В связи с этим возрастает

роль семьи, общественных объединений инвалидов, учреждений образования. В условиях цифровизации различных сторон жизнедеятельности общества значимым фактором социализации личности (в том числе профессиональной) выступает образование.

Профессиональную социализацию мы рассматриваем как многофакторный, многоуровневый, динамичный процесс, характеризующийся непрерывным профессиональным развитием и саморазвитием личности, в ходе которого происходит усвоение и воспроизводство профессиональных норм, знаний, ценностей, ролевого поведения, формируется профессиональная компетентность и совокупность профессионально важных качеств, обеспечивающих эффективное выполнение должностных обязанностей.

На основе изучения опыта работы образовательных учреждений для инвалидов, осуществляющих подготовку по программам среднего профессионального образования, выявлены основные социально-психологические проблемы, возникающие у молодых людей в процессе обучения и трудоустройства:

1. Профессиональные интересы и установки молодых людей не сформированы («размыты»); с одной стороны, они не соответствуют реальности, с другой – не соотносятся с возможностями, условиями и запросами юношей и девушек.

2. Мотивы выбора профессии, получаемой в образовательном учреждении, отличаются утилитарностью, неустойчивостью, отсутствием широкого выбора, недостаточным позитивным эмоциональным подкреплением. Зафиксированы и другие причины – эмоциональная незрелость, социальный инфантилизм молодых инвалидов.

3. Трудности социально-психологической адаптации к условиям образовательной среды, поскольку инвалиды оказываются в иной, отличной от привычной среды жизнедеятельности.

4. Группа инвалидизирующих заболеваний снижает психологическую дееспособность юношей и девушек, предопределяя наличие у них существенных психологических дефектов.

5. Трудоустройство. После завершения обучения трудоустраивается, как правило, лишь третья часть выпускников. Следует отметить, что цифры значительно варьируют в зависимости от полученной профессии и специфики региона. Суть проблемы состоит не столько в отсутствии у молодежи профессионализма, сколько в неумении молодых людей «влиться» в коллектив; они испытывают трудности в адаптации к новой для них профессиональной среде. Встречались и такие примеры, когда молодые люди при трудоустройстве (особенно при неофициальном) умалчивали о своей инвалидности.

6. Ограничения при построении профессиональной карьеры. С одной стороны, препятствием выступает отсутствие социального опыта (в профессиональной среде молодые инвалиды должны сами проявлять активность), с другой стороны, наличие конкуренции (в них не нуждаются, чаще сами инвалиды нуждаются в коллективе).

7. Отсутствие комплексной социальной помощи (слабая информационная поддержка, недоступность услуг здравоохранения, образования, культуры, бытового обслуживания, архитектурной среды).

В ходе профессиональной подготовки молодые люди не только пополняют «интеллектуальный багаж», но и принимают нормы, ценности, характерные для образовательной среды, у них формируются установки и мотивы, вырабатывается соответствующая жизненная стратегия, что способствует успешной профессиональной социализации. В то же время существует ряд факторов, оказывающих отрицательное влияние на профессиональную социализацию и затрудняющих интеграцию инвалидов в общество:

1) низкий уровень эффективности профессионального обучения и профессиональной адаптации, особенности первичного трудоустройства;

2) непринятие норм, правил поведения и общения в социуме, конфликтность и неконструктивность при разрешении проблемных ситуаций, низкая толерантность к фрустрациям;

3) неадекватное отношение к заболеванию и, соответственно, неопределенность жизненных целей и задач, выбора тактики их достижения;

4) недостаточный уровень компьютерной грамотности.

В целом можно заключить, что профессиональное образование выступает важным фактором профессиональной социализации молодых инвалидов. Но сегодня существует потребность в расширении спектра профессий для юношей и девушек с инвалидностью (в отличие от широко распространенных – столяра, швеи, слесаря), обновлении методов и форм учебной работы, осуществлении комплексной реабилитации, а также психолого-педагогического сопровождения как во время обучения, так и в период трудоустройства.

Список литературы

1. Проблемы инвалидности в России. Состояние и перспективы. М.: Медицина. 2002. 368 с.

2. Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. Политика инвалидности: Социальное гражданство инвалидов в современной России. Саратов: Изд-во «Научная книга», 2006. 260 с.

3. Поддерживаемое жизнеустройство человека с синдромом Дауна: материалы межрегионального межведомственного научно-практического семинара. г. Иваново, 16-17 марта 2010 года. Иваново: Иван. гос. ун-т, 2010. 200 с.

4. Веричева О.Н. Социальная реабилитация молодых инвалидов как основа интеграции их в общество // Отечественный журнал социальной работы. 2012. №1. С.76–82.

5. Статистика – ФРИ // Федеральный реестр инвалидов. – URL: <https://sfri.ru/stat/> (дата обращения 7.09.2018).

6. Федеральный закон от 24 ноября 1995 № 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" // Гарант.ру Информационно-правовой портал. – URL: <http://ivo.garant.ru/#!/document/10164504/paragraph/160462:0> (дата обращения: 7.09.2018).

7. В Иванове закрывают лицей-интернат для особенных детей. – URL: <https://www.ivanovonews.ru/news/629062/> (дата обращения: 27.06.2016).

8. Закрывают профессиональный лицей-интернат для инвалидов. Репортаж М. Зениной, А. Железнова, А. Осипова. 14.04.2016. – URL: <https://www.ivanovonews.ru/reports/629634/> (дата обращения: 27.06.2018); Губернатор Коньков закрыл одно из старейших в России училищ для детей-инвалидов // Мокрецов М. 27.04.2016. – URL: <https://ivanovolive.ru/news/10292> (дата обращения: 27.06.2018).

9. Ликвидация учреждения ОГКПОУ «Ивановского профессионального лицея-интерната». Петиция В.В. Путину. – URL: <https://www.change.org/p/vladimir-vladimirovich-putin-likvidatsiya-uchrezhdeniya-ogkpo-ivanovskogo-professionalnogo-liceya-internata-bcbe0421-d5e2-41ee-b6eb-60e7c9a265a0> (дата обращения: 27.06.2018).

СОЦИАЛЬНОЕ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВО ДЛЯ ИНВАЛИДОВ: ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

SOCIAL ENTREPRENEURSHIP FOR PEOPLE WITH DISABILITIES: OPPORTUNITIES AND PROSPECTS

А.В. Рушева

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

A.V. Rusheva

Lobachevsky University

Представленный материал посвящен важному вопросу развития социального предпринимательства как способа решения определенных социальных проблем инвалидов. Раскрываются ключевые отличия социального предпринимательства от традиционного понимания предпринимательской деятельности. Приводятся основные направления развития социального предпринимательства, а также некоторые барьеры его распространения в современном российском обществе. В тексте имеются примеры реализации конкретных

предпринимательских инициатив, направленных на решение социальных и экономических проблем инвалидов.

The presented material is devoted to the important issue of the development of social entrepreneurship as a way to solve certain social problems of the disabled. Reveals key differences between social entrepreneurship and traditional understanding of entrepreneurship. The main directions of development of social entrepreneurship, as well as some of the barriers to its proliferation in contemporary Russian society. The text includes examples of implementation of specific business initiatives aimed at solving social and economic problems of persons with disabilities.

Ключевые слова: социальное предпринимательство, инвалиды, социальные проблемы, социальное благо, экономическая эффективность, социальная поддержка

Keywords: social entrepreneurship, disabilities, social problems, social benefit, economic efficiency, social support

Для России социальное предпринимательство является пока еще недостаточно распространенной категорией, механизмом решения социальных проблем. Однако, данный феномен изучается уже более полувека. Наиболее яркими фигурами в исследовании социального предпринимательства и авторами научных трудов являются Г. Диз, Б. Дрейтон, М. Юнус, Э. Мосон, А.А. Московская, Н.И. Зверева, Е.А. Ветрова.

Социально-экономическая политика не может быть эффективной при невыполнении главного предназначения – удовлетворения потребностей граждан, повышения уровня жизни и национального благосостояния. Одним из инструментов, который используется как в развитых, так и в развивающихся странах, позволяющим решать данные задачи, является социальное предпринимательство.

Создание в настоящее время социальных предприятий, занимающихся разработкой и реализацией социально значимых проектов, объясняется, как правило, большим разнообразием нерешенных социальных проблем, с которыми в настоящий момент не справляются ни государство, ни бизнес.

Природа социального предпринимательства имеет как социальную, так и экономическую составляющую, так же, как и его цель – может быть как коммерческой, так и некоммерческой. Следовательно, как социально-экономическая категория социальное предпринимательство в значительной степени способствует росту показателей экономической эффективности, раскрывает и находит применение тем ресурсам, которые ранее не использовались. В данном случае речь идет не столько о материальных, сколько о человеческих ресурсах.

Главное отличие деятельности социальных предпринимателей (например, от традиционных) в том, что они формируют бизнес-модель с уникальными характеристиками. Ее прибыль состоит в увеличении социального блага и

имеет следующие признаки: = социальное воздействие: деятельность структуры направлена на смягчение актуальных проблем социального характера; = инновационность: в процессе собственной деятельности используются новые уникальные методики работы; = финансовая устойчивость: предприятие обязано разрешать социальные проблемы за счет доходов, которые оно получает от своей же экономической деятельности; = масштабируемый характер: возможность социального предприятия передать ранее полученные навыки иным организациям, рынкам и даже другим странам [1].

Ярким примером социального предпринимательства является Дом трудолюбия о. Иоанна Кронштадтского, который (в конце XIX века) был первым в России центром, где одновременно осуществлялось трудоустройство, учебно-воспитательная работа и благотворительность.

Успешному продвижению и развитию социального предпринимательства должно было способствовать создание нормативно-правовой базы, позволяющей законодательно закрепить само понятие, основные составляющие данной деятельности, проработать меры государственной поддержки ее субъектов. В настоящее время в российской правовой системе имеется несколько таких актов, признающих социальное предпринимательство как социально и экономически важное направление и регулирующих деятельность его субъектов [2].

К основным направлениям развития социального предпринимательства в современной России относят: = помощь в определении профессиональной ориентации и трудоустройства, включая содействие самозанятости; = повышение качества жизни населения (социальное обслуживание, услуги здравоохранения, физкультуры и спорта и пр.); = содействие пострадавшим в результате стихийных бедствий, экологических, техногенных или иных катастроф, социальных, национальных, религиозных конфликтов, беженцам и вынужденным переселенцам; = помощь инвалидам, производство протезно-ортопедических изделий, а также технических средств, включая автотранспорт, материалы, которые могут быть использованы исключительно для профилактики инвалидности или реабилитации инвалидов; = работа с нуждающимися категориями в сфере культурно-просветительской деятельности (театры, школы- студии, музыкальные учреждения, творческие мастерские); = предоставление образовательных услуг категориям граждан, имеющим трудности с обучением; = содействие вовлечению в социально-активную деятельность социально незащищенных групп граждан (инвалиды, сироты, выпускники детских домов, пожилые люди, люди, страдающие наркоманией и алкоголизмом); = профилактика социально опасных форм

поведения граждан; = выпуск периодических печатных изданий, а также книжной продукции, связанной с образованием, наукой и культурой [3].

В контексте рассматриваемой темы рационально-гуманистический подход к решению социально-экономических проблем приобретает особую актуальность, если речь идет о такой категории населения, как инвалиды.

Первыми социально ориентированными организациями в России можно считать общественные организации инвалидов, существующие с 1990-х гг. В них рассматривали вопросы защиты прав инвалидов, улучшения условий их трудовой и социальной жизни, проблемы профессионального обучения и содействия в трудоустройстве.

В настоящее время в целях социальной поддержки и защиты данной социальной группы приняты соответствующие нормативные документы. Например, законодательно закреплены правила обеспечения равных возможностей для инвалидов, квотирование рабочих мест при их трудоустройстве, условия получения грантов социальными предпринимателями, среди которых немало лиц с ограниченными возможностями. [4].

Несмотря на попытки государства обеспечить поддержку инвалидов, существует множество барьеров при их трудоустройстве и самореализации. По мнению А.А. Московской, в российской действительности, в отличие от стран Запада, отсутствует так называемая «мода» на социальное предпринимательство, кроме того, население не информировано о вопросах социального предпринимательства, не всегда представляет себе его значение и не верит в его жизнеспособность [5].

Тем не менее, анализируя имеющийся опыт оказания содействия людям с ограниченными возможностями, следует отметить некоторые его проявления: инвалид-социальный предприниматель может рассчитывать на государственную поддержку, выиграв грант или получив помощь из регионов; формируется институциональная инфраструктура, уже обеспеченная бюджетным финансированием, для социальной интеграции и реабилитации инвалидов через их вовлечение в предпринимательскую деятельность и поддержку субъектов малого и среднего бизнеса, принимающих на работу инвалидов.

Существуют и иные конкретные примеры помощи инвалидам в освоении инструмента социального предпринимательства, субъектами которого они в итоге могут стать. Так, в Нижегородской области создан и успешно функционирует АНО «Центр инноваций социальной сферы». Данная организация представляет некую инфраструктуру поддержки субъектов малого и среднего предпринимательства и выступает в роли посредника между

предпринимателями, органами власти и обществом. Организаторы социальных проектов тоже могут получить бесплатные консультации и гранты на их реализацию. В 2018 г. правительство Нижегородской области вместе с Центром и Агентством по развитию системы гарантий впервые разработали микрофинансовую программу для социальных предпринимателей по ставке 6,5% годовых в сумме до 1 млн. рублей без залога [6].

В июле 2018 г. губернатором Нижегородской области было подписано соглашение с Фондом по поддержке социальных проектов. Документ направлен на увеличение количества социальных проектов и социального эффекта от их деятельности в регионе; развитие культуры социального предпринимательства; инфраструктурное развитие среды социальных проектов и масштабирование лучших практик. Соглашение позволит развить бизнес-навыки у социальных предпринимателей, а также повысить доступность финансирования [7].

С ноября 2012 г. в общероссийской общественной организации малого и среднего предпринимательства «ОПОРА России» открыто направление по трудоустройству и поддержке предпринимательских инициатив людей с инвалидностью, создано сообщество предпринимателей с инвалидностью; с февраля 2014 г. в рамках проекта «ОПОРА-Созидание» организуется Круглый стол по вопросам вовлечения молодых людей с инвалидностью в предпринимательскую деятельность [8].

Миссия другого социального инклюзивного бизнес-проекта «Everland» — помощь специалистам с инвалидностью в профессиональной самореализации. Здесь осуществляется комплексное юридическое, кадровое и бухгалтерское сопровождение собственного бизнеса; помощь в разработке дизайнов, создании сайтов, текстовых и мультимедийных контентов для печатных и электронных носителей и др. [9].

Представленные выше примеры, как и другие, наглядно демонстрируют вполне результативные попытки создания условий для предпринимательской деятельности инвалидов, способствующих повышению их конкурентоспособности и решению социальных проблем.

Воспринимая людей с ограниченными возможностями как социальных предпринимателей, агентов социальных изменений и субъектов, находящих особенные/необычные социальные ресурсы и, способствующих их целевому распределению, необходимо обеспечить также межведомственное взаимодействие на всех уровнях государственной власти, усилить ответственность за реализацию программ поддержки малого и среднего бизнеса и социальной поддержки инвалидов.

Список литературы

1. См.: Интернет-портал BusinessMan.ru – [Электронный ресурс] – Доступ через: <https://businessman.ru/sotsialnoe-predprinimatelstvo-vidy-deyatelnosti-i-razvitiie.html> (дата обращения 09.10.2018)
2. См.: Ф3"О развитии малого и среднего предпринимательства в РФ" от 24.07.2007 N 209-ФЗ; Ф3 от 5 апреля 2010 г. № 40-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ по вопросу поддержки социально ориентированных некоммерческих организаций»; Ф3 от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в РФ».
3. См.: Ветрова Е.А., Акимов И.В. Специфика анализа экономических конфликтов в условиях рыночных отношений в РФ// Социально-экономические явления и процессы. 2015. №10. С. 37
4. См.: Ф3 от 24.11.1995 N 181-ФЗ (ред. от 28.12.2013) «О социальной защите инвалидов в РФ»; Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов (приняты Генеральной Ассамблеей ООН 20.12.1993). – [Электронный ресурс] – Доступ через: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_12211/; Конвенция ООН о правах инвалидов (принята Генеральной Ассамблеей ООН 13.12.2006). – [Электронный ресурс] – Доступ через: <http://base.garant.ru/2565085/>; Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 N 296 «Об утверждении государственной программы РФ «Социальная поддержка граждан». – [Электронный ресурс]. – Доступ через: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_162171/; Постановление Правительства РФ от 01.12.2015 N 1297 «Об утверждении государственной программы РФ «Доступная среда» на 2011-2020 годы» – [Электронный ресурс]. – Доступ через: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_189921/ (дата обращения 11.10.2018).
5. См.: Социальное предпринимательство в России и в мире: практика и исследования / под ред. А.А.Московской. М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2011. 285 с.
6. Сайт АНО «Центр инноваций социальной сферы». – [Электронный ресурс]. – Доступ через: <https://cissno52.ru/premiyu-impuls-dobra-vruchili-ministru-promyshlennosti-torgovli-i-predprinimatelstva-regiona-maksimu-cherkasovu/> (дата обращения 10.10.2018)
7. Сайт Фонда поддержки социальных проектов. – [Электронный ресурс]. – Доступ через: <https://fundsp.ru/news/itemlist/date/2018/7/25.html> (дата обращения 12.10.2108)
8. Сайт общероссийской общественной организации малого и среднего предпринимательства «ОПОРА России». – [Электронный ресурс]. – (<http://opora.ru>; <http://opora-sozidanie.ru/?p=5010>) (дата обращения 12.10.2108)
9. Сайт инклюзивного социального предпринимательского проекта EVERLAND – [Электронный ресурс]. – <https://evland.ru/> (дата обращения 12.10.2108)

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ТРУДОВОЙ АДАПТАЦИИ ЖЕНЩИН-ИНВАЛИДОВ НА РЕГИОНАЛЬНОМ РЫНКЕ ТРУДА

FEATURES OF SOCIAL AND LABOR ADAPTATION OF WOMEN WITH DISABILITIES IN THE REGIONAL LABOR MARKET

Е.С. Тарханова

Пензенский государственный университет, г. Пенза

E.S. Tarkhanova

Penza state University, Penza

Отмечается, что женщины с инвалидностью сталкиваются с рядом проблем и чаще других подвергаются дискриминации в социально-профессиональной сфере. Анализируются и предлагаются направления социально-трудовой адаптации женщин-инвалидов на региональном рынке труда.

The article notes that women with disabilities face a number of problems and are more likely to be discriminated against in the social and professional sphere. Also the directions of social and labor adaptation of women with disabilities in the regional labor market are analyzed and offered.

Ключевые слова: социально-трудовая адаптация, женщины, инвалид, рынок труда
Keywords: social and labor adaptation, women, disabled, labor market

В современных социально-экономических условиях проблема инвалидности является одной из актуальных и волнует общественность. Действительно, это проблема социума в целом, которая должна решаться на всех уровнях.

Следует отметить, что в отношении инвалидов реализуется государственная политика, разработаны ряд стратегических документов на федеральном уровне, на уровне субъектов Федерации и муниципальных образований.

В целом, идея социальной поддержки инвалидов «на словах» поддерживается большинством, и предполагает решение ряда задач, предусмотренных различными документами. Важнейшими из них являются:

– Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24 ноября 1995 № 181-ФЗ, который предусматривает «профессиональную реабилитацию инвалидов», – профессиональную ориентацию, профессиональное образование, профессионально-производственную адаптацию и трудоустройство» [1];

– Свод правил СП 35-104-2001 – «Здания и помещения с местами труда для инвалидов», разработанный по заказу Министерства труда и социального развития РФ, согласно которому здания и сооружения должны проектироваться с учетом доступности инвалидам и «маломобильным группам населения»;

– государственная программа РФ «Доступная среда» на 2011-2020 годы, которая Распоряжением Правительства РФ от 23 февраля 2018 г. №308-р была продлена на пять лет, до 2025 года включительно [2]. В рамках продленной

программы планируется отработка пилотных проектов по таким мероприятиям, как самостоятельное сопровождаемое проживание, включая учебное (тренировочное) проживание, трудовую практику с целью обучения инвалидов навыкам самостоятельной жизни – важные направления социально-трудовой адаптации.

Аналогичные программы «Доступная среда» приняты и реализуются регионами с возможностью софинансирования из федерального бюджета. В 2018 г. в Пермском крае, Свердловской и Пензенской областях реализуются пилотные проекты по выстраиванию системы реабилитации и адаптации инвалидов.

Как отмечает Министр труда и социальной защиты РФ М.А. Топилин, необходимо создавать условия и выстраивать технологию реабилитационной работы с раннего возраста, чтобы инвалиды могли успешно «социализироваться и двигаться по нормальной жизненной траектории» [3]. Проекты для молодых инвалидов реализуются, например, в г. Санкт-Петербурге, в г. Пскове. Удачный опыт частно-государственного партнерства имеется в г. Пензе.

За время реализации государственной политики были отработаны методики и подходы к выявлению и устранению барьеров, которые мешают инвалидам в разных жизненных ситуациях и социально-трудовой адаптации. Реализуемые и планируемые мероприятия по созданию условий доступности и социальной защите инвалидов позволяют обеспечить комплексный подход. Однако, содержательный анализ законодательства и программ показывает отсутствие постановки проблемы о социальном положении женщин-инвалидов: государственные программные документы не акцентируют категорию «женщина-инвалид», социальное положение которой в части соблюдения льгот и гарантий в большей степени предопределено группой инвалидности.

По мнению исследователей, гендер выступает важнейшим фактором переживания человеком инвалидности, и инвалидность женщин – проблема еще более обостренная, чем инвалидность у мужчин. А социальное окружение, как правило, отказывает инвалидам в половой принадлежности.

По данным Росстата, на 1 января 2018 г. в России зарегистрировано 12,1 млн. человек всех групп инвалидности (8,2% населения России). Из них мужчин – 5,2 млн. человек, женщин – 6,9 млн., а также 0,7 млн. детей-инвалидов. За пять лет количество инвалидов в России сократилось на 7,6% – с 13,1 млн. человек.[4] Как видно, численность женщин с инвалидностью остается относительно стабильной, поэтому необходимы более адресные меры для их адаптации к жизни в обществе.

Положение женщин-инвалидов в Российской Федерации регламентируется двойным законодательством – о социальной защите инвалидов и общим законодательством по правам женщин. При этом наблюдается усиленное внимание государства и общественности, в том числе на уровне законотворчества, к некоторым категориям женщин – женщинам-предпринимателям, женщинам

детородного возраста, женщинам, подвергшимся насилию. А женщины с инвалидностью по-прежнему не осознаются как отдельная группа, нуждающаяся в мерах дополнительной поддержки в части соблюдения прав и гарантий, социальной защиты и адаптации, предупреждения и устранения дискриминационных практик.

Так, например, с 1982 г. существует и активно функционирует Международная сеть женщин-инвалидов (МСЖИ), которая охватывает международные, региональные, национальные и местные организации, группы и сети женщин-инвалидов, а также отдельных женщин-инвалидов и их союзников. Задачи МСЖИ заключаются в том, чтобы женщины-инвалиды могли делиться знаниями и опытом, расширять права и возможности по отстаиванию прав, расширять возможности обеспечения позитивных перемен и включения женщин в различные общественные экономические отношения; поощрять их участие в стратегических решениях на всех уровнях в целях создания более справедливого и равноправного мира, в котором не на словах, а на деле признаются инвалидность и гендерные проблемы, справедливость и права человека.

Проблемы женщин-инвалидов в России, в принципе, как и на Западе, связаны в первую очередь с возникновением многочисленных социальных барьеров, не позволяющих им активно включаться в общественную жизнь. Даже имея определенные потенциальные возможности активно участвовать в жизни общества и тем более работать, они зачастую не могут их реализовать. Именно женщины-инвалиды сталкиваются с большими трудностями в публичной и частной сферах.

Данное положение подтверждается фактами из статистики Всемирной организации здравоохранения: женщины с инвалидностью составляют социальную группу с самым низким уровнем жизни; женщины и дети с инвалидностью часто подвергаются жестокому (физическому, сексуальному, эмоциональному) обращению. Женщины составляют группу, чаще других подвергающуюся дискриминации в социально-профессиональной сфере не только по признаку инвалидности, но и по признаку пола.

Как правило, женщины испытывают: трудности при получении образования, дискриминацию при найме на работу, профессиональной подготовке и повышении по службе, оплате за равный труд, доступе к кредитам и другим производительным ресурсам, в меньшей степени участвуют в принятии решений. Также женщины-инвалиды могут испытывать дискриминацию как в отношениях со здоровыми женщинами и мужчинами, так и в отношениях с мужчинами-инвалидами. Получается, что женщины-инвалиды считаются «экономически невыгодными», а также испытывают трудности при выполнении традиционно женских репродуктивных и семейных ролей. В регионах данные проблемы только обостряются. На наш взгляд, меры по социально-трудовой адаптации должны

быть более адресны и направлены на решение вышеперечисленных проблем на всех уровнях.

Важнейшим условием успешной социально-трудовой адаптации женщин является внедрение и поддержание в общественном сознании идеи равных прав и возможностей, охрана интересов и защита их прав, информирование общества о положении и важности социальной защиты женщин-инвалидов. Важно расширение информационной базы и формирование интереса и позитивного общественного мнения к проблеме инвалидности женщин.

В средствах массовой информации необходимы позитивные репрезентации женщин-инвалидов, которые рассказывают что-то интересное о своей профессии, обучении, политической активности или о себе в роли родителей.

При разработке и реализации программ социальной защиты и социальной адаптации женщин необходимо развивать механизмы их привлечения к реализации мероприятий в различных сферах жизнедеятельности. Необходимо включение женщин-инвалидов в активную общественную жизнь, нормальное взаимодействие с другими членами общества, что, по мнению ряда исследователей, является мощнейшим фактором адаптационного процесса инвалидов и важным направлением практического решения существующих проблем.

Следующее важное направление – содействие улучшению положения женщин-инвалидов на рынке труда с помощью разработки и внедрения дополнительных мер и целевых программ. Как правило, женщины-инвалиды ориентируются на «женские» профессии, преимущественно связанные с надомным выполнением (швея, вязальщица, пекарь, парикмахер). При этом чаще всего находят работу по знакомству, а не по системе социальных гарантий. В настоящее время женщины-инвалиды ограничены в возможности выбора профессии и переподготовки. Подавляющее число программ обучения, предлагаемых службой занятости – это курсы переобучения традиционным «женским» профессиям, как правило не требующим высокой квалификации и уровня образования.

С учетом физиологических особенностей необходимо исследовать их потребности, интересы, возможности, которые можно выявлять с помощью анкетирования, различных тестирований, тренингов, которые должны проводиться различными специалистами. Целесообразно профессионально осуществлять ориентирование и профессиональную подготовку женщин. Полученные результаты можно обобщить и адаптировать под них программы на различных уровнях.

Обеспечение равных возможностей для реализации права занятости и образования требует, чтобы система профессиональной ориентации девушек-инвалидов и переподготовки женщин-инвалидов учитывала интересы и требования

развивающегося рынка труда, а так же интересы и требования женщин с инвалидностью.

На наш взгляд, эти задачи необходимо адаптировать, в первую очередь, на региональном уровне. Управление процессом социально-трудовой адаптации женщин-инвалидов должно осуществляться через разветвленную систему связей между различными ведомствами, представителями различных общественных структур на местах. Например, положительный опыт имеется в Пензенской области. В 2017 г. в рамках социально-образовательного проекта «Квартал Луи», запущенного в 2014 г., был открыт социальный благотворительный проект «Дом Вероники». В настоящее время «Квартал Луи» является единственным в России центром для молодых инвалидов, но в дальнейшем такие проекты будут реализованы и в других регионах России.

«Дом Вероники» – активный пансион для молодых людей с инвалидностью, в котором живут, учатся и работают молодые люди с тяжелыми формами инвалидности, лишённые родительского попечения. Это первый проект в России, который даёт возможность молодым людям с ограниченными способностями реализовать себя в жизни, получить профессию. Его первыми жильцами стали воспитанники Нижнеомовского дома-интерната для детей с физическими недостатками и подопечные Сердобского дома ветеранов труда (из Пензенской области). «Дом Вероники» рассчитан на 35 человек. На втором этаже располагается хостел на 25 человек. [3] Там смогут жить инвалиды-колясочники, которые приезжают в Пензу на реабилитацию, в центре имеется спецтранспорт.

Здесь инвалиды обеспечены всеми необходимыми условиями для проживания, обучения, медицинской и социальной реабилитации. Как отмечает инициатор проекта Мария Львова-Белова, «ребята будут просто учиться жить. Потом, в процессе мы будем смотреть, у кого есть какие таланты, возможности. Составим карту развития каждого студента, в перспективе подберем им работу: в арт-холле, типографии, хостеле. Возможно, бизнес-структуры помогут трудоустроить наших ребят. Верим, что наш проект даст возможность еще многим ребятам с ограниченными возможностями жить полноценной жизнью... Помимо жилого пространства в «Доме Вероники» есть миниферма, терапевтический сад, коворкинг-зона, где будут проводиться семинары, тренинги и презентации. Все помещения будут обустроены с учетом потребностей инвалидов-колясочников...». [5]. На базе «Дома Вероники» созданы нескольких рабочих мест для людей с инвалидностью. На постоянной основе проживают и работают 12 человек, больше половины из которых – девушки.

В Пензе работает и «Кризисный центр помощи женщинам и детям» (открыт по инициативе Благотворительного фонда «Покров»), в котором проводятся

юридические и психологические консультации, в том числе и по социальной адаптации женщин-инвалидов. Кроме того, организованы мастерские по шитью и парикмахерскому делу, игровая комната, учебный класс для профориентации молодых мам.

Социально-трудовая адаптация должна осуществляться более адресно с использованием современных методик, программ и с привлечением различных специалистов, не только психологов, медиков, педагогов, но и бизнес-тренеров, стилистов, косметологов, консультантов. Женщина всегда должна чувствовать себя женщиной, в каких бы обстоятельствах и в каком бы физическом состоянии она ни находилась, поэтому квалифицированные специалисты должны помочь, особенно женщинам с ограниченными возможностями здоровья и с инвалидностью, в социально-психологической и социальной адаптации.

Процесс социально-трудовой адаптации женщин должен опираться на систему социальных гарантий, обеспеченных законами государства и подкрепляемых морально-нравственными принципами общества.

Успешная реализация направлений по социально-трудовой адаптации позволит женщинам с инвалидностью вернуться к полноценной жизни, найти интересное и подходящее занятие, восстановить их социальную значимость, тем самым повысить интерес общественности к данному аспекту проблемы.

Список литературы

1. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 29.07.2018) // Российская газета, № 234, 02.12.1995.
2. Государственная программа «Доступная среда» продлена на пять лет/ [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://rosmintrud.ru/social/invalid-defence/409>
3. В Пензе открылся «Дом Вероники». [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://dislife.ru/materials/802>
4. Сколько инвалидов в России/ [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://www.kommersant.ru/doc/3622120>
5. Официальный сайт «Квартал Луи» [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://kvartal-lui.ru/>

**СОПРОВОЖДЕНИЕ ИНВАЛИДОВ
ПРИ СОДЕЙСТВИИ ИХ ЗАНЯТОСТИ
MAINTENANCE OF THE DISABLED,
WHILE PROMOTING THEIR EMPLOYMENT**

Е.Ю. Терешенкова

Управление по труду и занятости населения Нижегородской области

E.Y. Teresenkova

Department of labor and employment of the Nizhny Novgorod region

Раскрыты основные направления сопровождаемого содействия при трудоустройстве инвалидов. Рассмотрены службы занятости, обеспечивающие эффективное трудоустройство инвалидов.

The article describes the main directions of accompanied assistance in the employment of persons with disabilities. The activities of the employment service to ensure the effective employment of persons with disabilities are considered.

Ключевые слова: сопровождение, инвалид, трудоустройство, трудовая мотивация, наставничество

Keywords: accompanying, disabled, employment, work motivation, mentoring

Социализация инвалидов, вовлечение их в трудовую и общественную жизнь являются одной из актуальных проблем в настоящее время. Этому вопросу служба занятости населения Нижегородской области уделяет особое внимание. В условиях высокой конкуренции на рынке труда инвалиды испытывают трудности в поиске подходящей работы, и помощь службы занятости им особенно необходима.

Существующий заявительный механизм и традиционные меры активной политики занятости являются недостаточными для трудоустройства и закрепления на рабочих местах граждан с ограниченными возможностями здоровья. Эффективным инструментом содействия трудоустройству таких граждан становится персональное сопровождаемое трудоустройство с учетом нарушений функций и ограничений жизнедеятельности и личностных особенностей инвалида.

Под сопровождением при содействии занятости инвалида понимаются оказание индивидуальной помощи незанятому инвалиду при его трудоустройстве, создание условий для осуществления им трудовой деятельности и ускорения его профессиональной адаптации.

С начала 2018 г. за содействием в трудоустройстве в областную службу занятости обратились 1675 инвалидов, 76% из них – нашли подходящую работу.

Варианты трудоустройства заявлены работодателями в различных сферах экономической деятельности: общественное питание, сфера услуг,

промышленное производство, рекламная деятельность, торговля, охранный сектор, деятельность в сфере транспорта и связи. Сохраняется высокий спрос работодателей на специалистов по профессиям: «бухгалтер», «программист», «продавец», «менеджер». Из неквалифицированного персонала требуются подсобные рабочие, сторожа, дворники, уборщики помещений. Основным критерием трудоустройства гражданина на ту или иную вакансию являются рекомендации, содержащиеся в индивидуальной программе реабилитации/абилитации инвалида.

Для трудоустройства инвалидов предоставляются временные рабочие места, граждане получают заработную плату, а также материальную поддержку от службы занятости. Такой вид трудовой занятости способствует приобретению и развитию профессиональных навыков, а также социальной адаптации инвалида.

Деятельность службы занятости по профессиональной реабилитации инвалидов не ограничивается лишь услугой содействия в поиске подходящей работы. Центрами занятости населения реализуется программа наставничества, в рамках которой гражданин с ограниченными возможностями здоровья, желающий трудоустроиться, закрепляется за конкретным специалистом центра занятости. Специалист проводит анкетирование соискателя. По итогам опроса составляется индивидуальная дорожная карта по поиску подходящей работы. Участники опроса получают информацию об услугах службы занятости, ситуации на рынке труда и актуальных вакансиях.

Как показывает практика, трудоустройство инвалидов осложняется не только их ограниченными физическими возможностями, но и неуверенностью в собственных силах, утратой профессиональных навыков. Для преодоления личностных барьеров, препятствующих эффективному поиску работы, специалистами центра занятости проводятся мероприятия по профессиональной ориентации, психологической поддержке и социальной адаптации. В ходе тренингов и семинаров граждан обучают правилам поиска работы, составлению конкурентоспособного резюме, методике проведения переговоров с работодателем по вопросам трудоустройства при личном обращении, посредством телефонной или видеосвязи, а также с использованием сети Интернет. Профконсультант центра занятости помогает гражданам преодолеть внутренний страх и неуверенность в себе и своих силах, повысить их трудовую мотивацию.

При необходимости безработные граждане, имеющие инвалидность, могут быть направлены на профессиональное обучение с последующим гарантированным трудоустройством.

Ежегодно специалисты центров занятости населения принимают активное участие в проведении декады инвалидов и организуют Дни открытых дверей и профессиональной ориентации, ярмарки вакансий, различные семинары и тренинги для граждан с ограниченными возможностями здоровья.

Одной из наиболее эффективных форм работы по трудоустройству граждан с ограниченными возможностями здоровья является консультационный пункт по трудовой и профессиональной деятельности инвалидов «Равные права – равные возможности».

Посетителям консультационного пункта специалисты центра занятости разъясняют основные положения действующего трудового законодательства, информируют о порядке прохождения обучения, переобучения и повышения квалификации по направлению службы занятости, а также о предприятиях и организациях, испытывающих потребность в работниках.

Таким образом, работа с незанятыми инвалидами является системной и носит индивидуальный характер. Сопровождение при трудоустройстве, организация наставничества способствуют обеспечению эффективной занятости граждан с ограниченными возможностями здоровья.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КВОТИРОВАНИЯ ПРИ ТРУДОУСТРОЙСТВЕ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТЬЮ **USE OF QUOTAS FOR THE EMPLOYMENT OF PERSONS WITH DISABILITIES**

Т.А. Федотова

*Днепропетровский национальный университет им. О. Гончара,
г. Днепропетровск, Украина*

*T.A. Fedotova
Dnieper National University O. Gonchar,
Dnepropetrovsk, Ukraine*

Уделено внимание вопросам квотирования рабочих мест для лиц с ограниченной трудоспособностью в российской и зарубежной практике трудоустройства.

Attention is paid to the issues of quoting jobs for people with disabilities in the Russian and foreign employment practices.

Ключевые слова: работодатель, трудоустройство, рабочие места, инвалиды, квотирование, ответственность, штраф

Keywords: employer, employment, jobs, invalids, quoting, liability, fine

Обеспечение права инвалидов на труд в настоящее время в значительной степени зависит от выполнения работодателями установленного квотирования рабочих мест для их трудоустройства. Данное направление позволяет

интегрировать инвалидов в сферу труда, повышать качество их жизни и регулировать процесс трудоустройства людей с инвалидностью.

Система квотирования рабочих мест для инвалидов как элемент социальной ответственности функционирует практически во всех европейских странах: Германия, Австрия, Польша, Италия, Испания, Франция, Россия и др., с учетом национальных направлений государственной социальной политики.

Обязанность работодателя в создании рабочих мест для трудоустройства инвалидов закреплена в Федеральном законе о социальной защите инвалидов [1], а также регламентирована региональными законами. Согласно этим нормативным актам, работодатели в соответствии с установленной квотой для приема на работу инвалидов, обязаны создавать или выделять рабочие места для людей с ограниченными возможностями. При несоблюдении работодателем установленной по созданию рабочих мест или при отказе инвалиду в трудоустройстве наступает административная ответственность от 5 до 10 тыс. руб.

Позитивное нововведение в повышении социального уровня защищенности населения в украинском законодательстве – значительное расширение состава незащищенных слоев населения. Ранее работодателей обязывали трудоустраивать только инвалидов (норматив – 4% среднеучетной численности штатных работников в год, а если работает от 8 до 25 человек – 1 рабочее место [2], хотя в Законе о занятости вместе с ними и были указаны лица, которые требуют социальной защиты, но без конкретного перечня. Теперь к ним прибавили еще шесть категорий: дети-сироты; лица, которые воспитывают детей до 6 лет и детей-инвалидов; лица, освобожденные после отбывания наказания или принудительного лечения; лица, которым до пенсии осталось менее 10 лет; молодежь при первом трудоустройстве. Согласно новому Закону, в компании со штатом от 20 человек таких работников должно быть не менее 5%. В то же время такая социализация создала и усиление проблемы трудоустройства инвалидов, которые получили в итоге еще пять конкурентных категорий на рынке труда.

Следует подчеркнуть, что это не маленькая цифра для работодателя, у которого в штате в большинстве случаев появятся так сказать «мертвые» штатные единицы, которые будут получать зарплату одного уровня с другими работниками, но не работать в условиях полной занятости. По мнению бизнеса, необходимо отказываться от практики законодательного давления на бизнес, когда крупный работодатель обязан принимать на работу определенное количество лиц с ограниченными физическими возможностями [3]. Необходимо мотивировать бизнес принимать на работу безработных, а не осуществлять налоговое давление или штрафовать.

В Германии, Франции и Венгрии под законы о квотировании подпадают организации с численностью более 20 работниками, в Австрии и Польше – с 25. В Испании минимальное число работников предприятия, которое не попадает под действие системы квотирования рабочих мест для инвалидов, – 50, квота – 3%. Квота для людей с инвалидностью во Франции – 6%. В Люксембурге квота варьируется от 2% до 5% в зависимости от формы собственности и численности работников предприятия. В Ирландии квота составляет 3%, в Японии – от 1,6 до 2% [4].

За несоблюдение квот организации выплачивают взносы в специальные целевые фонды, средства которых распределяются на создание рабочих мест для инвалидов, а также на адаптацию существующих рабочих мест к потребностям людей с ограниченными физическими и ментальными возможностями.

Во многих странах государство стимулирует работодателей принимать на работу людей с тяжелыми формами инвалидности. Например, принимая на работу человека, который пользуется инвалидной коляской, работодатель заполняет не одно, а два или даже три места в счет установленной квоты. Подобное стимулирование применяется и при приеме на работу инвалидов, которые не имеют опыта работы.

В ряде стран работодатель может «обменять» обязательство нанять определенное число людей с инвалидностью на обязательство оплатить определенную сумму в специальный фонд, средства которого будут тратиться на содействие занятости людей с инвалидностью (quota – levy system). Подобные правила установлены, например, в Австрии, Венгрии, Германии, Польше, Румынии, Словакии, Франции, Чехии, Японии. Есть страны, которые установили санкции к работодателям за увольнение людей с инвалидностью, нанятым по программе льгот (Германия).

Немецкую систему квот, установленную в 1974 г., как правило, считают образцовой, хотя и она имеет определенные недостатки. Прежде всего, она относится к системе квот с неминуемыми санкциями за уклонение. Выполнение квот отслеживается федеральными службами занятости. Средства от уплаты штрафов тратят на программы реабилитации людей с инвалидностью и выплату грантов работодателям, которые создают рабочие места сверх установленной квоты. Кроме того, квота достаточно большая – 6% и установлена для государственных и частных предприятий с численностью персонала свыше 16 человек (для сравнения: в России в 2007 г. предел увеличен с 30 работников до 100). Наконец, некоторые работники могут учитываться как таковые, что занимают два или три рабочих места по квоте, если службы занятости считают

их сложными для трудоустройства в результате природы инвалидности, из-за возраста или через потребность в значительной адаптации рабочего места.

Таким образом, все существующие системы квотирования похожи в том, что включают требование к работодателям принимать на работу определенный процент лиц с инвалидностью. Вместе с тем они отличаются одна от другой, в первую очередь обязательностью этих требований и санкций за их невыполнение. На наш взгляд, в Украине целесообразно законодательно так же, как и в некоторых странах, наряду с установлением квот для определенных категорий населения предусмотреть возможность их замены определенного размера взносом в специальный фонд. Принимая во внимание финансово-экономический кризис в стране и значительно более широкий в сравнении с другими странами список социально незащищенных категорий лиц, введенные нормы о квотировании рабочих мест на сегодня являются обременительными. Поэтому предлагается увеличить предел количества работников свыше 100 человек, с которого начинают действовать в Украине нормы о квотировании.

Список литературы

1. Федеральный закон от 24.11.1995 г. N 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».
2. Закон Украины «Про основы социальной незащищенности инвалидов в Украине» от 21.03.1991 г. № 875.
3. Украинским предпринимателям понравился законопроект "О занятости населения" // Сегодня. 2012. 17.04.
4. Анализ регулятивного воздействия к проекту Закона Кыргызской Республики «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Кыргызской Республики» («О правах и гарантиях лиц с ограниченными возможностями здоровья», «Трудовой кодекс Кыргызской Республики», «Кодекс Кыргызской Республики об административной ответственности») / Разработчики законопроекта депутаты Жогорку Кенеша Кыргызской Республики: Д. Молдошева, Н. Молдобаев, Ж. Каниметов, А. Калмаматов. Бишкек, 2009. 19 с.

**ПРОБЛЕМЫ ТРУДОУСТРОЙСТВА
СТУДЕНТОВ И ВЫПУСКНИКОВ С ОВЗ
PROBLEMS OF EMPLOYMENT
OF STUDENTS AND GRADUATES WITH DISABILITIES**

А.В. Ходюк

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

Р.Я. Вакуленко

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

A.V. Khodyuk

Lobachevsky University

R.Y. Vakulenko

Lobachevsky University

В настоящее время остро стоит проблема трудоустройства. С каждым годом официальный уровень безработицы снижается, но происходит это очень медленно. Наибольшие трудности при трудоустройстве возникают у таких групп граждан, как студенты/выпускники и лица с инвалидностью и ОВЗ (ограниченными возможностями здоровья). Рассмотрены причины возникновения проблем при трудоустройстве у этих категорий граждан и у группы, которая их объединяет – студенты и выпускники с инвалидностью и ОВЗ.

Currently there is an acute problem of employment. Every year official unemployment rates decrease, but it happens very slowly. Students / graduates and people with disabilities and disabled children suffer the greatest difficulties in finding employment. This paper will examine causes of employment problems for these categories of citizens and for the group that unites them - students and graduates with disabilities and disabled children.

Ключевые слова: проблемы трудоустройства, трудоустройство, студенты, выпускники, инвалиды, студенты с ОВЗ, сложности, ограничения, причины возникновения сложностей, трудоустройство, пути решения проблем

Keywords: problems of employment, employment, students, graduates, disabled people, students with disabilities, difficulties, restrictions, causes of difficulties, employment, ways to solve problems

Проблемы трудоустройства студентов и выпускников

Одной из основных причин возникновения сложностей при трудоустройстве является отсутствие опыта работы. Производственная практика на предприятиях не дает достаточного опыта, который можно предъявить работодателям. Часто руководитель практики предлагает студенту прийти в последний день практики и поставить печать о ее прохождении. Со стороны работодателя можно отметить, что брать на работу людей, имеющих опыт работы, конечно, удобнее: они лучше понимают специфику работы, быстрее проходят обучение, возможно, легче вливаются в коллектив. Однако, принимая на работу студента или выпускника, работодатель получает

молодого, активного, нацеленного на результат, развитие и карьерный рост специалиста.

Второй немаловажной причиной возникающих трудностей является недостаточная квалификация и недостаток необходимых компетенций у выпускников и студентов. После перевода большинства специальностей на новую форму обучения работодатели менее охотно стали брать на работу молодых специалистов, так как считают, что бакалавриат дает меньший объем знаний, чем специалитет. Для увеличения шансов на успешное трудоустройство молодой специалист должен иметь либо диплом магистра, либо два высших образования. При этом его шансы трудоустроиться по специальности увеличиваются, но остаются по-прежнему не слишком высокими. Большинство молодых людей, имеющих высшее образование, работают менеджерами младшего звена, промоутерами, продавцами, операторами и т.д.

Для решения этих проблем ВУЗами предпринимаются некоторые шаги: проводятся ярмарки вакансий, организуются студенческие проекты, в работе над которыми студенты могут получить необходимый опыт и проявить себя, пока эта деятельность ведется недостаточно активно. ВУЗам необходимо уделить внимание и поиску подходящей базы практики для студентов, но с этим тоже часто возникают сложности: далеко не каждая компания готова принимать на практику студентов. Причины этого очевидны: студентов-практикантов необходимо обучать работе, с ним должен работать специалист, который на это время будет оторван от основных обязанностей или не сможет выполнять их в полном объеме. Ранее многие ВУЗы оплачивали работу специалиста, который работает со студентом на предприятии. Сейчас же ВУЗы не имеют возможности оплачивать практику своих студентов, и компании все менее охотно соглашаются предоставить студентам возможность получить необходимые навыки и опыт работы в своей профессии.

Проблемы трудоустройства людей с ОВЗ

Проблема трудоустройства инвалидов является не менее важной, так как, по данным службы государственной статистики за 2016 г., сейчас в России трудоустроено всего 16,2% от общего числа лиц, имеющих инвалидность и находящихся в трудоспособном возрасте. В прошлом году этот показатель был равен 20,5%. Однако, можно отметить, что безработными признаны всего 21,6% граждан той же группы. Снижение численности работающих инвалидов, по сравнению с 1 января 2016 г. обусловлено вступлением в силу Федерального закона от 29.12.2015 года № 385-ФЗ «О приостановлении действия отдельных положений законодательных актов Российской Федерации, внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и

особенностях увеличения страховой пенсии, фиксированной выплаты к страховой пенсии и социальных пенсий», предусматривающих неиндексацию пенсий работающим пенсионерам. В 2016 г. в службу занятости населения за помощью в поиске работы обратились 14 тыс. человек. Из них нашли работу всего 5,7 тыс. человек[8].

По данным службы государственной статистики, большая часть инвалидов занята в сельском хозяйстве (34% от числа лиц, имеющих инвалидность и участвующих в трудовой деятельности), а это чаще всего самозанятость[8].

Такие низкие показатели имеют две основные причины: нежелание работодателей брать на работу инвалидов и нежелание инвалидов тратить время на поиск работы. Часто вторая причина обусловлена наличием первой. С точки зрения работодателей, прием на работу инвалида создает целый ряд проблем: такому сотруднику необходимо создать определенные условия работы, кроме того, согласно ТК РФ, количество рабочих часов в неделю для инвалида тоже ограничено, есть запрет и на ненормированный рабочий день, внеурочную работу и работу в ночные часы. В связи с этим, работодатели очень неохотно принимают на работу людей с инвалидностью. По этой причине поиск работы у людей с ОВЗ становится довольно сложным и длительным.

Существует миф о том, что инвалида нельзя уволить, если он не справляется с поставленной перед ним задачей. Этот миф легко развеять, заглянув в ТК РФ. Там четко обозначены категории граждан, которых нельзя уволить по причине сокращения или другим причинам, и инвалиды в этот перечень не входят[3].

Во многом причиной нежелания работодателя принимать на работу специалиста, имеющего некоторые ограничения, является неуверенность в возможности работника выполнять обязанности и незнания современных возможностей инвалидов. Современные технические средства позволяют инвалидам выполнять большинство обязанностей в полном объеме. Конечно, людям с различными заболеваниями доступны не все профессии, но во многих профессиях они ни в чем не уступают специалистам, не имеющим инвалидности. Также можем отметить, что для крупной компании затраты на технические средства и обеспечение доступной среды для сотрудника с инвалидностью не несут большого убытка, так как часть этих средств окупается налоговыми льготами, которые государство предоставляет компаниям, трудоустроившим инвалидов. Так, страховой взнос такая организация платит в ограниченном объеме – 60% от положенной суммы[2]. Кроме того, некоторым организациям позволяет вычитать из суммы, предназначенной для уплаты НДФЛ, затраты на обеспечение доступной среды для инвалида. Правда, стоит

заметить, что для использования налоговых льгот необходимо заполнять большое количество документов, что усложняет работу бухгалтерского отдела.

Проблемы трудоустройства студентов с ограниченными возможностями здоровья и возможные пути их решения.

Студентам с ОВЗ найти работу еще сложнее, так как в их случае причины для отказа, используемые работодателями в первом и втором случае, объединяются. Кроме отсутствия опыта и недостаточности необходимых компетенций появляется еще и опасение работодателя: что может делать этот человек, какие условия для работы ему нужны и как их создать. А между тем, среди людей с ОВЗ есть прекрасные специалисты. Многие инвалиды работают массажистами, психологами, юристами.

Рассмотрим возможные пути решения данной проблемы.

Проблему опасений потенциальных работодателей можно решить информированием их о современных технических возможностях, которые позволяют увеличить возможности лиц с ОВЗ выполнять свои профессиональные обязанности, и способах создания доступной среды для сотрудников с инвалидностью. Такая деятельность ведется некоторыми некоммерческими организациями, но их возможности сильно ограничены. Возможно, ситуацию сможет улучшить работа университетов в данном направлении. В процессе обучения можно оценить возможности студента с ОВЗ, возникающие проблемы и пути их решения.

Улучшению ситуации может способствовать информирование лиц с ОВЗ о возможных вакансиях для них и работодателей о людях имеющих инвалидность и находящихся в процессе поиска работы и их квалификации. Например, на сайте Нижегородского центра занятости очень мало информации для соискателей-инвалидов о имеющихся для них вакансиях и совсем нет информации для работодателей, а вот портал РаботаИнвалидам содержит полноценную информацию как о вакансиях для людей с ОВЗ, так и их резюме[6, 7].

Решением проблемы отсутствия опыта у выпускника с ОВЗ, а также отсутствия необходимой информации у работодателя является грамотный подбор места прохождения производственной практики. Придя на практику в организацию, студент с ОВЗ сможет проявить себя, показать потенциальному работодателю свои возможности и найти пути решения проблем, возникающих при непосредственном выполнении профессиональных обязанностей. Студент получит необходимый опыт, а работодатель – информацию о возможностях конкретно этого будущего специалиста и людей с ОВЗ в целом.

Организация ярмарки вакансий и студенческих проектов, в которых смогут участвовать студенты с ОВЗ, тоже позволит студентам проявить себя, а также оценить свои возможности и определить пути дальнейшего развития.

Подводя итоги, можем отметить, что проблема трудоустройства студентов и выпускников с ОВЗ имеет пути решения, среди которых основным является информатизация. Реализация различных социальных проектов упрощает этот процесс, но для улучшения ситуации необходима длительная и постоянная работа.

Список литературы

1. Конвенция о правах инвалидов от 13.12.2016 г.
2. Налоговый Кодекс Российской Федерации 31 июля 1998 года N 146-ФЗ
3. Трудовой Кодекс Российской Федерации от 30.12.2001. N197 – ФЗ (ред. От 31.12.2014.)
4. ГБОУ СПО Тольяттинский социально-экономический колледж. Официальный сайт. Статья «Проблемы трудоустройства лиц с ограниченными возможностями здоровья в условиях современного общества» Гозаева Елена Михайловна [20.10.2017.] URL - <http://www.tcek.ru/2013-04-09-05-29-08/530-2013-04-23-14-50-17>.
5. ГОСТ 7.1-2003 Насретдинова М. М. Проблемы трудоустройства студентов и выпускников ВУЗов / М. М. Насретдинова // Международный научно-исследовательский журнал. 2013. № 7 (14) Часть 5. С. 94-97. URL: <https://research-journal.org/social/problemy-trudoustrojstva-studentov-i-vypusnikov-vuzov/> [20.10.2017.] ISSN 2227-6017 (ONLINE), ISSN 2303-9868 (PRINT), DOI: 10.18454/IRJ.2227-6017 ПИ № ФС 77 – 51217
6. Интерактивный портал государственной службы занятости населения Нижегородской области [20.10.2017.] URL - <https://zan.nnov.ru/>
7. Портал «РаботаИнвалидам». [20.10.2017.] URL - <http://www.rabotainvalidam.ru>
8. Служба государственной статистики [20.10.2017.] URL - http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/invalid/tab4-12.htm

**БАРЬЕРЫ В СИСТЕМЕ ЗАНЯТОСТИ ЛИЦ
С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ
BARRIERS IN THE SYSTEM OF EMPLOYMENT OF PERSONS
WITH LIMITED HEALTH OPPORTUNITIES**

А.К. Щелина

Ярославский государственный университет им. П.Г.Демидова, г. Ярославль

A.K. Shchelina

P.G. Demidov Yaroslavl State University, Yaroslavl

Рассмотрены некоторые проблемы, с которыми сталкиваются лица с ограниченными возможностями здоровья в системе занятости. Представлены результаты эмпирического исследования, направленного на изучение барьеров в системе занятости лиц с ограниченными возможностями здоровья в провинциальном городе. Полученные результаты позволили сделать вывод о том, что лица с ограниченными возможностями здоровья действительно испытывают некоторые трудности.

Some problems faced by persons with disabilities in the employment system are considered. Presented are the results of an empirical study aimed at studying barriers in the employment system people with disabilities prospects in a provincial town. The results obtained made it possible to conclude, that people with disabilities actually experience some difficulties.

Ключевые слова: сфера труда, барьеры в системе занятости, трудоустройство лиц с ограниченными возможностями здоровья

Keywords: the world of work, barriers to employment, employment of persons with disabilities

Как показывает практика, на рынке труда существуют достаточно серьезные проблемы занятости, характеризующие общее состояние экономики и дающие представление об ее эффективности. Наиболее часто с этими проблемами сталкиваются социально незащищенные слои населения, среди которых особо выделяются инвалиды. На данный момент существуют серьезные сложности в трудоустройстве граждан с ограниченными возможностями здоровья и создании максимально комфортных условий для реализации ими своих профессиональных пожеланий и возможностей.

Создание специальных условий труда для человека с инвалидностью состоит из преодоления трех основных блоков возможных барьеров:

1. доступность инфраструктуры;
2. место и график работы должны соответствовать его физическим и социальным возможностям;
3. служебные обязанности и условия работы, не доступные человеку с инвалидностью, должны быть адаптированы под его физические и социальные возможности или отменены[1].

Стоит учитывать, что важнейшей преградой для трудоустройства инвалидов также служат их социально-психологические проблемы, поэтому

требуется их социальная реабилитация, то есть комплекс медицинских, педагогических, технических, социально-культурных мероприятий, цель которых обеспечить им адаптацию и интеграцию в обществе, полноценную жизнь[2].

Из-за отсутствия статистики можно предположить, что намного хуже ситуация с трудоустройством инвалидов обстоит в малых городах, где возможностей и средств для них намного меньше, чем в городах с большой численностью населения. Изучив сложившуюся ситуацию в малом городе, мы можем выяснить наиболее остро стоящие проблемы. Мы решили выяснить, с какими барьерами при трудоустройстве сталкиваются инвалиды в провинциальном городе.

В период с 1 апреля по 20 апреля 2018 г. в г. Буй Костромской области мы провели пилотажное исследование методом анкетирования (N=10), направленное на определение препятствий, с которыми сталкиваются люди с ограниченными возможностями здоровья в сфере труда в этом городе.

Результаты социологического исследования позволили сделать вывод, что практически все респонденты (90%) считают, что в малом городе трудоустроиться крайне затруднительно. Это подтверждает и тот факт, что 70% опрошенных не работают. При этом 90% опрошенных согласны с тем утверждением, что в городе Буй инвалидам сложно трудоустроиться из-за сложившегося мнения работодателей о трудностях работы с ними, а 50% опрошенных согласны с тем, что в данном городе инвалидам легче найти неофициальную подработку, чем трудоустроиться официально. Стоит отметить и распространенное мнение среди инвалидов (44% ответов), что некоторые работодатели в городе Буй могут отказать инвалиду в предоставлении рабочего места из-за сложившихся стереотипов в отношении инвалидов о трудностях работы с ними. Примечателен и тот факт, что 30% опрошенных считают, что при их попытке трудоустроиться работодатель не взял их на работу по причине инвалидности, а 1 человек даже отметил, что в его жизни была такая ситуация, когда работодатель прямо указывал на инвалидность как причину отказа в трудоустройстве.

Было выявлено, что самая главная причина поиска работы инвалидами – это недостаток материальных средств, при этом те выплаты, которые предоставляет им государство, крайне малы. Если говорить об уровне материального положения, то все респонденты испытывают трудности: 20% ответили, что денег им не хватает даже на питание, 40% – денег хватает, но не хватает на одежду и обувь, другие 40% – на одежду и обувь хватает, но не хватает на крупную бытовую технику.

Труднодоступность инфраструктуры – это не основная трудность, с которой сталкиваются люди с ограниченными возможностями здоровья при трудоустройстве в городе Буй. 50% респондентов считают, что в их городе есть возможность беспрепятственно добраться до рабочего места, причем эти респонденты как II^{ой}, так и III^{ей} группы инвалидности. И только 20% респондентам далеко ездить на работу. При этом основная проблема для опрошенных в том, что они не могут заниматься тяжелым физическим трудом (60% опрошенных). 30% респондентов запрещены легкие нагрузки, такому же числу респондентов нужны особый график работы и работа, не требующая нервного напряжения. Стоит отметить, что 60% опрошенных ответили, что отсутствие специально организованного рабочего места для инвалидов – проблема, которая особенно распространена в городе Буй.

Кроме того, в провинциальном городе у 70% опрошенных не возникали трудности в получении образования, и мы на этом основании можем сделать вывод, что полученное ими образование в основном не может сказываться негативно на их трудоустройстве.

В провинциальном городе трудоустроенные лица с ограниченными возможностями здоровья в целом не удовлетворены своей работой (66% ответов). При этом те, кого устраивает/устраивала работа, работают/работали в сфере образования, государственной службы и промышленности.

Говоря об эффективности работы Службы занятости, стоит отметить, что в большинстве случаев Служба так и не смогла помочь инвалидам найти работу (вакансии полностью отсутствовали в 60% случаев и в 20% – предложенная работа не устроила).

Таким образом, важно следить за существующими проблемами в системе занятости и предпринимать меры для их разрешения.

Список литературы

1. Пристли М. Только взрослые: инвалидность, социальная политика и жизненный путь // Журнал исследований социальной политики. 2004. Т.2. № 1. 91 с.
2. Психология инвалидности: Методические указания / Сост. Н.А. Соловьева; Яросл. гос. ун-т. Ярославль, 2004. 47 с.

ДОКЛАДЫ

ИНВАЛИДИЗАЦИЯ ОБЩЕСТВА КАК ПРОБЛЕМА ТЕХНОЭТИКИ
INVALIDISM AS PROBLEM OF TECHNOETHICS

А.М. Бекарев, Г.С. Пак

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

A.M. Bekarev, G.S.Pak

Lobachevsky University

В техноэтике выделяется специальный раздел, который получил название демологии как учения о народонаселении, в фокусе которого находятся тенденции изменения основных характеристик населения под влиянием современных достижений науки, техники, технологий. Выделяется два тренда, пока не попавших в фокус исследований демологии: рост численности пожилых людей («седое общество») и инвалидизация. В предметное поле техноэтики попадают люди с ограниченными физическими возможностями, ясно и четко осознающими эту ограниченность, которым сохранили жизнь, но ценой каких потерь. Такие люди вынуждены вести «двойную игру», фроммовское «казаться, а не быть» полностью применимо к ним. Ценой, порою невероятных усилий, удается выглядеть как здоровый человек, чем они бесконечно гордятся.

There it is an especial part In the technoethics. Its name is demology as science about population. The focus of researches in demology is connected with trends of changing population depending on of results of science and technic. One can define two trends besides of focus of demology: the first it is a creasing of gray people and the second one - it is an invalidism. One of the question of demology is a human limited physical capacities. Such a human has clear knowledge about own physical limits. But a price of this knowledge is too high. The human needs seem to be healthy but to be ill. And he can be proud by own control.

Ключевые слова: демология, техноэтика, технонаука, инвалидизация, «серое цунами», или «седое общество»

Keywords: demology, technoethics, technoscience, invalidism, gray tsunami, gray society

Техноэтика является смирительной рубашкой для технонауки. Вопрос о том, насколько техноэтика справляется с поставленными перед ней задачами, далеко не праздный и требует пристального и серьезного отношения.

В техноэтике выделяется специальный раздел, который получил название демологии как учения о народонаселении, в фокусе которого находятся тенденции изменения основных характеристик населения под влиянием современных достижений науки, техники, технологий. В цифровую эпоху очевидны две набирающие обороты тенденции в изменении качественных характеристик населения. Увеличение средней продолжительности жизни –

вполне ожидаемый и спрогнозированный результат. Но этот результат превзошел все наши ожидания. В литературе этот феномен получил название «серое цунами», в более мягкой форме это звучит как «седое общество». Увеличение продолжительности жизни оценивается в целом позитивно, русский философ Н. Федоров усматривал в долголетию и бессмертии человека условие нравственного совершенствования человека. Паника возникает в тот момент, когда становится ясно, насколько велико число пожилых людей по сравнению с более молодыми категориями населения.

Вторая тенденция связана с феноменом инвалидизации общества. Инвалидизация общества в общем контексте технауки должна рассматриваться как проявление её мощи и практически безграничных возможностей. В современном обществе возможности медицины сохранить жизнь больному человеку многократно возросли. Сам факт сохранения жизни лишь на первый взгляд представляется неоднозначным: он становится амбивалентным сразу, когда возникает вопрос о цене. Как это ни стыдно признать, но цена вопроса в прямом рыночном понимании для большинства населения России имеет первостепенное значение. Но мы, не имея достаточно смелости, дискуссию о том, какой должна быть современная медицина – коммерческой или некоммерческой, стыдливо обойдем стороной.

В социологии феномен инвалидизации необходимо изучать путем триангуляции, сочетания различных качественных и количественных методов исследования и экстраполировать эффективную, хорошо разработанную методологию, например, при изучении среднего класса, на процесс инвалидизации.

Жесткая структура картины задается объективными показателями. Так, по данным Росстата, в России на 1 января 2018 г. насчитывалось инвалидов всех возрастных категорий 12,1 миллиона человек, что составляет 8,2% от населения всей страны. Среди них представителей мужского пола 5,2 миллиона человек, женского – 6,9 миллиона человек. Пока все выглядит ясно и прозрачно. Но за последние пять лет количество инвалидов в нашей стране сократилось на 7,6 %, упало с 13,1 до 12,1 миллиона человек.

Последнее утверждение выглядит странным и требует интерпретации. Возможных сценариев спектр. Самый оптимистичный: перестали рождаться дети-инвалиды; медицина достигла таких высот, что стала возвращать к нормальной жизни смертельно или серьезно больных людей без значительных потерь физических и интеллектуальных возможностей. Самый пессимистический, и, пожалуй, фантастический, перестали сохранять и продлять жизнь безнадежно больным людям. Самый реалистичный: пересмотрели концепт инвалидности, инвалиды второй группы стали

инвалидами третьей группы, а бывшие инвалидами третьей группы стали здоровыми.

От понимания того, кого считают инвалидом в конкретном обществе, переходим к субъективному восприятию себя как инвалида. Этические проблемы возникают там, где не совпадают социальные и индивидуальные представления об инвалидности. Но это вопрос социальной справедливости, а не проблема техноэтики.

В предметное поле техноэтики попадают люди с ограниченными физическими возможностями, ясно и четко осознающими эту ограниченность, которым сохранили жизнь, но ценой каких потерь. Такие люди вынуждены вести «двойную игру», фроммовское «казаться, а не быть» полностью применимо к ним. Ценой, порою невероятных усилий, ему удается выглядеть как здоровый человек, чем он бесконечно гордится, это с одной стороны. Невероятные усилия перенести патологическую боль, которая получила название «боль-болезнь» [1, р. 91]. С другой стороны, он жаждет вознаграждения за свои усилия, за постоянную боль, сопровождающую каждый его шаг. Больной человек ведет «двойную игру» не только с другими, но и с самим собой. Психика его амбивалентна, неравенство между больными и здоровыми людьми воспринимается им как основной вид социального неравенства. В условиях возрастающей инвалидизации общества данный вид социального неравенства укрепляет свои позиции и его необходимо анализировать в этическом измерении.

Список литературы

1. Boddice R.G. Pain and emotion in modern history. Basingstoke: Palgrave Mfcmillan, 2014. 284 p.

ЭВОЛЮЦИЯ ДИСКУРСА БЕЗБАРЬЕРНОЙ ГОРОДСКОЙ СРЕДЫ* EVOLUTION OF THE DISCOURSE OF AN ACCESSIBLE URBAN ENVIRONMENT

Э.К. Наберушкина
*Московский государственный
гуманитарно-экономический университет*
E.K. Naberushkina
Moscow State University of Humanities and Economics

Рассматриваются основные этапы становления дискурса безбарьерной для инвалидов среды жизнедеятельности, прослеживается роль общественных, политических и академических усилий по формированию дискурса доступности социального пространства и равного гражданства людей с инвалидностью.

The article is devoted to the consideration of the main stages in the development of the discourse of a barrier-free life environment for the disabled, the role of public, political and academic efforts to form a discourse on the accessibility of social space and the equal citizenship of people with disabilities is traced.

Ключевые слова: доступность, безбарьерная среда, люди с инвалидностью, дискурс инвалидности

Keywords: accessibility, barrier-free environment, people with disabilities, disability discourse

Сформированный пласт научных работ, посвященных вопросам формирования доступной для людей с инвалидностью окружающей среды, с определенной долей условности можно разделить на работы концептуализирующие и аналитические. Первый блок работ – это методологические труды, где формулируются научные подходы к прочтению города и горожан, содержится фундаментальная разработка и концептуализация новых подходов и понятий. Так, Х. Делитц, Й. Фишер рассматривают архитектуру с позиции социальной антропологии, с акцентом на культурных отличиях и разнообразии, с опорой на качественные исследовательские методы. Дж. Джейкоб, Л. Мамфорд, С. Полизоидес разработали течение нового урбанизма и единодушны в том, что ключевая проблема города эпохи модернизма и далее постмодернизма – сама его организация.

Второй пласт работ имеет аналитический характер, где детально освещены подходы к созданию доступного пространства, дается оценка социальных эффектов, возникающих в связи с неравенством и барьеризацией городского пространства (Р. Имри, Д. Янг и др.). Академический и

* Статья подготовлена при поддержке РФФИ 18-011-00290\18 «Урбанистическое благополучие инвалидности».

общественный дискурсы инвалидности в значительной степени детерминируют и социально-политическую ситуацию.

В поле общественно-политического внимания к вопросам конструирования безбарьерной для людей с инвалидностью среды можно проследить несколько последовательных стадий. Начальный этап охватывает вторую половину двадцатого века, когда набирала силу проблематизация интеграции и качества жизни граждан с нарушениями развития. В зарубежных странах в это время активно разрабатывались локальные нормы, акты и декларации независимой жизни инвалидов, проекты по формированию обеспечения доступности зданий, образования, занятости, сферы услуг. Однако создание безбарьерной городской среды в это время было отдано преимущественно на откуп региональным властям, которые по своему усмотрению включали задачи безбарьерного строительства в политику территориального развития. Концепция социального планирования стала распространяться после Второй мировой войны, что было обусловлено увеличением числа людей с различными физическими и психическими нарушениями [1]. Первым шагом к официальному закреплению на международном уровне гражданских прав людей с инвалидностью стало принятие ООН в 1975 г. Декларации о правах инвалидов. Вопросы создания городской среды, удобной для всех граждан, остро стояли на повестке дня и требовали унифицированных решений. Американский архитектор Рон Мэйс предложил концепцию универсального дизайна («дизайна для всех»), применимую для всех сфер жизнедеятельности общества и учитывающую эргономические особенности людей с самым разнообразным диапазоном возможностей [2]. Можно считать, что с этого момента сместились акценты: не «архитектура ради архитектуры и искусства», а «архитектура для человека». Антропоцентристский принцип стал с разной степенью успешности распространяться во всем мире.

Второй этап создания доступной среды (1981-1990 гг.) можно назвать этапом движения за независимую жизнь инвалидов. В 1982 г. Генеральной Ассамблеей ООН была принята Всемирная программа действий в отношении инвалидов, которая задавала три главных направления решения проблем инвалидности – предупреждение инвалидности, восстановление трудоспособности и создание равных возможностей [3]. Можно сказать, что именно на втором этапе мировое сообщество официально подтвердило, что уничтожение барьеров является главным условием решения проблем социального неравенства в связи с инвалидностью. Стало широко распространяться понятие «безбарьерная среда» как условие для полного участия инвалидов и других категорий маломобильных людей в жизни

800

общества. Существенную, если не основную, роль для достижения таких результатов сыграли инвалиды-активисты и общественные организации людей с инвалидностью, которые заявляли о себе и своих проблемах. В 1984 г. появилась некоммерческая организация мирового уровня, представляющая интересы людей с нарушениями зрения – Всемирный союз людей с инвалидностью по зрению (The World Blind Union), а ООН определила инвалидность как «столкновение людей, имеющих инвалидность, с культурными, физическими или социальными барьерами, препятствующими их доступу к различным сферам жизни общества, которые доступны другим гражданам». Это стало новым акцентом объяснения и понимания инвалидности, инвалидность стала определяться не через диагноз или потерю трудоспособности, а как ограничение возможностей для участия в жизни общества наравне с другими из-за барьеров окружающей среды.

Третий этап развития дискурса безбарьерности охватывает десятилетие с 1990-2000 гг. В этот период в США, Австралии и Великобритании существенно поменялась политика инвалидности. В США был принят Акт об американцах, имеющих инвалидность (1990), Закон о дискриминации людей с инвалидностью Австралии (1992) и Великобритании (1995), Земельный закон Германии о равноправии (1999). В результате процесса модернизации социальной политики в научный дискурс и повседневный обиход вошли новые термины, обозначающие проблематику инвалидности: «обеспечение равных возможностей», «доступная среда», «преодоление социальной эксклюзии» и др. Хотя на третьем этапе эти понятия и сопутствующие им нормативы преимущественно имели рекомендательный характер, однако они заложили фундаментальную основу для формирования доступной среды и социальной политики инвалидности в целом. Постепенно начинается расширение понимания концепции безбарьерной среды. Если изначально имелась ввиду архитектурная доступность, то впоследствии возникают дискурсы безбарьерности в системе образования, занятости, социокультурных услуг и коммуникативных практик.

Современный (четвертый этап) развития дискурса инвалидности и проектов по созданию доступности (с 2000 г. по настоящее время) характеризуется углубленным изучением взаимовлияния персональных функциональных ограничений, с одной стороны, и инфраструктурных и социальных барьеров – с другой. На современном этапе в академическом, законодательном и социокультурном поле развивается категория инклюзии.

Сегодня анализ проблемы создания доступной для людей с инвалидностью окружающей среды логично продолжать, ставя перед исследователями и разработчиками проектов новые вопросы, а именно, важно:

➤ методом научного анализа определять особенности коэволюции социального и материального на примере социальной роли архитектуры в выработке новых социокультурных кодов коммуникации между типичными и нетипичными горожанами, выявлять, как облик и характеристики городского пространства влияют на социальное гражданство, социальную сплоченность, социальную солидарность жителей современных городов;

➤ изучать специфику современного урбанизма, оценивая городскую инфраструктуру, а также социальные и дистанционные услуги на соответствие принципам инклюзии и универсального дизайна;

➤ маркировать, систематизировать и анализировать возникающие барьеры на пути к нормальной, благополучной жизни инвалидов, давать новые толкования о наличии и характере проблем в области реализации инвалидами права на город;

➤ определять методологические основания анализа доступности городского пространства с позиции основных парадигм социальной теории для понимания эволюции социальных отношений и с целью критической рефлексии подходов к исследованию поля проблем инвалидности для объяснения способов воспроизводства «исключительной» идентичности.

Итак, фактически тематика безбарьерности совершила эволюцию от «устранения архитектурных барьеров преимущественно для инвалидов колясочников» до «необходимости социальной инклюзии и достижения принципов равного гражданства для людей не зависимо от инвалидности». Сегодня разрабатывается методология, которая позволяет системно выявлять и исследовать социокультурные и физические барьеры, исключая людей с инвалидностью из общественной жизни. Происходит все более активное переосмысление инвалидности в феноменологической парадигме, в рамках восстановительной медицины, в дискурсе мобильного гражданства и транстерриториальности. В области обеспечения архитектурной и инфраструктурной доступности реализуются национальные и государственные программы, а на локальных уровнях активистами и профессионалами разрабатываются мастер-планы по преобразованию конкретных объектов и территорий в логике универсального дизайна.

Список литературы

1. Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. Политика инвалидности: социальное гражданство инвалидов в современной России. Саратов: Изд-во «Научная книга», 2006. С. 8-9.

2. Vanderheiden G., Tobias J. Universal design of consumer products: current industry practice and perceptions // Human Factors and Ergonomic Society Annual Meeting. 2000. Т. 44. № 32. Р. 6.

3. Всемирная программа действий в отношении инвалидов [Электронный ресурс]. URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/prog.shtml (дата обращения: 22.06.2018).

**КОНСТРУИРОВАНИЕ ИНВАЛИДНОСТИ В ПРОСТРАНСТВЕ
КОНФЕССИОНАЛЬНОЙ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ**
**CONSTRUCTION OF DISABILITY
IN SPACE OF RELIGIOUS SOCIAL WORK**

И.Э. Петрова

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

I.E. Petrova

Lobachevsky University

Конструирование категории клиент (получатель услуг) в религиозных общинах может существенно отличаться от наполнения смыслом этих понятий в светских государственных социальных учреждениях и некоммерческих организациях. Инвалидность и инвалидизация содержатся в теоретических материалах, практиках социальных работников, а также рассуждениях сотрудников религиозных социальных служб.

Constructing a client (service recipient) category in religious communities may differ significantly from filling it with the meaning in secular state social institutions and non-profit organizations. Disability are contained in theoretical materials, practices of social workers, as well as discourses of religious social workers.

Ключевые слова: религиозные организации, инвалидность, инвалиды, социальное служение

Keywords: religious organizations, disability, disabled, social ministry

Практически все религиозные организации готовы принимать участие в работе с инвалидами в той или иной мере – поддержка немощных определена в Священных Писаниях различных конфессий. Вместе с тем, работа с инвалидами и лицами с ОВЗ обретает своеобразное духовное толкование. Впервые анализ темы конструирования клиента в понимании религиозных социальных служб представлен автором в работе, посвященной самоопределению социальных работников [1, с. 810].

В подведении итогов VI Общецерковного съезда по социальному служению в Москве (Русской православной церкви) в 2016 г. были определены ключевые вопросы работы РПЦ с инвалидами.

Прежде всего, практики и теоретики социального служения отмечают важность создания доступной среды в храмах, которая является «совместной

работой прихожан, священников, специалистов по ситуационной помощи и архитекторов», ориентированной на построение «помогающего пространства» [2].

РПЦ в настоящее время предлагает достаточное разнообразие форм работы с инвалидами, но примеры эти расположены в различных регионах страны, и их трудно систематизировать.

Общины глухих при храмах РПЦ впервые в 2016 г. получили возможность присутствовать на Патриаршей Литургии с сурдопереводом.

По мнению экспертов, одним из самых успешных церковных проектов в сфере помощи инвалидам стал реабилитационный центр сопровождаемого проживания «Квартал Луи», организованный в Пензенской епархии РПЦ. Там было создано первое в России инклюзивное кафе, где работают инвалиды-колясочники; алкоголь в кафе совершенно исключен.

Очень важным представляется тот факт, что приходы РПЦ работают совместно с теоретиками из Российского православного университета им. Св. Иоанна Богослова, православного Свято-Тихоновского гуманитарного университета, а также эффективно адаптируют опыт зарубежных социальных работников.

М.С. Шульман в статье «Служение детям аутистам в церкви» обобщает опыт работы общин церквей евангельских христиан-баптистов и приводит основные положения формирования терапевтической среды во время проведения служений, общения в церкви и вне ее [3].

В работе «Религиозная община в жизни инвалидов» М.А. Подлесная и В.В. Мельникова обобщают опыт создания мастерских как организацию устойчивой связи между инвалидами и здоровыми людьми.

На основе глубинных интервью с преподавателями мастерских при религиозной общине и групповых интервью с инвалидами авторы предпринимают попытку определения значимой роли церковной общины в преодолении последствий стигматизации и «испорченной идентичности» [4].

А.М. Царёв, А.А. Васильева систематизируют опыт деятельности Центра лечебной педагогики и дифференцированного обучения Псковской области. Одним из важных содержательных аспектов работы центра является духовно-нравственное воспитание детей, включающее осмысление ценности жизни (своей и окружающих), укрепление веры и доверия, ориентацию в ценностях православия и следование им на доступном уровне. Вместе с тем, для родителей становятся важными такие темы, как представление о ребенке-инвалиде как «Божьей каре», информация о позиции церкви в отношении людей с ментальной инвалидностью, недостаток церковного опыта у родителей, отсутствие в храме доступной среды. Авторы обращают внимание

на «отсутствие контактов большинства прихожан с людьми, имеющими ментальную инвалидность, и их семьями, что зачастую препятствует налаживанию эффективного общения с инвалидами» [5].

Важным представляется публичное обсуждение темы инвалидности на медиа площадках религиозных объединений. Так, на сайте журнала «Фома» обсуждался вопрос, «Кому нужны инвалиды в Церкви?».

Автор, будучи прихожанином церкви и имея опыт переживания последствий ДЦП, подробно объясняет, что «единичные случаи плохого отношения к инвалидам в нашей Церкви бывают, но говорить о том, что «инвалиды не нужны Церкви» нельзя» [6].

Служба помощи «Милосердие» РПЦ предоставляет следующие направления работы с инвалидами: Уход в больницах (сестры милосердия и добровольцы ухаживают за одинокими пациентами в Первой Градской больнице); Помощь в психоневрологическом интернате (сестры милосердия занимаются со взрослыми инвалидами); Служба помощи людям с БАС (боковой амиотрофической синдром) – служба БАС в Москве действует на базе ЦКБ Святителя Алексия и оказывает помощь людям с БАС и их близким, как медицинскую, так и социальную; Патронажная служба помощи на дому (патронажная служба – это более 60 сестер милосердия. Подопечные службы – люди, требующие многочасового, а порой и круглосуточного ухода: одинокие больные старики, больные с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями, тяжелобольные дети) [7].

Конструирование инвалидности в рамках конфессионального богословия затрагивает сферу духовности и предполагает анализ возможных причин жизненной ситуации инвалида и его окружения, а также формирования смысложизненных ориентаций в связи с Богом и религиозной общиной. По мнению представителей духовенства и практиков социального служения, религиозные общины находятся еще только в самом начале развития доступной среды в культовых сооружениях, а главное – помогающего пространства в религиозных общинах для эффективного общения инвалидов и здоровых людей из состава верующих.

Список литературы

1. Петрова И.Э. Социальные работники религиозных организаций: перспективы профессионального самоопределения /Социальные инновации в развитии трудовых отношений и занятости в XXI веке. Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского; Под общей редакцией З.Х. Саралиевой. 2014. 733 с. С. 808-814.

2. Клишова Г.А. По итогам VI Общецерковного съезда по социальному служению в Москве [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.patriarchia.ru/db/text/4630504.html> (Дата обращения: 05.09.2018).

3. Шульман М.С. Служениям детям аутистам в церкви. Вестник МБС ЕХБ №4-2015, с. 89-100. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://mbs.ru/assets/theognosis/4/articles/shulman.pdf> (Дата обращения: 07.09.2018).

4. Подлесная М.А., Мельникова В.В. Религиозная община в жизни инвалидов // Социологические исследования № 10, 2015. С. 145-15.

5. Царёв А.М., Васильева А.А. Пути сотрудничества специалистов, родителей и церкви в обучении и духовно-нравственном воспитании детей и молодых людей с ментальной инвалидностью [Электронный ресурс]. Режим доступа: [clp.pskov.ru/downloads/29.01.14 Васильева А.А. Царёв А.М. ЦПП-Псков.pdf](http://clp.pskov.ru/downloads/29.01.14%20Васильева%20А.А.%20Царёв%20А.М.%20ЦПП-Псков.pdf) (Дата обращения: 07.09.2018).

6. Кому нужны инвалиды в Церкви? Материалы постоянной рубрики «Вопросы священнику», 26.05.2016 г. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://foma.ru/komu-nuzhnyi-invalidyi-v-tserkvi.html> (Дата обращения: 03.09.2018).

7. Материалы портала Милосердие.рф [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.miloserdie.ru/> (Дата обращения: 08.09.2018).

ВЫСТУПЛЕНИЯ

ИНВАЛИДНОСТЬ КАК ПЕРФОРМАНС: СТРАТЕГИИ САМОПРЕЗЕНТАЦИИ ПОДОПЕЧНЫХ В ПРОЕКТАХ СОПРОВОЖДАЕМОГО ПРОЖИВАНИЯ

DISABILITY AS PERFORMANCE: SELF-PRESENTATION STRATEGIES IN NARRATIVES OF PEOPLE WITH INTELLECTUAL DISABILITY

А.Н. Алтухова
Европейский Университет в Санкт-Петербурге
A.N. Altuhova
European University at St. Petersburg

Люди, имеющие диагноз «умственная отсталость», далеко не всегда считают себя «инвалидами» или «больными». Однако в некоторых контекстах их «диагноз» и «инвалидность» становятся удобными лейблами, которые они используют в своих целях. Этот текст посвящен тому, как они осмысляют и используют эти термины, и тому, какие стратегии саморепрезентации они выбирают вследствие этого.

In some contexts people with intellectual disability prefer not to present themselves as “disabled” or “sick”. In other contexts, they find that their “diagnosis” or “disability” is useful for some purposes. This paper analyzes the conceptualization and usage of these terms (“disability”, “mental retardation” and “mental disorder”) among people with intellectual disability and their self-presentation strategies.

Ключевые слова: интеллектуальная инвалидность, сопровождаемое проживание, антропология инвалидности

Keywords: intellectual disability, assisted living project, anthropology of disability

В последние 10-15 лет в России стала развиваться концепция нормализации жизни человека с инвалидностью¹. Одна из ключевых ее идей – деинституциализация, то есть вывод людей из закрытых учреждений типа психоневрологических интернатов и коррекционных детских домов. Реализуется это в форме сопровождаемого проживания: бывшие подопечные интернатов при помощи педагогов осваивают самостоятельную жизнь в специально подготовленных для этого домах и квартирах. Некоторые в результате смогут выйти из-под сопровождения, другие будут нуждаться в нем всю жизнь.

Я исследую проекты, чьи клиенты – люди с интеллектуальной инвалидностью. У меня есть 68 интервью с подопечными и сотрудниками, а также материалы полевых наблюдений, собранные в трех российских проектах сопровождаемого проживания².

Основной вопрос: как подопечные этих проектов интерпретируют собственную «инвалидность» и какие стратегии поведения и самопрезентации в связи с этим выбирают.

С точки зрения сотрудников проектов, в которых я проводила полевую работу, подопечные ведут себя «ненормально»³ вследствие их социализации и диагноза. Поэтому цель сопровождения – достижение социально-одобряемого поведения⁴. При этом, несмотря на то, что все подопечные биологические взрослые, им не позволяется употреблять алкоголь, мат, иметь сексуальные, а иногда и романтические отношения, распоряжаться деньгами по своему усмотрению. Их положение, скорее, соответствует статусу «детей» или «подростков», которые должны быть подвергнуты «воспитанию». Сопровождение должно в итоге подчинить и обуздать подопечного. Фуко называет подобные методы морального воспитания «слабоумных» психиатра Пинеля душевной ортопедией [4]. Однако подопечных нельзя рассматривать

1. Эта концепция появилась на Западе в конце 60-х годов XX века. Один из идеологов нормализации Бенгт Нирье утверждал, что само общество должно принять индивида с инвалидностью как «нормального» со всеми его особенностями [1]. В это же время другой автор этой концепции Вольф Вольфенсбергер, напротив, считал, что человек с инвалидностью должен научиться соответствовать стандартам поведения [2].

2. Проекты анонимизированы.

3. Понятие нормы и связанное с ним понятие отклонения постоянно меняют свое наполнение, как и критерии, на основе которых происходит это определение [3].

4. Сотрудники в большей мере – приверженцы «нормализации» в трактовке Вольфенсбергера.

как пассивных субъектов. Они по-своему интерпретируют правила, которые им транслируют сопровождающие, и действуют в согласии с этим.

Одни соглашались с предлагаемыми им моделями самопрезентации. Так, в одном из проектов некоторые подопечные, рассказывая о себе и своей жизни, замечают, что изменились в результате сопровождения: например, отказались от драк, воровства и алкоголя, осознали важность образования, постоянной работы и с тех пор сотрудничают с педагогами. С другой стороны, далеко не все из тех, кто рассказывал о себе подобным образом, были на хорошем счету у педагогов. О некоторых, наоборот, сотрудники говорили как о «неисправимых» и тех, за кем постоянно нужно следить.

Саморепрезентация, основанная на стремлении показать себя «нормальным», исключает признание своей «инвалидности»¹. Например, перевод из школы-интерната в интернат для детей с умственной отсталостью информанты чаще всего списывали на «плохое» поведение и практически не упоминали свою успеваемость. «Трудное» поведение, действительно, могло быть причиной перевода в коррекционный детский дом [6, 7], но смещение акцента с успеваемости на иной фактор позволяет моим информантам перенести ответственность за диагноз с себя на других: врачей и воспитателей.

Но даже в тех случаях, когда мои информанты считают свой диагноз «ошибкой» и мечтают о «нормальной» жизни, они не готовы предпринимать шаги, чтобы снимать группу по инвалидности или сам диагноз, поскольку он позволяет получать пенсию. Елена Ярская-Смирнова выделяла группу «тактически зависимых» среди детей с умственной отсталостью в детских домах [8]. Это дети, выбравшие ярлык «умственно отсталого» и рассчитывающие на помощь. В случае моих кейсов роль зависимых берет на себя и те, кто не признает своего диагноза.

Другая стратегия подопечных – отказ следовать за наставлениями персонала. Например, в одном из проектов подопечные, несмотря на десятилетний опыт сопровождения, продолжают в экспрессивной форме заявлять о своих сексуальных потребностях. Сотрудники говорят, что такое поведение – признак наличия «справки», то есть «умственной отсталости».

Однако на это можно посмотреть иначе. В этом проекте запрещены отношения между подопечными. Девушка, которая говорит, что один из проживающих – ее парень, не рискует нарушать запрет: «если застукают, напишут на тебя, и под белы ручки отправят к родителям» (ПМА, декабрь 2016). Не имея возможности легитимно реализовать свои потребности, она

1 О схожих стратегиях на американском примере см. [5].

предпочитает эпатировать сотрудников на улицах города, приставая к прохожим и вынуждая сопровождающих оправдывать ее наличием «справки».

В другом проекте подопечные рассказывали о своей «банде психов», которая, по их словам, безнаказанно пугает местное население. Они уверены, что имея диагноз, не могут получить настоящего наказания и поэтому обретают возможность выходить за рамки общественных норм.

В третьем проекте подопечные, не желающие выполнять рутинные домашние дела, могут сказать «больными», ссылаясь на свою «инвалидность». В таком случае у сотрудника не остается никакого инструмента, чтобы привлечь проживающего к работе.

Подопечный, в отличие от «нормального» человека, пользуется «льготным» положением: ему чаще прощаются некоторые аспекты поведения, за которые «обычный» человек может получить осуждение или наказание. «Инвалидность» же становится источником определённых привилегий.

Переходя к заключению. Вслед за Михаэлем Ангрозино я рассматриваю «инвалидность» как утверждение определенной идентичности, которая создается внутри взаимодействия [8]. В некоторых контекстах мои информанты отрицают свою инвалидность и стремятся «нормализовать» себя. Нередко это приводит к обратному – к усилению контроля со стороны сотрудников, которые не уверены в полном «перевоспитании». В других контекстах подопечные, наоборот, выбирают роль «инвалидов», находя в ней определенные преимущества. Это может приводить к отказу от «нормализации» по тому сценарию, который им предлагают сопровождающие.

«Инвалидность» подопечных проектов сопровождаемого проживания, таким образом, нельзя рассматривать как константу. Мои информанты признают ее или, наоборот, отрицают в зависимости от контекста, то есть используют ее как инструмент и не считают ее неотъемлемой частью своей идентичности.

Список литературы

1. Perrin B., Nirje B. Setting the record straight: A critique of some frequent misconceptions of the normalization principle //Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities. 1985. Vol. 11. No. 2. P. 69-74.
2. Wolfensberger W.P. et al. The Principle of Normalization in Human Services. 1972.
3. Rapley M. The social construction of intellectual disability. Cambridge University Press, 2004.
4. Фуко М. Психиатрическая власть: Курс лекций, прочитанных в Коллеж де Франс в 1973-1974 учебном году. М.: Фуко–СПб.: Наука, 2007.

5. Angrosino M.V. Mental disability in the United States: an interactionist perspective // Questions of competence: Culture, classification and intellectual disability. 1998. P. 25-53.

6. Астоянц М.С. Дети-сироты: анализ жизненных практик в условиях интернатного учреждения. Опыт включенного наблюдения //Социологические исследования. 2006. №. 3. С. 54-63.

7. Rockhill E.K. Lost to the state: Family discontinuity, social orphanhood and residential care in the Russian Far East. Berghahn Books, 2010.

8. Ярская-Смирнова Е.Р. Социальное конструирование инвалидности //Социологические исследования. 1999. №. 4. С. 38-45.

СЕМЬИ С ДЕТЬМИ С ОСОБЕННОСТЯМИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ В РОССИИ: СТРАТЕГИИ РОДИТЕЛЬСКОГО АКТИВИЗМА **FAMILIES WITH CHILDREN WITH INTELLECTUAL DISABILITIES: PARENT'S STRATEGIES OF ACTIVISM**

А.А. Клепикова

Европейский Университет в Санкт-Петербурге

А.А. Klepikova

European University at St. Petersburg

Рассматриваются существующие сегодня в российских городах формы самоорганизации родителей детей с инвалидностью. Родительские сообщества выступают важной формой психологической и социальной поддержки, но их деятельность не всегда приводит к повышению уровня инклюзии детей с особенностями развития и их семей. Родители детей-инвалидов постепенно становятся важными агентами социальной политики.

The paper focuses on the forms of parents' of children with disabilities self-organization in present-day urban Russia. Parents' communities play an important role in providing psychological and social support for families of children with disabilities, though participation in such a community does not necessarily lead to the increased levels of social inclusion for children and their parents. Parents of children with disabilities are gradually becoming influential social policy agents in Russia.

Ключевые слова: инвалидность, дети-инвалиды, социология семьи, родительские организации, активизм

Keywords: disability, children with disabilities, social study of families, parents' organizations, activism

Представим некоторые результаты масштабного социально-антропологического исследования российских семей, в которых проживает ребенок или взрослый с особенностями интеллектуального развития ¹.

¹ Исследовательский проект «Ребенок и взрослый с интеллектуальными отклонениями развития: исследование социальной ситуации семейного проживания людей с инвалидностью» осуществлен при поддержке фонда помощи людям с аутизмом «Выход» и благотворительного фонда поддержки детей и молодежи «Ступени» в 2016-2017 гг. на базе Европейского университета в Санкт-Петербурге.

Исследование было посвящено анализу того, с какими сложностями и социальными барьерами сталкивается семья, в которой растет особый ребенок, какие источники поддержки и помощи оказываются семье доступны, какие формы принимает родительская самоорганизация.

Сбор материалов проходил в трех крупных городах России с использованием качественной методологии социально-антропологического исследования, прежде всего методом глубинных полуструктурированных интервью (N=130) с экспертами (психологами, дефектологами, социальными работниками, психиатрами и др.) и родителями детей или уже взрослых людей с особенностями развития.

В анализе полученных материалов мы опирались на работы в области социологии и социальной антропологии, посвященные рассмотрению семейного контекста взаимодействия с ребенком с инвалидностью и родительских практик и представлений, написанные как на зарубежном, так и на российском материале [например, 1; 2; 3].

Рождение ребенка с особенностями развития само по себе является шоковой ситуацией для семьи, и одна из первых проблем, с которой сталкивается родитель, это отсутствие в российской системе здравоохранения и социального обеспечения подобных четких инструкций и государственной поддержки родителя, как структурной, так и психологической. Значительная часть родителей так и не преодолели первоначально пережитый стресс, связанный с диагностированием у ребенка нарушений развития.

Когда мы задавали родителям вопрос о поддержке и помощи, которую они получают, они редко говорили о государстве как значимом для них агенте, и чаще упоминали различные некоммерческие организации. Однако самым важным источником поддержки для родителей является собственно родительские сообщества, которые могут принимать разные формы: это и группы и форумы в социальных сетях и мессенджерах, и неформальные объединения родителей, которые периодически встречаются вживую, и формальные зарегистрированные общественные организации и ассоциации. Какую бы форму ни принимало такое общение, по словам значительной части родителей, оно является для них особо ценным ресурсом – как информационным, так и психологическим.

Иногда несколько семей объединяются для узких целей: например, для создания сопровождаемого проживания для своих выросших детей или продвижения идеи инклюзивного ресурсного класса для детей с аутизмом. В

крупных городах существуют сетевые родительские ассоциации, которые занимаются лоббированием законопроектов. Но большинство родительских организаций в исследованных нами городах образовались фактически для создания чего-то вроде реабилитационного центра, где с их детьми регулярно занимались бы те или иные специалисты. Иногда такие организации объединяются вокруг определенного диагноза, так как предполагается, что у родителей детей с разными диагнозами (например, аутизм, ДЦП и синдром Дауна) разные проблемы, цели и интересы. Другие функционируют, скорее, по территориальному принципу и включают и детей, и взрослых с разными диагнозами.

Специалисты, работающие там, подбираются не слишком тщательно – это дефектологи, живущие неподалеку, «знакомые знакомых», люди, согласившиеся работать за небольшую плату. Набор занятий в таких центрах типичен для любых реабилитационных центров или домов детского творчества: занятия у логопеда, дефектолога, психолога, рисование, валяние из шерсти, плетение бисером, ритмика, пение. Пребывание ребенка в таком центре иногда превращается в конвейер из посещения всех доступных занятий, родители пытаются прибегнуть как можно к более интенсивной лечебной и педагогической нагрузке. За этими практиками, которые вообще показательны в отношении того, каким образом родители организуют реабилитацию детей с особенностями развития, стоит идея о том, что если в ребенка «впихнуть» как можно больше, то можно как бы перезапустить его организм и приблизиться к норме.

В некоторых случаях родителям удается создать успешные организации, функционирующие на весьма высоком профессиональном уровне, например, если мама сама является специалистом-педагогом высокого уровня. Одна из таких мам, активно взаимодействуя с местной администрацией, успешно пробивает право детей с множественными нарушениями развития на посещение школ не в виде домашнего обучения. Благодаря ее усилиям несколько детей с тяжелыми нарушениями, в том числе ее собственная дочь, пошли в районные школы.

Первоначально мы предполагали, что семья, в которой рождается ребенок с особенностями, будет быстро изолироваться, и число ее социальных связей будет невелико по сравнению с семьей с обычно развивающимися детьми. Однако наш материал показал, что социальные связи семьи скорее перестраиваются, нежели сокращаются: на место бывших друзей приходят новые знакомые из числа других родителей детей с особенностями. В результате такого обновления круг общения родителей порой даже расширяется, хотя остается весьма специфическим: «То есть аутизма стало в

какой-то момент слишком много в семье. И старший наш ребенок в какой-то момент сказал: «Мама, ты знаешь, у меня такое ощущение, что у нас у всех друзей у детей аутизм». Он, в общем-то, был прав, потому что, ну, и отношения, будем говорить, с друзьями, со знакомыми, с родственниками тоже как бы изменились. Кто-то остался, а кто-то, в общем-то, понемножечку ушел» (мама ребенка с аутизмом).

То есть, социализация происходит в сообществе себе подобных и в целом, за некоторыми исключениями инклюзивных проектов, не подразумевает большей включенности детей с инвалидностью в общество.

Во многом родительские организации нацелены не на детей и на их реабилитацию, а на самих родителей. Для них оказывается важным как можно чаще приходить в такую организацию, здесь они ощущают поддержку, могут пообщаться со «своими» – теми, кто всегда поймет, и одновременно создать комфортную среду для детей, где они могут не чувствовать себя «не такими, как все». При этом, описывая родительское сообщество, родители нередко прибегают к метафорике стаи, которая обороняется от враждебного общества или государства: «В любом обществе похожие, люди с похожими проблемами сбиваются в какие-то кучки. Организуют какие-то свои, там, не знаю, сообщества. Так проще выжить. Это уж закон стаи, что ли. И нам проще. Мы помогаем друг другу. Мы встречаемся, мы организуем какие-то праздники, мы ездим друг к другу в гости. Мы друг с другом общаемся естественно, мы не стесняемся, нас не стесняются в этой среде» (мама ребенка с ТМНР).

Именно благодаря родительскому активизму в Европе и США во второй половине XX в. были расформированы крупные учреждения типа больниц или интернатов для людей с инвалидностью. В сегодняшней России так или иначе значительная часть перемен, которые мы наблюдаем в области стигматизации, социальной инклюзии, соблюдения прав людей с особенностями развития, происходят благодаря усилиям родителей и родительских организаций либо при их активном участии. Родители в некоторой степени становятся значимой общественной социально-политической силой, а субъективная оценка качества жизни родителя возрастает при условии включенности его в деятельность родительских организаций.

Список литературы

1. Goode D. A World Without Words. The Social Construction of Children Born Deaf and Blind. Philadelphia: Temple University Press, 1994.

2. Hartblay C. Accessing Possibility: Disability, Parent-Activists and Citizenship in Contemporary Russia. Diss. Master Thesis. Chapel Hill, North Carolina: University of North Carolina, 2012.

3. Landsman G.H. Reconstructing Motherhood in the Age of “Perfect” Babies. NY: Routledge, 2009.

**ИНВАЛИДНОСТЬ В СОЦИОКУЛЬТУРНОМ КОНТЕКСТЕ:
РЕТРОСПЕКТИВА И ПЕРСПЕКТИВА**
**DISABILITY IN A SOCIOCULTURAL CONTEXT: A RETROSPECTIVE
AND PERSPECTIVE**

В.П. Козырьков

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

V.P. Kozyrkov

Lobachevsky University

Процесс инвалидизации человека анализируется в социокультурном контексте, с позиции целостного понимания его здоровья. Раскрываются общие исторические тенденции инвалидизации, противоречия ее современного состояния и перспективы дальнейшей эволюции. Автор показывает, что процесс инвалидизации приобретает индивидуализированную и управляемую форму, оставаясь социокультурным продуктом.

The process of disability of a person is analyzed in a sociocultural context, from the position of a holistic understanding of his health. The general historical tendencies of disability, the contradictions of its current state and prospects for further evolution are revealed. The author shows that the process of disability acquires an individualized and controlled form, remaining a socio-cultural product.

Ключевые слова: здоровье, инвалидизация, социокультурный контекст инвалидизации, природа человека, перспектива развития человека

Keywords: health, disability, socio-cultural context of disability, human nature, the perspective of human development

Инвалидизация, то есть ограничение здоровья человека, уже давно вышла за границы социально-медицинской проблемы, волнующей только людей, не способных к труду наравне с другими или не способных даже самостоятельно обслуживать себя в повседневной жизни, поэтому нуждающихся в государственной регуляции и социальной помощи. Поэтому в документах ВОЗ с 1948 г. здоровье рассматривается как состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов [1]. В соответствии с таким пониманием здоровья кратко раскроем генезис, тенденции изменения и перспективы инвалидизации общества в социокультурном контексте.

Содержание и формы инвалидности изменяются по мере изменения социальных, правовых и культурных норм, позволяющих утверждать одни виды инвалидности и исключать другие. Изменяются и оценки изменяющейся инвалидности. В настоящее время она оценивается как особенность развития организма или ограничение здоровья. Хотя ограничения не абсолютны: ограничение в чем-то одном компенсируется возможностью проявления способностей человека в другом направлении. Поэтому инвалидность можно рассматривать не как дискриминационный элемент, вызывающий стигматизацию, а как необходимый элемент общего социокультурного процесса развития природы человека, который уходит глубоко в историю культуры и не имеет завершенного характера. Интересный материал об эволюции отклонений в развитии человека могут дать археологи. Многие народы использовали специальную форму инвалидизации с целью приобретения необычных способностей и воздействия на племенных духов. В романе В. Гюго «Человек, который смеется» инвалидность создавалась для забавы, демонстрации власти господина над другим человеком. Как пишет В. Гюго, все видели «глаза – как две узкие щелки, зияющее отверстие вместо рта, плоская шишка с двумя дырками вместо ноздрей, сплюснутая лепешка вместо лица – в общем нечто, являющееся как бы воплощением смеха; было ясно, что природа не могла создать такое совершенное произведение искусства без посторонней помощи» [2]. Гюго описывает нравы эпохи Возрождения, но в 1869 г., во время издания романа, причиной массовой инвалидности стала стремительно развивающаяся промышленность, уродующая человека в соответствии с профессией. Профессиональная инвалидность, вызванная множеством профессиональных заболеваний, лидировала и в XX веке, «сореvнуясь» с инвалидностью, полученной на полях военных действий. Сферами, в которых приобретается инвалидность, стали спорт высоких достижений, компьютерные технологии и сетевые сообщества, создающие нездоровые увлечения, приводящие к инвалидности. Завершением этой тенденции, превращающей оздоровление в его противоположность, стали культуризм и похудание. В качестве «искусства» создания инвалидности, о котором писал В. Гюго, стала, опять-таки, не природа, а медицинский, информационный и научно-технический прогресс.

Таким образом, здоровье человека имеет свои границы, но никто не знает, каковы они будут в будущем, если исходить из общекультурных требований и возможностей. Зато мы можем сказать, каковы они были в прошлом. В 60-е годы, когда физики ценились выше, чем лирики, человека будущего рисовали в образе головастика, то есть с атрофированным телом, немощными руками и

ногами. Следовательно, человека будущего можно было назвать инвалидом, если его связывать только с развитием информатики и абстрактного мышления.

Но если перенестись в позапрошлый век, то в первой половине XIX века образ человека будущего был иным, так как в моде были не физики, а лирики. Таким, как нарисовал его А.С. Пушкин двумя строчками: «всегда восторженная речь, и кудри черные до плеч». Сразу вспоминаются и соответствующие портреты той поры: Д. Байрона, Л. Бетховена, Э. Гофмана, К. Батюшкова и др., включая самого А. Пушкина. В эпоху романтизма истоком в поисках идеала человека были Средние века с их культом духовности. К концу XIX века в культуре неоромантизма на передний план стали выдвигаться не духовные параметры человека, а физические. Если еще в 30-е годы XIX века инвалидность можно было «заслужить» за самостоятельные и смелые высказывания о судьбе России, чем отличился П.Я. Чаадаев, высочайше объявленный сумасшедшим, то в конце XIX века помешательство стало считаться признаком гениальности в теории Ч. Ломброзо.

Что интересно, жизнь многих из романтиков была отягощена заболеванием, которое по нынешним меркам давало им право на инвалидность. Так, Д. Байрон родился с деформированной правой стопой, а Л. Бетховен страдал глухотой. К. Батюшков, один из поэтов, у которого учился поэтическому творчеству А.С. Пушкин, страдал душевной болезнью. Но вот сам А.С. Пушкин, «переболевший» романтизмом, был физически и психически здоровым человеком, поэтому анализ его творчества позволил писателю М. Зощенко вывести своеобразный закон социокультурного параллелизма, который сформулирован им так: «Нередко душевный конфликт возникал у людей, почти минуя биологические основы, действуя вне их. Таков, видимо, душевный конфликт Пушкина. Безвыходное положение в России – вот что лежало в основе его конфликта и вот что привело поэта к гибели» [3]. Этот вывод вписывается в рамки современного понимания здоровья и отклонения от него в теории депривации. Хотя медицинские исследования [4] причин смерти поэта показали, что А.С. Пушкин страдал и физически, имея аневризму на правой ноге. Мог бы стать инвалидом и в результате ранения, если бы жизнь его спасли. Однако никто сейчас всерьез не будет утверждать, что причиной творчества первого русского национального поэта стала инвалидность, породившая комплекс физической неполноценности, которая компенсировалась стремлением проявить себя в духовной сфере. В то же время вряд ли корректно утверждать, что социокультурные факторы воздействуют на поступки человека, «минуя биологические основы».

В получении инвалидности всегда есть определенная несправедливость, если даже инвалидность имеет врожденный характер. Особенно тогда, когда

человек чувствует способность к творческому труду. Стигматизированный человек рефлексивно оценивает общество как негуманное, жестокое и в этом смысле, если вспомнить исходное широкое определение понятия здоровья, как общество-инвалид, если самим инвалидом оценка дается как общекультурная. Только инвалидизированное общество с соответствующей культурой внутри себя стремится локализовать инвалидность, исключая и стигматизируя часть людей, ограниченных в своих способностях и функциях, как инвалидов.

Инвалидность имеет и другой широкий смысл. Общество обладает такой системой разделения труда, которая развивается на основе видов деятельности, нормирования и ограничения способностей здоровых людей среднего возраста. Создается представление, что подростковость и пожилой возраст – это тоже инвалидность, которой не может миновать ни один человек. В то же время само общество с его жесткой системой разделения труда порождает новые виды инвалидности и обрекает человека на дисгармоническое развитие, когда одни способности развиваются в ущерб другим. Разумеется, инвалидность имеет и врожденные истоки. Общество стремится решить возникшие проблемы с помощью медицины, учреждений реабилитации и социальной помощи, но всегда остается чувство несправедливости из-за того, что инвалид никогда так и не узнает, что значит быть здоровым. Точно так же, как инвалидизированное общество не знает своего здорового состояния.

Попробуем наметить общую социокультурную перспективу, исходя из тенденций развития инвалидности, обращая внимание лишь на две крайние тенденции. В настоящее время обещают, что с помощью новых высоких технологий человек в будущем будет избавлен от инвалидности и даже усовершенствован. Будущее рисуется сообществом суперменов, у которых возможности здоровья в перспективе не будут ограничены. На другом полюсе – возрождение «искусства» (В. Гюго) инвалидизации, которая производится с эстетической, рейтинговой, коммерческой или какой другой индивидуальной целью. Тело, но не только оно, но также область социальных и духовных отношений людей деформируются. Утрачиваются границы нормального: феномены здоровья и инвалидности претерпевают релятивизацию. Инвалидность не исчезает, но складывается инклюзивная культура, в которой об инвалидности, с правовой точки зрения, говорить не корректно, но существование людей с ограничениями в здоровье признаются. Границы ограничения здоровья подвижны, но сохраняются. Но с помощью права и политкорректности нельзя решить проблему инвалидности антропологически.

Такое состояние общества будет существовать достаточно долго. До тех пор, пока не возникнет новая культура, которая исключит причины для стигматизации части общества в качестве инвалидов, или людей с

ограниченным здоровьем. Возникнет *общество реального антропологического равенства* с соответствующей социальной и духовной культурой. Понятно, что о такой отдаленной перспективе будущего общества сейчас можно только мечтать, но делаются первые шаги в этом направлении.

Список литературы

1. Всемирная организация здравоохранения // URL: <http://www.who.int/about/mission/ru/> Дата обращения 12.09.2018.
2. Гюго В. Человек, который смеется // <https://ruwapa.net/book/chelovek-kotoryj-smeetsya-viktor-gyugo-7920/> Дата обращения 12.09.2018.
3. Зошенко М.А. Перед восходом солнца // URL: http://bookscafe.net/book/zoschenko_mihail-tom_7_pered_voshodom_solnca-200419.html Дата обращения 12.09.2018.
4. Смерть Пушкина глазами врача // URL: <https://fishki.net/1665293-smert-pushkina-glazami-vracha.html> Дата обращения 12.09.2018.

СОЦИАЛЬНОЕ САМОЧУВСТВИЕ ИНВАЛИДОВ (НА МАТЕРИАЛАХ Г. ИВАНОВО) SOCIAL WELL-BEING OF DISABLED PEOPLE (ON MATERIALS FROM CITY OF IVANOVO)

Е.В. Панкратова, И.Н. Смирнова
Ивановский государственный университет
E.V. Pankratova, I.N. Smirnova
Ivanovo State University

Описываются различные составляющие социального самочувствия инвалидов. На основе качественного интервью характеризуются социально-экономический, социально-политический и духовный компоненты, а также особенности социального самочувствия инвалидов г. Иванова.

The article describes various components of the social well-being of disabled. On the basis of qualitative interviews socio-economic, socio-political and spiritual components and the features of the social mood of the disabled are characterized on the example of the city of Ivanovo.

Ключевые слова: социальное самочувствие, социальное настроение, инвалиды
Keywords: social well-being, social mood, disabled

Российская Федерация – государство, в котором социальная политика играет значительную роль в жизни населения. Однако организация современной общественной жизни часто не учитывает потребности людей, имеющих инвалидность. Эти проблемы отражаются в исследованиях

социального самочувствия как показателя эффективности социальной политики государства и удовлетворенности жизнью человека.

Изучению социального самочувствия различных групп и общностей посвящено достаточно работ. Для структурирования категории «социальное самочувствие инвалидов» и последующего эмпирического анализа были задействованы работы Я.Н. Крупец [1], Л.И. Михайловой [2], Л.Е. Петровой [3], Г.П. Бессокирной [4], Н.Б. Гафизовой, Е.В. Панкратовой и И.Н. Смирновой [5].

Социологическое исследование методом качественного интервью было проведено в 2017 г. В опросе приняли участие 15 информантов в возрасте от 18 лет, мужчины и женщины, имеющие разные группы инвалидности. Участники интервью подбирались методом снежного кома. В качестве основных эмпирических индикаторов социального самочувствия инвалидов были выделены: социально-экономический, социально-политический и духовный компоненты, а также характеристики социального настроения изучаемой социальной группы.

Социально-экономический компонент социального самочувствия. Мнения о работе органов социальной защиты у информантов неоднозначные: только трое из пятнадцати опрошенных позитивно оценивают работу органов социальной защиты. У инвалидов сохраняются претензии к ежегодному подтверждению своей болезни: «...Ну вот, например, у меня болезнь с детства, и всеми врачами доказано, что никуда она не уйдет, но я все равно каждый год хожу на переосвидетельствование...» (муж., 21 г., 3-я гр.). В ходе интервью выяснилось, что все информанты обладают низким уровнем осведомленности о формах и мерах социальной защиты населения. Качество медицинской помощи не удовлетворяет большинство инвалидов. К основным причинам такой ситуации информанты относят: плохое отношение медицинского персонала, устаревшее оборудование, некачественные лекарственные препараты: «Запустили меня. В прошлом году я мог умереть. Врача еле дождался, а меня еще и госпитализировать не хотели. Думал, помру. Здравоохранение не работает...» (муж., 49 л., 2-я гр.). «Я не доволен медицинскими услугами. Я много лет уже наблюдаюсь в кожно-венерологическом диспансере. И все это время меня лечат одним и тем же. Нет никакого развития. Они словно стоят на одном месте ...» (муж, 21 г., 3-я гр.). Однако нам встретились и позитивные оценки качества медицины: «Обращаюсь по мере необходимости. Очень доволен всем. Прекрасные врачи, хорошее медицинское оборудование, очень нравится медицинское обследование в 4 городской больнице» (муж., 87 л., 2-я гр.). По результатам опроса выяснилось, что чем дольше информант имеет инвалидность, тем негативнее его оценка предоставляемого медицинского обслуживания.

Жалуясь и критикуя политику социальной защиты, инвалиды не знают своих прав, проявляют своего рода инфантильность в данном вопросе. *«Думаю, что никаких прав нет»* (жен., 60 л., 3-я гр.).

Социально-политический компонент социального самочувствия.

Мужчины проявляют интерес к политике, постоянно смотрят новостные передачи, женщины – либо не проявляют интереса вообще, либо узнают о каких-то событиях и изменениях из рассказов людей из ближайшего окружения. На вопрос об участии в выборах информанты отвечали часто отрицательно (5 из 15): *«Бесполезно это. Все за нас решат и так»* (муж., 35 л., 3-я гр.), *«На выборы ни разу не ходила»* (жен., 21 г., 3-я гр.).

Информанты, которые принимали участие в выборах (10 из 15), в большинстве своем люди, имеющие свое собственное мнение об обстановке в стране, но в целом выраженной гражданской позиции у опрошенных нет.

Духовный компонент социального самочувствия. На вопрос о главной ценности в жизни информанты все, за исключением двух, назвали семью, аргументируя такими суждениями: *«без семьи мы никто»*, *«семья – это наше все»*, *«ради семьи я и живу»*. Один из информантов отметил долголетие (муж., 87 л., 2-я гр.), другой – *«Душевное равновесие. Потому что если уравновеситься, то будешь намного проще относиться ко всем проблемным ситуациям»* (жен., 39 л., 3-я гр.).

Жизненное кредо информантов говорит о позитивном настрое на будущее: *«Не делай другим того, чего бы ты не хотел, чтобы сделали тебе, а своим родным всегда делай так, чтобы им было хорошо»* (жен., 45 л., 2-я гр.), *«Не унывать, всегда двигаться вперед»* (муж., 57 л. 2-я гр.), *«Все, что ни делается, все к лучшему»* (муж., 66 л., 2-я гр.).

Досуг информантов очень разнообразен. Практически все назвали чтение книг, просмотр любимых сериалов и телешоу. Но на этом досуговая деятельность не ограничивается. Многие посещают кинотеатры, театры, практически все любят прогулки по городу. Многие имеют хобби или любимое занятие, от которого получают удовольствие: *«У меня много всяких занятий. У меня есть хобби – это наращивание ногтей. Совмещаю полезное с приятным. Мне это нравится, да еще и небольшой доход приносит. Еще нянчусь с моим маленьким братиком»* (жен., 21 г., 3-я гр.), *«Досуг у меня очень интересный. Я зимой и летом занимаюсь рыбалкой. Огород я не могу назвать досугом. Потому что это тоже работа. А вот именно свободное время я отдаю рыбалке»* (муж., 66 л., 2-я гр.).

Следующий вопрос, предложенный инвалидам, стал несколько затруднительным для них: *«Как, по Вашему мнению, Вас оценивают окружающие?»*. Многие были смущены, отказывались отвечать. *«Они меня*

ценят, я думаю, потому что я добрый, всегда помогаю им. Друзья считают меня умным, целеустремленным» (муж., 21 г., 2-я гр.), *«Они считают, что я позитивный человек»* (жен., 39 л., 3-я гр.), *«Мои недостатки видны сразу. Но оценивают, я думаю, как человека неглупого, активного, где-то взбалмошного, и, конечно же, я добряк»*(муж., 21 г., 3-я гр.).

Опрошенные нами инвалиды – люди с нормальной самооценкой, а не с низкой, как часто принято считать. Информанты оценивают себя следующим образом: *«... я пессимист. Но ведь пессимист – это хорошо информированный оптимист»* (жен., 39 л., 3-я гр.).

Большинство информантов, согласно опросу, верят в Бога, но нельзя сказать, что они воцерковленные люди. Их отношение к религии – *«просто верю»*. Для них вера в Бога – это надежда на лучшее, духовная потребность, облегчение.

Вопрос о том, нужны ли инвалиды обществу, некоторых информантов привел в состояние эмоционального возбуждения, а ответы на него носили полярное содержание: *«Почему нет? ... Я нужна обществу. Я такая же, как и все!»* (жен., 21 г., 3-я гр.) и, например, *« Я считаю, что я не нужен, потому что государство на нас расходует бюджет, хоть это и копейки»* (жен., 60 л., 3-я гр.). Интересная точка зрения принадлежит одной из информанток: *«Человек нужен только самому себе. Вообще, обществу никто не нужен. Обществу нужен не человек, а то, что можно с него взять. Мне кажется, сам человек решает, нужен он обществу или нет. Я нужна себе и своей семье. Сначала ты должен стать нужным себе, потом своим близким, а только потом уже и обществу»* (жен., 39 л., 3-я гр.).

Социальное настроение. Практически все информанты обладают хорошим и отличным настроением (13 из 15). На вопрос: *«Бывают ли у вас апатии или депрессии?»*, практически все отвечают: *«бывают как у всех»*. В основном причинами этого выступают ссоры с окружающими, проблемы в семье, на работе. В результате опроса было выявлено, что инвалиды независимо ни от возраста, ни от характера инвалидности, не впадают в депрессии из-за болезни, стойко справляясь с трудностями. Некоторые из опрошенных считают, что их жизнь в течение трех лет изменится в лучшую сторону. *«Мне кажется, что жизнь изменится в лучшую сторону. Я смотрю вперед с оптимизмом, но стараюсь особо не загадывать ничего. Но мне кажется, все должно быть хорошо»* (жен., 21 г, 3-я гр.), *«Хорошо бы, если бы не изменилось вообще. В лучшую вряд ли изменится. Я хочу, чтобы оно осталось на этом уровне»* (жен., 39 л., 3-я гр.).

Информанты в той или иной мере причисляли себя к счастливым людям: *«Полностью счастливым, нет. Я бы смог назвать себя счастливым человеком,*

когда все-таки уйдет моя болезнь. Потому что сейчас это, пожалуй, единственное, что меня тяготит»(муж., 21 г., 2-я гр.), «Могу. Для меня главное, чтобы было душевное родство, чтобы родные мои были счастливы и здоровы. Пока все это есть, и я счастлива» (жен., 39 л., 3-я гр.).

Таким образом, проведенное исследование позволяет зафиксировать как позитивные, так и негативные оценки в структуре социального самочувствия инвалидов. Негативную оценку чаще всего получают «внешние», в большей мере не зависящие от самого человека составляющие социального самочувствия: социальное обслуживание, политическая обстановка, качество медицины. Позитивно оцениваются «внутренние» составляющие социального самочувствия, что непосредственно прибавляет инвалидам оптимизма: семья, друзья, любимое занятие, вера.

Список литературы

1. Крупец Я.Н. Социальное самочувствие как интегральный показатель адаптированности // Социологические исследования. 2003. № 4. С. 143-144.
2. Михайлова Л.И. Социальное самочувствие и восприятие будущего россиянами // Социологические исследования. 2010. №3. С. 45-50.
3. Петрова Л.Е. Социальное самочувствие молодежи // Социологические исследования. 2000. № 12. С. 50-55.
4. Бессокирная Г.П. Социальное самочувствие рабочих // Социологические исследования. 2008. № 3. С. 34-37.
5. Гафизова Н.Б., Панкратова Е.В., Смирнова И.Н. Социальное самочувствие мужчин и женщин малого города (на материалах Ивановской области) // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Сер. Социальные науки. 2016. № 4 (44). С. 135-147.

ТРУДОУСТРОЙСТВО ИНВАЛИДОВ КАК АСПЕКТ СОЦИАЛЬНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ РОССИИ DISABLED PEOPLE EMPLOYMENT AS AN ASPECT OF RUSSIA'S SOCIAL SECURITY

А.С. Сорокин

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

A.S. Sorokin

Lobachevsky University

Рассматриваются новые возможности трудоустройства инвалидов в современной экономике России. Анализируются перспективы решения этой проблемы и трудности в осуществлении государственной политики на этом направлении.

The article investigates new employment opportunities in the modern Russian economy for people with disabilities. The prospects for solving this problem are analyzed as well as the difficulties in implementing state policy in this direction.

Ключевые слова: трудоустройство инвалидов, техническая вооруженность, информатизация, социально-экономическая политика, социальная безопасность

Keywords: employment of persons with disabilities, technical equipment, informatization, social and economic policy, social security

Современный мир сталкивается с многочисленными серьезными вызовами, существенная часть которых относится к сфере социальной безопасности. Социально-экономические показатели практически всех стран мира продолжают демонстрировать длящееся уже продолжительное время снижение, и общество неминуемо испытывает последствия этих тенденций. Проблемы в сфере социальной безопасности накапливаются, и их решение требует комплексной концептуальной проработки с учетом как общих для всех стран мира тенденций, так и особенностей каждой страны. Все сказанное в полной мере относится и к России.

Решение многочисленных проблем в социально-экономической сфере Российской Федерации наиболее целесообразно осуществлять системно, рассматривая эти трудности как элементы общей картины российской экономики и российского общества. Такой подход позволит определить ключевые точки приложения сил, воздействие на которые даст эффект сразу в нескольких сферах жизни. Рынок труда России представляется как раз такой ключевой точкой, реформирование которого позволит одновременно решать проблемы в экономике и в социальной сфере. Причем эффект от таких действий будет долгосрочным и со временем станет транслироваться в другие сферы общественной жизни.

В этой связи особо следует отметить проблему трудоустройства инвалидов, так как она имеет особый социальный статус, не теряя при этом своего экономического значения. В современном мире представители экономических и гуманитарных наук неоднократно указывали, что ключ к решению проблем социально-экономического развития лежит в русле максимального использования человеческого потенциала [1], и именно человек и его возможности в рамках трудовой деятельности могут создать предпосылки к преодолению кризисных явлений. В рамках этих представлений вопрос трудоустройства инвалидов приобретает особое значение.

Следует отметить, что существует несколько общемировых экономических тенденций, способных спровоцировать значительное переосмысление проблемы трудовой деятельности инвалидов. Прирост производства в отраслях реального сектора экономики ключевых стран сейчас

осуществляется в основном не за счет дальнейшего разделения труда, которое уже стало очень глубоким, а за счет повышения технической вооруженности отдельных рабочих мест [2]. Информатизация и научно-технический прогресс в целом сделали возможным существенное расширение возможностей каждого работника при выполнении ряда требований к его рабочему месту. Во многих случаях это означает его компьютеризацию и большую автоматизацию, что открывает и более широкие перспективы привлечения инвалидов к такой работе. Эта тенденция совпадает с тенденцией создания компьютерных ресурсов, специализированных устройств и специализированного программного обеспечения для освоения инвалидами компьютеров, посредством которых они получают многие новые возможности для интеграции в общество.

Кроме того, крупнейшими корпорациями ведется практически непрерывная работа по улучшению администрирования трудовой деятельности своего персонала [3]. Учитывая тренды в этой сфере, инвалиды могли бы показать высокие показатели соответствия требованиям к характеристикам индивидуальных качеств сотрудников. Для рабочих мест с высокой степенью компьютеризации и для удаленных рабочих мест при работе по сети «Интернет» такие индивидуальные характеристики могли бы стать важнейшим критерием привлекательности приема инвалидов на работу.

В целом, расширение возможностей трудоустройства инвалидов в современной экономике открывает перспективы не просто использования этого инструмента для социализации инвалидов, но и извлечения прямой экономической выгоды, сделав их труд максимально эффективным. Кроме того, существует очень недооцененная возможность привлечения инвалидов к научной деятельности, что требует отдельного осмысления.

Следует признать, что в России реализация этих общемировых тенденций сталкивается с немалым числом как объективных, так и субъективных трудностей. Среди объективных препятствий в первую очередь следует упомянуть невысокий уровень технической оснащенности отраслей реального сектора экономики. Он, в свою очередь, ведет к недостатку рабочих мест с высокой технической вооруженностью. Причиной такого положения дел является как дороговизна промышленного оборудования с высокой автоматизацией, так и общий недостаток средств у российских предприятий для инвестирования в основные фонды. Это приводит к тому, что, например, каждый станок с ЧПУ становится большой ценностью для предприятия и его могут «доверить» только самому опытному оператору, а число таких станков, как правило, невелико. Инвалиду в таких условиях почти невозможно выиграть трудовую конкуренцию на таких предприятиях.

В дополнение к этому, недостаток средств для инвестирования в основные фонды приводит к тому, что дорогостоящее оборудование устанавливается в неподготовленное помещение, которое тем более не подойдет для организации работы инвалида[4].

Эти проблемы, в свою очередь, порождены общей структурой российской экономики, маленький внутренний рынок которой порождает низкий спрос и не позволяет производителям накопить ресурсы для технической модернизации. Решение этой проблемы возможно только в рамках гораздо более широкой структурной реформы российской экономики либо при условии создания специализированной госпрограммы спонсирования высокотехнологичных рабочих мест именно для инвалидов.

Существует и субъективная сторона подхода российского государства к решению проблемы трудоустройства инвалидов. В первую очередь речь идет о нормативной базе, которая может быть охарактеризована как устаревшая, во всяком случае применительно к трудовой деятельности инвалидов. Главный закон в этой сфере был принят еще в 1995 г.(!), когда технические возможности экономики и ее структура кардинально отличались от современных [5]. Постановление правительства о конкретных мерах обеспечения поддержки инвалидов датировано 2005 г. [6], последние изменения в него вносились в 2014 г. и не носили коренного характера. Эти документы дают правильные базовые принципы такой работы, но совершенно не отражают и не используют новых возможностей экономики по привлечению инвалидов к трудовой деятельности. Квоты приема на работу инвалидов и организации для них подготовленных рабочих мест в законе одинаковы для всех работодателей и не учитывают новые тенденции изменения трудового рынка. Вообще не рассматривается вопрос повышения эффективности труда инвалидов в рамках их трудовых функций в свете новых технологий и, соответственно, не предусмотрены меры господдержки предприятий, самостоятельно ставящих перед собой такую цель.

Представляется весьма обоснованной идея о необходимости специализированной государственной программы по поддержке в России тех новых видов экономической деятельности, которые за счет автоматизации производства, информатизации и интернет-ресурсов могут создать совершенно новые возможности трудоустройства инвалидов.

В целом, необходимо понимание и государством, и обществом того важнейшего факта, что в новых технических условиях трудовая деятельность инвалида становится не просто экономически выгодной, но и способной внести огромный вклад в успех компаний и корпораций. Никакие объективные и тем более субъективные факторы не отменяют необходимости решения государством

проблемы трудоустройства инвалидов. Такая работа является элементом не только социальной, но и экономической политики, причем ориентированной на использование самых передовых технических достижений современного мира.

Список литературы

1. Subramaniam Ananthram, Christopher Chan. Challenges and strategies for global human resource executives: Perspectives from Canada and the United States. *European Management Journal*. V. 31. I. 3. June 2013. P. 223-233. Электронный ресурс <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0263237312001429> (Дата обращения: 14.10.2018)

2. Думная Н.Н. Неравномерность развития мирового хозяйства в условиях глобализации // Электронный ресурс. <http://www.rnirkin.ru/docs/dumnaaya/neravnomer.pdf>. (Дата обращения: 14.10.2018)

3. Mason Stevenson Measuring Employee Experience: How the pulse survey is an indicator of company health. <https://www.hrexchangenetwork.com/employee-engagement/articles/measuring-employee-experience-how-the-pulse-survey> (Дата обращения: 16.10.2018)

4. См. например: Фрезерные Станки с ЧПУ – это просто. Электронный ресурс. <https://habr.com/company/3dtool/blog/404453/> (Дата обращения: 15.10.2018)

5. Федеральный закон "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" от 24.11.1995 N 181-ФЗ (последняя редакция). – Электронный ресурс. http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/ (дата обращения: 17.10.2018)

6. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2005 г. N 2347-р "О федеральном перечне реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду". – Электронный ресурс. – http://www.socialnaya-podderzhka.ru/normativnaja_baza/rasporjazhenie_pravitelstva_rossijskoj_federacii_2347/ (Дата обращения 17.10.2018)

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ ЛЮДЕЙ
С ИНВАЛИДНОСТЬЮ
(ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)
PROFESSIONAL INTEGRATION OF DISABLED PEOPLE
(BASED ON SOCIOLOGICAL RESEARCH DATA)**

Д.К. Танатова, И.В. Королев
Российский государственный социальный университет, г. Москва
D.K.Tanatova, I.V. Korolev
Russian State Social University, Moscow

Профессиональная интеграция людей с инвалидностью способствует решению экономических и социальных задач государства, позволяет включить людей с ограниченными возможностями здоровья в полноценную социальную жизнь. Конкурсы профессионального мастерства для инвалидов «Абилимпикс» являются современной платформой для их профессиональной интеграции. Удовлетворенность участников, по результатам социологического исследования, подтверждает этот запрос.

Professional integration of people with disabilities promotes the solution of economic and social problems of the state, will allow to include physically disabled people in full-fledged social life. Competitions professionally of skill for disabled people of "Abilimpiks" are the modern platform for their professional integration. Research interest is attracted by motivation and satisfaction of participants of similar competitions.

Ключевые слова: сфера труда, чемпионат «Абилимпикс», профессиональное мастерство

Keywords: labor, championship "Abilimpiks", professional skills

В настоящее время в России, по данным Пенсионного фонда РФ, зарегистрировано 12 миллионов 226 тысячи 579 инвалидов [1]. По мнению А.А. Шабуновой и других экспертов: «К 2030 году возможно увеличение общероссийского показателя ещё на 10%» [2; 3].

Проблеме инвалидности населения российской государство уделяет пристальное внимание. Законодательно запрещена любая дискриминация по признаку инвалидности, людям с ограниченными возможностями здоровья оказывается социальная поддержка. Во многих городах городская инфраструктура адаптируется под нужды инвалидов [3]. Безусловно, это положительно сказывается на качестве жизни людей с ограниченными возможностями здоровья, но это качество определяется и такими важными аспектами жизни человека, как социальная включенность в жизнь общества и востребованность профессиональных навыков человека [4].

Сегодня число людей с инвалидностью трудоспособного возраста (от 15 лет до 55 лет женщины и до 60 лет мужчины) составляет 3 млн. 657 тыс. 373, или 29,9%. При этом работающих инвалидов – 1 млн. 859 тыс. 162 человека [1]. Таким образом, около половины инвалидов трудоспособного возраста не работают.

Трудовая изоляция человека с ограниченными возможностями здоровья не позволяет ему самостоятельно удовлетворять собственные нужды и потребности. Эту задачу приходится решать обществу и государству, что с экономической точки зрения актуализирует проблему инвалидности населения. Как считают В.А. Похвошев, О.А. Колесникова, Ю.А. Фирсова, трудоустройство инвалидов экономически выгодно государству: «Средства, вложенные в профессиональное образование инвалидов, возвращаются государству через уплату налогов. Обучение и последующее рациональное трудоустройство позволит инвалидам реализовывать концепцию независимой жизни, обеспечить им самостоятельный доход вне зависимости от государственной социальной помощи в виде пособий и пенсий». [5, с. 332].

С точки зрения Т.И. Гориной и В.Б. Кефели, посредством трудовой деятельности человек не только обеспечивает себя экономически, но и получает возможность реализовать свои способности, осознать себя полноценным гражданином [6].

Одним из методов интеграции инвалидов в социальную среду и формой их профессиональной самореализации являются конкурсы профессионального мастерства. Наша страна в 2014 г. присоединилась к международному некоммерческому движению «Абилимпикс». В рамках этого движения гармонизируются лучшие мировые практики профессионального образования, совершенствуются профессиональные стандарты, повышается престиж рабочих профессий и проводятся конкурсы профессионального мастерства среди инвалидов [7].

В России регулярно проводятся региональные и национальные чемпионаты «Абилимпикс», в которых участвуют инвалиды различных групп и нозологий. В связи со спецификой конкурсантов, важной задачей является выявление их потребностей, ожиданий от участия в соревнованиях, профессиональных устремлений [8]. Лабораторией социологического анализа факультета социологии РГСУ в декабре 2017 г. в ходе III Национального чемпионата «Абилимпикс» было проведено социологическое исследование, которое получило название «Абилимпикс в оценках участников».

Генеральную совокупность составили сами конкурсанты, а также, учитывая специфику здоровья конкурсантов, в нее были включены люди, помогающие конкурсантам: их родители и сопровождающие, эксперты конкурса, зрители – 890 человек, прибывшие из 153 российских городов. Выборочная совокупность – 507 человек. В выборочную совокупность было включено 358 участников (инвалидов различных групп и нозологий), 62 родителя и сопровождающих конкурсантов, 45 экспертов, 42 зрителя. Инструментарием сбора социологических данных выступила специально разработанная анкета.

Представим некоторые результаты социологического исследования. Его важной задачей являлось выявление мотивов людей с инвалидностью принять участие в конкурсе профессионального мастерства. Анализ собранных данных позволил определить, что среди таких мотивов доминирует самореализация. Главной целью участия в конкурсе почти 90% участников считают демонстрацию окружающим своих профессиональных возможностей. За победой на конкурс приехали 47,8% респондентов. Несколько меньшей, но тем не менее значительной частью опрошенных (41,3%) главным мотивом участия в конкурсе «Абилимпикс» было названо желание продемонстрировать свои профессиональные качества. То есть, для большинства конкурсантов основным мотивом вступить в конкурсную борьбу является потребность получить от окружающих высокую оценку своего профессионального мастерства, продемонстрировать свои профессиональные умения. Свои умения в полной мере смогли продемонстрировать 62,4% опрошенных.

Значительная часть респондентов посредством участия в чемпионате «Абилимпикс» смогла отыскать для себя новые возможности профессионального развития. Новые профессии, которые могут быть освоены людьми с инвалидностью, увидели 62,2% опрошенных. Примерно половина респондентов (48,6%) уверены, что участие в конкурсе «Абилимпикс» поможет им в трудовой самореализации. Надеются на это более трети опрошенных (36,2%). Лишь относительно небольшая доля участников чемпионата (12,6%) скептически оценили конкурсы как площадку, которая может помочь в профессиональной интеграции.

В целом III Национальный чемпионат «Абилимпикс» по профессиональному мастерству для людей с инвалидностью получил от участников высокую оценку. Принять участие в этом конкурсе еще раз выразили желание подавляющее большинство респондентов (91,3%).

Проведенный анализ позволяет сделать вывод, что для людей с ограниченными возможностями здоровья крайне важна профессиональная интеграция. Платформа «Абилимпикс» сегодня является эффективным конкурсным механизмом, позволяющим людям с инвалидностью заявить о себе как о полноправном участнике рынка труда и продемонстрировать окружающим свои профессиональные способности.

Список литературы

1. Пенсионный фонд РФ. Сведения из федерального реестра инвалидов [Электронный ресурс] URL: <http://www.pfrf.ru/opendata/7706016118-fgisfri/data-20180529T165315-structure-20171110T150615.csv> (дата обращения 20.06.2018).

2. Проблемы социальной консолидации: инвалиды в региональном сообществе: монография / А.А. Шабунова, О.Н. Калачикова, Н.А. Кондакова, М.В. Морев, Л.Н. Фахрадова, Ю.Е. Шматова. Вологда, 2014. 134 с.

3. Бикбулатова А.А., Починок Н.Б. Конкурсы профессионального мастерства для людей с инвалидностью как механизм профориентации и содействия трудоустройству людей с инвалидностью и ОВЗ. Психологическая наука и образование. 2017. Т. 22. № 1. С. 81-87.

4. Бикбулатова А.А., Солдатов А.А., Невская М.В. Создание центров содействия трудоустройству инвалидов и лиц с ОВЗ в высших учебных заведениях // Вестник УГАЭС. Наука, образование, экономика. Серия: Экономика. 2015. № 3(13). С. 36-40.

5. Похощев В. А., Колесникова О. А., Фирсова Ю. А. Методологические основы профессиональной реабилитации и содействия занятости людей с ограниченными возможностями здоровья // МИР (Модернизация. Инновации. Развитие). 2017. Т. 8. № 2. С. 330-336.

6. Горина Т. И., Кефели В. Б. Проблемы трудоустройства инвалидов: региональный аспект // Вестник Института социологии. 2016. № 18. С. 97-11.

7. Конкурс. Абилимпикс – это [Электронный ресурс] // Официальный сайт Национального чемпионата по профессиональному мастерству для людей с инвалидностью «Абилимпикс». URL: <https://abilympicspro.ru/konkurs/> (дата обращения 27.06.2018).

8. Tanatova D.K., Bikbulatova A.A., Korolev I.V. The participants' attitude to III national competition of professional skills // Contemporary problems of social work. 2018. Том: 4. № 3 (15). С. 49-57.

**СОЦИАЛЬНАЯ «ИНВАЛИДАЦИЯ» ОТЦОВСТВА
И ОТЦОВСКО-ДЕТСКИХ ОТНОШЕНИЙ*
SOCIAL «DISABILITATION» OF FATHERHOOD
AND FATHER-CHILD RELATIONS**

А.Л. Янак

Национальный исследовательский

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

A.L. Ianak

Lobachevsky University

Рассматриваются причины и направления социальной «инвалидизации» (позиционирования отца как вторичного, проблемного, некомпетентного родителя) современного отцовства и отцовско-детских отношений в контексте актуальных тенденций в сфере семьи и брака. Предложены рекомендации по позитивизации коннотаций мужского родительства.

* Выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта №18-311-00348 «Трансформация детско-родительских отношений в эпоху информатизации общества».

Considered the reasons and vectors of social «disabiliation» (positioning father as a secondary, problematic, incompetent parent) of modern fatherhood and father-child relations in the context of current family and marriage trends. Proposed the recommendations on the father role's positivation.

Ключевые слова: кризис отцовства, социальная «инвалидизация» отцовства, модернизация отцовства, отцовско-детские отношения

Keywords: fatherhood crisis, social «disabiliation» of fatherhood, fatherhood modernization, father-child relations

Состояние развития современного отцовства и актуальных форм отцовско-детского взаимодействия научным и общественным сообществом интерпретируется крайне неоднозначно. Одни оценивают актуальные процессы как кризисные [1, 2, 3], другие – как модернизационные [4, 5, 6].

В первом случае отцам инкриминируется снижение репродуктивной функции (ориентация на малодетность, различные формы мужского бесплодия и несовместимости с партнершей/ супругой), потеря монополии на материальное обеспечение семьи и социальную практику кормильца, а значит, главы семьи, ограниченное выполнение родительских обязанностей в целом, маргинализация отцовского статуса и нивелирование отцовско-детских отношений в контексте высокой представленности в обществе постразводных и внебрачных материнских семей, скудность и низкая ценность отцовско-детских контактов вследствие интенсивной трудовой занятости, перекладывания воспитательной нагрузки на других семейных и внесемейных агентов социализации (мать ребенка, бабушки и дедушки, отчимы в повторнобрачных семьях, дошкольные и развивающие учреждения, медицинские организации, школа, няни), отсутствие родительской субъектности, осознанности, ответственности.

Кризис отцовства встривается в:

- институциональный кризис семьи;
- кризис маскулинности и множественной социальной идентичности;
- несовершенства социальной, семейной и гендерной политик;
- конкурирование индивидуальных карьерных (и в целом профессиональных), творческих и семейных установок, ориентаций и ценностей.

Изначальная обусловленность кризиса «негативными» тенденциями в субинституте отцовства превращается в обратный процесс воспроизводства неблагоприятных практик, социального аутсайдерства или изолированности отцов, оценки отцовско-детских отношений как менее значимых, ресурсных и перспективных, чем материнско-детские – социальной «инвалидизации» отцовства. Яркими проявлениями оказываются постразводная безотцовщина

вследствие запретов бывших жен на контакты с ребенком, восприятие монородительских отцовских семей как сугубо проблемных, лишенных шанса на выживание и нормализацию, самостоятельного варианта воспитания детей отцом неприемлемым, инфантилизация и чрезмерная опека отцов со стороны матерей, не допускающих мужчин к уходу за детьми.

В рамках модернизации отцовства актуализируются следующие дискурсы:

✓ многообразии социальных практик отцовства означает адаптацию к глобальным тенденциям и плюральным формам семейно-брачных отношений;

✓ современное отцовство не ограничивается негативными практиками, развиваются модели вовлеченного и ответственного отцовства, отвечающие потребностям дисфункциональных, «двухкарьерных» и эгалитарных семей в установлении баланса между выполнением родительских и профессиональных ролей;

✓ повышается ценность, субъектность и родительская компетентность отцов в условиях материнской депривации и асоциальности (в случаях наличия у матерей алкогольной или наркотической зависимости, неспособности и нежелания обеспечивать детей, осознанного отказа женщин от продолжения материнства в пользу отцов при распаде семейной/ супружеской ячейки), «возращения» и увеличения доли участия отцов в приватной сфере;

✓ в ответ на «игнорирование», нарушение, дискриминирование родительских потребностей и прав мужчин консолидируются отцовские инициативы (объединения, ассоциации, сообщества, группы само- и взаимопомощи), призванные компенсировать, частично снизить или ликвидировать социальную несправедливость, помочь в решении семейных проблем и удовлетворить частные запросы.

В 2013-2018 гг. автором было проведено исследование методом глубинного интервью «Социальные практики отцовства в семьях различных типов», в котором приняли участие 46 информантов-отцов в возрасте от 24 до 57 лет, проживающих в Нижегородской области и воспитывающих детей в полных (моногамных) семьях, повторных и фактических браках, после развода. Выборку составили одинокие отцы, биологические отцы и отчимы.

Материалы помогли выявить доказательства следования как кризисной, так и положительно окрашенной трансформационной аргументации мужского родительства.

Если оставить одинокого отца с ребенком, вероятность того, что ребенок доживет до 3-х лет, в моем понимании, минимальна. Не то, что с мамой, с которой ребенок выживет с вероятностью 99%. Я представлял моменты: не дай Бог произойдет что-то, и ты останешься один. Дальше

просто ...ну, как смерть. Ты просто взял и умер (М., 34 года, воспитывает 2-х дочерей в полной моногамной семье).

... Сыну говорили, что папа ушел в другой дом. Да, он пока ничего не сознавал, так как маленький. Со временем понял, наверное. ... За последний год вот виделась раза 3... звоню очень редко. Ну, чувство вины ... стараюсь оттягивать звонки. Скучаю, но ничего исправить не могу... (М., 48 лет, разведен, сыну 19 лет, отец в повторных отношениях не состоит).

Много ругани... И денег мало, и не играю с детьми, и не умею ничего, «желания не вижу»... Да какое желание, когда пашешь по 15 часов в сутки? Клиенты, нервы... Я делаю, что могу: все сыты, одеты, обуты, я на подхвате. Что еще надо? Что такое идеальный отец? Такого не бывает. Бывает нормальный отец и ненормальный. Ненормальный отец ... Их нет просто! Они смываются! Нормальный отец – это когда... отца дети уважают. Он должен позаботиться о том, чтобы дети были обеспечены, не давать их в обиду. Вот главное. Все остальное – это мать. (М. 36 лет, воспитывает в полной семье дочь и сына).

И вообще, я не понимаю, почему одинокое отцовство? У меня дети, я в принципе не могу быть одиноким (М. 48 лет, самостоятельно воспитывает 2-х дочерей после смерти жены).

Не так давно я начал планировать иск в суд о направлении ее (жены) на психологическую экспертизу. ...Проблема не в лишении родительских прав, проблема в том, что она неадекватная, и ее нужно лечить. ...Я не добиваюсь того, чтобы сказать детям «у вас нет мамы», как она делает. ...Хотя меня там поливают грязью. ...Но как договориться с сумасшедшей? Как договориться с человеком, который не хочет договариваться? Поэтому я и хочу взять инициативу в свои руки, защитить детей, дать им нормальные условия для жизни, учебы, без посторонних личностей (М., 57 лет, разведен, борется за право воспитания 2-х детей).

... Зачастую отцов воспринимают как тяжелую рабочую силу для ремонта... где не нужно включать интеллект... Мы ломаем стереотип и говорим, что мужчина – двигатель прогресса, он тот компас, который задает направление семье. Мы являемся примером, который позволяет детям ориентироваться и быть активными в обществе. ...Они не то, чтобы социализируются в наших проектах, они, глядя на пап, становятся нормальными мужиками, которые в дальнейшем создают семьи и помогают государству. ...Воспитывая детей, мы зачастую забываем о том, что начинать нужно с воспитания родителей (А. Заремба, председатель Совета отцов г. Нижнего Новгорода, воспитывает 4-х детей в моногамном браке).

На наш взгляд, в условиях информатизации общества минимизации или преодоления кризиса и социальной «инвалидизации» отцовства и отцовско-детских отношений можно достичь путем конструирования позитивного образа отцовства, популяризации ответственного родительства мужчин через СМИ (одно из направлений деятельности Совета отцов г. Нижнего Новгорода), совершенствования семейной политики (например, расширение социальных предпочтений для одиноких, двухдетных, многодетных отцов), повышения лояльности судебной системы в отношении мужчин, проявляющих высокую заинтересованность в продолжении отцовской роли после развода, реализации и поддержки практики совместной опеки и семейной медиации в бракоразводных процессах и постразводной ситуации, социальной и финансовой поддержки отцовских гражданских инициатив.

Список литературы

1. Безрукова О.Н. Отцовство в трансформирующемся обществе: ожидания матерей и практики отцов // Социологические исследования. 2013. №11(355). С. 118-130.
2. Игнатова О.В. «Кризис отцовства» как индикатор гендерной асимметрии // Актуальные проблемы психологического знания. 2010. №2. С. 50-57.
3. Кон И.С. Мужчина в меняющемся мире. М.: Изд-во «Время», 2009. 496 с.
4. Авдеева А.В. «Вовлеченное отцовство» в современной России: стратегии участия в уходе за детьми // Социологические исследования. 2012. №11. С. 95-104.
5. Михеева А.Р. Трансформация института отцовства в контексте модернизации брака и семьи // Вестник Новосибирского государственного университета. Серия: Социально-экономические науки. 2000. Т.1. №1. С. 104-114.
6. Рыбалко И.В. Трансформация отцовства в современной России: автореф. дис. ...к.соц.н.: 22.00.04 / Саратов. гос. техн. ун-т. Саратов. 2006. 18 с.

Инвалиды – инвалидность – инвалидизация

Материалы международной
научно-практической конференции
г. Нижний Новгород, 27-28 сентября 2018 г.

Составитель и научный редактор: З.Х. Саралиева

Компьютерная верстка: Д.Е. Ивашечкина, Е.С. Рябинская, А.Л. Янак

Подписано в печать 19.11.2018
Формат 60x84 1/16. Усл. печ. л. 49,2
Тираж 500 экз.

Издательство НИСОЦ
г. Н. Новгород, Казанское ш., д.10/1, к.6

Отпечатано в типографии
Нижегородского госуниверситета им. Н.И. Лобачевского
г. Н. Новгород, ул. Б. Покровская, д. 37