

МОДЕЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

С. Г. Головки

По данным Всемирной организации, здравоохранения, каждый десятый житель нашей планеты - инвалид. В мире их 600 млн. человек, из них около 12,5 млн. - в России. В научной литературе инвалидность рассматривается как нарушение или отсутствие какой-либо из функций человеческого организма.

В данной работе мы будем придерживаться этого определения.

Социальная политика в отношении инвалидов осуществляется с целью их успешной социальной интеграции, которая является средством социального развития общества. В качестве средства она отражает способность общества развиваться «на принципах недискриминации, терпимости, уважения многообразия, равенства возможностей, солидарности, безопасности и участия всего населения, в том числе групп и лиц, находящихся в неблагоприятном положении, уязвимых групп и лиц». В общем, интеграция инвалидов в социальное общество осуществляется через эффективный реабилитационный процесс.

Данные нашли отражение в России, когда в 1995 г. был принят закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» - первый нормативный документ, который активно защищает права людей с ограниченными возможностями. Согласно данному закону, основным направлением социальной политики в решении проблем инвалидности является комплексная реабилитация, которая включает в себя медицинскую, социальную и социально-профессиональную. Особое значение имеет социальная реабилитация, так как она является наиболее обширной областью: это комплекс программ и действий, направленных на восстановление социальных функций человека, его социального и психического статуса в обществе.

Процесс социальной реабилитации является двухсторонним и встречным. Общество должно идти навстречу инвалидам, адаптируя среду обитания и мотивируя их к интеграции в общество. С другой стороны, люди с ограниченными физическими возможностями должны сами стремиться стать равноправными членами общества.

Для успешной интеграции граждан с ограниченными возможностями в общество необходимо обеспечить эффективную реализацию различных составляющих социальной реабилитации. К ним мы относим социореабилитацию, социокультурную реабилитацию, социально-профессиональную и самореабилитацию. По нашему мнению, можно выстроить иерархию этих направлений социальной реабилитации и таким образом построить модель социальной реабилитации (рис. 1).

В этом случае социальная реабилитация может быть особенно эффективной.



Рассмотрим составляющие социальной реабилитации в отдельности.

Социореабилитация является важным компонентом социальной реабилитации инвалида, - это первый этап на пути его самореабилитации. Однако на сегодняшний день данное направление является недостаточно исследованным, имеющиеся работы в основном посвящаются такой категории, как заикающиеся подростки и взрослые.

Социореабилитация инвалида – это процесс восстановления социальной полноценности личности. Причины социальной неполноценности могут быть самыми разными: сенсорная, опорная либо другая инвалидность, речевые нарушения и т. д. Задача социореабилитации – с помощью технических средства реабилитации восстановить нормальные отношения инвалидов с окружающими людьми вопреки физическому или психическому дефекту.

Целью социореабилитации является развитие мотивационной включенности инвалида, что способствует изменению его самосознания, самоотношения и взаимоотношений инвалида и его ближайшего окружения, а также углублению самопознания родственниками своей роли и ответственности.

Мы видим социореабилитацию, прежде всего, как возможность удовлетворения первичных потребностей, которые позволят инвалиду задумываться об удовлетворении вторичных потребностей. Под удовлетворением первичных потребностей в данном случае мы понимаем создание для инвалида условий, при которых он может полноценно включиться в жизнь общества вопреки физическому дефекту. Во-первых, это обеспечение инвалида адаптированным и комфортным жильем, техническими средствами реабилитации (протезы, инвалидные коляски, ходунки, слуховые аппараты и т.д.), необходимыми медикаментами, материальными и иными социальными гарантиями, предусмотренными законодательством. Во-вторых; это систематический патронаж со стороны медиков, социальных работников с целью контроля над состоянием здоровья и взаимоотношений с родственниками, проживающими или осуществляющими уход за инвалидом, его поддержку.

Когда первичные потребности удовлетворены, инвалид, как и любой индивид, стремится удовлетворить вторичные потребности (потребность в статусе, в достижениях, во власти, в принадлежности и т. д.).

В данном случае речь идет о втором этапе, который включает в себя социокультурную, социально-профессиональную и семейно-бытовую реабилитацию. Социокультурная

реабилитация инвалидов - то комплекс мероприятий и условий, позволяющих адаптироваться инвалидам в стандартных социокультурных ситуациях: заниматься посильной работой, находить и использовать нужную информацию, расширять свои возможности интеграции в обычную социокультурную жизнь. В рамках социокультурной реабилитации инвалидов мы характеризуем досуговую реабилитацию. Это не просто включение инвалида в досуговое окружение, но и формирование у него качеств, позволяющих использовать различные формы досуга.

В современной литературе имеется множество публикаций, в которых рассматривается социологический аспект культурно-досуговой деятельности разных категорий населения, пребывающих в нормальных, естественных условиях свободного времяпрепровождения, но практически нет социологических исследований досуга инвалидов.

Данный вопрос поднимал С. С. Кучинский в конце XX в. применительно к инвалидам-спинальникам, где он представил результаты исследования содержания и организации досуга больных с последствиями травм и заболеваниями спинного мозга, проходящих курс лечения в специализированном санатории им. Н. Н. Бурденко (Крым, г. Саки).

Было выявлено, что наиболее распространенными видами досуговых занятий среди инвалидов-спинальников являются чтение, просмотр передач по телевизору, прослушивание радиопередач, грампластинок и магнитофонных записей, а также отдых в кругу семьи. Наиболее привлекательными для них являются такие виды занятий, как прогулки на свежем воздухе, туризм, путешествия, поездки, посещение концертов, кино. Однако они так и остаются наименее реализованными.

Использование средств культуры и искусства способствует реабилитации инвалидов, ускорению их социальной интеграции и возрастанию их трудовой активности. Одна из задач социокультурной реабилитации заключается в том, чтобы выявить, какие виды деятельности интересуют инвалидов, и по возможности организовать их реализацию. Кроме того, социокультурная реабилитация способствует расширению творческого потенциала инвалида.

По нашему мнению, основы процесса социокультурной реабилитации составляют разнопрофильные культурно-досуговые мероприятия (информационно-образовательные, развивающие и т.п.). Эти мероприятия направлены на развитие коммуникативных навыков, приобретение опыта социального взаимодействия, новых умений и навыков, расширение круга общения.

Как известно, право на труд и право на образование являются неотъемлемыми правами каждого человека, и в том числе инвалида. Не подлежит сомнению, что инвалиды должны получать профессиональное образование и в дальнейшем иметь рабочее место по профессии.

Социально-профессиональная реабилитация инвалидов включает получение среднего образования, профессиональную ориентацию, профессиональное обучение или переобучение, рациональное трудоустройство, профессионально-производственную адаптацию.

Образование инвалидов осуществляется преимущественно в сегрегированной форме: в специализированных учреждениях, классах, на дому. Специальные учебные заведения не обеспечивают подготовки инвалидов на уровне, гарантирующем их конкурентоспособность, а некоторые из них готовят специалистов, которые заведомо оказываются невостребованными. Уровень образования инвалидов гораздо ниже, чем у неинвалидов. Очевидна и узость профилей профессиональной подготовки инвалидов.

В соответствии с Федеральным законом «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» утверждается порядок квотирования рабочих мест для инвалидов организациями, численность работников в которых составляет более 30 человек (ст. 21). Федеральный закон от 29 декабря 2001 г. № 188 изменил порядок и размер взимаемой квоты. Ранее квота составляла не менее 3 % среднесписочной численности с правом субъектов Российской Федерации устанавливать более высокий уровень занятости инвалидов на предприятии, сейчас этот уровень может варьироваться в пределах от 2 до 4 %. Теперь принимать на работу инвалидов обязаны только те предприятия, в которых занято не менее 100 человек.

Кроме того, согласно последним изменениям в законодательстве, размер пенсии инвалида зависит не от группы инвалидности, а от степени утраты способности трудовой деятельности. Если инвалид I группы с III степенью ограничения трудоспособности устраивается на работу, то ему снимают III степень ограничения трудоспособности и пенсия по инвалидности значительно уменьшается. Получается, что человеку выгоднее не работать, а сидеть дома.

За нарушение прав инвалидов в области трудоустройства, в частности за отказ работодателя в приеме на работу инвалида в пределах установленной квоты, предусмотрена ответственность по статье 5.42 «Кодекса об административных нарушениях Российской Федерации», что влечет наложение административного штрафа в размере от двадцати до тридцати минимальных размеров оплаты труда. Однако законодательство не принесло желаемого результата, т.к. трудоустройство инвалидов на квотируемые рабочие места сдерживается следующими обстоятельствами: несоответствием рабочих мест, условий работы, специальности требованиям индивидуальной программы реабилитации, режимам работы предприятия, его местоположению. Создание рабочих мест для инвалидов требует от работодателя значительных экономических затрат и финансовых ресурсов, которые в большинстве случаев у него отсутствуют, в результате работодатели стремятся выделить для инвалидов наименее затратные рабочие места, малоприспособленные для труда.

С целью преодоления вышеперечисленных проблем, связанных с социально-профессиональной реабилитацией, мы считаем, что нерационально создавать новую систему образования и организации труда для инвалидов, а рациональнее адаптировать к ним уже имеющуюся систему, т.е. создать непрерывную инклюзивную систему образования. Инклюзивное образование - это термин, который используется для описания процесса обучения детей инвалидов в общеобразовательных школах. Мы предполагаем, что эффективность социально-профессиональной реабилитации инвалидов повысится при использовании непрерывного инклюзивного образования. Однако данное направление пока не получило подробного социологического изучения и исследования.

Полноценная социальная реабилитация инвалидов не может осуществляться вне семейно-бытового контекста, в котором живет человек: семьи, дома-интерната и социального окружения в целом.

Среди впервые признанных инвалидами лица трудоспособного возраста составляют 51,3 %. Причины приобретения инвалидности может быть множество: травма, несчастный случай, прогрессирование заболевания и т.д. Не стоит забывать и об увеличении числа детей-инвалидов, в 2001 г. их было зарегистрировано 617 096 человек.

Наступление инвалидности - серьезная психологическая травма для самого инвалида и его ближайших родственников, друзей, знакомых и сотрудников. Проблемы данного характера подтверждают необходимость изучения такой составляющей социальной реабилитации, как семейно-бытовая реабилитация.

Среди исследователей, занимающихся изучением проблем семейно-бытовой реабилитации, можно отметить Е. А. Кулагину, Е. Р. Ярскую-Смирнову, Е. Г. Свистуну, Э. К. Наберушкину и др.

Е. В. Кулагина отмечает, что государственная политика поддержки семей с инвалидами, и с детьми-инвалидами в особенности, не способствует поддержанию необходимого уровня жизни для значительной доли семей. Поскольку родители вынуждены брать всю заботу на себя, ухудшается материальное благосостояние, снижается адаптационный потенциал семьи, особенно социально-экономический потенциал женщин, которые теряют экономическую активность и свой профессиональный статус.

При таких обстоятельствах инвалиды, включая детей, сталкиваются с многочисленными трудностями. Основная нагрузка по их преодолению переносится на ближайших родственников. Российским законодательством предусматривается оказание помощи семьям с детьми-инвалидами, но объектом социальной защиты государства является инвалид, а не семья, занимающаяся большую часть времени его восстановлением. Поэтому интерес к семьям

возникает только в момент решения вопросов, связанных с инвалидностью детей, - их лечением, проведением реабилитационных мероприятий, обслуживанием. Не учитывается то обстоятельство, что многие из родителей не имеют возможности работать, чтобы материально обеспечивать детей. В этой связи семейное воспитание детей-инвалидов должно быть обеспечено мерами социальной защиты, позволяющими исключить особые проблемы по уходу, лечению и связанные с этим ограничения занятости родителей.

Семейно-бытовая реабилитация способна послужить медиатором, когда семья сталкивается с подобной стрессовой ситуацией. Она выражается не только в материальной поддержке со стороны государства, но и в помощи социального работника, социального психолога, друзей, соседей, родственников. Говоря о семейно-бытовой реабилитации, мы подчеркиваем не только необходимость помощи родственникам инвалида, но и важность создания инвалидами своего семейного очага, т.к. это важная составляющая жизни любого человека.

Для улучшения положения семей с инвалидами и с детьми-инвалидами в частности в современных экономических условиях необходима разработка целенаправленной системы мер социальной защиты и психологической поддержки, основывающейся на научном обосновании процессов адаптации семей с инвалидами.

При условии успешного прохождения второго этапа социальной реабилитации наступает третий этап, на котором происходит самореабилитация инвалида. Самореабилитация инвалидов - это прежде всего изменение индивида под влиянием внутренне присущих ему противоречий, т.е. сознательная и целенаправленная деятельность человека с ограниченными физическими возможностями по формированию и совершенствованию у себя навыков, утраченных по каким-либо причинам, а также развитие способностей, качеств, обретение связей и т.д. Процесс самореабилитации инвалида протекает совместно с процессом самоактуализации личности. Человек начинает осознавать себя хозяином своей судьбы, не испытывает комплексов и включается в социальную жизнь.

Степень самореабилитации инвалида зависит от воздействия внешних и внутренних побудительных сил. Влияние внутренних побудительных сил обусловлено потребностями, интересами, желаниями, стремлениями, ценностями, идеалами, мотивами, а также психологическими особенностями (темперамент, воля, внимание) человека с ограниченными физическими возможностями. Важно учитывать осознание личностью экстремальной ситуации, в которой она находится и, возможно, обречена находиться в течение всего жизненного цикла (при неизлечимой слепоте, глухоте, слепоглухоте, при тех или иных неустранимых увечьях, при неизлечимом параличе и других заболеваниях).

В самом благоприятном случае этот процесс должен перейти в форму постоянной личностной самореабилитации сознательного саморазвития, самосозидания, самотворчества в отношениях с окружающими людьми и самим собой.

Проблемы самореабилитации применительно к инвалидам в современной науке изучены недостаточно подробно, поэтому проведение дополнительного социологического изучения более чем актуально.