

ФОРМИРОВАНИЕ ИНКЛЮЗИВНОГО СОЗНАНИЯ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ КАК УСЛОВИЕ ИХ УСПЕШНОЙ СОЦИАЛИЗАЦИИ

Л. П. Васильева, А. В. Борисенко

Белорусский государственный университет
пр-т Независимости 4, 220004, Минск, Республика Беларусь
belaya.vezha@yahoo.com

В данной публикации на материалах проведенных исследований изложены особенности инклюзивного потенциала, качества жизни, потребности в достижении у лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата с разным уровнем социальной активности. На основании результатов исследования были сформированы рекомендации по социально-психологическому сопровождению социальной реабилитации лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата: коррекция отношения к собственному заболеванию и функциональным нарушениям; оптимизация психоэмоционального состояния, повышение нервно-психической устойчивости; развитие социального потенциала; формирование морально-нравственной ориентации; привитие ответственности, интереса к социальной жизни, поощрение просоциального и альтруистического поведения; повышение уровня социальной активности и работоспособности; развитие поведенческой гибкости.

Ключевые слова: лица с нарушениями опорно-двигательного аппарата; инвалиды; социальная инклюзия; качество жизни; социальная значимость болезни; потребность в достижении.

FORMATION OF INCLUSIVE CONSCIOUSNESS OF PERSONS WITH DISABILITIES AS A CONDITION OF THEIR SUCCESSFUL SOCIALIZATION

L. P. Vasilieva, A. V. Borisenko

Belarusian State University
4, Nezavisimosti Av., 220004, Minsk, the Republic of Belarus
belaya.vezha@yahoo.com

In this publication, based on the materials of the studies, the features of inclusive potential, quality of life, social significance of the disease and the need to achieve in persons with musculoskeletal disorders with different levels of social activity are outlined. Based on the results of the study, recommendations were formulated for the socio-psychological support of the social rehabilitation of persons with disorders of the musculoskeletal system: correction of attitudes towards their own disease and functional disorders; optimization of the psychoemotional state, increasing neuropsychic stability; development of social potential; the formation of moral and ethical orientation; instilling responsibility, interest in

social life, encouraging pro-social and altruistic behavior; increasing the level of social activity and performance; development of behavioral flexibility.

Keywords: persons with disorders of the musculoskeletal system; disabled people; social inclusion; the quality of life; the social significance of the disease; the need for achievement.

Актуальность исследования возможностей инклюзии в лиц с инвалидностью обусловлена заинтересованностью современного общества в формировании и функционировании обновленной социальной системы, основанной на равенстве прав, обязанностей и возможностей индивидов независимо от состояния здоровья. Новая научная парадигма изучения инвалидности предполагает взгляд на человека с инвалидностью как на личность, способную решать личные и общественно значимые проблемы разного уровня сложности, включенной в социальные процессы.

Идея включающего общества является центральной темой социальных изменений. Инклюзия как социальная концепция предполагает изменение общества и его институтов таким образом, чтобы они благоприятствовали принятию и участию всех членов общества. Социальную инклюзию можно понимать как реформу, которая поддерживает и поощряет право человека на отличие и активное участие в жизни общества [1, с. 23].

А. А. Харисова определяет социальную инклюзию как обязательный процесс, ведущий к социальной интеграции, превращающей всех членов общества в лояльных граждан, независимо от этнического происхождения, уровня культурного и социального капитала, наличия ограничений по здоровью. Концепция социальной инклюзии лиц с особенностями строится на идее инклюзивного общества, где разнообразие видится ресурсом устойчивого социального развития и обеспечивается равное отношение и сопричастность к общечеловеческой культуре во всех социальных практиках всем без исключения людям [2, с. 78].

Социальная инклюзия создает условия для гармоничной социализации людей с ограниченными возможностями за счет идентификации с группой, включенности в коллективную деятельность и удовлетворения потребности в принадлежности. Для людей с особенностями инклюзия – это источник личностного развития, возможность позитивного взаимодействия, установления тесных эмоциональных контактов [3, с. 17; 4, с. 27].

Отправной точкой для внедрения инклюзивной политики в Республике Беларусь стало подписание конвенции ООН о правах людей с инвалидностью. Обеспечение инклюзивных практик осуществляется за

счет: системы раннего вмешательства на базе центров коррекционного развивающего обучения и реабилитации, формирования безбарьерной среды, внедрения принципов инклюзии в сферу образования, реализации международных и республиканских инклюзивных проектов, деинституализации интернатных учреждений и организации сопровождаемого проживания лиц с ограничениями жизнедеятельности, содействия в трудоустройстве людям с инвалидностью, проведения семинаров и конференций, посвященных проблемам инклюзии и интеграции, функционирования широкой сети негосударственных организаций, благотворительных фондов, оказывающих содействие в интеграции и инклюзии лицам с ограничениями.

Целью настоящей работы явилось выявление роли личностной активности и особенностей людей с ограниченными возможностями в успешности социальной инклюзии.

Гипотеза исследования: существуют особенности инклюзивного потенциала у молодых инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата, зависящие от их особенностей и уровня социальной активности, способствующие эффективной социализации.

В работе использовались следующие методики: социологический опросник, направленный на исследование социальной инклюзии молодых людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата; опросник качества жизни Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ КЖ-100); шкала оценки потребности в достижении Ю.М. Орлова. Статистическая обработка данных проводилась с использованием хи-квадрата Пирсона и расчета t-критерия Стьюдента для независимых выборок.

В исследовании принимали участие 80 лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата в возрасте от 18 до 31 года. Первую группу составили 40 социально активных лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата, принимавших участие в производственно-трудовой, общественно-политической и социальной жизни, участвующих в реализации социальных проектов, семинарах, волонтерской деятельности и т.д.; вторая группа включала 40 социально пассивных лиц с двигательными нарушениями, не включенных в социальные процессы, характеризующихся инертностью, пассивностью, отсутствием мотивации к деятельности. В группе социально активных инвалидов 25 испытуемых (62,5%) имели II группу инвалидности, 15 человек (37,5%) – III группу. Группу социально пассивных испытуемых составили 23 человека со II группой инвалидности (57,5%) и 17 человек с III группой инвалидности (42,5%). Среди социально активных испытуемых было 24 мужчины (60%) и 16 – женщин (40%). В группе социально пассивных молодых людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата состоял 21 мужчина (52,5%)

и 19 женщин (47,5%). Все испытуемые, принимавшие участие в исследовании, имели умеренные и значительные ограничения способности к самостоятельному передвижению и самообслуживанию, соответствующие 2 и 3 функциональному классу. Необходимо отметить, что испытуемые обеих групп имели сопоставимую степень выраженности инвалидизирующих нарушений. В группе социально активных лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата 9 человек (22,5%) имели среднее образование, 17 человек (42,5%) – среднее специальное, 4 человека (10%) – неоконченное высшее, 10 человек (25%) – высшее образование. В группе социально пассивных испытуемых 21 человек (52,5%) получил среднее образование, 14 человек (35%) – среднее специальное, 3 человека (7,5%) – неоконченное высшее, 2 человека (5%) – высшее.

В ходе исследования возможностей инклюзии лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата с разной степенью социальной активности было выявлено следующее.

Данные, полученные с помощью социологического опросника, включали ответы на 14 закрытых вопросов, предполагающих выбор одного из предложенных вариантов ответа. Вопросы затрагивали такие критерии и индикаторы социальной инклюзии лиц с ограничениями жизнедеятельности, как: отношение к концепции социальной инклюзии, наличие физических барьеров, приспособленность в быту, возможность самостоятельного проживания, адаптация жилищных условий к нуждам и потребностям, образование, возможности трудоустройства, материальный статус, источник дохода, отношение к лицам с инвалидностью со стороны общества, степень удовлетворенности общением, юридическая защищенность, возможности для реализации личностного и социального потенциала.

У социально активных молодых инвалидов выявлено более позитивное восприятие концепции социальной инклюзии ($X^2=15,245$, $p<0,01$), они же имели и более высокий уровень образования. Эти молодые люди в большей степени были ориентированы на финансовое самообеспечение, более позитивно воспринимают общественное отношение к инвалидам, успешнее удовлетворяют коммуникативные потребности, чувствовали себя более юридически защищенными. По данным исследования они имели больше возможностей для воплощения личностного и социального потенциала. Результаты исследования показали, что социально пассивные лица с нарушениями опорно-двигательного аппарата в большей степени склонны воспринимать физические барьеры как препятствие для полноценного участия в общественной жизни ($X^2=16,65$, $p<0,01$). У них определялся более низкий

уровень бытовой адаптации, чем у социально активных лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата ($X^2=21,36$, $p<0,001$). Статистический анализ распределения лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата по наличию возможности самостоятельного проживания показал, что представители обеих групп в равной степени высказались об отсутствии у них возможности самостоятельного проживания ($X^2=3,130$, $p>0,05$). Анализ опроса лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата по степени адаптированности жилья к их нуждам и потребностям позволил выявить тот факт, что жилищные условия у меньшего числа социально пассивных лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата хорошо адаптированы к их нуждам и потребностям ($X^2=16,507$, $p<0,001$). Проведенные исследования показали, что у лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата обеих групп по возможности получения желаемого образования ситуация схожая, то есть желаемое образование является одинаково недоступным для лиц с двигательными нарушениями с разным уровнем социальной активности ($X^2=2,296$, $p>0,05$). Определение мнения испытуемых по наличию реальных возможностей трудоустройства позволило выявить, что лица с нарушениями опорно-двигательного аппарата обеих групп в равной степени сталкиваются с проблемой трудоустройства независимо от уровня их социальной активности ($X^2=2,99$; $p>0,05$). Распределение испытуемых по материальному статусу не выявило различий в обеих группах ($X^2=2,905$, $p>0,05$). Было установлено, что социально активные лица с двигательными нарушениями более позитивно воспринимают отношение к людям с инвалидностью со стороны общества ($X^2=12,987$, $p<0,01$). У социально активных лиц с инвалидностью вследствие нарушения опорно-двигательного аппарата в значительно большей степени удовлетворяется потребность в общении с другими людьми ($X^2=20,834$, $p<0,001$). Социально активные лица в большей степени были склонны ощущать себя юридически защищенными ($X^2=9,047$, $p<0,05$) и обладали большими возможностями для реализации личностного и социального потенциала ($X^2=25,027$, $p<0,001$).

Таким образом, социально активные лица с нарушениями опорно-двигательного аппарата более позитивно воспринимают концепцию социальной инклюзии, характеризуются более высоким уровнем образования, в меньшей степени рассчитывают на пенсию по инвалидности и в большей степени ориентированы на получение трудового дохода. Они более позитивно воспринимают отношение к людям с инвалидностью со стороны общества, значительно успешнее удовлетворяют потребность в общении с другими людьми, в большей степени склонны ощущать себя юридически защищенными, обладают

бóльшими возможностями для реализации личностного и социального потенциала.

Интегральные показатели качества жизни социально активных и социально пассивных лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата свидетельствуют о наличии более высоких значений качества жизни у социально активных лиц ($t=6,01$, $p<0,001$). Статистически достоверные более высокие значения выявлены у них же по показателям психологической сферы ($t=4,48$, $p<0,001$), физической сферы ($t=2,0$, $p<0,05$); уровню независимости ($t=3,7$, $p<0,001$), сферы окружающей среды ($t=2,01$, $p<0,05$), духовной сферы ($t=2,39$, $p<0,001$). Исходя из установленных различий, социально активные лица с двигательными нарушениями характеризуются более высоким уровнем психологического благополучия и независимости, испытывают более выраженную удовлетворенность физической и духовной сферами, а также сферой окружающей среды, чем социально пассивные лица с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

В ходе исследования установлены статистически значимые различия высокого уровня достоверности по шкале потребности в достижении. Так, социально активные лица с нарушениями опорно-двигательного аппарата обладают более высоким уровнем потребности в достижении ($t=4,35$, $p<0,001$), что проявляется в их большей целеустремленности, деятельной активности, стремлении к самосовершенствованию, мотивированной терпеливости, уверенности в себе, готовности к риску, усердию и настойчивости.

На основании и с учетом полученных результатов были составлены и предложены для реализации специалистам рекомендации по социально-психологическому сопровождению в процессе социальной реабилитации лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата, включающие оптимизацию психоэмоционального состояния, повышение нервно-психической устойчивости; развитие социального потенциала; формирование мотивационной готовности к деятельности; привитие ответственности, интереса к социальной жизни, поощрение просоциального и альтруистического поведения; повышение уровня социальной активности и работоспособности; развитие поведенческой гибкости.

Библиографические ссылки

1. Жигунова Г. В., Афонькина Ю. А. Состояние социальной инклюзии людей с инвалидностью в современном обществе // Научное мнение. 2018. № 4. С. 20–26.
2. Харисова А. А. Социальная инклюзия и возможности большого города // Наука XXI века: актуальные направления развития. 2019. № 1. С. 77–80

3. *Логунов А. П., Гордеева М. А., Медушевский Н. А.* Сценарии социальной инклюзии в развивающихся социальных государствах: РФ и страны СНГ. М.: Ленанд, 2016.

4. *Смычек В. Б.* Реализация основных положений конвенции о правах инвалидов в Республике Беларусь // *Здравоохранение*. 2019. № 9. С. 26–30.