



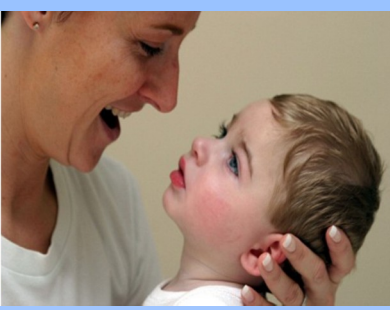
**Министерство образования и науки РФ
Пензенский государственный университет
Факультет педагогики, психологии и социальных наук**

XV Социологические чтения преподавателей, аспирантов и студентов

Сборник научных трудов



Пенза 2013



Пензенский государственный университет

Факультет педагогики, психологии и социальных наук

Гуманитарный учебно-методический и
научно-издательский центр
Пензенского государственного университета

**XV Социологические чтения
преподавателей, аспирантов и студентов**

*«Инновационные подходы в социальной
реабилитации инвалидов»*

Сборник научных трудов

Пенза 2013

УДК 364
ББК 60.5
А437

Печатается по решению редакционно-издательского совета
историко-филологического факультета Пензенского
государственного университета

Редакционная коллегия:

А. Б. Тугаров, д. филос. н., профессор
(ответственный редактор)
А. С. Дудкин, к. филос. н., доцент;
Т. И. Лаврёнова, к. филос. н., доцент.

Рецензенты:

Л. И. Найденова, д. соц. н., профессор (кафедра «Педагогика и психология» ПГТУ);
Е.Н.Синев, к. филос. н., доцент (кафедра «Методология науки, социальные теории и технологии» ПГУ)

А437 XV Социологические чтения преподавателей, аспирантов и студентов «Инновационные подходы в социальной реабилитации инвалидов»: Сб. науч. тр. / под общ. ред. А. Б. Тугарова. – Пенза: ГУМНИЦ ПГУ, 2013. – 78 с.

В сборник научных трудов включены материалы Научно-практической конференции с международным участием «*Инновационные подходы в социальной реабилитации инвалидов*» (Пенза, ПГУ, апрель 2013 года) и статьи преподавателей, аспирантов, магистрантов и студентов, посвящённые актуальным проблемам теории и практики социальной работы. Адресован научным работникам, преподавателям вузов, всем интересующимся социальными проблемами восстановления жизнедеятельности людей с ограниченными возможностями здоровья и философско-социологическими основами современной социальной работы.

Статьи публикуются в авторской редакции.

**УДК 364
ББК 60.5**

© ГУМНИЦ ПГУ, 2013
© Коллектив авторов, 2013

СОДЕРЖАНИЕ

Дудкин А.С. Использование Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков в социальной диагностике.....	5
Вязова О. Дудкин А.С. Специфика паллиативной социальной работы с тяжелобольными людьми, нуждающимися в уходе	10
Козина Г.Ю. Инновационные технологии в реабилитации лиц, перенесших ДЦП.....	15
Тугаров А.Б., Баткаева Е.Р., Шевцова Э. Особенности социализации клиентов социальных служб: теоретический аспект.....	18
Ставицкая Е.И. Методологические основы изучения проблем создания безбарьерной среды для инвалидов.....	25
Долгова Н.Б. Социальное партнерство по вопросам образования и социальной реабилитации детей-инвалидов.....	30
Борисов Н. Понимание клиента-инвалида в процессе консультирования и выбора реабилитационных программ (к прикладному применению герменевтических методов).....	34
Николаева Т.А., Тугаров А.Б. Инновационные подходы к реабилитации детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.....	39
Нестеренко О.Ю., Иноземцева Т. Этические аспекты социальной работы с людьми с ограниченными возможностями здоровья.....	43
Лавренова Т.И., Потапова С. Факторы активизации инвалида в процессе реабилитации.....	47
Лыгина М.А., Игнатова М. Психодинамический подход к психосоциальной теории.....	50

Лыгина М.А., Канайкина Н. Социальное партнерство как фактор реабилитационного процесса.....	53
Козина Г.Ю., Иноземцева Т., Деткова А., Базарнова Ж. Современные здоровьесберегающие технологии: практика применения в социальной работе.....	57
Тугаров А.Б., Очкина А.В., Петряшкина У.О. Гендерные отношения как источник теоретических знаний о социальной работе: социологический аспект.....	62
Саратовцева М.А. Социально-философские аспекты социальной защищенности в условиях глобальных процессов и устойчивого развития.....	66
Нестеренко О.Ю., Утюшева А. Проблема дискриминации мужчин в современном обществе как проблема теории социальной работы.....	70
Об авторах	76

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В СОЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ*

Социальная работа, будучи нацеленной на улучшение и сохранение благосостояния граждан, для решения своих задач заимствует из различных сфер жизнедеятельности самые разнообразные методы и формы. Комплексная защита и поддержка людей возможна лишь при комплексном подходе к вопросу о процедурах и инструментах оказания социальной помощи.

База знаний социальной работы как прикладной науки должна постоянно пополняться из смежных источников: медицины, педагогики, менеджмента, философии, демографии, индивидуального опыта людей.

В этом заключается огромный потенциал данной отрасли знаний. Ведь социальная работа, будучи деятельностью, связанной с ситуациями высокого уровня сложности, конфликтов и риска, требуют от субъекта использования знаний, умений и навыков самого широкого профиля.

Во всем своем многообразии, данные качества специалиста всегда подчинены применению принципа индивидуализации, который лежит в основе поиска способа помочь нуждающемуся найти свое персональное решение проблемы. Однако на практике этот принцип всегда должен реализовываться в конкретных методиках или действиях помогающей стороны, а не быть аморфно-абстрактным положением. Модели и методы оценки трудных жизненных ситуаций при этом играют ключевую роль, поскольку определяют технологии оказания социальных услуг и реальное воплощение упомянутого принципа.

Чтобы помочь человеку, нужно адекватно измерить его состояние и его нужды, а затем оценить их, сопоставив с определенным эталоном. На этом тезисе строится любая диагностика, как медицинская, так и социальная.

Поэтому определение инвалидности сводится к установлению нарушений здоровья, сопровождающихся прочими нарушениями, которые препятствуют полноценному социальному функционированию инвалидов в обществе.

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), принятая Всемирной Организацией здравоохранения (ВОЗ) в 2001 г., представляет собой уникальный в своем роде инструмент, ценный не только для оценки инвалидности или последствий болезни, но и для многих других ситуаций. [См.:1]

Возможности МКФ весьма широки, а главное, сама классификация разработана специально для международного использования, то есть вне зависимости от культуры, национальной специфики и уровня развития экономики региона применения.

Более того, ВОЗ принимает согласованные на международном уровне классификационные коды и их определители для оценки функционирования детей и подростков. «Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков» (МКФ-ДП) основана на методологии МКФ. [См.: 2] Рассматривая детей и подростков с точки зрения их активности и участия в окружающей их среде, экспертное сообщество авторов МКФ-ДП предложило классификационные коды к множеству функций и структур организма, показателям активности и участия, а также различным факторам окружающей среды.

МКФ и МКФ-ДП предлагает стандарт кодирования и определения степени проблемы, столь необходимый врачам, учителям, реабилитологам, чиновникам, исследователям, активистам, родителям. Данный стандарт позволяет документально фиксировать и измерять важнейшие характеристики роста, здоровья и развития детей и подростков.

МКФ-ДП предоставляет возможность собрать данные о воздействии окружения на ребенка с тем, чтобы на окружение можно было повлиять с помощью в целях улучшения благополучия детей.

Обеспечивая унификацию оценок показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем, МКФ и МКФ-ДП являются в подлинном смысле слова универсальной классификацией здоровья и всех обстоятельств, которые связаны со здоровьем. Эти показатели сгруппированы в два больших массива: «функции и структуры организма», а также «активность и участие».

«Активность и участие» имеют два определителя: реализация (осуществление) и потенциальная способность (капаситет). Определитель реализация устанавливает, что делает индивид в условиях реально окружающей его среды. Определитель потенциальная способность (капаситет) устанавливает способность индивида выполнять, или справляться с какой-либо задачей или действием

Представленный в МКФ подробнейший перечень факторов и условий окружающей среды позволяет практически всесторонне отразить профиль функционирования и ограничений жизнедеятельности индивида.

И хотя МКФ изначально разрабатывалась как ориентированная на больных и инвалидов, тем не менее, возможности применения МКФ к другим категориям населения весьма широки, и ценность данного инструмента куда более глубока.

Рассмотрим данный тезис на примере категории детей с отклоняющимся поведением.

Все три составляющие, классифицируемые в МКФ (функции и структуры организма; активность и участие; факторы окружающей среды), измеряются с помощью единой шкалы. В зависимости от составляющей, наличие проблемы может означать нарушение, ограничение или ограничение возможности, препятствие. К соответствующему домену классификации должны подбираться подходящие определяющие слова, указанные ниже в скобках, что дает возможность применять измерять и классифицировать отклонения по самым разным причинам:

xxx.0 НЕТ проблем (никаких, отсутствуют, ничтожные,...)	0–4%
xxx.1 ЛЕГКИЕ проблемы (незначительные, слабые,...)	5–24%
xxx.2 УМЕРЕННЫЕ проблемы (средние, значимые,...)	25–49%
xxx.3 ТЯЖЕЛЫЕ проблемы (высокие, интенсивные,...)	50–95%
xxx.4 АБСОЛЮТНЫЕ проблемы (полные, тотальные...)	96–100%
xxx.8 не определено	
xxx.9 не применимо	

МКФ предлагает использовать каждый показатель исключительно с определителем, то есть с численным индикатором. Определители факторов окружающей среды имеют негативные и позитивные шкалы, обозначающие степень выраженности фактора окружающей среды в виде барьера или облегчения.

Данный подход является всеобщим для измерения факторов и барьеров не только составляющих здоровья, но и составляющих отклоняющегося поведения. Авторы МКФ указывают, что определение количественных значений должно быть унифицировано, а методики оценки необходимо разрабатывать в ходе дальнейших исследований. Таким образом, подчеркивается, что классификация представляет собой общую структуру, в рамках которой должны проводиться дальнейшие исследования и уточнения.

Разделы, входящие в «Активность и участие» включают: Обучение и применение знаний. Общие задачи и требования. Общение.

Мобильность. Самообслуживание. Бытовая жизнь. Межличностные взаимодействия и общение. Главные сферы жизни. Жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь.

Разделы, входящие в «*Факторы окружающей среды*» включают: Продукция и технологии. Природное окружение и изменения окружающей среды, осуществленные человеком. Поддержка и взаимосвязи. Установки. Службы, административные системы и политика.

Рассмотрим подробнее, как данные разделы при соответствующей методической адаптации можно использовать в социальной диагностике трудных жизненных ситуаций, связанных с отклоняющимся поведением несовершеннолетних. Следует особо заметить, что домены международной классификации рассматриваются здесь как элементы общей рамочной структуры, и, разумеется, они нуждаются в специальных исследованиях. Показатели, входящие в МКФ, но не имеющие отношения к ситуациям детского поведенческого неблагополучия, специально ниже не упоминаются.

1. Раздел «Обучение и применение знаний» может быть использован в диагностической оценке концентрации внимания, мышления, чтения, письма, вычислений, решения проблем и принятия решений ребенком с отклоняющимся поведением.

2. Раздел «Общие задачи и требования» может быть использован в диагностической оценке выполнения отдельных задач, выполнения многоплановых задач, выполнение повседневного распорядка, преодоление стресса и других психологических нагрузок, то есть в целом при определении способности контролировать свое поведение.

3. Раздел «Общение» может быть использован в диагностической оценке восприятия и составления сообщений; разговора и общения подростка.

4. Раздел «Самообслуживание» может быть использован в диагностической оценке приема пищи, одевания, заботы о своем здоровье.

5. Раздел «Бытовая жизнь» может быть использован в диагностической оценке следующих видов действий: ведение домашнего хозяйства, забота о домашнем имуществе и помощь другим.

6. Раздел «Межличностные взаимодействия и отношения» может быть использован в диагностической оценке общих и специфических межличностных отношений (социальные, семейные, интимные, формальные, отношения с незнакомыми людьми и др.).

7. Раздел «Главные сферы жизни» может быть использован в диагностической оценке образования (неформальное, дошкольное,

школьное, профессиональное) работы и занятости, а также экономической жизни (базисные и сложные экономические отношения, например, использование денег для покупки продовольствия, обмен, продажа товаров или услуг; сбережение денег.).

8. Раздел «Жизнь в сообществах» может быть использован в диагностической оценке жизни в сообществах, отдыха и досуга, религии, прав человека, политической жизни и др.

Разделы составляющей «Факторы окружающей среды»:

1. Раздел «Продукция и технологии» может быть использован в диагностической оценке барьеров и облегчающих факторов в виде оборудования, изделий и технологии, используемые для обучения, труда, коммуникации, проведения культурных, развлекательных, спортивных мероприятий, и др.

2. Раздел «Поддержка и взаимосвязи» может быть использован в диагностической оценке барьеров и облегчающих факторов в виде практической физической или эмоциональной поддержки, заботы, защиты и помощи во взаимоотношениях с другими людьми в своем доме, в школе, в играх или в других аспектах ежедневной деятельности.

3. Раздел «Установки» может быть использован в диагностической оценке барьеров и облегчающих факторов в виде установок, являющихся видимым результатом обычаев, правил, идеологии, ценностей, норм, религии и других убеждений (индивидуальные установки семьи и родственников, друзей, знакомых, сверстников, соседей, членов сообщества, лиц, обладающих властью и авторитетом, персонала, осуществляющего уход и помощь и др.)

4. Раздел «Службы, административные системы и политика» может быть использован в диагностической оценке барьеров и облегчающих факторов в виде различных служб, предлагающих услуги в различных областях жизни для удовлетворения потребностей индивида (например, службы, административные системы и политика правосудия, социальной поддержки и др.)

Таким образом, использование вышеперечисленных позиций в социальной диагностике требует разработки и апробации определенных параметров и индикаторов, при помощи которых из МКФ-ДП может быть перенесена значительная часть структуры оценки жизнедеятельности в более широком ситуационном контексте.

Другими словами, МКФ-ДП как инструмент, позволяющий отслеживать и сравнивать здоровье и функционирование детей и подростков в разных странах, настолько хорошо структурирован, что его

можно использовать в качестве отправной точки для приведения в общем знаменателю стандартных формулировок в области любой социальной работы с детьми.

Библиографический список

1. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). World Health Organisation. URL: <http://www.who.int/classifications/icf/en/index.html> (дата обращения: 15.05.2013)
2. ICF and ICF-CY ONLINE - Multiple Languages. World Health Organisation. URL: <http://apps.who.int/classifications/icfbrowser/Default.aspx> (дата обращения: 15.05.2013)

**Работа выполнена в рамках НИР по проекту «Кейс-менеджмент социально-педагогического сопровождения детей-инвалидов» (номер государственной регистрации НИР 01201256138)*

О. Вязова

организация «Натан», Израиль

А.С.Дудкин

Пензенский государственный университет

СПЕЦИФИКА ПАЛЛИАТИВНОЙ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫМИ ЛЮДЬМИ, НУЖДАЮЩИМИСЯ В УХОДЕ

Практические наблюдения и специальные исследования ухода за тяжелобольными людьми показывают, что структуры, принципы и результаты оказания такого рода помощи еще не проработаны до такой степени, чтобы нельзя было предложить ничего нового. Мои наблюдения и данные, собранные в процессе общения с членами семей, имеющих тяжелобольных пожилых людей, позволяют утверждать, что такие компоненты ухода, как профессионализм сотрудников, непрерывность постоянного оказания помощи, круглосуточное присутствие около больного, эмоциональная поддержка родственников больного, являются главными элементами качества социальной работы с людьми, имеющими ограниченные возможности из-за тяжелой болезни.

Увеличение числа лиц пожилого возраста в Израиле и России имеют общую точку соприкосновения: оно влечет за собой увеличение нагрузки на семью по уходу за своими тяжелобольными престарелыми родственниками, в результате чего семьи стали чаще обращаться к услугам социальных служб, где им оказывается профессиональный уход.

Качественный уход первоначально описывался в медицинских терминах и рассматривался только как облегчение физических страданий больного с помощью лекарственных препаратов, а проявление внимания к психологическим и социальным потребностям больного, сострадание, терпение и привлечение родственников к оказанию помощи отодвигалось на второй план и долгое время не рассматривалось как необходимая часть ухода за больными и инвалидами.

Множество общественных организаций привлекло внимание к вопросам качественного оказания помощи тяжелобольным пожилым людям. В результате сегодня неоспоримой аксиомой стало положение, что оказание больному и его семье эмоциональной и психологической поддержки, утешения, окружение их любовью играет решающую роль в процессе оказания помощи и должно быть приоритетной задачей в деятельности центров социального и хосписного обслуживания.

В данной связи уместно сослаться на Американское гериатрическое общество [См.:1], которое провозгласило принципы качественного обслуживания тяжелобольных людей:

1. Оказание психологической поддержки пациенту и его семье;
2. Постоянное и непрерывное оказание помощи;
3. В процессе ухода не быть агрессивным, а наоборот быть более внимательными и чувствительными к пациентам;
4. Не обременять и не огорчать семью и пациента;
5. Помощь должна оказываться профессиональным специально обученным персоналом.

Приходится констатировать большой недостаток информации о том, что же является наиболее важным в процессе оказания помощи тяжелобольным пациентам. Большая часть проведенных научных исследований, касающихся ухода за тяжелобольными людьми, в основном была сконцентрирована на изучении онкологических больных, которые умирают в больницах.

В 2001г. Национальный институт здоровья США созывал международный симпозиум по вопросам исследований помощи тяжелобольным людям. [См.:2] На слушаниях отметили недостаток исследований в опыте изучения помощи тяжелобольным пациентам.

В связи с этим было принято решение провести исследование в этой области на основе анализа ответов членов семьи, опрошенных уже после смерти больного. Целью проведенного исследования было не попытаться оценить качество ухода и его результаты, а установить необходимые компоненты оказания помощи, которые являются наиболее важными на последнем этапе жизни больного. Спустя 10 лет после получения результатов данного исследования полезно снова вернуться к его результатам, чтобы осмыслить с точки зрения современных условий конкретной страны и его регионов.

Исследование на тему “Последние дни жизни тяжелобольных в центрах хосписного обслуживания” собрало данные из 31 центра хосписного обслуживания из 4 штатов, с целью описать структуру и процесс оказания помощи. Во внимание брались случаи, когда больные умирали или в самих центрах или в течение 3-х дней после выписки оттуда.

Также опрашивали персонал центров и членов семьи пациента, т. е. тех людей, которые были наиболее близки к больному в течение последних дней его жизни. Семьям посылались письма спустя 8 недель после смерти больного; приблизительно через 2 недели после этого связывались с ними по телефону, чтобы получить согласие на проведение интервью.

Данные были получены от 451 семьи, 21% семей отказались от интервью. При проведении интервью респондентам задавали по 2 открытых вопроса:

1. Что наиболее важного было сделано семьей и персоналом в последний месяц жизни больного?
2. Что можно было бы сделать лучше для оказания более качественной помощи больным?

Из 451 опрошенной семьи 437 ответили на оба вопроса. Все ответы были закодированы. Некоторые коды были разработаны со слов респондентов, например “присутствовать там”. Если член семьи указывал, что он сам был в центре обслуживания с целью навестить больного, то этот ответ также был закодирован словами “присутствовать там”. Если родственники указывали, что они сами ухаживали за больным, то эти ответы были закодированы как “оказание помощи родственниками”. Аналогично код “ничего” использовался, когда респонденту нечего было сказать по поводу улучшения помощи больным. Затем коды ответов были отражены в матрице.

437 опрошенных семей, родственники тех, кто жил в центрах хосписного обслуживания, пациентами которых были люди преимущественно представители женского пола (73%) со средним возрастом 60 лет. 65% опрошенных – взрослые дети умерших, 9% – их супруги и 19% – другие их родственники.

Когда спрашивали о том, что можно было бы сделать лучше, чтобы облегчить последний месяц жизни больного, самый частый ответ был: “увеличить численность сотрудников, оказывающих уход” или “более высокая квалификация персонала”. Некоторые ответы были специфическими, например, “необходимо иметь большую численность персонала, чтобы они поддерживали чистоту в палате и сопровождали больного до туалета или доставляли ему еду”.

Родственники говорили о частой смене персонала также и то, что это лишь ухудшает состояние больного. Например, один из опрошенных сказал: “частая смена персонала огорчает больную, она хочет видеть знакомые лица”.

Родственников волновал вопрос о компетентности и профессионализме сотрудников, больше советовали изучать геронтологию, знать особенности заболеваний у пожилых людей. Некоторые члены семей говорили о размерах центра, где находятся больные. Они указывали, что чем меньше центр, тем больше внимания каждому больному, к их индивидуальным потребностям, тем в нем уютнее и комфортнее чувствует себя больной. Очень многие семьи сравнивали отношения больных с персоналом с отношениями в семье.

Ответы респондентов указывали на то, что наиболее важным элементом оказания помощи является постоянное присутствие персонала около больного. Другие опрашиваемые говорили, что лучше самим чаще быть рядом с больным. Считали также, что посещение больных их внуками и детьми улучшает самочувствие больного.

В общем, все сошлись на пожелании проводить больше времени с больным в равной мере и персоналу, и друзьям, и семье. Много ответов указывали на участие семьи в уходе за больным, на его общение с другими пациентами, т. к. все это способствует улучшению состояния больного.

Опрашиваемые говорили о необходимости дружелюбного, внимательного отношения персонала к больным.

Семьями обсуждались и обстоятельства смерти своих тяжелобольных родственников. Им было жаль, что больной умер не дома в кругу своих близких. Однако 146 из 437 респондентов не высказали собственных предположений по поводу улучшения ухода за больным.

Самый важный результат оказания помощи, по мнению респондентов, обеспечение качества жизни больному, удовлетворение его социальных, медицинских, психологических потребностей в течение последних дней жизни, т. е. обеспечить спокойную смерть.

Исследуя мнения родственников тяжелобольных пациентов, мнения различных общественных организаций США, можно сделать вывод, что наиболее важными компонентами в процессе оказания помощи больным тяжелой или неизлечимой болезнью стали нематериальные ценности.

Прежде всего, это непрерывность оказания помощи, круглосуточное присутствие около нуждающегося, личностные характеристики персонала, предоставляющего помощь (внимательность, терпение, способность сопереживать, сочувствовать), эмоциональная поддержка пациента и его семьи, близкие отношения родства между персоналом и больным, оказание помощи в соответствии с индивидуальными особенностями пациента, утешение семьи и оказание ей всесторонней помощи со стороны социального работника и после смерти больного, нежели исключительно медицинское лечение, заключающееся в смягчении болей и физических страданий больного с помощью лекарственных препаратов.

Выражая кратко основной тезис данной публикации, можно сказать, что секрет неизменного качества социального обслуживания – это любовь и доброта, ведь их ничем нельзя заменить.

Большее предпочтение семьями отдавалось именно любви, нежности, сопереживанию, а не размерам центра обслуживания и его техническому оснащению. Тяжелобольному человеку уход и внимание также важны, как и правильно подобранное лечение.

В данном процессе социальные работники являются связующим звеном между врачами, пациентами и членами их семей.

Проведенное в США в 2003 г. исследование и в настоящее время свидетельствует о том, что качество медицинского обслуживания тяжелобольных пациентов будет заметно улучшаться, если роль социального работника как помощника станет более значительной.

Социальная работа с тяжелобольными представляет собой системообразующую деятельность, которая сводит воедино доброту и рациональность, технологические и гуманистические аспекты лечения или паллиативной терапии.

Библиографический список

1. The American Geriatrics Society. URL: <http://www.americangeriatrics.org/> (дата обращения: 15.05.2013)
2. National Institutes of Health. URL: <http://www.nih.gov/> (дата обращения: 15.05.2013)

Г.Ю. Козина

Пензенский государственный университет

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ДЦП

До настоящего времени не утрачивает актуальности проблема восстановления нарушенных функций движения у больных детским церебральным параличом (ДЦП). Детский церебральный паралич представляет собой сложное и тяжелое заболевание центральной нервной системы, ведущее не только к двигательным нарушениям, но и вызывающим задержку или патологию умственного развития, речевую недостаточность, нарушение слуха и зрения и т. д. [См.: 2].

Тяжесть инвалидизации у 20-30% больных оказывается настолько значительной, что они не обслуживают себя, не передвигаются, оказываются необучаемыми. Важность этой проблемы определяется социальной значимостью заболевания, влекущего за собой тяжелую инвалидизацию.

Наибольшую актуальность проблема детского церебрального паралича получила за последнее время, так как это заболевание стало встречаться значительно чаще. Тенденция к увеличению связана не только с улучшением учета, но и с успехами реанимации детей, родившихся в асфиксии, получивших тяжелую травму в родах.

Дети с церебральными параличами являются тяжелыми больными, требующими длительного комплексного лечения, проводимого дифференцированно в зависимости от возраста ребенка и тяжести поражения, с участием многих специалистов.

Одним из важнейших компонентов реабилитационных мероприятий для больных детским церебральным параличом является система

физкультурно-оздоровительных мероприятий. Современный уровень науки позволяет использовать в процессе их проведения ряд инновационных технологий, в частности, физкультурно-оздоровительные занятия с применением антигравитационного костюма «Адели».

Костюм «Адели» предназначен для лечения двигательных нарушений человека при заболеваниях, поражающих центральную нервную систему. Его действие основано на механическом воздействии на организм больного с изменением позы или положения отдельных частей тела относительно друг друга при помощи фиксаторов – эластичных тяг.

Костюм состоит из двух основных частей: наружной оболочки и силовой системы. Наружная оболочка выполнена в виде куртки и брюк. На брюках ниже колена имеются отверстия для выхода пряжек и регулировочных лент силовой системы. Силовая система костюма состоит из пояса, наплечников и наколенников, шапочки, штрипок и стремени, петель на ботинках, амортизаторов, регулировочных лент, регулирующих и фиксирующих пряжек.

В костюме с помощью тяг и специальных приспособлений производится дозированная нагрузка на плечевой пояс и нижние конечности. Данная конструкция позволяет подавать дозированную нагрузку, направленную на тыльное сгибание стопы, что позволяет изменять ротационное положение голени, бедра, изменять конфигурацию позвоночника.

Лечебный костюм «Адели» действует на мышечно-суставной аппарат мозаично, способствуя напряжению то одних, то других мышц, таким образом, позволяя осуществлять индивидуальную схему воздействия. В процессе этого возникает дополнительный афферентный поток, создаваемый приложенной нагрузкой, что способствует уменьшению мышечного тонуса спастических мышц. Вместе с тем происходит установление туловища и конечностей в положение, близкое к нормально-физиологическому. Это положение достигается при помощи соответствующего натяжения и фиксации тяг. В дальнейшем больной совершает активные движения, максимально используя свои возможности. Предполагается, что, выполняя активные движения в костюме, пациент получает более адекватный сенсорный поток от опорно-двигательной системы, и при этом формируется правильный паттерн.

Лечебный костюм «Адели» следует применять при всех формах детского церебрального паралича, за исключением двойной гемиплегии, при котором спастико-ригидность имеет место во всех группах мышц верхних и нижних конечностей, активны нередуцировавшиеся

своевременно позотонические рефлексы новорожденных или последствия этих рефлексов. Помимо этого у больных этой формой ДЦП наблюдается олигофрения в степени глубокой дебильности, идиотии.

Восстановление нарушенных функций зависит от времени начала реабилитационного процесса, от степени тяжести заболевания, интенсивности, распространенности патологических синергий, особенностей патологии тонуса мышц, наличия функциональных и органических контрактур в суставах конечности, особенно в тазобедренном и голеностопном суставах, наличия мотиваций к становлению отсутствующих или нарушенных возможностей статики и локомоции [См.: 1].

Для школьников-инвалидов с ДЦП особенно важное значение имеет регулярное выполнение физических упражнений, направленных на укрепление здоровья, повышение работоспособности мышц и различных органов, компенсацию недостатков в физическом развитии.

Поражение функций головного мозга приводит к целому ряду отклонений, среди которых существенное место занимают недостатки в развитии двигательного анализатора. Именно физические упражнения в костюме «Адели», выполняемые регулярно, занимают ведущее место в системе восстановительных мероприятий для больных ДЦП.

В результате систематического применения физических упражнений организм лучше приспособляется к нагрузкам, происходит коррекция нарушений, возникших в результате болезни.

Физкультурно-оздоровительные занятия с использованием костюма «Адели» усиливают рефлекторные связи коры головного мозга с опорно-мышечным аппаратом, что способствует образованию новых двигательных навыков, поднимает тонус, улучшает общий обмен организма детей с церебральными параличами. Эффективность реабилитационного процесса зависит от состояния интеллекта, памяти, степени заинтересованности ребенка занятиями оздоровительной физкультурой, т.е. от активного участия самого ребенка в восстановлении нарушенных функций.

Физкультурно-оздоровительные мероприятия с применением лечебного костюма «Адели» в реабилитации детей с церебральными параличами дают следующие изменения в физическом и нервно-психическом состоянии:

- увеличение амплитуды движения в тазобедренном, коленном, голеностопном, плечевом, локтевом, лучезапястном суставах свидетельствует об уменьшении контрактур, нормализации тонуса мышц и улучшении походки;

- улучшение показателей физической подготовленности указывает на укрепление опорно-двигательного аппарата;
- улучшение результатов теппинг-теста говорит о положительном воздействии комплексной программы на состояние центральной нервной системы и нервно-мышечного аппарата;
- повысилась уверенность и самооценка детей, меньше стало случаев вспышек плаксивости, гнева, раздражительности [См.:3].

Таким образом, эффективность физкультурно-оздоровительных занятий с применением лечебного костюма «Адели» указывает на целесообразность внедрения инновационных технологий в специальные коррекционные учреждения для восстановления нарушенных функций движения у больных церебральным параличом.

Библиографический список

1. Бортфельд С.А. Двигательные нарушения и лечебная физкультура при детском церебральном параличе. Л.: Медицина, 1986.
2. Семенова К.А. Детские церебральные параличи. М.: Медицина, 1968.
3. Тельнов Ю.В., Козина Г.Ю. Организация физкультурно-оздоровительных мероприятий для детей с ограниченными возможностями в специализированных учреждениях // Физическая культура и спорт – основа здорового образа жизни: Матер. II Всерос. науч.-практ. конф-ции. Тамбов: ТГУ, 2005. С. 156 – 162.

А.Б. Тугаров, Е.Р. Баткаева, Э. Шевцова
Пензенский государственный университет

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛИЗАЦИИ КЛИЕНТОВ СОЦИАЛЬНЫХ СЛУЖБ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Теоретико-методологические подходы к исследованию специфических особенностей социализации клиентов социальных служб могут быть объединены суждением о том, что одним из основных механизмов социализации является социальная адаптация. В своих дальнейших рассуждениях мы исходим из того, что понятие социальной адаптации многоаспектно по содержанию, в достаточной степени

разработано, общепризнано различными научными школами и широко применяется в теории и практике социальной работы.

Более того, нам представляется априорно допустимой точка зрения, согласно которой социальная работа как профессиональная деятельность способствует социальной адаптации людей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, и создает условия, позволяющие обеспечить их интеграцию в общество [См.: 11].

Вместе с тем, следует отметить, что в отечественной теории социальной работы социальную адаптацию принято определять не только как постоянный процесс активного приспособления индивида к условиям новой для него социальной среды, но и как, в достаточной мере оформленный и проявивший себя, результат этого процесса [См.: 3; 5; 7; 8].

Для практической социальной работы, для решения задач организации и осуществления непосредственной социальной помощи различным категориям населения, для решения концептуальных проблем реализации образовательной модели профессиональной подготовки и переподготовки (специализации) социальных работников интерес представляет как теоретическое, так и эмпирическое исследование благоприятных внешних и содействующих внутренних условий, с помощью которых клиент может повысить свой социальный статус и достигнуть равновесия с социальной средой.

Проведенный компаративный анализ деятельности учреждений социальной защиты населения Сосновоборского района Пензенской области, Первомайского района г. Пензы, Фрунзенского и Советского районов г. Минска (Республика Беларусь) на индивидуальном и групповом уровнях социальной работы с клиентами убедил нас в том, что каждый процесс преодоления проблемных ситуаций клиентов социальных служб следует считать процессом психосоциальной адаптации личности, в ходе которого она использует приобретенные на предыдущих этапах своего развития навыки и механизмы поведения или открывает новые способы поведения и решения жизненных задач.

Принципиально важным с методологической точки зрения является утверждение, что социальная деятельность, организуемая специалистом по социальной работе и включающая специально разработанные практические ситуации, позволяет клиенту социальной службы проявить себя, свои навыки и развить новые способы поведения, способствующие социальной адаптации.

Дело в том, что, с одной стороны, социальная адаптация выступает общепризнанным феноменом практической социальной работы, однако,

процесс интеграции индивида в социальную среду и структуру социальных отношений можно рассматривать с научно-теоретической точки зрения значительно шире, не отрицая роли социальной адаптации, но и не оставляя без внимания такой процесс как социализация.

В научной литературе часто встречается, если не отождествление, то смысловое соединение понятий «социализация» и «социальная адаптация». Так, Н.Ф. Басов определяет социальную адаптацию как процесс включения клиента в социальную среду [См.: 3, 107], оставляя без должного внимания то обстоятельство, что понятие «социальная адаптация» по своей сути и содержанию обозначает процесс приспособления индивида к новым условиям жизнедеятельности.

Не вызывает сомнения, что процессы социализации и социальной адаптации тесно взаимосвязаны, так как отражают единый объективный процесс взаимодействия личности и общества. Вместе с тем, феномен социализации определяется в современной теории социальной работы как процесс и результат активного воспроизведения индивидом социального опыта, осуществляемого в общении и деятельности. Именно поэтому понятие социализации с точки зрения своего содержания в большей степени имеет отношение к социальному опыту, развитию и становлению личности под воздействием общества, институтов и агентов социализации.

В процессе социализации формируются механизмы взаимодействия личности со средой, осуществляется адаптация индивида. По-прежнему, представляется перспективной и актуальной для прикладного социологического исследования точка зрения, согласно которой социальная адаптация выступает одним из основных механизмов социализации, одним из путей более полной социализации личности [См.: 2, 170].

Исследование вопросов социализации клиентов социальных служб основано на понимании того, что они являются людьми, у которых есть свои особенности, связанные с нахождением в трудной жизненной ситуации, а так же с проявлением определенных межличностных проблем, объективных условий жизни (инвалидность, сиротство, и т. д.).

Все вышеназванное отличает клиента социальных служб от обычных людей и позволяет в ходе исследования квалифицировать его как гражданина, находящегося в трудной жизненной ситуации, которому в связи с этим предоставляются социальные услуги [См.:1].

При принятии решения о предоставлении клиентам конкретных социальных услуг учитываются интересы клиента, состояние его здоровья, специфика трудной жизненной ситуации, в которой находится клиент,

содержание индивидуальной программы реабилитации (при наличии такой программы), кратковременность или долговременность потребности в этих услугах, материальные возможности клиента и другие объективные факторы.

Социальная работа рассматривается нами как организаторская профессия в том смысле, что социальные работники несут двойную ответственность – перед нанимателями (работодателем) и перед клиентом. Данное обстоятельство означает, что уникальность профессиональной деятельности социального работника с точки зрения содержания процесса социализации клиентов социальных служб заключена в том, что задача социальной помощи населению, в конечном счете, заключается в изменении взаимоотношений между людьми и социальной микро-средой, окружающей их.

Таким образом, теоретически важным становится вывод о том, что процесс социализации клиента социальных служб представляет собой процесс, идущий на фоне процесса социального обслуживания. В свою очередь, социальное обслуживание является практическим компонентом социальной работы, ориентированным на оказание помощи клиенту социальных служб. Следовательно, социализацию и социальное обслуживание клиента следует рассматривать в теоретическом плане как взаимодействующие процессы.

В теории социальной работы социальное обслуживание понимается как предоставление социальными службами различных услуг и помощи слабо защищенным слоям населения и любому человеку, попавшему в трудную жизненную ситуацию (ситуацию, объективно нарушающую жизнедеятельность: инвалидность, болезнь, сиротство, малообеспеченность, безработица, одиночество и т.д., которую человек не может преодолеть самостоятельно) [См.: 12, 37-38].

Исследованные нами с помощью метода включенного наблюдения, названные выше учреждения системы социальной защиты населения, представляют собой профессионально организованные и постоянно функционирующие структуры, призванные обеспечить естественный процесс социальной адаптации клиента. Однако, мы исходим из того, что для нормального функционирования и интеграции клиента в систему социальных отношений необходимо развивать социализирующие механизмы.

В своих эмпирических исследованиях мы исходим из того, что клиентом социальной службы оказывается индивид, у которого социализация проходит с отклонениями от социально принятых в данном

обществе норм потому, что клиент изначально находится в трудной жизненной ситуации. Данное обстоятельство детерминирует необходимость проведения социальным работником поэтапных мероприятий для успешного завершения социализации клиента.

В практической социальной работе принято выделять последовательно сменяющие друг друга этапы процесса социального обслуживания населения:

1. Подготовительный этап – протекает до момента включения клиента в социальную группу и связан с определением его правового статуса, проведением социальной диагностики, предполагающий ознакомление социального работника с личностными особенностями клиента;

2. Этап включения в социальную группу – предполагает помощь новому участнику в адаптации к реальным условиям учреждения социального обслуживания населения.

3. Этап усвоения социально полезных ролей – предполагает участие клиента в социальной деятельности, приобретение им нового социального опыта, знаний, умений и навыков.

4. Этап устойчивой психосоциальной адаптированности – предполагает способность клиента разрешить любую проблемную ситуацию, возникшую в естественных условиях социальной среды.

Результаты проведенных прикладных социологических исследований в учреждениях социальной защиты населения убедили нас в том, что для успешной социализации клиента необходимо применение следующих социально-технологических приемов:

- техника «идущее вниз сравнение» основана на возможности клиента сопоставлять свои успехи в других сферах деятельности и ситуациях;

- техника «позитивного истолкования событий» основана на возможности человека вспоминать о своих успехах в других сферах деятельности и ситуациях;

- восстановление позитивного отношения клиента к себе, развитие у него чувства личного благополучия осуществляется через участие клиента в социальных проектах, акциях или мероприятиях, организуемых и проводимых учреждениями системы социального обслуживания населения.

Таким образом, создание условий для применения названных социально-технологических приемов предполагает естественный переход от теории, объясняющей процесс социализации, к практике развития

социализирующего поведения клиента.

Следует заметить, что при рассмотрении процесса социализации социальная работа как область научного знания ориентирована на принцип единства человека и социальной среды, а само понятие социализации заимствует из современных социологических концепций [См.: 4; 6; 12].

Рассмотрев общепризнанные в социальной науке концепции социализации личности, мы пришли к выводу, что все они, так или иначе, содержательно связаны с одним из двух подходов, различающихся между собой в понимании роли самого человека в процессе социализации.

Согласно первому подходу человек занимает пассивную позицию в процессе социализации, а сама социализация рассматривается как процесс адаптации человека к обществу, которая формирует каждого своего члена в соответствии с присущей ему социокультурной средой.

Такой подход, при котором общество является субъектом воздействия, а человек – его объект, может быть определен как «субъект-объектный». Сторонники второго подхода исходят из того, что человек активно участвует в процессе социализации и не только адаптируется к обществу, но и влияет на свои жизненные обстоятельства и на себя самого. Данный подход определяется в теории социальной работы как «субъект-субъектный» [См.: 9].

Перспективность такого подхода определяется тем, что сама социальная работа рассматривается как особый вид деятельности, представляющий собой систему структурно и функционально связанных между собой важнейших элементов деятельности: целей, мотивов, средств, условий, результатов, самого процесса, субъекта и объекта социальной службы.

Каждый этап такой деятельности детерминируется системой норм и ценностей, в которую входят как нормы и ценности социального работника, социальной службы и общества в целом, так и ценностные ориентиры клиента социальной службы. Человек как высшая ценность, его потребности определяют основной смысл и содержание социальной работы в целом.

Социальная работа не только наделяет человека новыми жизненными ценностями, но и призвана преобразовывать как отдельного индивида, так и все общество [См.: 10, 57]. Данное обстоятельство становится причиной интереса к особенностям социализации клиента социальных служб.

Для более успешной социализации клиента в практической социальной работе применяется системный подход, который представляет

собой динамический подход к проблемам клиента, где главный акцент делается на процесс изменения в жизненной ситуации клиента и его взаимодействия с социальным работником. По нашему мнению, изучение специфики системного подхода и социологоориентированности его содержания позволяет выявить особенности социализации клиента социальных служб.

Библиографический список

1. Федеральный закон № 195 от 15.11.1995 «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации».
2. Абульханова-Славская К.А. Стратегия жизни. М.: Мысль, 1991. 301 с.
3. Басов Н.Ф. Основы социальной работы: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М., 2004. 207 с.
4. Гидденс Э. Социология. М.: «Едиториал УРСС», 2005. 632 с.
5. Гулина М.А. Словарь справочник по социальной работе. М., 2010. 248 с.
6. Елескина А.В. Социально-философский анализ процесса социализации молодежи как фактор развития общества // Журнальный клуб «Интелпрос CredoNew». 2008, № 3.
7. Козыревская А.В., Осипов В.Е. Современное информационное пространство, его влияние на образование и социализацию человека. // Вестник Восточно-Сибирской государственной академии образования. Иркутск. 2010. Вып. 12. С. 24-30.
8. Кулебякин Е.В. Психология социальной работы: Учеб. пособие. Владивосток: ТИДОТ ДВГУ, 2004. 86 с.
9. Мудрик А.В. Социализация человека: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: ИЦ «Академия», 2004 304 с.
10. Павленок П.Д. Основы социальной работы. М.: ИНФРА-М, 1998. 457 с.
11. Сметанина В.И. Философский аспект раскрытия сущности социализации личности. // URL: <http://www.jourclub.ru/9/970/2/>
12. Шурыгина Ю.Ю. Теоретические основы социально-медицинской реабилитации различных групп населения: Учебно-методическое пособие. Улан-Удэ: Изд-во ВСГТУ, 2005. 100 с.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ПРОБЛЕМ СОЗДАНИЯ БЕЗБАРЬЕРНОЙ СРЕДЫ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ

В современном обществе утвердилось понимание того, что столетиями формируемая человечеством среда обитания оказывается некомфортной для значительной части населения. Важнейшие требования, предъявляемые к элементам этой среды, – удобство проживания и травмобезопасность – не выполняются обществом и государством в отношении такой категории населения как инвалиды.

Хорошо известно, что доступная среда жизнедеятельности является ключевым условием интеграции инвалидов в общество. Необходимость создания безбарьерной среды диктуют международные правовые договоренности и национальные законодательства; обеспечение доступности является одним из наиболее острых вопросов современной научной дискуссии в контексте прав человека.

Методологически перспективным оказывается подход к изучению проблемы, согласно которому всё, что становится доступным для инвалидов, удобно и комфортно и для остального населения, в частности для пожилых людей, детей, беременных женщин. Обеспечение доступной социальной среды создает предпосылки для реализации потенциала инвалидов и, следовательно, способствует социальному и экономическому развитию государства.

Кроме того, поскольку отсутствие доступа и средовые барьеры сами по себе являются инвалидизирующими факторами, обеспечение доступной среды позволяет эффективно снижать степень ограничений жизнедеятельности. [См.: 1]

К примеру, залогом успешной интеграции в общество людей с ограниченными возможностями является создание условий для их беспрепятственного доступа к объектам социальной инфраструктуры. Иными словами, общественный транспорт, жилые, общественные и производственные здания, спортивные сооружения, образовательные учреждения, культурно-зрелищные сооружения и места отдыха – вне зависимости от формы собственности – должны стать приспособленными для доступа и передвижения инвалидов, в том числе для владельцев собак-проводников и людей, пользующихся инвалидными колясками.

Формирование новой и адаптация сложившейся общественной и социальной инфраструктуры будут в значительной степени стимулировать трудовую и социальную активность инвалидов, содействовать их полноценному включению в жизнь местного сообщества, достижению ими социальной независимости и экономической самостоятельности. [См.: 2]

Чрезвычайно важно создание единой безбарьерной системы, включающей не только интерьер жилища и объектов общественного обслуживания, но и общедоступные открытые пространства, выполняющие коммуникативную функцию. Для слепых и слабовидящих в первую очередь должно соблюдаться требование информационного обеспечения ориентации в пространстве, свободного перемещения; для инвалида-колясочника – возможности проезда.

За рубежом к осознанию проблем создания безбарьерной среды пришли после Второй мировой войны в связи с появлением большого количества людей с различными физическими и психическими нарушениями, в том числе и инвалидов. В начале 1950-х годов в Совете Европы начала работать комиссия, занимающаяся решением вопросов по созданию среды обитания, соответствующей потребностям людей с ограниченными возможностями. Этой комиссией было принято решение о проектировании и оборудовании зданий, легко доступных для инвалидов, опубликованное как норма № 20 Европейского Союза «Требования, обеспечивающие доступ инвалидов в здания». [См.: 2]

В конце 1950-х годов во многих развитых странах общественными организациями инвалидов были разработаны рекомендации для организаций, имеющих отношение к определению норм проектирования окружающей среды и зданий с учетом доступности для инвалидов. В соответствии с этими рекомендациями начали появляться и, что особенно важно, официально узакониваться нормы по проектированию безбарьерной среды.

Первые нормы по обеспечению требований инвалидов по доступности здания и возможности пользования различными его помещениями были разработаны в США в 1959–1961 годах. Этот документ стал основой для разработки норм в других странах мира и привлечения внимания к проблемам инвалидов в целом. [См.: 3]

В 1960-1970-е годы нормы и стандарты, регламентирующие архитектурную деятельность и обеспечивающие требования инвалидов (прежде всего, передвигающихся на креслах-колясках), появились в Дании (1960), Швейцарии (1963), Канаде (1965), Франции (1966),

Великобритании (1967), Австралии, Бельгии и Нидерландах (1968), Финляндии и Швеции (1969), Германии (1972).

Практически все разработанные в это время нормы касались вопросов проектирования и оборудования зданий, предназначенных для проживания инвалидов. В настоящее время они охватывают все объекты градостроительного, архитектурного и ландшафтного проектирования и учитывают требования не только инвалидов-колясочников, но и всех категорий физически ослабленных лиц. [См.: 3]

Первые планировочные рекомендации по проектированию безбарьерной среды в СССР были разработаны в конце 1980-х годов. На их основе был издан документ «Типовая инструкция по обеспечению передвижения инвалидов, пользующихся креслами-колясками, в проектах общественных зданий, планировки и застройки населенных мест» (1988), в котором впервые были обобщены требования, обеспечивающие беспрепятственное передвижение инвалидов в местах общественного пользования.

С 1994 г. в России разрабатываются рекомендации по проектированию окружающей среды, зданий и сооружений с учетом потребностей инвалидов и других маломобильных групп населения, нормы и пособия по проектированию специализированных объектов для инвалидов и престарелых. [См.: 3]

Современная социальная политика Российской Федерации в отношении инвалидов предполагает не только архитектурную, но и социальную доступную среду. Теория и практика социальной работы исходят из того, что безбарьерная среда, сформированная с учетом особенностей различных видов инвалидности, чрезвычайно важна для лиц с ограниченными возможностями, сохранивших деятельностную активность.

При ее создании следует учитывать, что «активные» инвалиды и престарелые уже существуют и в подавляющем большинстве хотят жить вместе с практически здоровыми людьми, т.е. безбарьерная архитектурная среда должна быть повсеместно, причем формировать ее надо непрерывной на значительных по площади территориях. Например, в границах микрорайона, где от «барьеров» должны быть свободны жилища, открытые пространства, объекты приближенного и повседневного обслуживания.

Это, безусловно, улучшит условия самореализации и социальной адаптации лицам с ограниченными возможностями, позволит им свободно передвигаться, облегчит бытовую деятельность, общение, досуг. Если

безбарьерность будет обеспечена в наиболее популярных учебных заведениях и хотя бы в некоторых местах приложения труда, то отчужденность лиц с ограниченными возможностями от общества существенно снизится.

Для молодых, относительно активных инвалидов важно также формирование достаточно плотной сети учреждений медицинской, социальной, трудовой реабилитации, учреждений инваспорта, инватуризма, инваискусства. Для детей-инвалидов необходимы специальные воспитательные и общеобразовательные учреждения, а также приспособление к их особенностям обычных детских садов и школ, где, как показывает зарубежный опыт, они лучше обучаются и адаптируются к жизни. [См.: 4]

Методологическое обоснование способов и приемов изучения проблем создания безбарьерной среды для инвалидов предполагает, в частности, научное выявление мнения и оценки самих инвалидов о доступности тех или иных учреждений, организаций, органов власти. Кроме того, инвалиды могут, как никто другой судить и о доступности как самих социальных и медицинских услуг, так и о безбарьерности в общении и толерантности по отношению к ним в обществе.

Соответственно, целью прикладного социологического исследования данной проблемы является определение уровня доступности для инвалидов и других маломобильных групп населения приоритетных объектов и услуг в важнейших сферах жизнедеятельности.

Задачи прикладного социологического исследования:

1. Определение степени удовлетворенности инвалидов вниманием к основным проблемам лиц с ограниченными возможностями со стороны общества.

2. Определение степени удовлетворенности инвалидов деятельностью общественных организаций инвалидов и органов и учреждений государственной власти в области социальной поддержки инвалидов.

3. Определение степени доступности для инвалидов других маломобильных групп населения объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности: транспорте и транспортной инфраструктуре, здравоохранении, образовании, социальной защите, сфере занятости, культуры, физической культуры и спорта, информации и связи, жилого фонда.

4. Изучение мнения инвалидов о качестве лекарственного, материально-технического и транспортного обеспечения

5. Выявление социальных и психологических барьеров жизнедеятельности инвалидов

6. Определение зависимости преобладающих проблем и барьеров для инвалидов в зависимости от формы инвалидизирующего заболевания;

7. Выявление предпочтений по устранению существующих барьеров и усовершенствованию среды жизнедеятельности инвалидов в зависимости от отнесения их к той или иной социально-демографической группе.

8. Выработка рекомендаций по разрешению выявленных проблем и устранению социальных и материально-технических барьеров жизненной среды инвалидов.

К методологическому разделу программы прикладного социологического исследования относятся также объект и предмет исследования, гипотезы исследования.

Объект исследования – инвалиды, являющиеся членами общественных организаций инвалидов г. Пензы.

Предмет исследования – характеристики среды жизнедеятельности инвалидов г. Пензы в плане качества и доступности социальных услуг и основных объектов, а также по наличию социальных и материально-технических барьеров.

Гипотезы исследования: в целом инвалиды не удовлетворены качеством системы социальной и материальной поддержки как со стороны государственных органов власти и учреждений социальной защиты населения, так и со стороны профильных общественных организаций.

Основной проблемой, по их мнению, оказывается недостаточный объем предоставляемых социальных, медицинских и транспортных услуг, а также отсутствие информации о возможностях их получения. Что касается доступности среды жизнедеятельности, то инвалиды считают, что в равной степени важны и критичны и социальные, и технические барьеры.

Наиболее приоритетными являются те сферы, которые способствуют процессам их реабилитации и адаптации к обществу: здравоохранение, образование, сфера труда и занятости. Соответственно наиболее критичными являются барьеры основных объектов указанных сфер: больницы, аптеки, школы, университеты, учреждения, организации и предприятия, в которых трудятся инвалиды.

Особой категорией барьеров являются те, которые характеризуют ежедневную среду обитания: квартиры, дома, то есть постоянные места проживания, магазины, места досуга. В то же время серьезнейшими остаются и социальные барьеры, то есть отношение к инвалидам в

российском обществе: прежде всего, неявная, но существующая дискриминация при трудоустройстве, а также нетолерантное отношение к лицам с ограниченными возможностями в межличностном общении.

Библиографический список

1. Романов П., Ярская-Смирнова Е., Вайтфилд С., Келли С. Социологическое исследование проблем инвалидности и реабилитации инвалидов в российской федерации. М., 2009.
2. Доступная среда для инвалидов и других маломобильных граждан в Москве. URL: http://aupam.narod.ru/pages/sozial/dostupnaya_sreda_dlya_invalidov_i_drugikhmalomobiljnihkh_grazhdan_v_moskve/oglavlenie.html (Дата обращения: 14.06.2013)
3. Мазаник А., Лазовская Н. Доступность среды как норма жизни URL: <http://ais.by/story/73> (Дата обращения: 14.06.2013)
4. Хачатрянц К.О перспективной типологии жилища для лиц с ограниченными возможностями // <http://ais.by/story/80>

Н.Б. Долгова

Пензенский государственный университет

СОЦИАЛЬНОЕ ПАРТНЕРСТВО ПО ВОПРОСАМ ОБРАЗОВАНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ

В настоящее время актуальной проблемой теории и практики социальной работы является развитие социального партнерства, направленного как на взаимодействие с семьей, так и с другими социальными институтами, через которые осуществляется включение детей с ограниченными возможностями в социум, т.е. развитие у детей мотивации к общению, взаимодействию, формирование у них социальных умений, навыков. Эффективная реализация социального партнерства может разрешить сложившееся противоречие между воспитательным потенциалом социума и его использованием.

Социальное партнерство по вопросам образования и социальной реабилитации детей-инвалидов подразумевает под собой конструктивное взаимодействие всех государственных и общественных секторов по

развитию системы образования в стране, созданию благоприятных условий для различных видов образования, включая самообразование детей-инвалидов.

Значимую роль в вопросе образования детей-инвалидов играют образовательные учреждения, тогда как вопросами социальной реабилитации детей-инвалидов занимаются учреждения социальной защиты. Таким образом, первое, что необходимо для эффективной организации социального партнерства в рамках проведения социальной работы с детьми-инвалидами – это четкая система межведомственного взаимодействия сфер социальной защиты и образования.

Данное межведомственное взаимодействие может включать такие формы сотрудничества, как информационный обмен, проведение совместных мероприятий, разработка единого протокола действий и др. К наиболее эффективным формам межведомственного взаимодействия относятся долгосрочные и краткосрочные проекты, акции, реализация программ муниципального, районного или городского уровня.

Отметим, что именно учреждения системы социальной защиты и образования будут являться ведущими, но не единственными субъектами организации социального партнерства по вопросам образования и социальной реабилитации детей-инвалидов.

Важным направлением в организации социального партнерства по вопросам образования и социальной реабилитации детей-инвалидов является взаимодействие указанных субъектов с органами власти. Именно органы власти имеют возможности для создания условий эффективной реализации модели социального партнерства. Органы государственного управления (в данном случае – федеральные министерства и ведомства) должны координировать деятельность и мониторинг процессов образования и реабилитации детей-инвалидов, разработки совместных программ, приказов, проектов, отражающих требования государственной политики в области обучения и социальной реабилитации детей, имеющих ограниченные возможности здоровья.

Необходимо взаимодействие с учреждениями культуры, реализующими досуговые программы для детей и подростков, имеющих ограниченные возможности здоровья, или заинтересованными в создании таких программ совместно с образовательными учреждениями. В основе организации досуга детей-инвалидов лежит создание единого воспитательного пространства, целью которого является адаптация детей и подростков к современным условиям, их правовая социализация через культурно-досуговую работу.

В содержательном плане структура досуга включает общение; спортивно-оздоровительную деятельность, игры и отдых на природе; пассивно-репродуктивную или развлекательную деятельность; интеллектуально-познавательную деятельность активного характера (чтение, занятия в кружках, посещение факультативов); художественное, техническое, естественно-научное творчество; любительскую деятельность прикладного характера (шитье, вязание, фотодело); общественно активную деятельность.

Наряду с этим необходимо взаимодействие со спортивно-оздоровительными учреждениями, которые создают условия для проведения социальной реабилитации детей с особыми образовательными потребностями средствами физической культуры и спорта.

В процессе организации социального партнерства по вопросам образования и социальной реабилитации детей-инвалидов требуется и взаимодействие со структурами здравоохранения. Цель их деятельности состоит в реализации всех вариантов медико-социальной поддержки детей с особыми образовательными потребностями.

Основной задачей для учреждений, включенных в данный процесс, является оказание квалифицированной медико-социальной помощи детям с ограниченными возможностями здоровья и их родителям, разработка проектов медико-социального сопровождения детей в условиях модели инклюзивного образования (включения в образовательный процесс детей-инвалидов).

Необходимо взаимодействие в рамках эффективно организованной системы образования и социальной реабилитации детей-инвалидов с учреждениями высшего профессионального образования. Цель данного взаимодействия состоит в создании условий по обобщению опыта и организации научных исследований в сфере образования и социальной реабилитации детей-инвалидов.

В связи с этим возникает необходимость преодоления дефицита инклюзивной готовности через формирование инклюзивной компетентности: у социальных работников учреждений социальной защиты, у педагогов общеобразовательных учреждений, у педагогов общеобразовательных учреждений, имеющих специальное образование, сотрудников учреждений, участвующих в межведомственном взаимодействии.

Данная проблема решается через организацию мастер-классов, тематических семинаров и других форм по распространению опыта инклюзивного образования, создание и распространение электронных

пособий с методическими материалами по работе с детьми в инклюзивных классах, группах, включение в программы курсов повышения квалификации блока «Проблемы инклюзивного образования на современном этапе», специализированные курсы для указанных категорий работников.

В систему образования и социальной реабилитации детей-инвалидов важно включение и общественных организаций. Это и неформальные клубы по интересам, и курсы повышения квалификации, переобучения, и общественные организации, нацеленные на воспитание и развитие детей, молодежи (театральные студии, спортивные и туристские клубы, военно-патриотические НКО и др.)

В целом, в рамках социального партнерства по вопросам образования и социальной реабилитации детей-инвалидов необходимо использовать потенциальные возможности социума для решения проблем детей с ограниченными возможностями:

1. включение детей с ограниченными возможностями в социальные отношения со здоровыми сверстниками;
2. формирование у детей социальных потребностей, что относится как к детям с ограниченными возможностями, так и к здоровым детям;
3. необходимость развития у детей социальных способностей за счет включения их в социальную деятельность;
4. включение в социальную деятельность не только детей, но и специалистов различных сфер деятельности, родителей, поскольку только в совместной социальной деятельности процессы интеграции проходят более эффективно;
5. активное использование возможностей различных социальных институтов для решения проблем детей с ограниченными возможностями.

Таким образом, потенциальные возможности социума для решения проблем детей с ограниченными возможностями, а именно включение детей-инвалидов в социальные отношения со здоровыми сверстниками, эффективно реализуются через модульную систему межведомственного взаимодействия.

Вместе с тем, на сегодняшний день очевидными проблемами при организации межведомственного взаимодействия являются: техническое и технологическое обеспечение; нормативно-правовое обеспечение данного процесса; поиск организационно-правовых форм, отражающих сетевой принцип организации образовательного процесса; механизм продвижения инновационных образовательных и реабилитационных программ;

процедуры набора групп; привлекательность такого образования и системы социальной реабилитации для родителей и учащихся.

Библиографический список

1. Взаимодействие дошкольного учреждения с социумом: Пособие для практических работников дошкольных образовательных учреждений / Авт.-сост.: Данилина Т.А., Лагода Т.С., Зуйкова М.Б. 3-е изд., испр. и доп. М.: АРКТИ, 2005. 80с.
2. Гаврилова И.Н. Социальное партнерство и образование // Непрерывное образование в политическом и экономическом контекстах / Отв. ред. Г.А. Ключарев. М.: ИС РАН, 2008. URL: <http://www.civisbook.ru/publ.html?id=371> (Дата обращения: 14.06.2013)

Н. Борисов

(Науч. рук-ль: профессор кафедры «ТиПСР» Т. Г. Скороходова)

Пензенский государственный университет

ПОНИМАНИЕ КЛИЕНТА-ИНВАЛИДА В ПРОЦЕССЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ И ВЫБОРА РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ (К ПРИМЕНЕНИЮ ГЕРМЕНЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ)

Процесс консультирования в социальной работе предстаёт сложным многогранным процессом взаимовлияний двух миров, двух систем ценностей, двух познавательно-когнитивных систем. Что есть взаимопонимание? Каковы возможности понимания Другого? Что сокрыто в Другом? Этими вопросами занимались еще древние греки, которые считали ораторским искусством такую коммуникацию, которая способна зажечь в гражданах огонь какой-либо идеи. [См.: 1;4] Без взаимопонимания это невозможно. У оратора есть потребность в том, чтобы его не просто поняли, но поняли так, как это необходимо ему самому.

Проблемой понимания Другого и построения коммуникации интересовались издревле. Этот интерес стал еще более актуальным и масштабно возрос в современности. И что именно может дать

герменевтика, отвечая на столь древние вопросы? И как мы можем использовать герменевтику и её метод в процессе консультирования клиента-инвалида?

Герменевтика предоставляет нам возможность анализа текста как совокупности знаковых, коммуникативных актов. Этот текст, при котором Другой познается не столько в процессе субъект-объектного взаимодействия, сколько в субъект-и-субъектном взаимодействии или даже в самосубъектном. Понимая Другого, я познаю и самого себя, и два мира (мой личный и Другого), соприкасаясь друг с другом, преобразуют друг друга.

Герменевтика, экзистенциализм, феноменология являются неразрывно связанными областями человеческой мысли, которые мы можем и должны применять в такой важной и необходимой деятельности, как социальная работа. Современная российская патронатная медицинская модель социальной работы не просто устарела, она разрушает сама себя, и если мы не переориентируем её, то можно спокойно диагностировать смерть социальной работы в России.

Понимание, на наш взгляд, должно стать ключевой категорией современной социальной работы. Специальное выделение данной категории продиктовано состоянием социальной науки, культуры постмодерна, современной философии. Понимание должно стоять во главе неклассической (то есть не патронатной) социальной работы.

В этом случае перед нами встает принципиально важный вопрос, требующий ответа: «Что есть понимание?». Следуя за мыслью Г.-Г Гадамера, можно утверждать, что понимание — это всегда понимание Другого. Там, где должно быть понимание, обнаруживается не только тождество. Напротив, понимание полагает, что один способен встать на место Другого, чтобы сказать, что он здесь понял и что он на это должен сказать. Как раз последнее не предполагает повторения [См.: 3,247-250].

Социальный работник, используя герменевтический метод, выражает своё понимание, своё когнитивное напряжение не просто в словах «я вас понимаю», но в попытке глубоко рассмотреть следы непонимания для того, чтобы выработать соответствующую стратегию и лишь затем осуществить помощь клиенту-инвалиду.

В. Н. Топоров говорит о совершенно особенном месте процедуры сравнения в мире культуры [См.: 6,6-17]. Без сравнения невозможно и понимание. Сравнение, которое основывается на всматривании в зеркало Другого, в котором мы узнаем самого себя, выступает как канал, конституирующий (по терминологии Э. Гуссерля — обозначает

специфическую активность сознания, при которой сознание не просто воспринимает внешние предметы, а продуцирует их из самих составляющих сознания) новое информационное содержание в определенные формы сознания.

Процесс консультирования можно, таким образом, представить как два зеркала, которые изначально имеют неровную поверхность и затуманенный вид. Герменевтический метод в действии представляет собой постепенное всматривание в зеркало путем когнитивного напряжения, попыток сравнения и, как следствие, мы получаем ровное отображение нас самих. Клиент видит себя таковым, каковым он не просто является, но каков он есть в динамической, провиденциальной плоскости. В данном случае мы можем говорить уже о феноменологической герменевтике и её применении в социальной работе.

Г.-Г. Гадамер отводит разговору с Другим очень важную и активную роль, утверждая, что разговор с Другим, согласие Другого с нами, его возражения, его понимание и непонимание знаменуют расширение нашей индивидуальности – это всякий раз испытание возможной общности, на которое подвигает нас разум.

Социальный работник путем реализации герменевтического метода расширяет как сознание клиента, так и своё индивидуальное сознание. Вообще отдельные индивиды представлены как зеркала универсума; в своей совокупности они и составляют единый универсум. На таком основании можно строить целый универсум диалога. Каждый человек обретает себя в Другом, изменяя себя по образу Другого. [См.: 2,85-91] Созданием такого диалога и должен заниматься социальный работник.

Есть ли препятствия к построению универсума диалога? Ги де Мопассан справедливо рассуждает, что «мы дальше друг от друга, чем звезды небесные, а главное, больше разобщены, потому что мысль непостижима <...> Стремясь слиться воедино, мы устремляемся друг к Другу и лишь ушибаемся друг о друга» [См.: 5,137-138].

Так, никому не дано найти моё Я, проникнуть в его глубины, потому что никто не похож на меня. Мы воображаем себе, что Другой принесет конец нашим мукам одиночества. Мы бежим от одиночества словно от ужасного зверя. Но убегая от одиночества, мы бежим от себя самих, вместо того, чтобы повернуться к самому себе, не прячась от своего зеркального отображения, не воображая себе образы Я, а ощущая на себе всю ярость и мощь чувства пустыни одиночества.

Таким образом, восприятие образа Я предстает сложным, глубоким процессом личностной рефлексии. Каким же образом социальный

работник - консультант может вторгаться в это поле безудержной борьбы поиска самоидентичности? Конечно же, через желания самого клиента, которые проявляются в ходе консультирования и являются базой для построения индивидуальной программы реабилитации.

Мы можем сформулировать следующие «правила» применения герменевтики к процессу консультирования клиента-инвалида в социальной работе:

1. Клиент – это не патерналистский «объект», жаждущий немедленной помощи, но субъект, который нуждается не столько в одобрении, сколько в понимании и выработке соответствующей стратегии существования в мире.

2. Социальный работник не просто замеряет ситуацию клиента, но он вчувствуется в эмоциональный мир клиента-инвалида таким образом, что соприкасаются два мира, два мирозерцания.

3. Понимание – это и процесс, и результат, и стратегия. Познание целого основывается на познании частного, а познание частного требует основ познания целого. Взаимная согласованность отдельного и целого – всякий раз критерий правильности понимания. Интерпретация речи клиента не должна носить ни фрагментарного, ни излишне обобщенного характера.

4. Жизненный мир личности – это динамическая система, нуждающаяся в анализе, то есть постоянном контекстуальном пересмотре. Необходимо дать клиенту установку на то, что его жизнь определяется им самим. Окружающая среда – это не нечто исключительно внешнее по отношению к нам, но это и мы сами. Мы сами и есть то, что нас окружает. Поэтому и качество нашей жизни зависит от качества нашего мышления.

5. Процесс понимания Другого связан с преодолением «барьеров понимания»:

5.1. Редуцирование опыта переживания Другого. Специалист, ориентированный на свой личный опыт переживаний, а также на схожие ситуации, может выдавать готовые «рецепты» по решению проблем клиента. Специалист стремится объяснить чувства клиента, исходя из предшествующего опыта, вместо того, чтобы концентрироваться на конкретном настоящем опыте существования.

Преодоление: установка на то, что каждый клиент и каждая ситуация уникальна, и готовых решений нет.

5.2. Возраст. Возрастные позиции будут скорее мешать в понимании Другого, поскольку, например, позиция «взрослый – ребенок» будет

нивелировать процесс консультирования до поучений вместо реально возникшей ситуации понимания.

Преодоление: установка на то, что специалист и клиент – это равноправные партнеры в деле понимания.

5.3. Лексика. Язык есть средство понимания. У специалиста и клиента возможен разный уровень образования и культуры.

Преодоление: языковая система (употребление понятий) должна быть максимально адаптирована к клиенту.

5.4. Монологизация речи. Понимание Другого возможно лишь с помощью разговора, а разговор – это активное участие двух сторон. Монологизация речи высвобождает чувство отчуждения.

Преодоление: организация равноправного активного поддерживающего диалога.

5.5. Выслушивание вместо понимания. У клиента часто фигурирует установка на то, чтобы выговориться. Специалист рассматривается как пассивный слушатель.

Преодоление: построить конструктивную линию коммуникации ориентированную на дуальную связь (создание коммуникативных поводов для равноправного слушания и потребности в том, чтобы слушать)

Что касается программы реабилитации, то она предстает, главным образом, как система жизненных стратегий, но не «рецептов». Программа реабилитации направлена на активизацию ресурсов, основных потенций личности, самоосуществление в мире.

Основные принципы построения программы реабилитации клиента-инвалида:

1. Ориентация на внутренние экзистенциальные потребности (снятие остроты чувства отчужденности, поиск смысла жизни). Герменевтический подход выражается в стремлении понять, переосмыслить и выстраивать новые «понимающие отношения» с миром. Это достигается путем постоянного диалога с миром.

2. Развитие воли к жизни и выработка общей стратегии существования в мире с учетом социального, культурного, политического, экономического и экзистенциально контекста.

3. Программа реабилитации представляет собой такую стратегию существования, которая ориентирована не на ступенчатость (от наиболее простого к сложному), а на осуществление целого при помощи частного, а частное достигается путем понимания целого. Особо важный аспект программы реабилитации — повторение (ретроспектива).

Таким образом, формирование волевых качеств клиента, а также жизненной стратегии, ориентированной на открытость миру и познания самого себя, могут стать результатом консультирования, который возможен благодаря применению герменевтики к социальной работе.

Библиографический список

1. Аристотель. Риторика / Пер. Платоновой Н. // Античные риторики. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1978.
2. Гадамер Г.-Г. Актуальность прекрасного. М.: Искусство, 1991.
3. Герменевтика и деконструкция / Под ред. Штегмайера В., Франка Х., Маркова Б.В. СПб., 1999.
4. Диоген Лаэртский. О жизни, учениях и изречениях знаменитых философов / Общ.ред. и вступ. ст. Лосева А.Ф. М.: Мысль, 1986.
5. Мопассан Ги де. Одиночество // Мопассан Ги де. Полное собрание сочинений: В 12 т. Т.6. М.: Правда, 1958.
6. Топоров В.Н. Пространство культуры и встречи в нем // Восток-Запад: Исследования. Переводы. Публикации. М.: Наука, 1989.

Т.А. Николаева, А.Б. Тугаров

Пензенский государственный университет

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, ОКАЗАВШИХСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ

В современном обществе защита прав и интересов детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, является одной из приоритетных задач его развития. Несмотря на то, что в России в последние годы уделяется большое внимание этой проблеме, она не теряет своей актуальности и по-прежнему требует научного осмысления и практического решения в социальной работе.

Общепринятым определением, используемым в социальной работе для обозначения трудной жизненной ситуации клиента, является следующее: трудная жизненная ситуация – это «ситуация, объективно нарушающая жизнедеятельность гражданина (инвалидность, неспособность к самообслуживанию в связи с преклонным возрастом,

болезнью, сиротство, безнадзорность, малообеспеченность, безработица, отсутствие определенного места жительства, конфликты и жестокое обращение в семье, одиночество и тому подобное), которую он не может преодолеть самостоятельно». [См.: 2]

Данное определение позволяет рассматривать инвалидность как одну из разновидностей трудных жизненных ситуаций и выявить ряд проблем, с которыми приходится сталкиваться детям-инвалидам. А именно: сложности в адаптации к окружающей среде, получении образования и т.д. Следует подчеркнуть, что трудная жизненная ситуация всегда связана с необходимостью адаптироваться к ней.

Отдельной проблемой практической социальной работы является аллокация индивида, понимаемая как «встраивание» его в роль взрослого человека. [См.:6]. Как правило, две основные сферы обитания ребенка - сфера семьи и система образования являются доминирующими в данном контексте.

Ключевое значение для осуществления социальной реабилитации детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, имеет организация образовательного процесса. В современной практической социальной работе сложился подход, согласно которому, важным направлением реабилитационной работы для ребенка-инвалида является образование.

Общепринятым является мнение о том, что право на образование принадлежит всем детям, в том числе и детям-инвалидам. Это мнение находит своё выражение в том, что одним из основных положений Конвенции о правах ребенка (1989 г.) является уважение и обеспечение государствами-участниками Конвенции всех прав, предусмотренных в Конвенции, за каждым ребенком без какой-либо дискриминации, независимо от расы, цвета кожи, пола, языка, религии, политических или иных убеждений, национального, этнического или социального происхождения, имущественного положения, состояния здоровья и рождения ребенка, его родителей или законных опекунов или каких-либо иных обстоятельств. [См.: 1]

Дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации, имеют право на особую заботу и защиту со стороны федеральных органов государственной власти, органов законодательной и исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления.

В настоящее время всё чаще приходится слышать об интегрированном (инклюзивном) образовании как необходимом условии адаптации ребенка-инвалида к так называемой «окружающей среде». Оно поддержано законодательно, обосновано международными требованиями

и процессами мировой интеграции. Но следует учесть, что современный этап развития инклюзивного образования наполнен массой противоречий и проблем и требует профессионального открытого диалога, конструктивного спора, учёта отечественного опыта и согласованности позиций.

Важным обстоятельством развития и распространения этого инновационного по своей сути процесса реабилитации детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, многие исследователи отмечают неготовность современной отечественной школы к переменам в содержании и формах образовательного процесса. В данном случае образовательная система вступает в противоречие с главным принципом инклюзивного образования – «не ребенок подгоняется под существующие в образовательном учреждении условия и нормы, а, наоборот, вся система образования подстраивается под потребности и возможности конкретного ребенка». [См.: 5,17]

Развитие инклюзивной практики образования требует системных институциональных изменений, которые не происходят быстро. Но самыми сложными из них, по мнению педагогов-исследователей, являются изменения в профессиональном мышлении и сознании людей, начиная с психологии учителя (что, в конечном счете, оказывается самым сложным), заканчивая экономическими и финансовыми основаниями функционирования всей системы современного образования. [См.: 3; 5]

Следует отметить, что внедрение инклюзивного образования сталкивается не только с трудностями организации, так называемой «безбарьерной среды», но прежде всего с проблемами социального свойства.

Они включают в себя не только сложившиеся стереотипы и предрассудки, готовность или отказ учителей, детей и их родителей принять новые принципы образования, но также недостаток систематических, комплексных психолого-педагогических знаний и технологий, специальных мониторинговых исследований, непосредственно касающихся опыта отечественного инклюзивного образования.

Наряду с декларируемыми философскими основаниями и принципами, отсутствие методологии инклюзивного образования рождает множество вопросов, связанных с недоверием и критикой относительно самой идеи. В результате, на практике огромное число детей-инвалидов школьного возраста не могут реализовать конституционное право на образование. [См.: 4]

Исследователи проблемы исходят из того, что только синхронность усилий позволит совершить содержательный прорыв и в понимании данной проблемы, и в деятельности по её решению. В случае разрозненных (иногда разнонаправленных) действий качественного эволюционного движения не обеспечить. Для решения обозначенных проблем необходим межведомственный подход в работе специалистов систем образования, здравоохранения и социальной защиты населения.

В свою очередь, изменение общественного сознания и эффективная деятельность государственных и негосударственных учреждений всех уровней, реализация программ социальной реабилитации в отношении детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации (детей с ограниченными возможностями), позволит создать условия для интеграции их в общество и предпосылки к независимой жизни.

Интегративная роль социальной реабилитации во всех ее функциональных направлениях должна объединить усилия специалистов разного профиля на основе достижения основной цели – включения ребенка, оказавшегося в трудной жизненной ситуации, в социальную среду, приобщения к общественной жизни и труду на уровне его психофизических возможностей.

Таким образом, сложная, комплексная проблема оказания помощи детям и подросткам с трудностями развития носит междисциплинарный характер, и на практике с необходимостью требует межведомственного взаимодействия и инновационного подхода.

Библиографический список

1. Конвенция о правах ребенка. // <http://base.garant.ru>
2. Федеральный закон ФЗ-195 «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации». // <http://base.garant.ru>
3. Инклюзивное образование. Выпуск 1. М.: Центр «Школьная книга», 2010. 272 с.
4. Инклюзивное образование: проблемы совершенствования образовательной политики и системы: Материалы международной конференции . 19–20 июня 2008 года. СПб.: Изд-во РГПУ, 2008. 215 с.
5. Гончарова Е.Л., Кукушкина О.И. Ребенок с особыми образовательными потребностями // Альманах Института коррекционной педагогики РАО. 2002. № 5.
6. Программы социальной реабилитации несовершеннолетних М.: ГосНИИ семьи и воспитания, 2002. 229 с.

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ЛЮДЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Социальная работа представляет своим содержанием особый вид профессиональной деятельности, эффективность которой определяют не только знания и практический опыт специалиста, но и его ценностные ориентиры, морально-нравственные убеждения, принципы, нормы, а также умение корректно взаимодействовать с клиентами [См.: 2,5].

Особой категорией клиентов социальных служб являются люди с серьезными нарушениями физического ресурса – инвалиды, или «люди с ограниченными возможностями», или «люди с особыми потребностями».

Основополагающими для развития этики социальной работы с людьми с ограниченными возможностями здоровья стали международные документы, в числе которых «Всемирная программа действий в отношении инвалидов» и «Конвенция о правах инвалидов», определившие морально-нравственные ориентиры в отношении к людям с ограниченными возможностями и послужившие базой для разработки профессиональных этических кодексов социального педагога и социального работника.

Эти документы закрепили социальную модель как основу построения стратегии взаимодействия общества и человека с особыми потребностями и определили ценностные установки этого взаимодействия.

Инвалидность не только изменяет социальный статус человека, накладывает на него различного рода ограничения (ограничение способности к самообслуживанию, самостоятельному передвижению и т.д.), но и негативно влияет на его психо-эмоциональное состояние.

Чувствуя себя обузой, объектом жалости и сочувствия, люди с ограниченными возможностями здоровья становятся замкнутыми, очень раздражительными, а подчас и озлобленными. Все это значительно затрудняет процесс общения, особенно на этапе установления контакта с клиентом.

Есть ряд общих этикетных правил, соблюдение которых является залогом эффективной межличностной коммуникации, однако в случае общения с людьми с особыми нуждами следование этим правилам приобретает особую актуальность. Эти правила довольно просты: научитесь слушать и слышать; придерживайтесь практики неосуждения, не демонстрируйте своего отвращения к внешнему виду и особенностям

телосложения или состоянию здоровья клиента; научитесь сочувствовать и корректно выражать сочувствие; будьте тактичны, научитесь не спрашивать совсем или спрашивать, не обижая, деликатно делать замечания; будьте чутки и внимательны, старайтесь понимать состояния и переживания клиента; будьте вежливы, научитесь оказывать услугу, не оскорбив при этом человеческого достоинства; будьте терпимы, принимайте человека таким, каков он есть; соблюдайте конфиденциальность; будьте пунктуальны и оптимистичны и т. д. Кроме того, во многих странах мира разработаны и более точные правила общения с инвалидами. Так, сотрудник Национального Центра Доступности США К. Мейер сформулировал правила этикета в отношении инвалидов, учитывая конкретные барьеры во взаимодействии.

Например, при взаимодействии с людьми, испытывающими трудности при передвижении, необходимо соблюдать следующие правила: прежде чем оказать помощь, всегда спрашивайте, нужна ли она, и, заручившись согласием клиента, уточните, что и как следует делать; не касайтесь коляски без разрешения клиента; во время беседы старайтесь сесть таким образом, чтобы находиться на одном уровне с собеседником; старайтесь предвидеть трудности, которые может испытывать человек с ограниченными возможностями при передвижении в конкретной ситуации: пропустите вперед человека на костылях или коляске при входе в узкую дверь, придержите дверь или уберите с дороги мешающие передвижению предметы, не наращивайте скорость ходьбы, недоступную для собеседника [См.: 1,127].

Особые правила распространяются на общение и взаимодействие с людьми с гиперкинезами – произвольными движениями тела или конечностей, которые обычно свойственны людям с детским церебральным параличом или перенесшим повреждение спинного мозга. Правила продиктованы стремлением сделать ситуацию взаимодействия максимально комфортной для обеих сторон и заключаются в следующем: во всех ситуациях, когда произвольные движения не становятся барьером для чего-либо, не стоит обращать на них внимание; предупреждайте ситуации, когда произвольные движения, напротив, могут стать непреодолимым барьером; при разговоре не отвлекайтесь на произвольные движения вашего собеседника, потому что невольно можете пропустить что-то важное [См.: 1,146].

При общении со слепыми и слабовидящими нельзя, игнорируя клиента, говорить с сопровождающим о вопросах, касающихся непосредственно человека с ограниченными возможностями. Постарайтесь

с первых секунд общения представить себя и всех, кто вас окружает; если вы попали в новое помещение, опишите расположение людей и предметов; сопровождая клиента, направляйте его аккуратно, поддерживая под локоть; предупреждайте слепого и слабовидящего о препятствиях, стараясь четко определить их местоположение; предлагая незрячему человеку сесть, не усаживайте его, а направьте руку на спинку стула или подлокотник; знакомя клиента с новым предметом, не водите по поверхности его руку, а дайте возможность свободно осязать предмет; если вас попросили помочь что-то взять, не следует тянуть кисть слепого к предмету и брать его рукой этот предмет; не смущайтесь, если, обращаясь к слепому или слабовидящему человеку, вы употребили глагол «смотреть», для незрячего это слово может означать другие формы восприятия, например, осязание; если хотите пожать руку инвалиду по зрению, то известите его об этом, чтобы он сам протянул вам руку; если есть выбор, уточните, в какой форме инвалид по зрению хочет получить информацию (написанную рельефно-точечным шрифтом Брайля, крупным шрифтом, на аудиокассете, в электронном варианте); не заменяйте чтение какого-либо документа его пересказом, особенно, если инвалиду по зрению нужно его подписать; при общении с группой слепых и слабовидящих не забывайте каждый раз называть того, к кому обращаетесь [См.: 1,114].

У людей с нарушениями слуха другие барьеры, поэтому для эффективного общения важно соблюдать правила, которые облегчат получение собеседником информации через доступные ему (визуальные или звуковые) каналы восприятия. Лучше всего, если среда, в которой предполагается контакт, будет спокойной, лишенной громких и резких звуков, большого скопления людей, а также яркого света. Главная цель в процессе взаимодействия – понять все, что говорит ваш собеседник и самому быть понятым. Поэтому нужно искать варианты коммуникации, которые смогут обеспечить достижение этой цели: речевое общение, общение посредством сурдопереводчика, общение при помощи письма.

При речевом общении задействуются сохраненные механизмы звукового восприятия, а также умение «читать по губам», если оно развито у человека с нарушениями слуха. Нужно помнить, что способность воспринимать речь визуально по движениям губ ограничена многими факторами, в том числе индивидуальными особенностями произношения, скоростью речи и т.д. Чаще всего информация, получаемая таким способом неполная. Поэтому, разговаривая с человеком, у которого плохой слух, смотрите прямо на него, не затемняйте свое лицо и не загораживайте

его; говорите ясно и ровно, не нужно излишне подчеркивать что-то или кричать; переспросите, убедитесь, что вас понимают; используйте короткие и простые фразы, не отягощайте речь специальными терминами и незначительной информацией; используйте «переходные» фразы. При общении посредством переводчика обращаться следует не к переводчику, а к партнеру по контакту [См.: 2, 86].

Нарушения слуха довольно часто сопровождаются затруднениями речи. Простые правила взаимодействия с человеком, у которого имеются речевые затруднения, состоят в следующем: не игнорируйте таких людей и не избегайте с ними разговора; будьте готовы к тому, что общение займет достаточно много времени; сосредоточьтесь на разговоре и поддерживайте визуальный контакт с собеседником; позвольте ему полностью договаривать фразы и начинайте говорить только тогда, когда вы убедились, что мысль завершена; не относитесь к собеседнику предвзято: трудности в речи прямо не влекут за собой трудности и восприятия и обработке информации; при наличии серьезных барьеров в речевой коммуникации предложите альтернативный способ обмена информацией, например, переписку; не перебивайте и не поправляйте человека, который испытывает трудности в речи; не пытайтесь ускорить разговор; если вы спешите, лучше, извинившись, договоритесь о другом, более свободном времени [См.: 1,182].

Довольно часто, если мы знаем, что у человека есть психические расстройства, мы меняем отношение и стиль взаимодействия с ним, основываясь на стереотипах, которые далеко не всегда верны. Психические расстройства не всегда сопровождаются интеллектуальными нарушениями, более того, часто они проявляются ситуационно.

Поэтому общение с людьми с психическими расстройствами также требует соблюдения определенных норм и правил: не распространяйте опыт общения с одним человеком, имеющим психические расстройства, на других людей и другие случаи; не бойтесь насилия и агрессии: далеко не все люди с психическими нарушениями склонны к буйному поведению; примите тот факт, что ваш собеседник, как правило, способен оценить ситуацию и понять все, что вы ему говорите; если человек не лишен дееспособности, будьте готовы принять любое его решение в области прав и обязанностей; на любые проявления волнения реагируйте спокойно; не раздражайтесь и не повышайте голоса; выбирайте доступные вашему партнеру темы для разговора; используйте простой и точный язык, короткие фразы; изложите суть вашего разговора на бумаге и предложите вашему собеседнику обсудить это с родными; оставьте свои контактные

данные на случай, если близкие человека с задержкой психического развития захотят связаться с вами [См.: 1,206].

Главное при взаимодействии социального работника с человеком с ограниченными возможностями – это уважение, доброжелательность и стремление помочь. Начинающему социальному работнику нельзя вести себя высокомерно, ему необходимо соблюдать все правила этикета, актуальные при общении с любым другим человеком. Практика социальной работы убеждает в том, что проявляя вежливость, такт и непредвзятость, можно преодолеть любую неловкую ситуацию, исправить допущенную оплошность, помочь собеседнику почувствовать себя раскованно и спокойно.

Библиографический список

1. Басов Н.Ф. Социальная работа с инвалидами. М., 2012.
2. Глушкова В.Г. Профессионально-этические основы социальной работы. Белгород, 2007.

Т. И. Лавренова, С. Потапова

Пензенский государственный университет

ФАКТОРЫ АКТИВИЗАЦИИ ИНВАЛИДА В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Процесс реабилитации инвалида является неотъемлемой частью работы по оптимизации, улучшению состояния индивида, оказанию ему помощи в целях обеспечения благополучных условий существования в социуме.

Под реабилитацией понимается система мероприятий, цель которых – скорейшее и наиболее полное восстановление утраченных функций инвалидов и возвращение их к активной жизни и общественно полезному труду. [См.:1]

Медицинские и сопутствующие мероприятия – лишь основа для проведения дальнейшей долговременной работы по социальной реабилитации инвалида. Социальный работник, проводящий реабилитационные мероприятия с клиентом, который получил инвалидность в результате общего или профессионального заболевания,

травмы или ранения, должен использовать комплекс медицинских, психологических, социально-экономических, педагогических и иных мероприятий. Он должен ориентироваться на конечную цель – восстановление личного и социального статуса инвалида, а также учитывать метод взаимодействия с клиентом, предполагающий:

- апелляцию к личности клиента;
- его партнерство с социальным работником в реализации целей реабилитации;
- разносторонность усилий, направленных на различные сферы жизнедеятельности инвалида и на изменение его отношения к себе и своему недугу;
- единство воздействий биологических и психосоциальных факторов;
- определенную последовательность – переход от одних воздействий и мероприятий к другим.

Целью реабилитации инвалида должна быть не только ликвидация болезненных проявлений, но и выработка у них качеств, помогающих как можно более оптимально интегрироваться в общество.

При разработке реабилитационных мероприятий необходимо учитывать не только медицинский диагноз, но и особенности личности, ее психологическое состояние. Этим, в частности, объясняется необходимость привлечения к работе с инвалидами социальных работников и психологов, ибо граница между профилактикой, лечением и реабилитацией весьма условна и существует для удобства разработки мероприятий.

Тем не менее, реабилитация предусматривает выработку совместными усилиями социального работника, психолога и других специалистов, с одной стороны и клиента и его близкого окружения – с другой стороны, качеств, помогающих активизировать ресурсы инвалида.

Специфика взаимодействия социального работника с клиентом как носителем проблемы заключается в необходимости его вовлечения в решение своих проблем и обретение уверенности в собственных силах, то есть клиент должен использовать по максимуму имеющиеся у него возможности.

Активизация инвалида – это процесс побуждения его к активной деятельности в ходе реабилитационных мероприятий, мобилизация ресурсов, имеющихся у человека. Согласно гуманистическому подходу, человек – это активная единица, способная принимать непосредственное участие в улучшении своего состояния, положения. Инвалид может выступать субъектом, а не пассивным объектом процесса реабилитации.

Причем такая позиция человека только способствует достижению эффективного результата.

На активизацию инвалида оказывают влияние различные факторы, носящие и социальный, и психологический характер. А именно:

1. личностные характеристики инвалида – его психологическое состояние, тип темперамента, характер, система ценностей, мотивация. Необходимо учитывать, что каждая из этих характеристик по-своему сказывается на поведении, чувствах, эмоциях, реакциях клиента, что влияет на результативность его взаимодействий со специалистами. Так, например, интроверт больше склонен к замкнутости, ему сложнее открыться специалисту, нежели носитель экстравертивного типа. А значит, и работа с ним предполагает иной характер взаимодействия, чем со вторым.

2. социальные характеристики – статус и роли, имеющие наибольшее влияние на поведение инвалида.

3. семья и близкое окружение – так как поддержка значимых близких играет огромную роль в активизации личности, в улучшении его состояния, понимании, осознании нужности. Ведь благодаря эмоциональной поддержке окружение может стимулировать человека к деятельности, дать ощутить, почувствовать, что он не один перед лицом своей проблемы, повысить мотивацию.

4. наличие интересной деятельности, увлечений, работы, которые могут поддержать желание жить. Если человеку будет для чего жить, куда отдавать свои силы, и получать при этом положительные эмоции, процесс реабилитации будет проходить наиболее продуктивно.

5. восстановление старых, утраченных и установление новых контактов и связей будет способствовать появлению положительных эмоций и настроений.

6. чувство признания, самоутверждение повышают самооценку личности, ее потенциал.

7. окружающая обстановка. Ни для кого не секрет, что важны не только социальные контакты и внутреннее самочувствие инвалида. Многие, в том числе наличие положительных эмоций, зависит и от комфорта окружающей его обстановки: помещение, санитарно-гигиеническое состояние комнаты, расстановка мебели, растения и прочие атрибуты.

8. партнерские отношения со специалистами, участвующими в реабилитационных мероприятиях – также создают приятную атмосферу пребывания в стационарном учреждении или при лечении на дому.

Отношения должны быть с сохранением определенной дистанции, не допускающей излишней привязанности.

9. эмоциональная поддержка специалистом по социальной работе увеличивает степень уверенности инвалида в своих силах, побуждая к активной деятельности.

Таким образом, эффективность реабилитации определяется в значительной степени активной позицией самого инвалида, когда он не только приспосабливается к общественным условиям, но и развивает способность к дальнейшей самореализации и саморазвитию.

Библиографический список

1. Басов Н.Ф. Социальная работа с инвалидами. М., 2012.

М.А. Лыгина, М. Игнатова

Пензенский государственный университет

ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕОРИИ

Соотношение теории социальной работы с другими теориями опирается на традиционные модели системного подхода. Выявление взаимодействия социальной работы с другими науками показало ее междисциплинарный характер, а также отличие от таких смежных областей знания, как социология, психология и другие социально-гуманитарные науки.

Многие подходы к социальной работе опираются на определенные психологические воззрения. Психоанализ явился основой для диагностической теории социальной работы, что позднее определило метод индивидуальной психосоциальной работы.

Современный психодинамический подход обращает внимание на огромную роль прошлого опыта человека, уходящего корнями в его детство, который, как правило, не осознается субъектом.

Психоанализ, лежащий в основе психодинамической модели, особенно четко демонстрирует идею влияния контекста на понимание происходящего. Психоанализ на этапе своего формирования отличался

исходной направленностью на аккумуляцию достижений всей человеческой культуры применительно к пониманию ее субъекта и объекта – человека во всем многообразии его проявлений и тайн, недоступных рациональному пониманию и объяснению. [См.: 1]

Погружение в мир другого человека с целью выявления скрытой подоплеки его проблемного поля и составляет отличительную особенность психоанализа и его последующих, в том числе и психодинамических, модификаций. Именно в психодинамическом подходе впервые ставится вопрос о роли личности исследователя в процессе познания и его проекциях, делающих это познание не свободным от самого себя и необходимости принятия специальных усилий и использования специальных средств для приближения к пониманию сути происходящего.

Психоанализ обладает уникальным рядом понятий, языком и методом для исследований субъективных переживаний. Он обладает теорией о том, что побуждает социальную жизнь. Он описывает и изучает процессы, посредством которых социальный мир становится частью внутреннего мира, создавая наше социальное бытие, а нас социальными сущностями. Психодинамика может быть представлена как средство для проверки того, как индивиды конструируют и интернализируют социальный мир и сами конструируются им.

С точки зрения представителей психодинамического подхода вещи не являются такими, какими они кажутся на первый взгляд. Большая часть из того, что мы считаем присущим нам, социальной жизни и обществу, требует переосмысления. [См.:3]

Психодинамический подход представляет всестороннее описание субъективных переживаний со своей собственной позиции, а эти переживания являются предметом изучения и объяснения и других традиций и подходов, он создает одно из оснований диалогического углубления в понимании их природы на интегративно-эклектическом основании.

В целом психодинамический подход занимается выяснением того, как, когда и с каким результатом мы конструируем нашу внутреннюю символическую репрезентацию внешнего мира.

В соответствии с психодинамическим подходом каждый из нас существует в собственной психической реальности. Наши собственные уникальные репрезентации мира являются предубежденными или сконструированными в своих собственных целях. В нашем внутреннем мире наша психическая реальность является единственной, и она приводит к отрицанию, преувеличениям, идеализациям или другим самым

разнообразным фантазиям. Демаркация между реальностью и фантазией крайне сложна.

Психодинамика обычно исследует процессы и явления, имеющие длительную продолжительность во времени, даже если они только начали изучаться. Это традиционные для психоанализа сеансы, многочисленные встречи с клиентом и группой, получившая широкое распространение групповая терапия. Психодинамика в практике своих исследований использует методы, которые неприемлемы для экспериментальной традиции.

Её методы предполагают наблюдение, становление исследователя частью наблюдаемого, осознание собственной вовлеченности в происходящее, давление неосознанной коммуникации.

Все эти особенности психодинамического подхода показывают его сильные стороны, одновременно обнажая слабые – прежде всего субъективизм и герменевтичность с точки зрения традиционной экспериментальной социальной психологии. В то же время они полностью соответствуют системе эпистемологических и онтологических оснований современной социальной психологии, способствуют оживлению психологической науки.

Психодинамическая модель имеет несколько версий:

Одна из версий представлена дочерью З. Фрейда – А. Фрейд. А. Фрейд сделала вывод, что некоторые функции бессознательных и сознательных явлений в психике выражаются иначе, чем понимал их З. Фрейд. В первую очередь это касалось взаимоотношений Ид (Оно) с Эго (Я). А. Фрейд заметила, что Эго не вышло полностью из Ид, как полагал З. Фрейд, а обладает значительной долей самостоятельности, поэтому функция Я гораздо значительнее и динамичнее. Эго-психология большую роль отводит и защитным механизмам, как и классическая теория психоанализа. [См.: 5]

Применение идей психодинамического подхода (в частности, Эго-психологии) в психосоциальной работе обусловлено пониманием и учетом защитных механизмов личности. Защита и сопротивление представляют собой особые когнитивные способности человека, позволяющие ему освободиться от неприятных чувств и воспоминаний, вывести их из своего сознания, обеспечивая бессознательную компенсацию тревоги и стресса.

Современный психодинамический подход в психосоциальной работе использует ряд наиболее распространенных защитных механизмов: замещение, реактивное, образование, компенсация, вытеснение, отрицание, проекция, сублимация, рационализация, регрессия.

Все они направлены на сохранение баланса между «Оно» и «Сверх-Я». Каждый из механизмов защиты имеет свои достоинства и недостатки.

Например, преимущество вытеснения в том, что неприятные переживания вытесняются из сознания индивида ради его спокойствия. Однако, этот механизм, требующий от человека больших энергетических затрат, не решает проблему, что является негативным моментом.

Недостатком этой модели является то, что работа осуществляется уже по факту случившегося, хотя сама социальная работа нацелена на предупреждение возникновения проблем.

Библиографический список

1. Алейникова Т.А. Психоанализ. Ростов-н./Д.: Феникс, 2000.
2. Фейдимен Дж., Фрейгер Р. Личность и личностный рост. Вып. 1 / Пер. с англ. М.: Изд-во Российского открытого ун-та, 1994.
3. Фирсов М.В., Шапиро Б.Ю. Психология социальной работы. Содержание и методы психосоциальной практики: учеб. пособия для студ. высш. уч. зав-й. М.: И.Ц. «Академия», 2002.
4. Фрейд З. Я и оно: труды разных лет. Тбилиси: Мерани, 1991.
5. Фрейд А. Психология «Я» и защитные механизмы. М.: Педагогика-Пресс, 1993.

М.А. Лыгина, Н. Канайкина

Пензенский государственный университет

СОЦИАЛЬНОЕ ПАРТНЕРСТВО КАК ФАКТОР РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА

Одним из путей реализации актуальной для современного общества задачи формирования и развития социально-активной личности, обладающей навыками социально-адаптивного поведения применительно к мобильной экономике, является образовательная инклюзия, которая рассматривается, прежде всего, как средство социальной реабилитации не только самого ребенка, но и его семьи. [См.:7]

Инклюзивный подход понимается в теории социальной работы и в социологии социальной работы как социальный заказ достигшего определенного уровня экономического, культурного, правового развития

общества и государства. [См.:3] Одним из компонентов инклюзивного общества является инклюзивная система образования. [См.:5]

Значимость инклюзивного образования возрастает при рассмотрении его роли в полноценном проживании ребенком нескольких возрастных периодов – школьного детства, подросткового и раннего юношеского периодов.

Ситуация развития ребенка с психическим или физическим отклонением радикально отличается от ситуации развития его здоровых сверстников. Все усилия родителей, врачей и педагогов направляются на лечение, коррекцию имеющегося дефекта. Ребенку отводится единственная социальная роль – пациента. Никто не задумывается, что «особый» ребенок имеет право на полноценное проживание детства, – общение со сверстниками, игры и развлечения, заботу и внимание родных, не преследующих ежеминутно коррекционные цели.

Образование нельзя рассматривать с точки зрения социального тренинга. Оно призвано обеспечить целостность духовной жизни личности. Система образования располагает большими возможностями для социально-психологической реабилитации учащихся с ограниченными возможностями здоровья. При этом следует отказаться от узкой трактовки реабилитации как процесса восстановления трудовых, бытовых, образовательных, социальных и других деятельностных навыков, придерживаясь ценностно-смыслового понятия реабилитации.

При таком понимании педагогическая реабилитация направлена на внутреннее преобразование человека, ведущее к полному раскрытию способностей с целью максимально полной реализации индивидуума как личности. Это комплексная, целенаправленная педагогическая деятельность, ведущая к общему развитию человека.

Решение данной проблемы в нашей стране зависит от того, как в обществе воспринимаются инвалиды. Оно не видит большей части своих сограждан, но что еще более огорчительно, не хочет видеть их рядом с собой. Без решения проблемы гуманизации массового сознания не решить ни проблему инвалидов вообще, ни проблему инклюзивного образования в частности.

Сегодня в российском законодательстве сохраняется дефектоориентированный подход. Это проявляется при анализе государственных программ, адресованных лицам с ограниченными возможностями. Очевиден приоритет материального подаяния «больным детям» перед программой качественного образования для них как средства интеграции и жизненной самореализации. [См.:6]

Для успеха образовательной интеграции необходимо, на наш взгляд, воспользоваться технологией социального партнерства, направленного как на взаимодействие с семьей, так и с другими социальными институтами, которое направлено на развитие у детей мотивации к общению, взаимодействию, формирование у них социальных навыков, умений.

Участие организаций третьего сектора, то есть, по сути, самого гражданского общества, в определении оптимальных путей социальной адаптации и реабилитации детей-инвалидов в современном обществе определяет успешность многих видов деятельности учреждений образования и социальной защиты.

Для этого необходимо ввести в общеобразовательной школе должность координатора по инклюзии.

На всех этапах инклюзивного образования сопровождение обеспечивает положительное эмоциональное самочувствие учащихся (воспитанников), положительную динамику в развитии и положительные учебные достижения, способствует развитию взаимодействия детей. В старших классах школы, кроме этого, сопровождение призвано помочь в решении экзистенциальных проблем, в первую очередь самопознания и самореализации.

Учеными установлена прямая связь между наличием социально-эмоционального благополучия ребенка в учебном коллективе и его успешностью во всех видах деятельности, в том числе и учебной. Технология социально-эмоционального взаимодействия предполагает работу с педагогами, «нормально» развивающимися учащимися и их родителями в системе инклюзивного образования, нацеленную на преодоление отрицательных установок, формирование притяжения «особых» детей, понимание их особых потребностей, организатором которой также является координатор.

В этих условиях у детей с особенностями психофизического развития формируется социальная компетентность, навыки общения с окружающими, преодолевается социальная изоляция, расширяются возможности произвольного взаимодействия со сверстниками. У тех и других формируется определенная степень социальной зрелости и понимание факта (одного из главных признаков инклюзивного образования), что ребенок с ограниченными возможностями здоровья не хуже и не лучше других – он такой же, как все.

Подлинная инклюзия не противопоставляет, а сближает две образовательные системы – общую и специальную, делая проницаемыми границы между ними.

В заключение можно отметить, что хорошая успеваемость учащегося с ограниченными возможностями здоровья, посещающего общеобразовательную школу, не может являться достаточным критерием для оценки эффективности учебно-воспитательного процесса. О соответствии результатов заявленным целям – социализации и самоопределения посредством образования — можно говорить лишь в том случае, если в самосознании учащегося с отклонениями развития произошел переход от дефектоориентированной позиции к позиции, включающей в себя знание и позитивную оценку своих способностей и потенциальных возможностей, потребность постоянного самосовершенствования.

Библиографический список

1. Coleman J.S. et al. Equality of Educational Opportunity. Washington, 1966;
2. Ferguson D.L., Meyer G., Jeanchild L., Juniper L., & Zingo J. (1992) Figuring out what to do with groupings: How teachers make inclusion "work" for students with disabilities // Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps. № 17. 1992. P. 218-226.
3. Salisbury C.L., Palombaro M.M., Hollowood W.M. On the nature and change of an inclusive elementary school // The Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps. 1993. № 18. P. 75-84.
4. Oliver M., Barnes C. Disabled People and Social Policy. From Exclusion to Inclusion. L., N.Y.: Longman, 1998.
5. Shea T.M., Bauer A.M. An Introduction to special Education. A Social systems perspective. 2nd edition. Madison, WI: Brown & Benchmark, 1997.
6. Образование для всех? Региональный мониторинговый доклад, Florence: UNICEF, № 5, 1998.
7. Лошакова И.И., Ярская-Смирнова Е.Р. Интеграция в условиях дифференциации: проблемы инклюзивного обучения детей-инвалидов // Социально-психологические проблемы образования нетипичных детей. Саратов: Изд-во Педагогического института СГУ, 2002. С. 15-21.

СОВРЕМЕННЫЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ: ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ В СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ

Среди различных технологий сохранения здоровья, применяемых в практической социальной работе, особо выделяются методы и способы изменения биосоциального потенциала человека со стойкими расстройствами функций организма. В этой связи терапия животными и оккупационная терапия выступают как универсальные технологии восстановления для реабилитантов любых возрастов.

Теория социальной работы исходит из того, что с наступлением инвалидности у человека возникают реальные трудности как субъективного, так и объективного характера при адаптации к жизненным условиям.

Инвалидам во многом затруднен доступ к объектам социальной инфраструктуры – учреждениям здравоохранения, образования, культуры и спорта, бытовых услуг, местам работы и отдыха, многим магазинам в связи с архитектурными и строительными барьерами, неприспособностью общественного транспорта для пользования лицами с нарушениями опорно-двигательного аппарата и дефектами сенсорных органов. Все это способствует их изоляции и появлению чувства отчуждения. Ограниченность общения и социальной активности создает дополнительные трудности для самих инвалидов и их близких.

Одним из приоритетных направлений социальной работы с такими людьми должна стать реабилитация. Реабилитация инвалидов направлена на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма, в целях социальной адаптации инвалидов, достижения ими материальной независимости и их интеграции в общество.

Реабилитационные мероприятия здоровьесберегающего содержания должны реализовываться по следующим основным направлениям:

1. предупреждение прогрессирования патологического процесса и восстановление здоровья инвалидов;
2. восстановление личности;
3. раннее возвращение инвалидов к трудовой деятельности;

4. обеспечение возможности для постоянной интеграции инвалидов в общество.

Основные направления реабилитации инвалидов с применением здоровьесберегающих технологий включают в себя:

1. восстановительные медицинские мероприятия, реконструктивную хирургию, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение;
2. профессиональную ориентацию, обучение и образование, содействие в трудоустройстве, производственную адаптацию;
3. социально-средовую, социально-педагогическую, социально-психологическую реабилитацию, социально-бытовую адаптацию;
4. физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт.

При проведении реабилитационных мероприятий необходимо учитывать психосоциальные факторы, приводящие в ряде случаев к эмоциональному стрессу, росту нервно-психической патологии и возникновению так называемых психосоматических заболеваний.

Анималотерапия как вид терапии, использующий животных и их образы, выступает одной из технологий психосоциальной реабилитации. В анималотерапии используются символы животных: образы, рисунки, сказочные герои, игрушки, а также настоящие животные, общение с которыми безопасно.

Цель анималотерапии заключена в том, чтобы укрепить физическое и психическое здоровье человека, стимулировать развитие познавательных способностей, способствовать эмоциональному развитию, нормализовать работу нервной системы, развить потребность в самореализации в разных видах деятельности, адаптировать к новым условиям. [См.:4;5;6;7]

Функции анималотерапии в процессе реабилитации инвалидов:

1. психофизиологическая функция – взаимодействие клиента с животными снимает стресс, нормализует работу нервной системы, психики в целом;
2. психотерапевтическая функция – взаимодействие с животными способствует оптимизации межличностных отношений клиента;
3. реабилитационная функция – контакты с животными являются дополнительным каналом взаимодействия личности с окружающим миром, способствующим как психической, так и социальной ее реабилитации;
4. функция удовлетворения потребности в компетентности – потребность в компетентности, выражаемая формулой «я могу», является одной из важнейших потребностей человека;

5. функция самореализации – одной из важнейших потребностей человека является потребность в реализации своего внутреннего потенциала, потребность быть значимым для других, представленным в их жизни и в их личности;

6. функция общения – одной из важнейших функций, которую могут осуществлять животные в процессе взаимодействия человека с ними – это функция партнеров общения.

Основные виды анималотерапии в практической социальной работе:

1. ненаправленная анималотерапия – это взаимодействие с животными в домашних условиях без осознания их терапевтического значения;

2. направленная анималотерапия – целенаправленное использование животных или их символов по специально разработанным лечебным программам.

Направленная анималотерапия, подразделяется на виды в зависимости от того, какие именно животные используются – иппотерапия, канистерапия, фелинотерапия и др.

Иппотерапия – это вид анималотерапии, использующий как основное средство общения клиента с лошадьми и верховую езду. Иппотерапию используют при нарушениях двигательной сферы, поражении органов чувств, психических заболеваниях, особенно таких, как шизофрения и эпилепсия, аутизм, при умственной отсталости, послеоперационной реабилитации, различных нарушениях социальной адаптации, девиантном поведении, ЗПР, афазии.

Другие болезни, при которых действенна иппотерапия – потеря слуха или зрения, рассеянный склероз, полиомиелит, ДЦП, атаксия. Иппотерапия обеспечивает развитие чувства собственной значимости.

Верховая езда вызывает массу эмоций, ощущений, переживаний, затрагивающих не только высшие отделы коры головного мозга, но и глубинные структуры. Это способствует восстановлению нарушенных нервных связей, возникновению (формированию) компенсаторных механизмов в проведении нервных импульсов.

Канистерапия – вид анималотерапии с использованием собак. Канистерапия используется в работе с различными категориями людей. С успехом канистерапию применяют в работе с детьми и взрослыми, имеющими проблемы в общении, поведенческой сфере или страдающими от депрессии, жертвами насилия в семье и сексуального насилия, а также детьми, страдающими аутизмом.

Очень часто собаки работают в домах престарелых. Собака позволит надолго умерить страх, депрессию, напряжение, снизить рассеянность и мобилизовать двигательные функции жильцов подобных учреждений.

Фелинотерапия – терапевтическое воздействие на клиента кошек. Кошачье биополе улучшает общее самочувствие, способствует нормальной работе внутренних органов, положительно влияет на уровень обмена веществ, нормализует артериальное давление, препятствует возникновению инфарктов миокарда и инсультов головного мозга, влияет на продолжительность жизни.

Все живые существа могут оказать человеку эффективную психологическую помощь, однако в повседневной деятельности на человека большее воздействие оказывают бытовые трудовые операции. На основе этого факта возникла оккупационная терапия как способ расширения независимости и автономности человека через повседневные занятия.

Как направление в социальной реабилитации оккупационная терапия имеет две функции:

1. реабилитационную, направленную на продуктивную деятельность по собственному обслуживанию;
2. терапевтическую, направленную на восстановление утраченного навыка с помощью использования разных методов и специального оборудования.

Оккупационная терапия может проводиться с различными категориями населения, нуждающиеся в восстановлении и нормализации оккупациональной деятельности: с детьми, подростками, молодежью, взрослым населением, пожилыми и престарелыми. [См.:1]

В центре внимания оккупационной терапии стоят занятия, которые включают в себя три области: самообслуживание или уход за собой, трудовую деятельность, проведение досуга и отдыха. Хотя занятия и подразделяются на три области, в повседневной жизни их невозможно отделить одну от другой, поскольку они взаимосвязаны и взаимозависимы.

Обучение и развитие навыков у пациента в ходе оккупационной терапии проходит в несколько этапов: оценка возможностей, составление плана обучения, проведение занятий, заключительный этап, стадии обучения, готовность к обучению, овладение знаниями и умениями, закрепление полученных знаний и навыков.

Оккупационная терапия в различных странах мира представляет собой интегральную часть основного комплекса услуг здравоохранения и

социальной защиты, которые оплачиваются многим людям за счёт мощных государственных программ и частных страховок.

В ряде западных стран оккупационные терапевты и ассистенты по оккупационной терапии работают в разнообразных учреждениях и организациях: отделениях скорой помощи, центрах детского здоровья и детских поликлиниках, реабилитационных центрах, домах престарелых, психиатрических больницах и т. д.

Взаимоотношения между пациентом и специалистом по оккупационной терапии носят характер сотрудничества. Оккупационная терапия должна проводиться в той форме, которая позволяет пациенту интегрироваться в социальную жизнь. [См.:2]

Оккупационные занятия позволяют развивать способности и навыки пациентов, которые могут быть использованы в повседневной жизни. Они позволяют пациентам адаптироваться к окружающей обстановке. Зачастую используются обычные повседневные занятия в качестве средств восстановления или развития навыков.

Оккупационная терапия состоит из комплекса знаний, умений и навыков, которые помогают лицам с ограниченными возможностями сохранять здоровье, уменьшать последствия инвалидности и вести независимый образ жизни.

Таким образом, оккупационная терапия представляет собой направление в профессиональной деятельности в социальной сфере, связанное с применением здоровьесберегающих технологий. Специалисты по оккупационной терапии оказывают социально-медицинские услуги людям любого возраста, имеющим физическую, эмоциональную, социальную недостаточность и вследствие этого нуждающимся в особой помощи, обучении функциональным навыкам, позволяющим вести независимую, продуктивную и удовлетворяющую их жизнь.

Библиографический список

1. Оккупационная терапия как технология медико-социальной работы с инвалидами / Ярская-Смирнова Е.Р., Наберушкина Э.К. Социальная работа с инвалидами: Учебное пособие. СПб.: Изд-во «Питер», 2004. С. 157-159.
2. Оккупационная терапия: современные методы и принципы // Митрофанова Н.А., Сухова Л.С. Основы медико-социальной реабилитации. М., 2001. С. 5-7.

3. Лазорцева А.А. Опыт внедрения инновационных технологий психолого-педагогической реабилитации детей с ограниченными возможностями // *Работник социальной службы*. 2007. № 3. С. 14-25.
4. Любимова Т. Л. Канис-терапия как метод психолого-педагогической реабилитации детей с ограниченными возможностями и их семей // *Специальная психология*. 2010. № 1. С. 10-34.
5. Никольская А.В., Ульянова Н.А. Ненаправленная анималотерапия. Позитивные и негативные аспекты взаимодействия с собакой у детей и взрослых. М.: Аквариум-Принт, 2009.
6. Трубачева Т.П., Семенайт Н.А. Иппотерапия как средство коррекционной оздоровительной работы с детьми // *Воспитание и обучение детей с нарушениями развития*. 2004. № 5. С.71-74.
7. Харчук Ю.И. Анималотерапия. Домашние животные и наше здоровье. М.: Феникс, 2007.

А.Б. Тугаров, А.В. Очкина, У.О. Петряшкина
Пензенский государственный университет

ГЕНДЕРНЫЕ ОТНОШЕНИЯ КАК ИСТОЧНИК ТЕОРЕТИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ О СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ: СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

В настоящее время изучение гендерных отношений становится одним из элементов осмысления не только социальных преобразований в обществе в целом, но и тенденций функционирования таких социальных практик, как социальная работа. В обсуждение детерминирующего влияния гендерных отношений на динамику совершенствования социальных практик включаются разные социальные науки – история, психология, культурология, антропология, социология, искусствоведение. Гендерная тематика стала не только направлением социально-философского дискурса, но и областью современного междисциплинарного научного знания.

Социология социальной работы как формирующаяся отрасль социологического знания исходит из того, что в настоящее время в мире происходят постоянные изменения стратегий и методов и, как следствие, гендерная проблематика по-прежнему имеет актуальный характер.

С точки зрения социологического подхода, гендерные отношения универсальны в том смысле, что они действуют во всех без исключения сферах общественной жизни, проявляясь при этом в разных формах, масштабах, с разной степенью интенсивности. Гендер внедрен в социальные, политические и экономические структуры, причем формы этих структур позволяют ему «отливаться» в разнообразных проявлениях и выражать свою социальную значимость.

Помимо биологических отличий между людьми существует разделение их социальных ролей, форм деятельности, различия в поведении и эмоциональных характеристиках. Антропологи, этнографы и историки давно установили относительность представлений о "типично мужском" или "типично женском": то, что в одном обществе считается мужским занятием (поведением, чертой характера), в другом может определяться как женское.

Отмечающееся в современном мире разнообразие социальных характеристик женщин и мужчин и принципиальное тождество биологических характеристик людей позволяют сделать вывод о том, что биологический пол не может быть объяснением различий их социальных ролей, существующих в разных обществах.

Таким образом, применяемое в социологической науке понятие «гендер» означает совокупность социальных и культурных норм, которые общество предписывает выполнять людям в зависимости от их биологического пола. И как результат, не биологический пол, а социокультурные нормы определяют, в конечном счете, психологические качества, модели поведения, виды деятельности, профессии женщин и мужчин. [См.:1]

В западной социологии по-разному интерпретируют понятие «гендер». П. Бергер и Т. Лукман в теории социального конструктивизма трактуют гендер как повседневный мир взаимодействия мужского и женского, воплощенный в «практиках», представлениях, нравах; это системная характеристика социального порядка, от которой невозможно отказаться, – она постоянно воспроизводится и в структурах сознания, и в структурах действия.

По их мысли, задача исследователя – выяснить, каким образом создается мужское и женское в социальном взаимодействии, в каких сферах и каким образом оно поддерживается и воспроизводится. Теория полоролевой социализации Т. Парсонса и Р. Бейлса, М. Комаровски утверждает, что половые роли усваиваются в процессе социализации. Агенты социализации формируют личность, которая интериоризует

культурные нормы и ценности, в том числе образцы фемининного (женского) и маскулинного (мужского). Теория социального конструирования реальности подчеркивает деятельностный характер усвоения опыта, а теория полоролевой социализации, в свою очередь, утверждает пассивный характер усвоения ролей. Драматургический интеракционизм И. Гофмана рассматривает гендер как результат социального взаимодействия и одновременно его источник.

В российской социологии понятие «гендер» было введено в начале 1990-х г. Позднее оно все чаще начинает употребляться, однако в совершенно различных смыслах, что создает концептуальную путаницу и препятствует сопоставимости результатов. Некоторые авторы просто отождествляют «гендер» с «женщиной», другие под гендером понимают социокультурные аспекты жизнедеятельности полов (которые различны в разных этнокультурах в разные исторические периоды). Г.Г. Силасте предлагается понятие «социогендерных исследований», предметом которых является «социальный (а не личностный, или профессиональный, или должностной) статус женщины». В то же время, например, Е.А. Здравомыслова и А.А. Темкина определяют «гендер» как социальный статус, который определяет индивидуальные возможности в образовании, профессиональной деятельности, доступе к власти, сексуальности, семейной роли и репродуктивного поведения. [См.:2]

Таким образом, для теоретического понимания целого ряда проблем практической социальной работы перспективным является утверждение о том, что гендер представляет собой организованную модель социальных отношений между женщинами и мужчинами, характеризующую их межличностное общение, взаимодействие в семье, и определяющую их социальные отношения в основных институтах общества, в том числе и в таком формирующемся институте современного общества, как социальная работа.

В трудах Макса Вебера, Дэвида Локвуда и Маргарет Арчер прослеживается теоретический подход, который можно выразить понятием «гендерный уклад». В нем присутствуют три центральных концепта: гендерный уклад как общая рамка, гендерная культура и гендерная система. Гендерная культура – часть всей культурной системы общества. Она охватывает чувственные конструкты, подобные ценностям и идеалам, связанным с гендерными отношениями. Гендерная система – часть всей социальной системы. Она охватывает соответствующие структуры гендерных отношений и отношения между социетальными институтами –

в связи с гендерными структурами. Соответствующий гендерный уклад формирует рамку, созданную гендерной культурой и гендерной системой.

Для теории социально работы важно то, что быть в обществе мужчиной или женщиной означает не просто обладать теми или иными анатомическими особенностями – это означает выполнять те или иные предписанные людям гендерные роли. Гендерные роли становятся одним из видов социальных ролей, набором ожидаемых образцов поведения для мужчин и женщин. [См.:3]

В настоящее время не существует единой теории социальных ролей как таковой. Гендерные роли, их характеристики, происхождение и развитие рассматриваются в рамках различных социологических, психологических и биосоциальных теорий. Но имеющиеся исследования позволяют сделать вывод о том, что на их формирование и развитие у человека оказывают влияние общество и культура, закрепленные в них представления о содержании и специфике гендерных ролей. А в ходе исторического развития общества содержание гендерных ролей подвергается изменениям.

Многообразие гендерных ролей в различных культурах и в разные эпохи свидетельствует в пользу гипотезы о том, что наши гендерные роли формируются культурой. Согласно теории Хофстеда, различия в гендерных ролях зависят от степени гендерной дифференциации в культурах или степени маскулинности или фемининности той или иной культуры.

На основании культурологических исследований было показано, что люди маскулинных культур видят смысл жизни в работе и способны много и напряженно работать. Феминные культуры (Дания, Финляндия, Норвегия, Швеция) имеют ценностно-ориентированные семьи, которые способствуют усвоению равенства в гендерных ролях. А культуры с ярко выраженной маскулинностью (Греция, Япония) – имеют семьи, ориентированные на жесткие гендерные ролевые позиции. Такие семьи способствуют жесткой дифференциации в гендерных ролях.

Традиционные гендерные роли готовят людей к жизни в том мире, который больше не существует: мужчины уже давно не являются единственными кормильцами семей, а женщины вследствие произошедших в обществе и семье изменений уже не посвящают всю свою жизнь семье и материнству.

Данное утверждение становится наиболее важным выводом о гендерных отношениях, который проявляется на социетальном уровне, становясь социологическим источником теоретического знания о

социальной работе и формируя научные представления об основных направлениях практической социальной работы с различными категориями населения.

Библиографический список

1. Денисова А.А. Словарь гендерных терминов. М., 2002.
2. Силласте Г.Г. Гендерная социология: состояние, противоречия, перспективы //Социологические исследования. 2004. № 9.
3. Малышева М.М. Гендерный калейдоскоп. М., 2001

М.А. Саратовцева

Пензенский государственный университет

**СОЦИАЛЬНО-ФИЛОСОФСКИЕ АСПЕКТЫ СОЦИАЛЬНОЙ
ЗАЩИЩЕННОСТИ В УСЛОВИЯХ ГЛОБАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ И
УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ**

Проблема трансформации общества с определенного времени является объектом изучения философии и других наук об обществе. Социально защищенный человек интересен, прежде всего, в условиях трансформации бытийной структуры общества. Оформление человека как социально защищенного субъекта деятельности в эпоху глобализации предполагает изучение современных вопросов о человеке, истоки которых сосредоточены в размышлениях и трудах древних мыслителей.

Очевидно, что познавая мир, человек преобразует самого себя, стремится получить защиту на каждом историческом витке развития общества. Глобальные процессы для человека несут по своим последствиям как негативные, так и позитивные моменты. С положительной стороны, обнаруживаются характеристики человека в целом как бытийного создания, имеющего созидательный характер, поскольку социально защищенный человек способен на личностный рост, достойный уровень мотивации. С другой стороны, осознание социально защищенным человеком собственного бытия в условиях, когда общество поменяло вектор развития, способствует трансформации сознания человека, переосмыслению собственных ценностей, приоритетов,

порождает экзистенциальный страх перед неизвестностью и, как результат, снижение мотивации на конкретную деятельность. [См.: 3, 75-77]

Социальная защищенность человека, на наш взгляд, представляет фундаментальный и закономерный результат глобализации и стремления человека к устойчивому развитию. Основанием для защищенности человека, для его социальной защищенности оказывается стремление как человека, так и общества к устойчивому развитию.

Изменения, происходящие в обществе в разные периоды его истории, обусловили необходимость перехода от традиционного пути развития к иной модели формирования общества. Переход к новой стратегии развития становится естественной реакцией общества, столкнувшегося с обостряющимися противоречиями между потребностями человека и его защищенностью, которая является определяющим фактором устойчивого развития общества.

Прежде всего, это связано с определением приоритетов и его дальнейших перспектив развития. Под устойчивым развитием понимается процесс изменений, в котором эксплуатация природных ресурсов, направление инвестиций, ориентация научно-технического развития, развитие человека и институциональные изменения согласованы друг с другом и укрепляют нынешний и будущий потенциал для удовлетворения человеческих потребностей и стремлений. [См.: 5, 7]

Таким образом, в устойчивом развитии общества заключена стратегия его социального развития, ориентированная на человека и направленная на сохранение стабильности социальных и культурных систем. С этой точки зрения переход к устойчивому развитию предполагает поэтапное восстановление общества до уровня, который обеспечивает социальную защищенность как отдельного человека, так и общества в целом, при которой появляется возможность удовлетворения потребностей и интересов.

Формирование новой стратегии развития означает соединение в единую систему социальной защищенности и устойчивого развития. Под социальной защищенностью понимается основа взаимодействия человека и социума; показатель удовлетворения жизненно важных потребностей человека, связанных с наличием общественной потребности иметь в государстве систему законов, компенсирующих несовершенство социальной организации общества [См.:1, 101].

В рамках концепции устойчивого развития человек является не объектом, а субъектом развития. Опираясь на расширение вариантов выбора человека как главной ценности, концепция устойчивого развития

подразумевает, что человек должен участвовать в процессах, которые формируют сферу его жизнедеятельности, содействовать принятию и реализации решений, контролировать их исполнение. Такое становится возможным в социально защищенном обществе.

Реализация идеи обеспечения социальной защищенности через развитие оказывается весьма плодотворной. Переход к устойчивому развитию предполагает обеспечение социальной защищенности во всех отношениях, всеобщая защищенность реализуется на пути устойчивого развития.

В рамках прежней модели неустойчивого развития общества обеспечение социальной защищенности реализуется в основном при появлении серьезных отклонений от естественного развития. В рамках новой модели оно перестает быть стихийным процессом, требующим защиты от внешних и внутренних угроз, а становится устойчивым развитием в социально защищенном обществе. [См.:2].

Социальная составляющая устойчивого развития ориентирована на человека и направлена на сохранение стабильности социальных и культурных систем. В период усложнения содержания общественных отношений и социальных структур социально-уязвимое положение человека дает предпосылки к устранению его собственной незащищенности. Это становится возможным при развитии общества в сторону положительных изменений.

Социальная защищенность в таком случае может пониматься не только как гарантия предотвращения социальных рисков, при которой поддерживается социальное благополучие, но и как необходимая составляющая общества с устойчивой системой социальных отношений.

Определение, сформировавшееся в науке еще в 1980-е годы, провозглашает социальную защищенность общества и его развитие как два взаимосвязанных компонента: «Устойчивое развитие представляет такое развитие, которое удовлетворяет потребности настоящего времени, но не ставит под угрозу способность будущих поколений удовлетворять свои потребности» [См.: 4, с. 118].

Новая стратегия означает соединение в единую систему социальной защищенности и устойчивого развития. Важной концептуальной идеей является сопряженность социальной защищенности с концепцией устойчивого развития.

Глобализация как процесс все большего удовлетворения осознаваемых опережающих потребностей, выходящих за пределы краткосрочного «горизонта», можно назвать процессом футуризации

потребностей (и интересов). Специфика этого типа развития заключается в том, что оно носит «сохраняющий» характер, т.е. допускает лишь те изменения объекта (системы), которые не меняют его достаточно общую качественную определенность. Понятие устойчивого развития выражает инновационно-безопасный характер существования человечества.

Новый подход к обеспечению социальной защищенности, используемый в модели устойчивого развития, предполагает системное видение проблемы, когда в одно целое с обеспечением социальной защищенности соединяются экономические, экологические, политические, социальные и прочие аспекты и направления развития, т.е. создается новая целостная система деятельности. Обеспечение социальной защищенности через переход к устойчивому развитию характеризуется рядом новых принципов.

Так, при переходе к устойчивому развитию общество обретает глобальные масштабы и характеристики, и обеспечение всеобщей социальной защищенности возможно только в системе «государство-общество-человек».

Если в модели неустойчивого развития основное внимание уделяется «защитно-силовым» средствам, то в новой цивилизационной модели обеспечение безопасности должно достигаться в основном через соразвитие, коэволюцию, принятие опережающих решений и действия.

При этом в новой модели уменьшаются (либо устраняются) основания для нынешнего раздвоения социальной деятельности: на ту, которая занимается собственно развитием (созиданием, творчеством и т. д.), и ту, с помощью которой обеспечивается безопасность этой основной деятельности. В модели устойчивого развития противоречие между обеспечением безопасности и развитием разрешается в пользу нерегрессивного развития, которое становится безопасным и во всех отношениях устойчивым.

Таким образом, в социальной философии сформировался подход, согласно которому переход общества к устойчивому развитию позволяет обеспечить сохранение всех объектов, которые переходят на новый тип развития, а тем самым — на новый способ своего бытия. Такой новый концептуально-методологический подход должен реализовываться как на государственном-национальном, так и глобально-международном уровнях и фиксироваться в соответствующих нормативно-правовых документах.

Библиографический список

1. Заславская Т.И. Преобразование основных сторон общественного устройства // Современное российское общество: социальный механизм трансформаций. М., 2004. С. 101-104.
2. Иващенко Г.В. О понятии «безопасность» // [http:// www.portalus.ru](http://www.portalus.ru).
3. Левашов В.К. Глобализация и социальная безопасность. М., 2005.
4. «Наше общее будущее»: Доклад Международной комиссии по окружающей среде и развитию (МКОСР)»: Пер. с англ. / Под ред. Евтеева С.А., Перелета Р.А. М.: Прогресс, 1989.
5. Перелет Р.А. Выявление показателей устойчивого развития // Проблемы окружающей среды и природных ресурсов. ВИНТИ, 1995. № 6.

О.Ю. Нестеренко, А. Утюшева

Пензенский государственный университет

ПРОБЛЕМА ДИСКРИМИНАЦИИ МУЖЧИН В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ КАК ПРОБЛЕМА ТЕОРИИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Проблема дискриминации не утрачивает своей актуальности на протяжении многих десятилетий, несмотря на стремительно меняющиеся политические, экономические и социокультурные условия.

Во второй половине XX века международным сообществом был принят ряд документов, призывающих представителей всех народов и культур бороться со всеми возможными проявлениями дискриминации. Отдельное внимание при этом уделялось вопросу неравенства мужчин и женщин.

В 1979 г. Генеральной Ассамблеей ООН была принята Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, которая предлагала конкретные меры для достижения равноправия, а именно: включить принцип равноправия мужчин и женщин в национальные законодательства и обеспечить практическое осуществление этого принципа; установить юридическую защиту прав женщин и создать эффективный механизм её реализации; принимать меры для ликвидации дискриминации со стороны лица/организации/предприятия и т.д. [См.:1]

Принципы и положения Конвенции нашли свое отражение в законодательных документах многих стран. Так, ст. 19 Конституции РФ гласит: «Мужчина и женщина имеют равные права и свободы и равные возможности для их реализации» [См.: 2].

Однако, общество, выдвигая принцип недискриминации по признаку пола, в качестве объекта дискриминации практически не воспринимают мужчин в качестве такого объекта. Вероятно, такое положение вещей обусловлено бытующими гендерными стереотипами, согласно которым мужчинам непозволительно признавать себя в чем-то ущемленными (а, следовательно, и бороться за свои права), поскольку это воспринимается как проявление слабости, несоответствия предъявляемым ожиданиям.

Тем не менее, в последние годы о дискриминации мужчин говорят все чаще и определяют все более конкретные ее формы. К проблеме именно мужской дискриминации обращаются известные ученые, общественные и политические деятели; за прошедшие 15-20 лет был создан ряд интернет-сайтов, посвященных никогда ранее не затрагивавшимся вопросам о положении мужчин в обществе и их дискриминации.

О дискриминации мужчин, по мнению критиков феминизма, говорят такие социологические факты, как:

1. более высокий уровень суицидов среди мужчин (количество суицидов мужчин в мире - в 6 раз выше, чем женщин);
2. неуклонное снижение уровня рождаемости в странах, где феминизм продвинулся дальше всего, из-за ориентации женщин на карьеру, на создание и поддержание высокого уровня жизни;
3. снижение количества прихожан так называемых «либеральных» религиозных групп, относящихся к феминизму благосклонно, и увеличение сторонников ислама;
4. более низкий по сравнению с женщинами уровень образованности (юноши чаще бросают школы, реже получают дипломы о высшем образовании и научные степени);
5. занятость мужчин на самой тяжелой и опасной работе (от травм, полученных на производстве, мужчин погибает в 10 раз больше, чем женщин);
6. большинство самых непрестижных профессий – в США 24 из 25 – типично мужские: кровельщик, сварщик, сборщик мусора, ремонтник канализации [См.:5];

7. качество здоровья мужчин гораздо хуже, чем женщин (мужчины заболевают болезнями сердца в среднем примерно на 10 лет раньше, чем женщины), а продолжительность жизни – гораздо меньше;

8. более высокий уровень смертности среди мужчин, в том числе, и смертность в молодом возрасте [См.:4];

9. в обществе формируется негативный образ мужчины (мужчины все чаще становятся мишенью для насмешек: например, в рекламе средства для чистки духовки используется слоган: «Легко - даже мужчина справится!»).

Рассмотренные факты свидетельствуют о том, что к мужчинам в обществе предъявляются более высокие требования, чем к женщинам, что само по себе уже может рассматриваться как отступление от принципа равноправия; а также о том, что необходимость отвечать этим требованиям нередко ставит под угрозу их здоровье и жизнь.

Исследователи положения мужчин в современном обществе выделяют несколько форм мужской дискриминации:

1. Правовая дискриминация проявляется в обязательности воинской повинности (хотя Конституция РФ распространяет воинскую повинность на всех граждан, фактически призыву подлежат лишь мужчины, которые на определенный срок принуждаются к военной службе или труду без какой-либо компенсации, с ограничением прав без решения суда, на основании возраста и пола); в определении формы и условий отбывания уголовных наказаний (в законодательстве ряда стран применение смертной казни допускается только для мужчин, а льготы при отбывании наказания предусмотрены только для женщин); в ущемлении прав отцов (в судебных слушаниях об опекунов над детьми после развода в 90% случаев в ряде стран, в том числе в США и России предпочтение отдается матерям; у мужчин также отсутствует право настоять на желанном отцовстве или отказаться от нежеланного отцовства).

2. Насилие. Об этой форме дискриминации в отношении мужчин говорят меньше, чем о какой-либо другой, тем не менее, от всех видов насилия мужчин погибает в два раза больше, чем женщин. К насилию в отношении мужчин относятся более терпимо. Однако, если убийствам, нанесению тяжких телесных повреждений еще уделяется внимание, то есть такие формы насилия, как сексуальное и домашнее, совершенно замалчиваются. В ситуациях, когда в качестве противников выступают мужчина и женщина, первому априори определена роль агрессора, второй – роль жертвы.

3. Пенсионное обеспечение. По действующему в России закону женщины выходят на пенсию на 5 лет раньше мужчин, а живут в среднем на 15 лет дольше. Так, по данным Росстата, продолжительность жизни в России на 2012 г. составляла у мужчин – 59 лет, а у женщин – 73 года. При соотношении пенсионеров-мужчин и женщин 1:2, получается, что мужчины оплачивают часть женских пенсий и в массе своей уходят на пенсию посмертно [См.:4].

4. Здоровьесбережение. Жизнь и здоровье мужчины ценится меньше, чем женщины. В России в каждой поликлинике есть гинеколог, в стране созданы центры матери и ребёнка, женские консультации. Но даже в столице России далеко не в каждой больнице можно найти специалиста по мужскому здоровью. Государственными и международными организациями тратятся приличные суммы на исследование и лечение чисто женских заболеваний, таких как рак груди, например. В то же время на борьбу с раком простаты, который приносит на 62% больше смертей, практически ничего не выделяется [См.:4].

Кроме того, мужчине с детства внушают, что он должен быть сильным, что означает кроме прочего, никогда не болеть, поэтому «сильному полу» просто стыдно признаваться в своих проблемах со здоровьем и тем более ходить по поликлиникам. При этом ежегодно более одного миллиона мужчин умирают от болезней сердца и сосудов, что примерно в 10 раз больше, чем женщин.

5. Образ мужчины в общественном мнении. СМИ, кино, реклама часто навязывают стереотип о мужчине как о плохом отце, неряхе, склонном к насилию лентяе, сексуально озабоченном бездельнике и потребителе алкоголя. Предъявляя к мужчине высокие требования в карьере, финансовой состоятельности, общество одновременно априори считает его «плохим и виновным».

6. Трудовая дискриминация. Мужчины заняты на самой тяжелой и опасной работе и работают дольше (речь идет и о продолжительности рабочей недели, как, например, в Британии (мужчины работают в среднем 39 часов в неделю, женщины – 34), и о пенсионном возрасте, как в абсолютном большинстве стран). Во всех странах Запада, и Россия не исключение, мужчинами производится около 80% ВВП [См.: 5].

Особую актуальность приобретает проблема искусственного продвижения женщин по карьерной лестнице с целью создания хорошего имиджа компании. Таким образом, стремление соблюсти принцип равных возможностей в конкретной ситуации может приводить к тому, что

предпочтение отдается не лучшему, а имеющему нужный для сохранения гендерного равновесия пол претенденту [См.:3].

Для практики социальной работы интерес представляет и то обстоятельство, что идеи феминизма, даже в самых радикальных его формах, активно поддерживаются любым государством, которое позиционирует себя как демократическое и социальное государство.

Во-первых, потому, что отказ от поддержки феминизма автоматически исключает его (государство) из числа передовых «демократических» и «социальных», а во-вторых, потому, что сами государства возглавляются в подавляющем большинстве мужчинами, которых избирают главным образом избиратели-женщины. Государство, создавая развитую систему правовой, экономической и политической поддержки женщин, все чаще берет на себя в настоящее время роль мужа, тем самым косвенно поддерживая основную идею радикального феминизма о превосходстве женщин и о том, что общество и государство вполне могут успешно функционировать без мужчин.

Процесс социализации человека в обществе подразумевает выработку тех качеств, которые считаются приемлемыми для мужчин и женщин, и усвоение тех ролей и функций, которые предписаны лицам того или иного пола. Значительное влияние на этот процесс оказывают гендерные стереотипы, транслируемые обществом через систему воспитания

Стороной данного вопроса становится полоролевой конфликт: от мужчины требуют выполнения таких ролей и развития таких качеств, которые не соответствуют тому гендерному стереотипу, в соответствии с которым его воспитывали. Мужчина одновременно должен быть традиционным мужчиной и соответствовать принципам равноправия. Этот полоролевой конфликт ведет к дезориентации мужчин и становится одной из причин алкоголизации, наркотизации и измен.

Таким образом, проблема дискриминации мужчин была и остается малоизученной проблемой в социально-гуманитарных науках и очень дискуссионной по целому ряду причин.

Во-первых, общество просто боится говорить о предвзятом отношении к мужчинам, поскольку это противоречит широко распространенным гендерным установкам.

Во-вторых, большинство из вышеперечисленных форм дискриминации мужчин являются не прямым результатом борьбы феминисток, а итогом законодательной деятельности государственных органов, во многих из которых доминируют мужчины.

В-третьих, одинаковые социальные явления часто могут расцениваться по-разному. Так, законы государства, тщательно оберегая здоровье и жизнь женщины, определяя повышенные нормы охраны труда и предельные нормы нагрузок, в основном на нее возлагают ответственность за рождение и воспитание детей.

Таким образом, дискриминация одного пола всегда сопряжена с дискриминацией другого. Следовательно, искоренение «мужских» проблем возможно только в тесной взаимосвязи с искоренением женской дискриминации. Возможным в полной мере это станет тогда, когда принцип равенства полов – гендерно нейтральный по сути – перестанет трактоваться в пользу одного и в ущерб другого пола и будет применяться как для социальной защиты женщин, так и мужчин, чтобы способствовать устранению социальных перекосов, бороться с «двойными стандартами» во всех областях, не допускать ущемления прав и интересов человека по признаку пола.

Библиографический список

1. Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (Нью-Йорк, 18 декабря 1979г.). URL <http://constitution.garant.ru/act/right/megdunar/2540229>.
2. Конституция РФ. принята 12.12.1993. М., 1993.
3. Потомков викингов не берут на работу: быть мужчиной в Скандинавии опасно для карьеры. Видеорепортаж. (эфир от 10.03.2013). URL <http://www.1tv.ru/news/world/228093>.
4. Российский статистический ежегодник, 2012. URL http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare.
5. Фонд экономических исследований. URL <http://neweco.ru/>.

ОБ АВТОРАХ:

Базарнова Жанна – студентка 4-го курса, специальность «социальная работа», ФППиСН.

Баткаева Елена Равилевна – магистр социальной работы, ассистент, кафедра «Теория и практика социальной работы», ФППиСН.

Борисов Николай – студент 5-го курса, специальность «социальная работа», ФППиСН.

Вязова Оксана – специалист по социальной работе, организация «Натан», г. Бат-Ям (округ Тель-Авив, Израиль).

Деткова Анастасия – студентка 4-го курса, специальность «социальная работа», ФППиСН.

Дудкин Артем Сергеевич – кандидат философских наук, доцент, кафедра «Теория и практика социальной работы», ФППиСН.

Долгова Наталья Борисовна – кандидат философских наук, кафедра «Теория и практика социальной работы», ФППиСН.

Игнатова Мария – студентка 3-го курса, направление «социальная работа», ФППиСН.

Иноземцева Татьяна - студентка 4-го курса, специальность «социальная работа», ФППиСН.

Канайкина Наталья – студентка 4-го курса, специальность «социология», ФППиСН.

Козина Галина Юрьевна – кандидат социологических наук, доцент, кафедра «Теория и практика социальной работы», ФППиСН.

Лавренова Татьяна Ивановна – кандидат философских наук, доцент, заведующий кафедрой «Теория и практика социальной работы», ФППиСН.

Лыгина Марина Аркадьевна – доктор философских наук, доцент, кафедра «Теория и практика социальной работы», ФППиСН.

Николаева Татьяна Александровна – магистрант, направление «социальная работа», ФППиСН.

Нестеренко Оксана Юрьевна – магистр социальной работы, старший преподаватель, кафедра «Теория и практика социальной работы», ФППиСН.

Очкина Анна Владимировна – кандидат философских наук, доцент, заведующий кафедрой «Методология науки, социальные теории и технологии», ФППиСН.

Петряшкина Ульяна Олеговна – магистрант, направление «социальная работа», ФППиСН.

Потапова Светлана – студентка 5-го курса, специальность «социальная работа», ФППиСН.

Саратовцева Марина Александровна – аспирант, кафедра «Теория и практика социальной работы», ФППиСН.

Ставицкая Елена Ивановна – кандидат социологических наук, кафедра «Методология науки, социальные теории и технологии», ФППиСН.

Тугаров Александр Борисович – доктор философских наук, профессор, кафедра «Теория и практика социальной работы», декан ФППиСН.

Утюшева Альфия – студентка 5-го курса, специальность «социальная работа», ФППиСН.

Шевцова Элина – студентка 5-го курса, специальность «социальная работа», ЗФПО.

Научное издание

**XV Социологические чтения
преподавателей, аспирантов и студентов**

***«Инновационные подходы
в социальной реабилитации инвалидов»***

Сборник научных трудов

*Компьютерная верстка, макет - А.С. Дудкин
Электронный вариант – Е.И. Ставицкая*

Подписано в печать 12.09.2013. Заказ № 65
Формат 60х90/8.
Уч.-изд. л. 6,75
Тираж 150 экз.

Пензенский государственный университет
440026, Пенза, ул. Лермонтова, д. 37

Адрес редакции: 440026, Пенза, ул. К. Маркса, д. 4. корп. 16. каб. 5.
Телефоны: 8 (8412) 688866, 688822
E-mail: yagovdom@mail.ru
WWW: <http://www.iff.pnzgu.ru>

Отпечатано с готового оригинал-макета
в типографии ИП Соколова А. Ю.

440600, г. Пенза, ул. Московская, 74, комн. № 220. Тел.: 8 (8412) 563716