



© 1993 г.

Т.А. ДОБРОВОЛЬСКАЯ, Н.Б. ШАБАЛИНА

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ИНВАЛИДОВ И ЗДОРОВЫХ

Авторы - сотрудники Центрального научно-исследовательского института экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов. ДОБРОВОЛЬСКАЯ Татьяна Алексеевна - ведущий научный сотрудник лаборатории психологии, кандидат психологических наук. ШАБАЛИНА Наталья Борисовна -руководитель лаборатории психологии, кандидат психологических наук. В нашем журнале опубликовали ряд статей, посвященных социальным аспектам инвалидности.

Важность социально-психологического аспекта взаимоотношений инвалидов и общества начинает постепенно признаваться, однако исследований в данной области крайне мало. В то время как за рубежом накоплен богатый опыт и разработаны конкретные программы оптимизации этих взаимоотношений, у нас в стране таких публикаций в научной литературе единицы¹, что затрудняет не только разработку мер по гармонизации социального взаимодействия инвалидов и здоровых, но и формирование социальной политики по отношению к инвалидам в целом.

В данной статье представлены результаты исследования социального взаимодействия инвалидов и здоровых, проведенного в 1991 г. в четырех регионах страны - Москве, Челябинске и области, Уфе и области, Вологде и области. С использованием многоступенчатой комбинированной выборки было опрошено 1 320 инвалидов различных категорий. Кроме того, проводилось изучение отношения здоровой части населения к инвалидам. Исчерпывающее изучение общественного мнения и установок в отношении инвалидов - задача отдельного крупного исследования, охватывающего все слои общества. Поскольку наше носило поисковый характер, его задача гораздо скромнее. Мы хотели лишь выявить наличие (или отсутствие) специфики в отношении к инвалидам, чтобы определить дальнейшие пути работы. Из-за ограниченных организационных и финансовых возможностей мы опросили только представителей так называемых авангардных групп населения (интеллигенцию, молодежь), а также специалистов в области социальной защиты, призванных формировать политику в отношении инвалидов. Всего было опрошено 120 человек - представителей гуманитарной интеллигенции, выпускников средней школы, обучающихся в православном училище сестер милосердия, и ведущих ученых — специалистов в области социальной защиты. Относительная малочисленность выборки компенсировалась детальным статистическим анализом, полученные результаты прошли статистическую проверку значимости по критериям χ^2 и t .

Насколько идея социальной интеграции, равных прав и возможностей для инвалидов, пропагандируемая во всем мире, принимается самими инвалидами и здоровым окружением?

Вопрос об интеграции глубоко волнует инвалидов, на него ответили почти все опрошенные, причем многие дали развернутое объяснение своей позиции. Подавляющее большинство (65,3%) считает, что инвалиды должны жить среди здоровых, и лишь около трети ответили, что инвалиды должны жить своей жизнью, отдельно, со своими учебными заведениями, предприятиями, больницами и т.п. (34,7%). Среди «противников» идеи интеграции наиболее распространены такие объяснения: «гусь

¹Обзор литературы по этой теме см. в [1].

Таблица 1

Распределение инвалидов по оценке отношения к ним здоровых, %

Ответы	Вологда	Челябинск	Москва	Уфа	В среднем
Очень часто ощущаю пренебрежительное отношение к себе, как к человеку второго сорта	34,8	27,0	46,4	35,2	36,6
Никогда не замечал такого	16,8	25,5	16,2	23,6	20,8
Встречаюсь с таким отношением, но редко	37,3	34,0	29,9	24,0	30,9
Затрудняюсь ответить	11,1	13,5	7,5	14,2	11,7

Таблица 2

Распределение сторонников и противников интеграции среди инвалидов в зависимости от оценки отношения к ним здоровых, %

Ответы	Инвалиды должны жить	
	своей жизнью	среди здоровых
Очень часто ощущаю пренебрежительное отношение	38,3	61,7
Никогда не замечал такого	17,7	82,3
Встречаюсь с таким отношением, но редко	30,1	69,9
Затрудняюсь ответить	26,3	73,7

свинье не товарищ», «здоровые люди все равно инвалидов не поймут», «каждый должен жить среди себе подобных», «на обычных предприятиях к инвалидам плохо относятся». А вот пояснения сторонников интеграции: «люди должны быть равны», «жить вместе, чтобы инвалиды и здоровые понимали друг друга», «надо, чтобы инвалид не отрывался от родного коллектива и не считал себя неполноценным», «должны жить в обществе, как все люди» и т.п.

Как видно из этих ответов, инвалиды объясняют свою позицию не социально-экономическими критериями, не говорят, при каком варианте у них будут лучшие или худшие материально-бытовые условия. Наиболее значимы социально-психологические проблемы интеграции, вопросы взаимоотношений со здоровыми.

Однако видят эти взаимоотношения инвалиды далеко не и радужном свете (см. табл. 1).

Наиболее часто со стороны здоровых ощущают пренебрежительное отношение инвалиды-женщины (42,2%) и инвалиды с наиболее тяжелыми дефектами: среди инвалидов I группы - 54,1%, II группы - 37,2%, III группы - 30,6%.

Тесная связь существует между самооценкой качества жизни в целом и тем, как оценивается отношение окружающих. У инвалидов, часто ощущающих пренебрежительное отношение, и тех, кто этого не замечает, самооценка качества жизни заметно различается (но пятибалльной шкале, соответственно 2,51 и 3,04; различия достоверны при $p \leq 0,05$). Этот факт - важное доказательство значимости для инвалидов отношения окружающих.

Инвалиды, остро переживающие пренебрежительное отношение окружающих, более негативно воспринимают идею интеграции (см. табл. 2).

Характерно, что разница существует не только при рассмотрении крайних оценок («очень часто» и «никогда не замечал»). Доля противников интеграции увеличивается плавно, но неумолимо: 17,7% у тех, кто никогда не замечал пренебрежительного отношения; 30,1% - у тех, кто иногда его ощущает; 39,3% - у тех, кто ощущает его очень часто (различия достоверны при $p \leq 0,05$). Отношение окружающих, таким образом, играет важную роль в отношении инвалида к идее интеграции.

Распределение мнений об инвалидах по шкале социальной дистанции, %

Отрицательное отношение к тому, чтобы инвалид был:	Респонденты				В среднем
	специалисты в области социальной защиты	молодежь	сестры милосердия	интеллигенция	
Соседом по дому	–	28,8	3,1	9,4	10,0
Соседом по	20,0	62,2	12,1	50,0	37,3
Родственником	33,3	64,0	27,4	40,6	39,1
Подчиненным	26,7	48,0	9,2	18,8	22,7
Коллегой	6,7	44,0	3,1	6,3	13,6
Начальником	33,3	52,0	14,9	28,1	29,1
Представителем органов власти	46,7	48,0	21,3	12,5	27,3
Одноклассником ребенка	"	28,0	3,1	6,3	9,1
Учителем ребенка	20,0	44,0	9,2	15,6	20,0

А что же в действительности думают об инвалидах *здоровые*, как относятся к ним?

Прежде всего нас интересовало место инвалидов среди групп населения, которые благодатятся в социальной защите с точки зрения здоровых и в целом относительно благополучных людей. На вопрос о том, кто в наибольшей степени нуждается в помощи, были получены следующие ответы (выбраны три группы из предложенных): инвалиды-дети (52,7%), старики в домах для престарелых (47,3%), дети в детских домах (46,4%), взрослые инвалиды (26,3%), пострадавшие от аварии на ЧАЭС (20,9%), матери-одиночки (18,2%), многодетные семьи (15,5%), беженцы из разных регионов страны (10%), люди, пытающиеся бросить пить и употреблять наркотики (10%), больные СПИДом, а также бывшие воины-интернационалисты (по 9%), инвалиды Великой Отечественной войны (6,4%). Инвалиды-взрослые занимают 4-е место в иерархии приоритетов помощи, причем в таком мнении едины как специалисты, так и люди, далекие от этих проблем. Лишь 2,7% респондентов полагают, что предпочтения не следует оказывать никому, и если нельзя помочь всем, то лучше вообще не помогать. Таково мнение некоторых специалистов в области социальной защиты и представителей гуманитарной интеллигенции.

Более углубленное исследование дало следующие результаты. Отрицательное отношение к идее интеграции высказало всего 6,4% опрошенных: они считают, что инвалиды должны жить своей жизнью. Остальные либо полагают, что инвалиды должны жить среди здоровых (26,8%), либо предоставляют возможность выбора самим инвалидам (66,8%). Последние два показателя можно трактовать по-разному, однако ясно, что среди здоровых явных противников интеграции значительно меньше, чем среди инвалидов. В то же время измерения социальной дистанций показывают, что не все так однозначно (см. табл. 3).

Из табл. 3 следует, что отмечается более положительное отношение к ситуациям, либо не требующим постоянного общения («инвалид - сосед по дому»), либо предполагающим общение на равных («инвалид - коллега»); ситуации, подразумевающие более близкие контакты, вызывают негативное отношение, равно как и ситуации, при которых инвалид в иерархической структуре находится выше, чем респондент. Особенно негативно воспринимается предположение, что инвалид может оказаться среди родственников.

В установках опрошенных имеются некоторые межгрупповые различия. Если при оценке дальних социальных контактов, ситуаций, не требующих постоянного тесного общения, установки в целом совпадают, то, например, ситуацию «инвалид - сосед по квартире» представители молодежи и интеллигенции оценивают более негативно, чем специалисты в области социальной защиты и сестры милосердия, которые ближе

**Как понимают слово «инвалид» здоровые и инвалиды
(средний балл по семибальной шкале)**

Шкала	Респонденты	
	инвалиды	здоровые
Самостоятельный—зависимый	4,1	5,6
Привлекательный—отталкивающий	3,9	4,0
Энергичный—вялый	3,9	4,1
Грязный—чистый	5,0	4,2!
Замкнутый—общительный	4,2	3,3!
Добрый—злой	3,2	4,0!
Доверчивый—подозрительный	3,3	4,3!
Надежный—никчемный	3,1	3,9!
Ленивый—работящий	5,0	4,7
Враждебный—дружелюбный	5,2	4,4!
Лицемерный—искренний	5,4	4,8
Счастливый—несчастный	4,9	5,6!
Веселый—грустный	4,3	5,1!
Отзывчивый—равнодушный	2,9	3,5
Слабый—сильный	3,5	3,3

* ! отмечены шкалы, имеющие достоверные межгрупповые различия.

знакомы с инвалидами. Ярко проявились различия и при оценке ситуации «инвалид - представитель органов власти»: специалисты в области социальной защиты и молодежь оценивают ее более негативно, чем представители интеллигенции. Молодежь вообще резче и чаще высказывает негативное отношение к перспективе социального взаимодействия с инвалидами.

Таким образом, можно констатировать неготовность опрошенных к тесному контакту с инвалидами, а также к ситуациям, реализующим конституционные права инвалидов быть избранными в руководящие органы. Разумеется, данное исследование носит поисковый характер и не гарантирует стопроцентную достоверность, однако сам факт неоднозначности установок, существующих в обществе по отношению к инвалидам, наши результаты подтверждают.

Дальнейший анализ показывает, что подобный характер установок имеет сложную природу и не просто выражает негативное отношение к инвалидам. Представляют интерес следующие данные. Здоровые оценивают качество жизни инвалидов ниже (1,62 по пятибалльной шкале), чем сами инвалиды (2,49), признавая, тем самым, тяжесть имеющихся у них проблем. Полученные данные очень интересны с психологической точки зрения. Если самооценку качества жизни можно рассматривать как индикатор удовлетворенности жизнью, психологического комфорта, то оценка качества жизни других людей несет на себе отпечаток субъективного отношения к этим людям. Инвалиды оценивают качество своей жизни (2,74) и качество жизни других инвалидов (2,49) примерно одинаково, в то время как качество жизни здоровых они оценивают гораздо выше (3,67). Здоровые же оценивают качество своей жизни значительно выше (3,30) не только жизни инвалидов (1,62), но и других здоровых (2,43).

Для лучшего понимания взаимоотношений инвалидов и здоровых мы попытались воссоздать семантический образ понятия «инвалид». Измеренные с помощью семантического дифференциала [2; 3], оценки представлены в табл. 4. По многим шкалам имеются достоверные отличия в оценках инвалидов и здоровых. Характерно, что у здоровых ниже показатели по такой выраженной оценочной шкале, как «чистый-грязный» - слово «инвалид» воспринимается ими более негативно.

Проведенный факторный анализ оценок выявил следующие группировки шкал. В семантическом образе рассматриваемого понятия у инвалидов выделены два фактора. В первый (доля в общей дисперсии² 39,8%) вошли следующие шкалы (при весе фактора с отрицательным знаком шкалы переворачивались): слабый-сильный (вес

² Подробнее см. (4).

фактора 0,80), грустный-веселый (0,77), вялый-энергичный (0,73), зависимый-самостоятельный (0,72), отталкивающий-привлекательный (0,72), замкнутый-общительный (0,71), несчастный-счастливый (0,70). Во второй фактор (16,7%) вошли шкалы: лицемерный-искренний (0,76), враждебный-дружелюбный (0,75), подозрительный-доверчивый (0,75), злой-добрый (0,74), никчемный-надежный (0,67).

У здоровых картина иная. Первый фактор (40,8%) составили шкалы: подозрительный-доверчивый (0,77), враждебный-дружелюбный (0,75), замкнутый-общительный (0,74), злой-добрый (0,68), грустный-веселый (0,68), никчемный-надежный (0,64). Второй фактор (15,1%) составили шкалы: работающий-ленивый (0,76), сильный-слабый (0,68), искренний-лицемерный (0,65), привлекательный-отталкивающий (0,64), энергичный-вялый (0,61).

Таким образом, отличается вклад факторов в суммарную дисперсию: многие шкалы, которые у здоровых составляют первый фактор с долей в дисперсии 40,8%, у инвалидов входят во второй фактор с долей в дисперсии 16,7% и, соответственно, наоборот. Кроме того, при анализе структуры факторов видно, что здоровые в своих оценках применяют характеристики, не используемые инвалидами, опираются на другие критерии: например, оценка по шкале «работающий-ленивый» имеет во втором факторе наибольший вес, тогда как у инвалидов эта шкала вообще отсутствует, для них этот критерий несущественен. Возможно, в разных критериях оценок и лежит источник напряженности и непонимания во взаимоотношениях инвалидов и здоровых.

Итак, в рассматриваемых взаимоотношениях есть напряженность, несоответствие во взаимных оценках, известная доля непонимания. Наши данные позволяют предположить, что идея «равных возможностей» для инвалидов, провозглашенная Всемирной программой действий в отношении инвалидов, обществом не принята, а следовательно, даже выработка законодательных актов, гарантирующих эти возможности, не обеспечит воплощение прав инвалидов в жизнь.

Результаты проведенного исследования убеждают в актуальности дальнейшего изучения особенностей взаимоотношений инвалидов и здоровых. Однако уже сейчас, опираясь на имеющиеся отечественные и зарубежные данные, следует начинать целенаправленную работу по гармонизации этих взаимоотношений. Она должна быть в первую очередь направлена на преодоление негативных стереотипов как на уровне массового сознания, так и на микроуровнях - в органах социальной защиты и здравоохранения, коллективе, где трудится инвалид, семье, школе. Помимо создания общего положительного фона в отношении инвалидов, содержанием такой работы должно стать просвещение. Просветительские задачи могут решаться не только путем предоставления информации о жизни инвалидов и их возможностях, но и в ходе совместной деятельности инвалидов и здоровых. Судя по результатам данного исследования, особого внимания требует молодежь.

Нельзя забывать, что работа по гармонизации взаимоотношений инвалидов и здоровых не может быть «игрой в одни ворота». Не только здоровые должны научиться понимать инвалидов и относиться к ним как к равным, но и инвалидам нужно преодолевать обостренное чувство обособленности, неполноценности, отличия от других, овладеть искусством общения.

Необходимы совместные усилия социологов, психологов, педагогов для срочной разработки конкретных программ в этой области. Надо спешить - «дикий» рынок будет только усиливать противостояние различных групп населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Социол. исслед. 1991. № 5. С. 3-8.
2. *Osgood Ch., Suci C, Tannenbaum P.* The Measurement of Meaning. Urbana: Univ. of Illinois press, 1957.
3. *Петренко В.Ф.* Введение в экспериментальную психосемантику: исследование форм репрезентации в обыденном сознании. М.: Изд-во МГУ, 1983.
4. *Харман Г.* Современный факторный анализ. М.: Статистика, 1972.