



**Н.И. СКОК**

## **БИОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ И СОЦИАЛЬНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ЕГО РЕГУЛЯЦИИ**



*СКОК Наталья Ивановна - кандидат социологических наук, заведующая кафедрой социальной работы Тюменского государственного нефтегазового университета.*

В понимании "биосоциального потенциала" человека, автор обращает внимание на ее близость к категориям "сущностных сил" К. Маркса, "потенциала человека" О.Л. Краевой, "человеческого потенциала" И.Т. Фролова, "жизненных сил человека" СИ. Григорьева [1; 2; 3]. Все они являются, по сути, дефинициями одного понятия - потенциал человека, и рассматривают его, используя различные научно-методические подходы: философский, психологический, социологический. Изучая понятие "биосоциального потенциала человека", автор пользуется методологией социально-философского подхода, что отражается на процессе и результатах исследования.

Биосоциальный потенциал человека имеет биологическую основу - жизненную энергию, открытую В. Райхом в 1936 г. [4], и представляет собой структурное образование, в состав которого, как следует из названия, входят биологическая и социальная составляющие. Биологическая - это физические и нервно-психические особенности индивида, детерминированные, с одной стороны, генотипом, с другой, - факторами внешней среды, действующими на организм на всех этапах его развития и влияющими на уровень физического и нервно-психического здоровья. Социальная имеет свою детерминацию, прежде всего, со стороны социума всех уровней. Ее субъективная сторона представлена социальным статусом индивида и его социальным и индивидуальным характером, а объективная - социальным окружением, с которым индивид взаимодействует.

В силу болезни, последствий травмы, врожденного дефекта биологическая компонента биосоциального потенциала инвалида ущербна, это и отличает ее от биологической составляющей потенциала здорового человека. Социальная компонента деформируется либо изначально в процессе неадекватной социализации ребенка-инвалида, либо в процессе ресоциализации взрослого инвалида из-за разрушения социальных связей, изменения прежнего социального статуса. В таких условиях объективная часть социальной компоненты, представленная естественным окружением и инфраструктурой, призванной оказать инвалиду помощь в ресоциализации, приобретает особую актуальность.

**Сравнение некоторых социальных характеристик инвалидов с детства и инвалидов в общей выборке (в %)**

Характер инвалидности	Уровень образования				Профессия		Работа		Семья		Собственное жилье		Желание реабилитироваться и трудиться	
	Нач.	Средн.	Ср.спе п	Выш	Есть	Нет	Есть	Нет	Есть	Нет	Есть	Нет	Есть	Нет
Инвалиды с детства	333	45,3	19,0	2,4	66,7	33,3	10,2	89,8	35,2	64,8	35,0	65,0	50,0	50,0
Общая выборка	10,2	43,0	41,5	5,3	88,5	11,5	37,6	62,4	83,3	16,7	81,6	18,6	27,4	72,6

Таким образом, основными структурными особенностями биосоциального потенциала инвалида являются: ущербность биологической компоненты и, как следствие, дефектность социальной составляющей, причем не только ее субъективной части, но и объективной. Из-за дефектности этих составляющих, инвалид не может за счет собственных резервов справиться с ситуациями, требующими от него напряжения, ему нужна внешняя помощь. Он не в силах провести самостоятельно реабилитационные и адаптационные мероприятия, так как не обладает достаточным набором средств. Оказывая помощь инвалиду, общество оставляет за собой право социального контроля за его жизнедеятельностью. Исходя из сказанного, основными механизмами социального регулирования биосоциального потенциала инвалида, являются механизмы компенсации, реабилитации, адаптации, оценки и контроля.

Для подтверждения данного предположения автором проведено социологическое исследование, целью которого было изучение положения разных категорий инвалидов на юге Тюменской области, некоторых аспектов жизнедеятельности и уровней их мотивации на реабилитацию и трудовую деятельность, мотивации успеха у них и здоровых людей, а также основных факторов, определяющих выбор вектора реализации биосоциального потенциала. Объектом социологического исследования явились лица с ограниченными возможностями, предметом - механизмы социального регулирования биосоциального потенциала лиц с ограниченными возможностями. Проведено интервьюирование инвалидов трудоспособного возраста. Выборочная совокупность составила 2% от генеральной (на указанной территории проживает 39680 инвалидов трудоспособного возраста [6]). Интервью проводились автором в 2003 г., использовались стандартизированные бланки.

Результаты опроса показали, что в самом тяжелом социально-экономическом положении находится инвалиды с детства: у них самый низкий уровень образования и среднедушевого дохода; среди них самый высокий процент лиц, не имеющих профессии, семьи, собственного жилья; большая часть из них проживает в сельской местности, где слабо развита социальная инфраструктура; подавляющее большинство не имеет постоянной и даже временной работы (см. табл. 1). Полученные данные наглядно демонстрируют неадекватную первичную социализацию инвалидов с детства, приведшую в конечном итоге к формированию дефектного биосоциального потенциала.

Учитывая, что процесс ресоциализации и реинтеграции тесно связан с уровнем мотивации лиц с ограниченными возможностями на реабилитацию и последующее трудоустройство, анализировалась связь этой мотивации с некоторыми социальными характеристиками инвалидов. Оказалось, что она находится в сильной зависимости от тяжести и стажа инвалидности, а также качества их жизни (см. табл. 2). В частности, чем легче группа инвалидности, меньше ее стаж и достаток семьи, тем выше уровень мотивации на проведение реабилитационных мероприятий.

Для выявления уровня мотивации инвалидов на достижение успеха использовался опросник А. Реан. Опрошено 400 инвалидов и 400 здоровых лиц трудоспособного возраста. Оказалось, что уровень мотивации у тех и других мало отличается. Есть разница лишь в случае избегания неудач. Последнее соответствует данным мотивации у лиц с невротическими расстройствами, каковыми в большинстве своем являются люди с ограниченными возможностями.

При определении приоритетных мотивационных установок, инициирующих последующие поведенческие инициативы, выяснилось, что больше всего респондентов отдадут предпочтение

Таблица 2

## Наличие мотивации на реабилитацию и трудоустройство(%)

Характер мотивации	Группа инвалидности			Стаж инвалидности (лет)				Место проживания		Среднедушевой доход (руб.)			Трудности в общении	
	I	II	III	До 3	3-5	5-10	>10	Город	Село	До 1000	1000 - 2000	>2000	Есть	Нет
Желание реабилитироваться														
- есть	5,4	41,7	74,4	76,5	27,3	18,8	4,9	19,0	23,0	283	20,5	14,4	16,6	26
- нет	94,6	58,3	25,6	23,5	72,7	81,2	95,1	81,0	77,0	71,7	79,5	85,6	83,4	73,
Желание трудоустроиться														
- есть	2,3	40,5	78,8	73,9	19,7	9,1	2,4	-	-	24,8	18,4	10,1		-
- нет	97,7	59,5	21,2	26,1	80,3	90,9	97,6	-		75,2	81,6	89,9	-	-

Таблица 3

## Распределение поведенческих аттитюдов у лиц с ограниченными возможностями

Аттитюд	Баллы
Буду искать подходящую работу	7,82
Буду четко выполнять предписания врача	7,48
Буду работать по дому	7,05
Займусь любимым делом	6,49
Обращусь за помощью в реабилитационный центр	6,28
Буду чаще встречаться с друзьями и близкими	6,24
Буду искать другие способы восстановления здоровья	4,95
Пойду учиться	3,73
Организирую свое дело	3,26
Займусь общественной деятельностью	2,3

следующим установкам: "Встану на учет в центр занятости, чтобы получить подходящую работу" - 33,3%; "Буду работать по дому: ухаживать за детьми, членами семьи" - 21,5%; "Займусь любимым делом (вязание, шитье, рисование, чтение книг, разведение цветов и т.д.)" - 21,5%; "Буду четко выполнять предписания врача (соблюдать диету, режим, принимать лекарства)" -17%. Установки на выполнение режима указали - 21,5%; на трудоустройство - 17,0%; работу на дому - 15,3%, Поведенческие предпочтения респондентов приводятся в табл. 3.

Желание иметь реабилитационную программу проявили 76,7% респондентов, не хотят ее иметь - 23,3%. Интересно, что все желающие иметь программу отметили ее низкую результативность, невозможность достижения идеальной цели - ресоциализации и реинтеграции. Главными причинами неэффективности реабилитации отмечены: отсутствие реабилитационных методов, нехватка средств, дефицит времени.

При анализе характеристик групп инвалидов, выделивших приоритетно ту или иную причину низкой результативности реабилитации, можно заключить, что лица, выбравшие ответ - "нет времени", объективно обладают более высоким уровнем биосоциального потенциала: у них выше уровень образования, трудоустройства, среди них больше инвалидов легкой -III группы. Характерно, что в этой группе значительно больше мужчин - 73,9%.

При анализе возможных связей между причинами неэффективности реабилитационных мероприятий и наличием средств к существованию оказалось, что у лиц, обладающих достаточными финансовыми возможностями нет времени для реабилитации, то есть они заняты либо трудом, либо другой полезной деятельностью. Это позволяет им пренебречь реабилитационными программами, несмотря на наличие у них желания в них участвовать.

Учитывая, что удовлетворенность своим положением является одним из главных показателей эффективной ресоциализации, анализировались качественные характеристики групп респондентов, удовлетворенных и неудовлетворенных своим нынешним положением. Оказалось,

что удовлетворенные имели более легкую группу инвалидности (54,5%), ее меньший стаж (38,6% до 3 лет), более высокий уровень образования (59,1%), чаще имели работу (47,7%) и семью (49,9%), а также были лучше обеспечены. Среди них значительно меньше лиц, желающих проводить реабилитационные мероприятия, что означает, что явлениям социальной дезадаптации они подвержены в меньшей степени.

Таким образом, результаты исследований подтверждают основные положения предложенной концепции биосоциального потенциала лиц с ограниченными возможностями:

- процесс первичной социализации лиц с ограниченными возможностями определяет размеры их биосоциального потенциала и дальнейшую жизнедеятельность, а также уровень жизненного обеспечения;

- эффективность реализации биосоциального потенциала этих лиц и направление вектора его реализации зависит почти исключительно от внешних условий, а именно от наличия реабилитационной инфраструктуры и финансовых средств;

- удовлетворенность своим положением у инвалидов, являющаяся индикатором успешной ресоциализации, зависит от материальной обеспеченности и наличия работы.

Следовательно, для построения оптимальной модели реализации биосоциального потенциала лиц с ограниченными возможностями, целесообразно сосредоточить усилия, прежде всего, на создании условий для адекватной первичной социализации детей-инвалидов и высокоэффективной профессиональной реабилитации с последующим рациональным трудоустройством взрослых лиц с ограниченными возможностями.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Краева О. Л. Диалектика потенциала человека. М., 1999.
2. Человеческий потенциал - опыт комплексного подхода / Под ред. И.Т. Фролова. М., 1999.
3. Григорьев С.И. (в соавторстве). Жизненные силы человека; основы формирования социологической концепции. Барнаул: Изд-во АРНЦСО РАО, 1999.
4. См.: Ольков С.Г. Биосоциальная механика, общественная патология и точная юриспруденция. Новосибирск, 1999.
5. Актуальные проблемы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов: Материалы межрегиональной научно-практической конференции. Тюмень, 2004.