

Отчет

по результатам специальных социологических исследований
«Оценка преодоления социальной изоляции инвалидов и их включенности в
жизнь общества в рамках реализации мероприятий подпрограммы
«Доступная среда» (2014-2020 годы) государственной программы
«Социальная и демографическая политика Брянской области» (2014-2020
годы)»

Разобщенность инвалидов и не инвалидов, «отношенческие» барьеры, подлежащие устранению. Отношения граждан Российской Федерации к проблемам инвалидности и готовность общества к интеграции инвалидов.

Существует различия в отношении по параметрам группе к группе, и личности к личности. Следует различать отношение конкретных людей к инвалидам и отношение со стороны безличного общества (общественного сознания). Это две совершенно разные области социальной коммуникации. По вопросу общественных отношений в контексте дилеммы разобщенности/не разобщённости инвалидов и не инвалидов следует констатировать, что проблемы наличия отношенческих барьеров имеются на деперсонализированном (внеличностном) уровне общественных отношений и отсутствуют на персонализированном уровне непосредственных сформированных межличностных контактов.

На деперсонализированном (внеличностном) уровне они проявляются как минимум в двух сферах. В сфере образов массового сознания и в сфере трудоустройства и занятости.

- «Общество» не достаточно хорошо информировано об инвалидах как существенной своей части. В сфере общественного сознания отсутствует четко верифицируемый образ инвалида со всей сопутствующей проблематикой вопроса. В данном контексте общество как бы «не замечает» инвалидов как социальную группу. Сами инвалиды крайне негативно оценивают индифферентно-невнимательное к себе отношение со стороны обезличенного общества, которое ими отождествляется с государством. Отсутствие адекватного позитивного образа инвалида в массовом общественном сознании является одним из критериев интолерантности и является серьезным отношенческим барьером между инвалидами и не инвалидами. Безусловно данная проблема подлежит к устранению одной из первых.
- Отношенческие барьеры прорисовываются в сфере трудоустройства и трудовой занятости инвалидов, где существуют негативные стереотипы и отсутствие культуры толерантности. Прямое и косвенное влияние данных стереотипов мешает инвалидам проявить самостоятельность и активную жизненную позицию, провоцирует коллапс их социального пространства. Готовность общества к интеграции инвалидов на рынке труда в Брянске и области можно определить как недостаточно сформированную и проблемную.

- Инвалиды не достаточно хорошо ориентируются даже в тех информационных потоках, которые касаются их непосредственных интересов и нужд. Подавляющее большинство инвалидов не осведомлены ни о каких государственных социальных программах имеющих отношение к инвалидам. Возможность пользоваться интернетом есть один из важнейших факторов формирования доступной среды у инвалидов, у половины опрошенных инвалидов нет в доме интернета. Еще у весомой части интернет есть, но они им не пользуются. Наиболее плохо с инновационными коммуникативными технологиями дело обстоит у инвалидов старшего возраста

Выявлено что на персонифицированном межличностном уровне сами инвалиды оценивают отношение к себе со стороны здоровых людей как хорошее и нормальное, а доленое соотношение инвалидов, положительно оценивающих отношение населения к проблемам инвалидов, в общем количестве опрошенных инвалидов соответствует примерно 62%.

- Со стороны персонализированных и сформированных контактов отношение не инвалидов к инвалидам следует определить как приемлемое и в целом лишенное установок на преднамеренную их дискриминацию.
- Позитивное и сочувственно понимающее отношение к инвалидам со стороны не инвалидов свидетельствует о готовности конкретных людей к интеграции инвалидов в общество.

Степень адаптации инвалидов к обществу (с учетом возраста, характера заболевания, тяжести дефекта и его внешней выраженности)

Трудовая занятость как критерий социальной адаптации *является приоритетной сферой жизнедеятельности более 2/3 инвалидов непенсионного возраста*, центральным фактором в их социализации, адаптации и компенсации дефекта. Наиболее задействованы на рынке труда инвалиды трудоспособного возраста, а именно от 18 до 60 лет. Инвалиды с наступлением пенсионного возраста оставляют рабочие место, доля работающих после 60 лет среди них минимальна и составляет 3.7% от общего числа опрошенных. В рамках критерия характера заболевания менее всего рабочими местами обеспечены колясочники 5.5 в максимально благоприятном положении в этой позиции инвалиды по слуху 20%.

Таким образом, в минимально благоприятных позициях на рынке труда находятся, пенсионеры, колясочники и лица, имеющие первую группу инвалидности.

Относительно мобильности в среде инфраструктуры в наиболее сложном положении находятся инвалиды, передвигающиеся на коляске, а также с нарушениями опорно-двигательного аппарата, к имеющей сложности с передвижением и обслуживанию в социальной инфраструктуре

же следует также отнести всех пожилых инвалидов (старше 60 лет) в независимости от формы дефекта.

Отсутствие необходимости в помощи декларируемого инвалидами прямо пропорциональна степени дефекта (группе инвалидности). Чем слабее дефект, тем более проявляется автономность. Примерно 1/5 инвалидов с ограниченными возможностями демонстрируют совою автономию и самодостаточность, говоря о том, что в помощи они не нуждаются. Среди возрастной категории от 18 до 35 лет количество трудоспособных самодостаточных инвалидов заявляющих, что не нуждаются в помощи увеличивается до более чем 1/3 от общего числа опрошенных. Такое же количество по данному параметру обнаружено у инвалидов по слуху и у людей с третьей группой инвалидности -34.8%. Пенсионеры и лица, передвигающиеся на кресле-каталке, а также инвалиды первой группы, напротив, нуждаются в помощи максимально.

Описание мнения инвалидов о государственной социальной политике в отношении инвалидов

Установлено что уровень форсированности доступности к объектам социальной инфраструктуры в Брянске и области сами инвалиды оценивают двойственно и неоднозначно. Хотя работа по обустройству ведется, проблемы с оснащением специальными устройствами для доступа инвалидов к объектам социальной инфраструктуры имеются.

Наблюдение показало что уровень жизни и обстановка в домах и квартирах значительно более бедная, а качество жилья в целом изрядно уступает качеству жилья респондентов из контрольной группы.

Более половины респондентов инвалидов сетуют на то, что никто не оказывает им никакой помощи, примерно 1/5 инвалидов заявляют, что помощь им оказывается, и такое же количество респондентов с ограниченными возможностями демонстрируют совою автономию и самодостаточность, говоря о том, что в помощи они не нуждаются.

Среди форм помощи оказываемой инвалидам назывались следующие: материальная помощь, пособия по инвалидности, льготы ЖКХ и др. В качестве источников помощи инвалидами чаще всего указывались органы социальной защиты, Всероссийское Общество Инвалидов, общественные организации и предприятия, родственники, соседи.

Настроение и эмоциональный тон инвалидов оценивающие социальную политику по отношению следует констатировать далекими от удовлетворительного.

На недостаток помощи и бюрократизм в ее предоставлении более всего жаловались пожилые инвалиды, а также инвалиды-колясочники и те, кто имеет серьезную глубину дефекта (лица с первой и реже со второй группой). Среди всех инвалидов эти социальные группы находятся в наиболее сложном материальном положении и объективно нуждаются в социальной поддержке и помощи. В качестве необходимой помощи инвалиды называли, прежде всего, материальные средства.

Социально-психологические портреты, изучить отношение, целостные ориентации и установки, мотивацию инвалидов, повседневных практик и навыков

Максимально усредненный социально психологический портрет инвалида в Брянской области выглядит следующим образом. Это человек старше 35 лет русский 97%, проживающий в браке либо стремящийся сознать семейный быт, по преимуществу со средним образованием не работающий (не учащийся), однако имеющий специальность, с активным желанием включиться в трудовую деятельность и полноценную социальную жизнь.

Инвалиды как группа весьма не однородна, она имеет градации по возрасту, полу, глубине дефекта и т.д. Однако социально-психологические портреты верифицируются не только по указанным критериям, но и в том числе по субъективным и объективным критерием других модальностей:

- Критерий по возрастным и физическим ограничениям инвалидов.
- Критерий по характеру психологической установки инвалидов
- Экономический критерий.

Обнаружено что ценностные ориентиры инвалидов формируются на основе тех же социальных потребностей, что и у здоровых людей, а их реализация происходит если не в единых то, по меньшей мере, очень в сходных условиях социальной жизнедеятельности.

Установлено что инвалиды, так и здоровые люди живут в рамках единого ценностного ряда и единой системы личностных координат. Это придаёт человеку с ограниченными физическими возможностями духовные ресурсы для социальной адаптации и компенсации своего дефекта. С учетом того, что ценностно-мотивационная сфера является фундаментальным критерием в структуре личности, инвалид абсолютно такой же человек, как и здоровой.

Подавляющее большинство инвалидов (за исключением отдельных единичных случаев) в своих ценностных установках ориентированы на полноценный образ жизни, во всех аспектах социальных практик, соотносимый с образом жизни так называемых здоровых людей. Как сами инвалиды, так и здоровые респонденты считают, что инвалидам следует работать; посещать театры, музеи, стадионы; заниматься спортом; создавать семьи; заводить детей и веселиться.

В декларируемом перечне полноценного образа жизни максимально соответствующего повседневным практикам, установкам, ценностям и мотивам здорового человека, качественный анализ выявил у инвалидов некоторые довольно существенные признаки эмоциональной депривации. Это свидетельствует о том что, несмотря на то, что на когнитивном уровне ряды ценностей, мотивов обуславливающих социальные установки и практики здоровых людей и инвалидов соизмеримо соотносятся и даже

фактически совпадают, однако на эмоциональном уровне, данные ценности и мотивы у инвалидов представлены в недостаточной своей удовлетворенности. Эта неудовлетворенность склонна прогрессировать в зависимости от усиления глубины дефекта и более старшего (пенсионного возраста). Причины данной неудовлетворенности обусловлены низким материальным достатком, зависимым положением, неопределенностью, физическими страданиями и ограничениями, а также что не маловажно *недостаточной сформированной средой*.

Безусловно, что эмоциональный негатив и неудовлетворенность является дополнительным фактором социального риска у инвалидов. Вкрапления в ценности и установки элементов эмоциональной неудовлетворенности, создает предпосылки способные провоцировать ценностно ориентационную деформацию личности людей с ограниченными возможностями, вызывать алкоголизм, наркоманию и другие компенсаторно-защитные формы ухода от реальности вплоть до серьезных жизненных кризисов и суицида.

Приоритетные сферы жизнедеятельности инвалидов проблемы, присутствующие в каждой из них, в представлениях инвалидов

Определены три основные сферы жизнедеятельности инвалидов это трудовая деятельность, повседневно житейская связанная с инфраструктурной мобильностью и домашняя бытовая.

Трудовая сфера жизнедеятельности.

Отсутствие на рынке труда необходимого количества специальных рабочих мест, подходящих для трудоустройства инвалидов, лишает их возможности реализации права на труд на равных условиях. Трудоспособные инвалиды существенно проигрывают в трудоустройстве обычным гражданам и являются в этом плане ущемленной категорией населения. Налицо наличие ряда барьеров нуждающихся в их устранении, среди них наиболее выражены следующие:

- негативные стереотипы со стороны общества;
- отсутствие специализированных рабочих мест;
- отсутствие доступной среды для свободного передвижения (сложно добираться до работы);
- низкая оплата труда;
- отсутствие возможности получения образования и др.

Неустроенность инвалидов требует выделения больших средств для их социального обеспечения, дополнительной поддержки (льготы, компенсации). Это в свою очередь, провоцирует пассивно-выжидательную позицию и социальный инфантилизм в среде самих людей с ограниченными возможностями.

Повседневно житейская сфера, связанная с инфраструктурной мобильностью.

Выявлен ряд объектов, где существуют барьеры, обуславливающие проблемы в доступе инвалидов к инфраструктуре. Данные объекты нуждаются в первоочередном оснащении необходимыми специальными приспособлениями среди них: *больницы и поликлиники; аптеки; магазины, торговые дома; жилые помещения; образовательные учреждения (школы, училища, ВУЗы); общественный транспорт и остановки общественного транспорта; пешеходные тротуары и переходы через дорогу.*

В качестве первоочередных мер необходимых для развития доступной среды инвалиды называли монтаж и оборудование следующих приспособлений: установка пандусов (наиболее часто выраженное пожелание), грузовых лифтов (содержании их в исправном состоянии), широких дверных проемов (часто двойная дверка закрыта и проехать нет возможности), специальных перил и поручней, звуковых светофоров (не везде имеются и исправны). При этом отмечалось, что пандусы и другие средства зачастую имеются в наличии «только для галочки», инвалиды жалуются, что заехать по ним нельзя., подчеркивалось, что необходимо как демонтировать, так и изначально строить качественно в соответствии с Госстандартом – пандусы необходимой ширины и с оптимальным углом подъёма, лифты и лестницы – необходимо делать шире, ступеньки должны быть более удобными, оснащенными перилами и менее скользкими и т.д.

Домашняя бытовая сфера жизнедеятельности

Инвалиды гораздо больше, чем здоровые люди вынуждены находиться и существовать в «домашней среде обитания». Это обуславливает необходимость, в формировании «доступной среды» начиная с пространства непосредственного существования людей с ограниченными физическими возможностями, а именно начиная со двора, подъезда, лестницы, дома, квартиры, где они проживают.

Анализ выявил барьеры в трудностях пользования следующим рядом предметов домашнего быта.

Независимо от характера дефекта и группы наибольшее количество барьеров в домашнем обиходе инвалиды имеют при пользовании следующих предметов на первом месте по выраженности двери при закрытии и открытии, а далее дверные ручки выключателями и краны. Кроме того инвалиды выражали необходимость в следующем ряде приспособлений: специальные поручни; пандус при входе в дом; вспомогательные средства для ухода за больными; средства для перемещения, передвижения; специальная сантехника и др.

Слабослышащие испытывают трудности с телефоном, телевизором, музыкальными устройствами, звонками в дверь, т.е. по понятным причинам со всем рядом предметов, которые издают звуки: «не слышу звонок в дверь»; «не слышу телефон»; «приходится включать громко телевизор». Относительно телепередач транслированных по телевидению такие инвалиды выражали пожелание, чтобы чаще использовались субтитры.

Слабовидящие испытывают трудности со счётчиками для электричества, воды и газа, предметами электроники (кнопками) со всеми мелкими

приборами, им необходимы говорящие книги, будильники, звуковое оповещение в лифтах.

Колясочники и инвалиды с нарушением опорно-двигательного аппарата сетуют на гололед, проблемы с лестницами, нехватку пандусов, плохие подходы к подъезду. Эти же группы инвалидов также жаловались на сложности в приготовлении пищи, на то, что трудно дотянуться к полкам, которые высоко находятся. Лица с нарушением опорно-двигательного аппарата жалуются на лестницы, которые либо слишком круты, либо слишком скользки и часто не оборудованы необходимыми перилами.

Инвалиды-колясочники, пожалуй, в наибольшей мере обременены проблемами в обиходе с подметным миром и мобильностью даже в своем домашнем пространстве. Приведем показательные примеры высказываний инвалидов передвигающихся с помощью кресла-коляски: «трудно с предметами, которые высоко находятся»; «сложно передвигаться и пользоваться сантехникой» «испытываю трудности, если нужно что-то сделать высоко, т.е. нужна специальная лестница чтобы, допустим, вкрутить лампочку»; «слишком узкая дверь и высокие пороги в дверном проёме»; «трудно передвигаться в общественных местах, поэтому сижу дома»; «затруднен спуск по лестнице и вход в подъезд»; «когда спускаюсь по лестнице проблема с подъемом в дом спуск с лестницы с любыми предметами, которые высоко находятся» и др.

Значение целевого показателя «Доля инвалидов, положительно оценивающих уровень доступности приоритетных объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности, в общей численности, опрошенных инвалидов, (в процентах)»

Установлено что уровень форсированности доступности к объектам социальной инфраструктуры в Брянске и области сами инвалиды оценивают двойственно и неоднозначно. Хотя работа по обустройству ведется, проблемы с оснащением специальными устройствами для доступа инвалидов к объектам социальной инфраструктуры имеются.

В ответах характеризующих параметры осуществления - неосуществления деятельности по обустройству доступности инвалидов к инфраструктуре, респонденты обеих групп как инвалиды так и не инвалиды демонстрируют поляризацию оценочных суждений. Одна половина (49,6%) считает, что такая работа ведется, другая – напротив, что практически не осуществляется (50,4%). Кроме того среди тех кто наблюдает наличие таковой деятельности со стороны властей в подавляющем большинстве убеждены что работы по оснащению спецустройствами (пандусами, перилами, разъемами в дорожных бордюрах, звуковыми устройствами и пр.) осуществляется медленно (46,3%) и лишь ограниченным набором приспособлений. И только незначительная часть респондентов (3,3%) считает, что данные работы осуществляются быстро и разнообразными видами приспособлений. При этом представленное процентное соотношение

в ответах даваемых инвалидами тесно соотносится с такими же ответами у здоровых людей.

Схожая ситуация выявлена в оценках оснащения новых и строящихся здания приспособлениями для доступа к ним инвалидов. Примерно половина респондентов считают, что в строящихся зданиях такая работа осуществляется (45,8% инвалидов и 59,8% не инвалидов), а другая половина (53,1% инвалидов и 40,2% не инвалидов), напротив считает, что не осуществляется. Оценки по данным параметрам у инвалидов и респондентов из контрольной группы (не инвалидов) в целом достаточно схожи, однако инвалиды выражают более пессимистичные мнения. Среди тех инвалидов, которые все же считают, что новые и строящиеся здания оснащаются приспособлениями для доступа к ним инвалидов в подавляющем большинстве отмечает, что данное оснащение хотя и ведется, но все же далеко не в полном объеме (39,9%).

Таким образом, доля инвалидов, положительно оценивающих уровень доступности приоритетных объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности, в общей численности инвалидов составляет примерно 47-48%. При этом данную доступность большинство 44% оценивают как относительную и не вполне достаточную. Доля тех, кто считает уровень доступности как достаточно сформированный - невысока и колеблется в пределах 4%.

2.12.2014 г.