

СОЦИАЛЬНЫЕ И МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО САМОСОЗНАНИЯ ЛИЦ С ОВЗ

В настоящее время принято разделять два понятия — инвалид и лицо с ОВЗ. При всей их синонимичности существуют некоторые различия.



Определение инвалидности (инвалида) зависит от ее понимания. Существует четыре модели инвалидности: моральная, медицинская, реабилитационная, социальная. Моральная

модель — первое понимание инвалидности, но мало используемое в наши дни, — определяла инвалидность как позор и религиозное наказание за грехи [8, с. 16].

Медицинская модель инвалидности возникла в связи с бурным развитием медицины в XIX веке. Она рассматривает физические и психические отличия между людьми в терминах патологических отклонений и дефектов, «неполноценности» [22, с. 6—41]. Так, инвалиды вынуждены исполнять традиционную роль больного, роль социального аутсайдера. Эта роль заключается, с одной стороны, в неспособности к независимой жизни и отказе от ответственности и обязательств перед обществом, а с другой — в ожидании повышения своего статуса после медицинского излечения [8, с. 16].

Главная проблема инвалида с точки зрения реабилитационного подхода — это наличие у больного не соответствующего норме тела или психики и нуждающегося в медицинском лечении и реабилитации, чтобы устранить или компенсировать возникшие функциональные расстройства. Так, данная модель предполагает адаптацию социальной сферы для нужд инвалидов [8, с. 17].

Социальная модель не отрицает наличия дефектов и физиологических отличий, определяя инвалидность как нормальный аспект жизни индивида, а не девиацию, и указывает на социальную дискриминацию как на наиболее значительную проблему, связанную с инвалидностью [8, с. 18].

В 1975 году ООН принимает Декларацию о правах инвалидов. В соответствии с ней, инвалид — это любое лицо, которое не может самостоятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной личной и (или) социальной жизни в силу

недостатка, врожденного или нет, его (или ее) физических или умственных возможностей [15, с. 211].

Официальные же документы России определяют инвалида как лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты [6; 10; 11].

Чаще всего сейчас используется определение инвалидности, пропагандируемое Международным движением за права инвалидов. Инвалидность, по мнению этой организации, — это препятствие или ограничение деятельности человека с физическими, умственными, сенсорными и психическими отклонениями, вызванными существующими в обществе условиями, при которых люди исключаются из активной жизни [21, с. 14].

Вследствие перехода к социальной модели инвалидности и изменения подходов к определению инвалидности, понятие «инвалид» в России стало заменяться понятием «лицо с ограниченными возможностями здоровья».

На настоящем этапе понятие «лицо с ограниченными возможностями» четко не определено, несмотря на частое использование в законодательных, нормативных, методических и других документах, в печати и СМИ. К лицам с ОВЗ относят как инвалидов, так и лиц, которым не назначена инвалидность, но имеющие любое (пусть даже и временное и незначительное) ограничение в здоровье. Таково, например, отнесение к лицам с ОВЗ в порядке приема в высшие учебные заведения, утвержденном Министерством образования и науки Российской Федерации в 2009 и 2011 годах [10; 11].

Четче определено образование лиц с ОВЗ и инклюзивное образование. Так, понятие совместного обучения здоровых детей и детей с ОВЗ получило право на существование в новом законе об образовании, принятом в конце 2012 года [20].

Подводя итог в определении понятий «инвалид» и «лицо с ограниченными возможностями здоровья», можно отметить следующее. Понятие «лицо с ограниченными возможностями здоровья» не отражает в полной мере основные характеристики социальной группы инвалидов и не меняют их положение, отношение к ним со стороны общества, но вносит запутанность, неясность, двусмысленность в теории и практике. Понятие «лицо с ограниченными возможностями здоровья» объединяет собой различные категории населения, которые принадлежат к группам риска, у которых ограничены возможности жизнедеятельности, а сам термин «инвалидность» не несет в себе негативного смысла. Лицо с ОВЗ, имеющее постоянные

проблемы со здоровьем, можно полностью соотнести с понятием «инвалида». Именно эта категория лиц с ОВЗ будет рассматриваться нами, потому что именно постоянные проблемы со здоровьем накладывают отпечаток на жизнь человека. Временные же ограничения здоровья могут и не повлиять на развитие психики человека.

В отличие от проблем, связанных с нормальным развитием профессионального самосознания, проблемы профессионального самоопределения лиц с ОВЗ не получили достаточного освещения в психологической литературе — исследования по данной проблематике немногочисленны. В работах, посвященных психологическим особенностям лиц с ограниченными возможностями, подчеркивается значимость клинико-физиологического аспекта для указанных лиц [11, 22 и др.]. Их ведущая соматическая патология и сопутствующие ей расстройства сильно влияют на использование навыков, в том числе сформированных в процессе профессионального обучения. Эти расстройства определяют систему личностных отношений лица с ОВЗ, в том числе с окружающими и с обществом в целом. Таким образом, медицинский аспект в развитии самосознания и профессиональном самоопределении лиц с ОВЗ играет приоритетную роль, определяя специфику данного процесса.

Характеристика человека как индивида определяется его биологическими особенностями: наследственностью, особенностями организма, состоянием здоровья, физической и психической энергетикой. Индивидуальные особенности влияют на темп и уровень развития человека и как личности, и как профессионала. К ведущим личностным характеристикам человека относятся его отношения, мотивы, интеллект, эмоционально-волевая сфера. Они косвенно, опосредованно влияют на индивидуальное развитие и в основном обуславливают профессиональное становление. Уровень профессиональных достижений человека определяется и индивидуальными особенностями, и личностными характеристиками [5, с. 98].

Но кроме состояния здоровья также важнейшими факторами в профессиональном самоопределении лиц с ОВЗ выделяют и социально-психологические факторы [19, с. 61—62]. Заболевания студентов с ОВЗ влияют на нормальное развитие личности (в большинстве случаев) и ее профессиональное становление (во всех случаях). Также проблемы со здоровьем влияют и на социализацию. По мнению Б.Г. Ананьева, социализация протекает в двух направлениях: становление человека как личности и как субъекта деятельности. Результатом является образование индивидуальности. Процесс социализации сопровождает весь онтогенез человека [приведено по: 5, с. 76]. Социализация протекает в семье, школе, профессиональных учебных заведениях, неформальных объединениях, других социальных институтах и может носить регулируемый, целенаправленный и нерегулируемый, стихийный характер. Особо

выделяется роль семьи. Поскольку семья является в основном ближайшим окружением лица с ОВЗ на протяжении всей жизни, то ее влияние значительно при решении проблем его профессионального самоопределения.

Развитие профессионального самосознания у лиц с ОВЗ рассматривается в отечественной литературе по тем же этапам (уровням), что и для физически здоровых людей, но с учетом специфики здоровья инвалида, влияния нозологии на процесс психологического развития, временем и причинами приобретения заболевания [13].

Так, на стадии формирования профессионального самосознания проблемы лиц с ОВЗ связаны с особенностями внутрисемейных отношений. К этим особенностям в первую очередь относится родительская позиция в отношении профессионального выбора ребенка, которая часто бывает неадекватной. Также важными факторами являются наличие деформаций взаимоотношений, недостаточность компетенции членов семьи в отношении динамики заболевания, медицинских, социальных и трудовых перспектив ребенка с таким заболеванием.

Другим важным аспектом в личностном и профессиональном развитии лиц с ОВЗ является низкая общепрофессиональная информированность, недостаточность (отсутствие) сформированности общетрудовых умений и навыков, профессиональных интересов, а также неадекватность самооценки собственных возможностей в будущей профессиональной (трудовой) деятельности, способных предопределять специфику профессионального самоопределения на стадии роста [2].

В исследованиях, посвященным реабилитации и профессиональному становлению инвалидов, отмечается, что при получении высшего образования основной проблематикой, во многом обуславливающей его специфику, может являться характер динамики заболевания студента. Соматическое неблагополучие, стабилизация или ухудшение болезни, способны затруднить или сделать невозможным продолжение профессиональной деятельности вообще, либо по имеющейся основной специальности [14, с. 20].

Основной проблематикой, во многом определяющей особенности профессионального самоопределения лиц с ОВЗ, может являться характер динамики основного заболевания — резкие или постепенные стабилизации или ухудшения состояния, проявлений болезни. Эти показатели способны затруднить и даже сделать невозможным продолжение профессиональной деятельности, как в целом, так и по основной специальности [16, с. 46].

В современной практике социальной работы развитие профессионального самосознания инвалидов рассматривается наряду с медицинской и социальной и в

рамках профессиональной реабилитации. Профессиональное самоопределение в данном случае понимается в контексте комплекса мероприятий, направленных на включение инвалида в работу в доступных по состоянию здоровья условиях труда. Тем самым развитие профессиональной Я-концепции лица с ОВЗ способствует материальной независимости и интеграции инвалида в общество [12, с. 52; 76]. В контексте реабилитации инвалида его профессиональное самоопределение в первую очередь должно строиться с учетом доступности профессии и специфики заболевания, а также склонностей, интересов, возможностей инвалида и потребностей рынка труда [12, с. 52—60].

Специфику профессионального самоопределения лиц с ОВЗ определяют факторы объективного и субъективного плана. Среди объективных показателей стоит отметить:

- трудовой потенциал;
- характер и особенности заболевания, последствий травмы;
- характер и степень нарушения функций;
- клинический и трудовой прогноз, показания и противопоказания к трудовой деятельности по определенной профессии, реабилитационный потенциал инвалида в целом [7; 16].

Кроме того, специфика профессионального самоопределения лица с ОВЗ также тесно связана с общей социально-экономической ситуацией региона, где проживает инвалид, уровнем безработицы, спросом на рынке труда, выделения квот для инвалидов на предприятиях, организациях и т.д. [9, с. 54—55].

В контексте определения адекватности профессионального выбора и эффективности последующего профессионального образования и трудоустройства инвалидов также отмечается весомая роль субъективных факторов. Так, существует большой разрыв между имеющейся социально-педагогической и трудовой ориентацией инвалидов после получения профессионального образования и их профессиональным становлением [9, с. 60].

Наиболее часто встречающимися у лиц с ОВЗ проблемами субъективного плана в контексте их профессионального самоопределения являются:

- незнание своих личных, социальных и профессиональных возможностей и ограничений деятельности, неадекватность самооценки своего образования и последующего трудоустройства;

- недостаток информации о доступных профессиях, их характеристиках и предъявляемых к их представителям требованиях, о возможностях получения профессии;
- недостаточная социальная адаптация, несформированность важных социальных навыков;
- отсутствие общей готовности к труду, инфантильность, низкий уровень активности в профессиональном обучении и трудоустройстве.

В большинстве случаев эти проблемы обуславливаются, с одной стороны, практически недоступной квалифицированной профориентационной консультацией, предполагающей возможность получения информации о вариантах профессионального развития в данном регионе, учитывающей специфику лиц с ОВЗ по сравнению с практически здоровыми людьми. Но в практике профессиональной консультации не учитывается специфика профориентации лиц с ОВЗ, заключающаяся в большем внимании на социально-медицинских параметрах их состояния, в придании им ведущего значения в отношении подбора доступных видов профессиональной деятельности. Также не учитывается повышенное значение коррекционных мероприятий по созданию положительных установок на подходящие виды труда с учетом течения заболевания [1; 62].

Если подвести итог, то можно отметить, что применительно к лицам с ОВЗ профессиональное самоопределение можно понимать как длительный процесс:

- поиска и нахождения личностного смысла в выбираемой и осваиваемой профессиональной деятельности;
- формирования готовности осознанно и самостоятельно определять, планировать и реализовывать профессиональную карьеру, исходя из имеющихся социальных и конкретных жизненных условий, медико-физиологической специфики, особенностей системы отношений лиц с ОВЗ, определенных заболеванием и его последствиями.

Обучение лиц с ОВЗ

Теперь рассмотрим, как реализуется процесс образования инвалидов. В мировой практике уровень обеспеченности образования для лиц с особыми потребностями является одним из показателей степени участия инвалидов в жизни общества. Так, в 1994 году ЮНЕСКО провозгласило ведущим принципом в области специального образования всеобщность. На практике это должно означать прохождение обучения инвалидов максимально возможно в обычных учебных заведениях [18, с. 34]. В

массовой школе должны быть обеспечены условия для их обучения и удовлетворения их познавательных потребностей. Инклюзивное образование отталкивается от интересов личности [6, с. 18].

Но, несмотря на это, нет единого мнения, проводить ли обучение инвалидов сугубо в специализированных заведениях или интегрировать его в общий образовательный процесс совместно со здоровыми учащимися (инклюзивное образование). В других странах используются смешанные подходы. В России на получение инвалидами образования накладывается российская специфика. Инвалид с врожденным или приобретенным в детском возрасте заболеванием, мешающим передвижению, с детства практически изолирован от общества. Проблемы с передвижением не позволяют регулярно посещать школу, и, как правило, ребенок-инвалид учится по индивидуальной программе обучения. Но система надомного образования не везде достаточно развита. Такая форма обучения тоже дает слабые знания, и такой абитуриент не может конкурировать со своими сверстниками [4, с. 63]. Это уменьшает возможность инвалиду получить качественное школьное образование, а тем более поступить и окончить вуз и получить профессию [38, с. 39]. Этому препятствует и тот факт, что инвалиды не сразу после школы поступают в вуз. Так, по нашим подсчетам из 24 человек с ОВЗ, поступивших в МГППУ в 2011/2012 учебном году, половина окончила школу (колледж) более пяти лет до поступления в вуз, а $\frac{3}{4}$ — более двух лет, и только 6 студентов (25%) — в предшествующие два года. Это создает трудности в получении для них высшего образования, поскольку учебные навыки у большинства из них были потеряны. Тем более не у всех они были сформированы достаточно хорошо.

Трудности в получении образования инвалидами связаны и с особенностями инфраструктуры образовательных учреждений. Их здания, в основном, не приспособлены и потому не доступны в физическом плане для лиц, чьи заболевания препятствуют передвижению (нарушения опорно-двигательного аппарата, проблемы со зрением) [4, с. 60].

Но и получение профессионального образования не может гарантировать инвалидам трудоустройство (тем более по полученной специальности). ЛОВЗ не имеет возможности реализоваться в профессии из-за конкуренции на рынке труда, недостатка практики, особенностей нозологии, нарушений в социализации инвалида [8, с. 51].

Тем самым можно сделать вывод, что ни вузы, ни сами инвалиды не готовы к обучению лиц с ОВЗ. Хотя, как уже отмечалось, понятие инклюзивного образования включено в новый закон об образовании. Предполагается, что и инвалиды будут иметь возможность также получать образование через всю систему образования. Но при этом в научной литературе в качестве одной из основных проблем профессионального образования

отмечается ее неприспособленность к получению инвалидами полноценного профессионального образования. Поэтому они не могут найти работу и реализовать себя [3; 63].

На сегодняшний день нормативная база получения инвалидами высшего образования практически не проработана. Нет конкретных подзаконных актов в данной области. Необходима нормативно-правовая система, которая бы регулировала порядок нахождения студента-инвалида в учебном заведении, а именно: условия приема и обучения, сроки обучения, наполняемость групп, соотношение «преподаватель—студент»; нагрузка профессорско-преподавательского состава, занимающегося со студентами-инвалидами, надбавки к их заработной плате, оплата вспомогательного персонала (тифлопедагогов, сурдопереводчиков, тьюторов), соотношение аудиторных и индивидуальных занятий [2, с. 63].

Если говорить в целом о причинах, ограничивших возможности инвалидов в получении высшего образования, то к таковым можно отнести:

- недостаточную подготовку школьных выпускников с ОВЗ, которые не могут конкурировать со своими сверстниками;
- психологические барьеры, возникающие в результате обучения;
- различные ограничения в системах поступления в вузы и обучения в них (отсутствие сурдопереводчиков, тифлопедагогов на вступительных экзаменах и в процессе обучения);
- отдаленность от вузов и низкое материальное положение семей [4, с. 61].

Каждое учебное заведение, занимающееся обучением инвалидов, отличается друг от друга контингентом обучающихся, формой обучения, адаптированностью учебных планов и программ. Но в России пока не сложилась единая модель профессионального обучения инвалидов, основанная на четко определенной методологии в сочетании с региональной политикой в области образования и сложившейся системой образования в регионе. При этом стоит учитывать, что программы профессионального образования для инвалидов — это не просто организация учебного процесса. Принципиальной составляющей таких программ становится создание реабилитационно-образовательной среды, предназначенной компенсировать ограничения в получении образования, в жизнедеятельности студента-инвалида, позволяя ему на равных получить высшее образование и выступать в последующем на рынке труда. Таким образом, реабилитационно-образовательная среда рассматривается как приспособленная в образовательном учреждении среда к специальным образовательным потребностям инвалидов. Подходы к этому могут быть разными. Так, Т.Н. Дегтярева на основе

материалов сибирского региона делает вывод, что основополагающими принципами создания реабилитационно-образовательной среды должны быть:

- создание системы комплексной реабилитации, включающей различные типы реабилитации (медицинской, социальной, психологической);
- техническое и архитектурное обустройство вуза для лиц с ОВЗ;
- использование современных образовательных технологий;
- внедрение информационной коммуникативной среды;
- организация медицинского, психолого-педагогического сопровождения студентов с ОВЗ;
- развитие социокультурных отношений [4, с. 61].

Литература

1. *Аксенова Л.И.* Правовые основы специального образования и социальной защиты детей с отклонениями в развитии // Дефектология. — 1998. — № 5. — С. 3—10.
2. *Гордиевская Е.О.* Особенности родительской позиции в отношении выбора будущей профессии детьми-инвалидами вследствие ДЦП // Актуальные вопросы реабилитации детей-инвалидов: сборник статей. — СПб., 1998. — С. 35—36.
3. *Гринько В.С.* Социально-экономические основы формирования начального профессионального образования в переходный период. — М., 2002.
4. *Дегтярева Т.Н.* Профессиональное образование лиц с ОВЗ в условиях вхождения в болонский процесс: социологический аспект // Вестник Томского государственного университета. — № 319. — 2009. — С. 60—64.
5. *Зеер Э.Ф.* Психология профессионального образования. — М.; Воронеж, 2003.
6. *Инвалиды в России: причина и динамика инвалидности, противоречия и перспективы социальной политики.* — М., 1999.
7. *Карпова Т.П.* Организация работы с инвалидами в Самарской области // Российский журнал социальной работы. — 1997. — С. 118—121.
8. *Кузаева Н.В.* Профессиональное становление в процессе социализации молодого инвалида: дис. ... канд. социол. наук. — М., 2006.
9. *Пинкус А., Минахин А.* Практика социальной работы: формы и методы. — М., 1993.
10. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 21.10.2009 № 442 «Об утверждении Порядка приема граждан в имеющие государственную аккредитацию образовательные учреждения высшего профессионального образования».

11. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 28.12.2011 № 2895 «Об утверждении Порядка приема граждан в образовательные учреждения высшего профессионального образования».
12. Принцип активизации в социальной работе / под ред. Ф.Парслоу. — М., 1997.
13. Профориентация и планирование карьеры молодых людей с ограниченными возможностями. — СПб., 2002.
14. Реабилитация инвалидов: состояние и направления развития / под ред. Е.М. Старобиной. — СПб., 2007.
15. Российская энциклопедия социальной работы / под ред. А.И. Панова, Е.И. Холостовой. — Т. 1. — М., 1997.
16. Скок Н.И. Биосоциальный потенциал лиц с ограниченными возможностями и социальные механизмы его регуляции // Социологические исследования. — 2005. — № 4. — С. 45—60.
17. Смирнов И.П. Человек — образование — профессия — личность. — М., 2002.
18. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов. — Вена, 1993.
19. Стеценко С.А., Хегай И.А. Двойная парадигма потребности инвалидов в профреабилитации // Актуальные вопросы профессиональной реабилитации инвалидов: сборник трудов. — СПб., 1999. — С. 61—62.
20. Федеральный закон от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» // http://минобрнауки.рф/документы/2974/файл/1543/12.12.29-ФЗ_Об_образовании_в_Российской_Федерации.pdf.
21. Шлогова Е.В. Процесс социальной реабилитации детей-инвалидов: социологический анализ: автореф. дис. ... канд. социол. наук. — М., 2001.
22. Pfeiffer D. A Comment on the Social Model(s). [Online]. Disability Studies Quarterly. — 2002. — Fall. Vol. 22. — № 4. Date of access: 2003. Febr. 19. — С. 6—41.

Пряжникова Е.Ю.