



© 2005 г,

Р.А. СМИРНОВА

**ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ АДАПТАЦИОННЫХ
СТРАТЕГИЙ СОЦИАЛЬНО УЯЗВИМЫХ СЛОЕВ
НАСЕЛЕНИЯ БЕЛАРУСИ**



СМИРНОВА Розалия Андреевна - доктор философских наук, руководитель Центра

Изучение поведения людей в экстремальных условиях, а также возможность сохранения их здоровья и социальной активности в ситуации постоянного воздействия стрессогенного фактора привлекают внимание психологов, социологов, политиков.

В психологической литературе данную проблему решают, исходя из основных принципов теории адаптации и концепции функционального состояния организма индивида. Адаптация понимается как динамическое состояние системы» непосредственный процесс приспособления к условиям внешней среды, с одной стороны» а с другой - свойство любого живого организма» обеспечивающее ее устойчивость в меняющихся условиях [1].

Поэтому при рассмотрении проблем адаптации человека выделяют три уровня: физиологический» психологический и социальный, находящихся в тесной взаимосвязи и взаимозависимости. Адаптация связана с функциональным состоянием организма» который является характеристикой уровня функционирования систем организма в определенный период времени [3]. В принципе набор функциональных состояний у всех людей одинаков» однако имеются индивидуальные различия, обусловленные особенностями личной жизни и социального окружения человека. В этом плане необходимость изучения процесса социально-психологической реабилитации и адаптации личности, живущей в условиях хронического стресса, не подлежит сомнению. В данном случае речь идет об адаптации инвалидов-колясочников, получивших стресс от потери в результате травмы или болезни позвоночника» основного функционального свойства организма - способности самостоятельно передвигаться и живущих в состоянии хронического стресса. Инвалиду-колясочнику недостаточно выжить и приспособиться, необходимо научиться жить полноценной жизнью в условиях осознания необходимости отказа от привычного образа жизни» от возможности удовлетворения своих обычных потребностей (как витального» так и социального порядка), от сложившихся планов» намерений и перспектив на будущее. Здесь особенно важна роль семьи, врачей» друзей, близких людей, а также государства в лице работников органов социальной защиты» работа которых в этой сфере не только рациональная деятельность» но и этическая. Она является» по словам З. Баумана, "этическим жестом принятия ответственности за судьбу и благосостояние других и чем слабее эти другие» чем менее способны они требовать чего-то от остальных людей» вести с ними тяжбы и судиться, тем выше наша ответственность за них. Ясность и недвусмысленность могут считаться идеалом в мире» где главными являются процедурные вопросы. Однако в этическом мире двойственность и неясность обязательны и не могут быть искоренены без разрушения нравственной сути ответственности» того фундамента, на котором стоит мир" [2, с. 101].

Проблема адаптации людей, находящихся в условиях стресса, в основном разрабатывалась психологами. При этом акцент по понятным причинам касался нервно-психической устойчивости, самооценки личности, ее референтное™, принципов межличностных контактов, моральной нормативности и др., характеризующих в целом личностный адаптационный потенциал исследуемого человека [3; 6; 8].

В данной статье речь идет о социально-психологической реабилитации и адаптации личности с органическими нарушениями состояния здоровья» мешающими возможности полноценно участвовать в социальной и повседневной бытовой жизни. Признавая значимость личностно-адаптационного потенциала инвалида-колясочника» выражающегося в прямой зависимости вероятности нормального функционирования и эффективной деятельности от уровня психологических адаптационных способностей человека» хотелось бы обратить внимание на факторы *социального* порядка» находящиеся в прямой связи со способностью личности инвалида жить в обществе и чувствовать себя полноценным человеком. Имеются ввиду такие факторы, как работа, учеба, жизнь в семье, общение с людьми, уровень материального благосостояния» жилищные условия, стереотипы отношения к инвалидам со стороны здоровых людей» состояние здоровья» система здравоохранения и социальной защиты в стране, возможности в ней реализовать свои права, свободы и др.

В анализе процесса социально-психологической адаптации» на наш взгляд» необходимо учитывать два фактора: личностный и социальный. Какой бы ни был личностный адаптационный потенциал» но если общество негативно воспринимает эту ка-

тегорию людей, относясь к ним» как к социальным иждивенцам, а государство "откупается" пенсиями и льготами» не видя в них граждан страны, социальных субъектов» участвующих в ее жизни, то успешная адаптация вряд ли состоится. Социальная среда» как отмечают некоторые социологи, не только предоставляет индивиду ресурсы» необходимые для его эффективной адаптации» но и таит в себе определенный риск для него. Человек может быть и жертвой неблагоприятных условий социальной среды (инвалиды» сироты» лица с девиантным поведением и др.) [4, с. 84]. Отношение к инвалидам-колясочникам определяется социокультурными установками и стереотипами общества. То, как их воспринимают другие, не только семья и близкие» но и незнакомые люди» чиновники» врачи и др., имеет немаловажное значение для успешной адаптации. Не менее значимыми для социально-психологической адаптации инвалида-колясочника являются факторы идейно-нравственного» ценностно-культурного порядка, которые необходимо учитывать» анализируя процесс адаптации личности к сложившимся условиям [6].

Особенностью социологического подхода к изучению личности или социальной группы является выяснение смысла существования посредством анализа многообразных взаимозависимостей и связей их с другими людьми, социальными группами» социальным миром в целом» что позволяет объяснить мотивы их действий» поступки» изменения в поведении и развитии. В статье поставлена задача выяснить, что, как и почему сказалось на той или иной стратегии поведения инвалидов-колясочников; какие факторы способствуют их адаптации к социальной жизни, а какие - нет; что является определяющим в процессе социально-психологической адаптации: личностные качества или социальные детерминанты» а возможно - смысло-жизненные. В качестве гипотезы выдвигается предположение о тесной связи между вовлеченностью индивида в активную общественную жизнь и степенью его социально-психологической реабилитации, адаптации к создавшейся ситуации. Это» прежде всего» включенность в работу или учебу, домохозяйственную деятельность» определяющие тип экономического поведения инвалида.

Объект исследования - инвалиды-колясочники Республики Беларусь» спинальные больные в возрасте от 18 до 55 лет и старше, получившие перелом позвоночника и повреждение спинного мозга» инвалиды первой группы. Последствия травмы или болезни сказались на потере движения в разной степени. Шансы на восстановление двигательных функций разные: отрицательные» положительные и неопределенные.

В сентябре-декабре 2003 г. под руководством автора проведен опрос 700 инвалидов-колясочников» что составляет около 10% от общего количества» насчитывающего 7580 человек. Кроме того» для вторичного анализа использованы материалы социологического опроса Института социологии НАН Беларуси 2003 г.; опрошено 2500 респондентов.

Предметом исследования явились адаптационные стратегии инвалидов-колясочников.

Адаптация инвалида начинается сразу же после получения травмы в период медицинской реабилитации. То» что для инвалидов-колясочников проблема реабилитации стоит чрезвычайно остро, говорят данные опроса: 27% респондентов убеждены» что у них есть перспектива восстановления двигательных функций; 31,4% не знают» что их ждет» но надеются и пытаются реабилитироваться, т.е. больше половины спинальных больных ориентированы на активную реабилитацию и ждут адекватной помощи от медиков, реабилитологов» социальных работников и окружающих их людей. О том» какой способ реабилитации должен быть выбран для спинальных больных» к сожалению» в медицинских и реабилитологических кругах нет окончательного решения. Медики-невропатологи и нейрохирурги считают» что» если прогноз по восстановлению двигательных функций отрицателен, то больной должен смириться со своим положением и выбрать образ жизни инвалида-колясочника. Данная установка принята в американской и западноевропейской медицине, где вся послеоперационная

жизнь пациента передается в руки государства, в частности, социальных служб. Реабилитация в этих странах ориентирована, в основном, на "инструментальное" оснащение инвалида. Больному предлагается большой выбор оборудования и специальных устройств, помогающих адаптироваться в бытовой сфере: включать свет, свободно передвигаться на электрооборудованной коляске, при помощи механических подъемников опускаться и подниматься из ванны и т.п. Богатые общества как-бы откупаются от обреченных на неподвижный образ жизни людей, создавая им достойные уход и условия быта (хорошую пенсию, лечение и т.п.). Российские и белорусские врачи зачастую ссылаются на западных коллег, ориентируя наших инвалидов и их семьи на рациональность такого же образа жизни (в коляске). Если через полтора года после травмы спинной мозг не восстановился, то никогда, никаким способом, методикой или операцией, по мнению врачей, большего не добиться. Поэтому не следует заниматься фантазиями и мистикой (обращение к нетрадиционной медицине, бабкам, знахарям, целителям), а покончить с иллюзиями и заняться переоборудованием дома (квартиры), приобретением колясок и приспособлений. Все это правильно, создание комфортного быта в ситуации спинального больного необходимо. Но как быть с мечтами, надеждами, любовью, т.е. с душой инвалида? Для этого» считают врачи, должны быть специальные службы, психологи. Приводится, как пример» все та же Америка; там с родственниками пострадавших сразу же (а с самими пострадавшими, как только это будет возможно) начинают работать опытные психологи. Их знакомят с людьми, оказавшимися в такой же ситуации, и заставляют увидеть все как есть, без иллюзий. Думается, что такая позиция, не совсем адекватна сложившимся условиям и существующей национальной ментальности. Во-первых, любой человек не есть исключительно рациональное существо, действующее по четким прагматичным схемам. Он всегда живет верой, надеждой, иллюзиями, эмоциями, любовью и т.п. И просто так переключиться на сугубо рациональное поведение еще никому и никогда в подобной ситуации не удавалось. Поэтому за отсутствием психологической помощи в медицинском учреждении больной обращается либо к Богу, либо к бабкам, знахарям и целителям. И нужно отметить, что именно они первыми в послеоперационный период оказывали, по словам респондентов, психологическую поддержку, возрождали веру» вселяли надежду, помогали больному осознать сложившуюся ситуацию и свое место в мире. Во-вторых, факт, что наше государство не может обеспечить всем инвалидам-колясочникам такой уровень жизни как на Западе, имеет объективные причины. Беларусь - страна небогатая, тем не менее старается развивать медицину, вкуче с образованием, культурой» наукой, систему социальной защиты и социального обеспечения, затраты на которые сопоставимы со средними расходами на другие сферы, в частности, заработную плату работающих и пенсии. Так, если в среднем зарплата составляет 100\$ США, то и пенсии инвалидов повысились соответственно от 60 до 100\$. Справедливости ради нужно сказать» что государство по экономическим причинам не может и не должно платить неработающим столько, сколько работающему гражданину.

Кроме того, есть еще одно обстоятельство социально-культурного характера. Белорусское общество во многом, особенно в межличностных отношениях, является традиционным со специфическим» отличающимся от западного» менталитетом. Суть его в том» что при всей жестокости современной жизни» население страны чувствует себя большой семьей» где все члены должны помогать младшим, больным, бедным и слабым. В соответствии с таким менталитетом государство выступает воплощением патерналистской власти» от которой все вправе ожидать и даже требовать помощи и поддержки в трудную минуту. Часть обязательств перед инвалидами кроме государства берет семья» соседи» коллеги по работе» друзья. В отличие от менталитета атомарного» индивидуализированного западного общества» у нас каждый инвалид (за исключением редких случаев) выживает за счет участия всего общества, а не только государственного материального обеспечения. В связи с этим, инвалид-колясочник, хотя и является социальным иждивенцем, психологически ориентиро-

ван на помощь семье, на включенность в круг бывших коллег, друзей» привычную среду» на поиск в ней своего места: работая на производстве, помогая по дому, зарабатывая ремеслом или извозом на такси. Такая установка обязывает инвалида к восстановлению двигательных функций или приобретению навыков активной жизни. Это подтверждается примерно третью (31,4%) инвалидов-колясочников, выбравших себе способ реабилитации, направленный на хождение любыми способами. По их мнению, реабилитация спинальных больных должна быть нацелена на возвращение навыков вертикального передвижения (с помощью сапог Дикуля, на костылях, "канадках"). Для этого все инвалиды, попавшие в нашу выборку, хотя бы один час, но ежедневно занимаются физкультурой с целью восстановления жизненно важных функций: 1 час в сутки - 62,4% респондентов; 2 часа - 21%; 3-4 часа и более - 16,7%. Нужно отметить, что треть респондентов добились успеха в реабилитации; 41% - нет» а 29,7% затруднились сказать. По мнению опрошенных инвалидов, главными в их успехах были помощь близких (61%); оптимизм (59%); вера в Бога (40%); воля к успеху (31%); регулярные занятия физкультурой (35,5%) и медицина (24%). Они сами стараются следить за собственным здоровьем: каждый четвертый бросил курить, употреблять алкоголь; каждый второй - рационально питаться и сдерживать себя в стрессовых ситуациях; 17% периодически лечатся в реабилитационном центре.

Как отмечают исследователи, оптимизм и пессимизм - не просто унаследованное личностью, но представляют собой совершенно разнонаправленную практическую ориентацию личности в мире. Экспериментально доказано, что оптимисты, фокусирующие свое внимание на положительной стороне бытия, видят желаемые цели как достижимые и продолжают прилагать усилия ради их реализации, порой вопреки общим тенденциям функционирования окружающей среды. Пессимисты, акцентирующие внимание на негативной стороне жизни, считают свои желаемые цели недостижимыми и отказываются заранее предпринимать какие-либо усилия [7, с. 87]. Опираясь на эти послышки, мнения экспертов и инвалидов-колясочников, можно сделать вывод, что социально-психологическое самочувствие больного определяет динамику, темпы успешной медицинской и социальной реабилитации. При этом основными факторами социально-психологической реабилитации спинального больного являются не столько специальная помощь психологов (которых, кстати, нет в медицинских учреждениях данного профиля), сколько установки лечащих врачей, ориентирующих больных на тот или иной тип поведения в перспективе: смириться ли с создавшейся ситуацией, уповать лишь на помощь государства и волю Бога, или формировать в себе мотивацию к успеху в восстановлении двигательных функций, искать любые пути для этого, пусть даже неизведанные. Тем более, что наука не стоит на месте: накапливается положительная статистика с подсадкой в спинной мозг стволовых клеток; есть обнадеживающие результаты использования компенсаторной электростимуляции, взятой из космической медицины; оправдывают себя усилия и терпение реабилитирующихся по методике В.И. Дикуля и др. К сожалению, возможности вариантов реабилитации пока сводятся к индивидуальной программе реабилитации, определяемой на основе заключения медико-реабилитационной экспертизы государственными органами с участием представителей общественных объединений инвалидов [9]. С одной стороны, наличие такой программы обеспечивает всем инвалидам гарантированный минимум реабилитационных процедур и услуг, с другой, данная программа не поспевает за временем, так как рассчитана на устаревшие способы и средства реабилитации, ограничивая усилия больных в поиске иных методик. Так, по письменным отзывам респондентов, многие из них пытались получить спонсорскую материальную помощь для лечения в России (например, разрешение на открытие в банке благотворительного счета), но столкнулись с такими бюрократическими препонами и психологическим неприятием иных методик отечественными врачами (например, того же В.И. Дикуля), что бросили эту затею, не начав ее реализовывать.

Таким образом, успех медицинской и психологической реабилитации инвалидов-колясочников возможен лишь при их активной социально-психологической адаптации к жизни, связанной с активностью, включающей не только социально-значимую деятельность» но и общение, культурную, политическую и др. жизнь в социуме.

Важнейшая проблема социально-психологической адаптации данной категории заключается в том» чтобы осознать и принять случившееся в одночасье превращение из активного, мечтающего о будущем и что-то делающего для его осуществления человека, в беспомощного» выбившегося из ритма жизни, больного и зависимого от всех и вся иждивенца. Поэтому основным фактором адаптационных стратегий этих людей является способность выступать *деятельным* субъектом не только собственной жизни, но и влиять на близких» помогать семье в реализации как повседневных планов, так и смысло-жизненных функций - воспитать и выучить детей, нести добро людям, служить своей Родине» Богу. Основным средством реализации этих надежд является для инвалидов социальная деятельность» труд» работа.

Большинство опрошенных до получения травмы работали, получали зарплату» строили карьеру, имели семью. Важным для них была работа» притом не только как средство зарабатывания денег» но в большей степени как общение с людьми, трудовым коллективом, где осуществляются возможности самореализации» самосовершенствования, духовного роста. Как уже отмечалось нами в других публикациях [5], белорусы, как и большинство в прошлом советских людей, отличаются типом трудового поведения» который характеризуется чертами коллективизма и гедонистического отношения к труду (им свойственна потребность получать удовлетворение, удовольствие от труда (58%); самореализовать себя (47%), которая, согласно данным исследования» оказалась выше» чем стремление сделать карьеру (22,6%). Данный тип экономического поведения обычно называют традиционным» в отличие от западного, ориентированного на индивидуальный успех и достижения.

В этом плане» для инвалида лишение любимой работы и общения с людьми является кризисом идентификации» катастрофой. Большинство белорусских инвалидов-колясочников стараются найти себе занятие» соответствующее состоянию здоровья» физическим возможностям, специальности, умениям и навыкам. Из респондентов, попавших в выборку, 7,4% учатся в техникумах, ВУЗах; 21,3% работают; 39,9% - занимаются домашним хозяйством; 54,7% не нашли себе посильных социально-значимых занятий. (В сумме больше 100%, так как один респондент мог дать 2 или 3 ответа). Около половины работающих инвалидов (42,5%) удовлетворены своей нынешней работой» треть не удовлетворены, остальные затрудняются с ответом. Необходимо отметить, что степень удовлетворенности работой существенно не отличается от этого показателя населения Беларуси в целом. Треть опрошенных считает, что содержание их нынешней работы выше или соответствует уровню образования и квалификации; у 38% - ниже или не связано с выполняемой работой. У большинства (59,6%) свободный график работы; у 9,6% - неполный рабочий день, у остальных - полный и более 8 часов в день. Одна треть работающих занимается физическим трудом; четвертая часть - умственным; 17,5 ответили, что выполняют организаторскую работу; 11,3% нашли себя в творчестве. Эффективность своей работы респонденты оценивают достаточно высоко: 23% - как "высокую и скорее высокую"; 40,4 - считают ее "средней"; 19,3% - "скорее низкой и низкой". На удовлетворенность работой существенно влияют доходы и материальное положение инвалидов» Инвалиды-колясочники оценивают свое материальное положение следующим образом: более половины респондентов - 56,5% живут хорошо и средне; 36,7% охарактеризовали свое материальное положение как "плохое и скорее плохое". Если сравнивать ответы инвалидов-колясочников с ответами населения Беларуси в целом, оказывается, что материальное положение инвалидов» находящихся на пенсии и имеющих существенные социальные льготы не намного ниже» чем у белорусов в целом по стране (табл. 1). Качественное описание материального положения семей инвалидов уточняет данный вывод; содержательные характеристики» соответствующие среднему уров-

Сравнение оценок материального положения инвалидов-колясочников и населения Беларуси (% от числа опрошенных)

Оценка материального положения	Инвалиды	Население
Хорошее	3,0	3,9
Скорее хорошее	1,0	4,7
Среднее	51,5	51,7
Скорее плохое	22,6	19,4
Плохое	14,2	18,5
Затрудняюсь ответить	7,7	1,8

Источник: данные опроса Института социологии НАН Беларуси, 2003.

ню жизни» оказались у 48,2% респондентов. Разница в 8% (56,5% и 48,2%) свидетельствует об определенной степени субъективности оценки респондентами своего материального положения. Контрольный вопрос показал» что около половины инвалидов-колясочников имеют все необходимое: бытовую технику» мебель и т.д.» не делают долгов» но живут без денежных накоплений. Доходы семей состоят преимущественно из их пенсий (у 32% к этому добавляется зарплата жены» детей или родителей; у 16,2% своя зарплата по месту работы). Каждый десятый получает материальную помощь от друзей и родственников; 8% имеют пособие на детей.

При решении материальных проблем 54,2% инвалидов в основном стараются жить по средствам; каждый десятый повышает свой доход всеми возможными способами; 6,4% ничего не предпринимают. 43,4% респондентов имеют садово-огородный участок, который служит не столько местом отдыха» сколько дополнительным источником дохода. Об этом свидетельствует достаточно большое количество желающих приобрести садово-огородный участок теми» кто его еще не имеет (38,4%), Вместе с тем более четверти опрошенных (28,5%) вынуждены урезать свои запросы и потребности: хуже питаются» одеваются, не отдыхают, не лечатся - опускаются по социальной лестнице до состояния бедности. Нужно отметить, что 23,7% респондентов, репрезентирующих население республики в целом, также находятся в подобном состоянии. Правда» среди здорового населения вдвое больше тех, кто повышают свой доход всеми возможными способами.

Сравнение ответов инвалидов и населения в целом по стране на вопрос: "Какой необходимо иметь доход» чтобы жить нормально?" свидетельствует о более высоком уровне притязаний инвалидов» связанных, по-видимому, с необходимостью дополнительных расходов на лечение и предметы специализированного обустройства. Данный феномен можно объяснить тем, что кроме затрат на питание» одежду и коммунальные услуги (которые начисляются по льготному тарифу), 61% инвалидов-колясочников тратят много средств на лекарства и медицинские товары, не подлежащие льготированию; 27% опрошенных вынуждены получать дополнительные платные оздоровительные процедуры, треть инвалидов доплачивают льготные путевки в санатории и дома отдыха. Кроме того, ограниченные в передвижении» они много тратят на телефонные разговоры» компенсирующие в определенной степени недостаток общения с людьми. Для 24% опрошенных - это дополнительная существенная статья расходов. Все эти факторы: материальное положение семьи, доходы» расходы» претензии и ожидания сказываются в конечном счете на социальной идентификации людей (табл. 2). Как видно» несмотря на одинаковый у инвалидов со всем населением страны уровень материального положения» особенности структуры расходов и статус делают этих людей более материально и социально ущемленными» что сказывается на морально-психологическом состоянии и определяет способы статусной идентификации.

Если предположить, что степень социально-психологической адаптации инвалида-колясочника выражается в его мировосприятии» характеризующимся общим са-

Таблица 2

**Социально-статусные идентификации инвалидов и населения
в целом (% от количества опрошенных)**

Типы идентификации с людьми	Инвалиды-колясочники	Население РБ в целом
Выше среднего достатка	1,3	3,1
Среднего достатка	27,9	48,3
Ниже среднего	47,1	31,2
Бедные	17,5	14,5
Затрудняюсь ответить	6,1	3,2

Таблица 3

**Зависимость мировосприятия инвалидов от участия
в общественно-полезной деятельности (Индексы)**

Шкала мировосприятия	Участие в общественно-полезном труде			
	учеба	работа	домохозяйство	другое
Самочувствие	6,3	6,0	5,7	4,9
Работоспособность	5,9	6,7	5,1	3,4
Вера в лучшее, оптимизм	8,0	7,3	6,5	5,8
Жизнь интересная/унылая	7,0	7,1	6,0	4,9
Жизнь дружная/одинокая	7,6	8,0	6,9	5,9

В таблице приведены среднеарифметические значения ответов по шкалам от 1 до 10.

мочувствием» работоспособностью, верой в лучшее (оптимизм), целостным восприятием жизни (спокойная/тревожная, интересная/унылая, общительная/одинокая и т.п.), то решающим фактором» определяющим его характер и, соответственно степень социально-психологической адаптации инвалида» является участие в общественно-полезном труде (работа» учеба помощь в домохозяйстве). При этом наибольшую значимость имеет работа, учеба и на третьем месте помощь в доме до хозяйству и семейным заботам (табл. 3). У тех, кто не работает» не учится и не помогает семье» самый низкий уровень оптимизма и благоприятного мировосприятия.

Особенно тесной является связь между степенью удовлетворенности работой» работоспособностью и материальной обеспеченностью: чем выше работоспособность и общее самочувствие» тем выше эффективность трудовой деятельности. Просматривается связь оценки изменений материального положения за последние 5 лет с самочувствием, положительным настроением, уровнем тревожности, оценкой жизни как унылой/интересной и общительной/одинокой: те, кто дал средние значения по шкалам от 1 до 10» положительно оценивали изменения прошедшего пятилетия. Экономическое поведение инвалидов-колясочников также напрямую связано со шкалами оценки жизни; у тех, кто проявляет больше активности со шкалами оценки жизни; у тех» кто проявляет больше активности в повышении своего дохода, выше средние значения по шкалам по сравнению с пассивными» ничего не предпринимающими.

На основе сопоставления способов поведения и уровня сознания инвалидов-колясочников со всеми рассматриваемыми ранее факторами, влияющими на социально-психологическую адаптацию инвалида» обозначились три группы; адаптированные» адаптирующиеся и слабо адаптированные.

В группе адаптированных преобладали более молодые люди с высшим образованием. Среди них 46,3% женатых/замужних или живущих гражданским браком» на 5% превышая по этому показателю слабо адаптированных - 41,3%. Но самое главное - они различаются степенью включенности в социально-трудовую деятельность (табл. 4). В составе адаптированных больше респондентов удовлетворенных работой» по сравнению со слабо адаптированными (26,5% и 9% соответственно); они бо-

Таблица 4

Зависимость степени ориентированности инвалидов-колясочников от участия в общественно-полезной деятельности (% от числа ответивших)

Род занятий	Степень адаптации		
	адаптированные	адаптирующиеся	слабо адаптированные
Учусь	12,8	7,0	-
Работаю	39	20,2	2,0
Занимаюсь домашним хозяйством	,7	40,4	28,6
Другое	47	56,6	79,6

лее мобильны, общительны и активны в поисках работы; 36% адаптированных респондентов нашли работу через друзей; 23,4 - сами придумали себе дело; 10,6 - через органы трудоустройства; 13% - продолжили трудовую деятельность» которой занимались до травмы. Последние две позиции - слабо адаптированные вообще не использовали для поиска работы. Соответственно, адаптированные более высоко оценивают деятельность служб занятости.

В ответах на вопрос» как связано содержание работы с уровнем образования и квалификацией респондентов» выявилась тенденция слабо адаптированных инвалидов к завышению уровня своего образования и квалификации относительно выполняемой работы» в то время как адаптированные (при том» что среди них больше лиц с высшим образованием) более скромно оценивают себя и готовы выполнять работу ниже своей квалификации» не по специальности» согласны трудиться и неполный рабочий день» и сверхурочно. Необходимо отметить» что среди адаптированных инвалидов больше лиц» занимающихся творческой и организаторской деятельностью; они почти в три раза выше» чем слабо адаптированные, оценивают эффективность своего труда (оценили высоко 12,5% и 34,7% - соответственно). Слабо адаптированные предпочитают заниматься преимущественно в сфере государственной собственности и индивидуальной трудовой деятельности (44,4% и 22,2%); адаптированные используют все возможности: 18,2% - на государственных; 18,2% - на коллективных предприятиях; 22,7% - в сфере частного производства; 22,2% - индивидуальной трудовой деятельности. Последние в более благоприятном свете видят все стороны жизни» нежели слабо адаптированные» например» выше оценивают свое материальное положение» характер изменений за последние 5 лет и др.

Исследование показало» что инвалиды-колясочники живут трудно» но нелегко живут все люди» зарабатывающие на жизнь своим трудом. Беларусь - небогатое государство» в нем нет обилия природных ресурсов» нет богатых спонсоров. Но люди трудятся упорно» получают невысокую» но стабильно» без задержек зарплату» пенсионеры и инвалиды - пенсию» и это благотворно сказывается на восприятии жизни» хотя инвалиды-колясочники так же» как все белорусы» озабочены материальными» оздоровительными» бытовыми и другими проблемами. Но основными факторами социальной адаптации все-таки являются вызовы социальной среды и традиционный белорусский менталитет» заставляющие инвалидов включаться в общественную жизнь не в качестве ущемленного гражданина» борющегося с властями за свои права» а активного субъекта деятельности» озабоченного проблемами семьи» друзей» окружения и страны в целом. Поражают ответы инвалидов на вопрос "Что для Вас является в жизни самым главным?" Как ни странно» но колясочники, являясь одним из самых социально уязвимых слоев общества» не стеноют о своей трагической судьбе и личных проблемах» хотя собственное здоровье для каждого представляет немалую проблему. Большинство из них главным в жизни назвали счастье и благополучие детей» родителей» семьи - 67%; желание самореализоваться» принести пользу людям» родной Беларуси - 54%; служение Богу - 11% (в сумме больше 100%, так как один респондент мог дать несколько ответов). Именно включенность в активную

общественную деятельность» потребность в самореализации» забота о семье и повышении ее материального состояния, как показал опрос, способны создать объективные предпосылки для выработки адекватных адаптационных стратегий поведения инвалидов-колясочников» живущих в ситуации постоянного стресса и кризиса социальной идентификации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Анохин П.К.* Системная организация физиологических функций. М. 1969.
2. *Бауман З.* Индивидуализированное общество. М., 1991.
3. *Березин Б.Б.* Психическая и физиологическая адаптация человека. Л.» 1988.
4. *Кузнецова Т.Ю.* Социальные стереотипы восприятия выпускников детских домов // Социол. исслед. 2003. № 11.
5. *Смирнова Р.А., Бородачева Е.М.* Человеческий фактор и выбор пути модернизации белорусского общества. Социальные и социокультурные процессы в современной Беларуси / Сборник научных трудов. Выш. 4, Мн.» 2002.
6. *Торчинская Е.Е.* Ценностно-смысловые образования личности в адаптации к хроническому стрессу (на примере спинальных больных) // Психолог, журнал. 2001. № 2. Т. 22.
7. *Муздыбаев К.* Пессимизм и оптимизм личности // Социол. исслед. 2003. № 12.
8. *Маклаков Л.Г.* Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях // Психолог, журнал. 2001. № 1. Т. 22.
9. Реабилитация. Ст. 10.0 социальной защите инвалидов. Закон РБ от 29.10.2004. № 319-3.