

Голиков Николай Алексеевич

кандидат педагогических наук, доцент,
директор общеобразовательного лицея
Тюменского государственного
нефтегазового университета

ДЕТИ-ИНВАЛИДЫ: ИНВАЛИДИЗАЦИЯ, ИНТЕГРАЦИЯ, ИНКЛЮЗИЯ

Аннотация:

В работе на основании статистических данных, результатов собственных исследований автором рассматриваются проблемы детей-инвалидов; предлагаются варианты образовательной практики, способы эффективной социальной адаптации и интеграции в социум этой категории граждан России.

Ключевые слова:

инвалид, ребенок-инвалид, инвалидизация, инклюзивное образование, полифункциональность образования.

Golikov Nikolay Alekseevich

PhD in Education Science,
Assistant Professor,
Headmaster of the General Education Lyceum
under the Tyumen State Oil and Gas University

DISABLED CHILDREN: DISABILITY ASSESSMENT, INTEGRATION, INCLUSION

Summary:

On the basis of the statistical data and the author's own researches the article considers the problems of disabled children. The author suggests options of educational practice, ways of effective social adaptation and integration of this category of Russian citizens.

Keywords:

people with disabilities, disabled child, disability assessment, inclusive education, multi-functionality of education.

В Декларации о правах инвалидов, принятой Генеральной Ассамблеей ООН 9 декабря 1975 г., представлена следующая трактовка слова «инвалид»: «Выражение “инвалид” означает любое лицо, которое не может самостоятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной личной и / или социальной жизни в силу недостатка, будь то врожденного или нет, его или ее физических или умственных способностей» [1]. В России в 2013 г., согласно статистическим отчетам, количество людей, которым присвоена инвалидность, составляет 2 млн 800 тыс. человек. Каждый восьмой из всей массы россиян до 65-летнего возраста – представитель этой категории. Этот показатель еще называют уровнем инвалидизации. К сожалению, с каждым годом инвалидов в стране становится больше. Их численность вырастает примерно на 1 млн в год. И эта тенденция с дальнейшим развитием цивилизационных (**не всегда природосообразных и экологических!**) процессов будет угрожающе нарастать. Это подтверждается неутешительными прогнозами Федерального научно-практического центра медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, согласно которым в 2015 г. доля инвалидов среди населения России при неблагоприятных условиях достигнет 15 % [2]. Складывающаяся социально-экономическая ситуация в стране на фоне обострения международных отношений уже не вызывает никаких сомнений в реальности осуществления этого прогноза.

Согласно статистическим данным, уровень и качество жизни инвалидов остаются намного ниже уровня населения страны в целом. Приблизительно 80 % инвалидов безработные. Несмотря на принятие новых законов и внедрение их в практику управления жизнедеятельностью лиц с ограниченными возможностями, 1/3 инвалидов не имеет профессии, 12–14 % не имеет образования, большинству инвалидов недоступны реабилитационные услуги [3]. В процессе изучения мнения старшеклассников, отнесенных к категории детей-инвалидов (2014), на вопрос «Есть ли у Вас уверенность, что у Вас будет достойное (хорошее) будущее?» 23,1 % респондентов ответили «нет» и 7,7 % – «не знаю». Причем все эти дети – обучающиеся специальных учебных заведений. На предложение обосновать причину своего ответа респонденты отвечали в различных вариациях, но суть их сводилась к одному обобщенному ответу – «не могу продолжить обучение».

По данным Всемирной организации здравоохранения, инвалиды составляют десятую часть населения земного шара, из них 120 млн – дети и подростки. Показатель детской инвалидности в развитых странах составляет 250 случаев на 10 тыс. детей и обнаруживает явную тенденцию к нарастанию. Проблема детской инвалидности – одна из приоритетных сегодня во всем мире и в нашей стране в частности. В России около 13 млн инвалидов (2012), в числе которых примерно 700 тыс. детей школьного возраста. Из них около 170 тыс. нигде не учатся и только около 100 тыс. детей-инвалидов посещают общеобразовательную школу.

В результате сравнения статистических данных о количестве детей до 18 лет, впервые признанных инвалидами в 2012 г., с соответствующими данными 2005 г. констатируем факт увеличения этой цифры на 37,2 %. Установлено увеличение количества детей-инвалидов по следующим группам заболеваний: «новообразования» – на 52,5 %; «эндокринные расстройства и нарушения

обмена веществ» – на 39,9 %; «психические расстройства и расстройства поведения» – на 60,5 %; «расстройства нервной системы» – на 59,4 %; «болезни системы кровообращения» – на 52,9 %; «болезни костно-мышечной системы и соединительных тканей» – на 17,2 %; «врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные заболевания» – на 36,5 %. Мы также считаем необходимым отметить факт снижения количества граждан России, впервые признанных детьми-инвалидами, по следующим группам заболеваний: «туберкулез» – на 4,2 %; «болезни органов дыхания» – на 13,5 %; «отдельные состояния, возникающие в перинатальный период» – на 30,0 %; «травмы, отравления и некоторые другие воздействия внешних причин» – на 22,5 %; «прочие болезни» – на 4,9 %. Произшедшее снижение рассмотренного показателя выглядит незначительным по сравнению с увеличением показателей по другим группам болезней. Анализ данных о процессе наращивания контингента этой группы в 2012 г. позволяет прийти к следующим выводам: наблюдается увеличение числа граждан, впервые зафиксированных в статусе «инвалид», на 18 160 человек; снижение зафиксировано по отдельным группам болезней лишь на 969 человек в сравнении с данными 2005 г.

В структуре детской инвалидности в Российской Федерации преобладают психоневрологические заболевания (более 60 %), патологии внутренних органов (20 %), заболевания опорно-двигательного аппарата (20 %), нарушения зрения (13 %) и слуха (4 %). В 60–80 % случаев детская инвалидность обусловлена перинатальной патологией. «При этом около 80 тыс. детей имеют нарушения физического статуса, что затрудняет их передвижение и доступ к социально-образовательным ресурсам. Это свидетельствует о масштабности проблемы инвалидности и определяет необходимость принятия на государственном уровне комплекса мер по созданию системы социальной защиты и социальной интеграции детей с ограниченными возможностями» [4, с. 127]. По утверждению О.Ю. Голодец, вице-премьера России, в 2014 г. наблюдается рост количества детей-инвалидов, что связано с началом действия в нашей стране новых стандартов живорождения, допускающих рождение детей с экстремально низкой массой тела. Эксперты в области медицины отмечают, что это приводит к серьезным последствиям для здоровья, что подтверждается данными официальной статистики. Однако «по результатам ряда исследований общее число инвалидов среди населения примерно в 2–3 раза превышает данные несовершенной статистики» [5, с. 23].

Какова социальная политика государства в отношении людей с ограничениями здоровья? Если государство не в состоянии вылечить их, что можно сделать, чтобы оптимизировать качество их жизни? Эти и многие другие вопросы настоятельно побуждают к внимательному анализу проблем, возникающих у значительной части населения нашей страны, и поиску способов их разрешения, что становится особенно значимым в отношении подрастающего поколения.

Дети-инвалиды, или, как их еще определяют, дети с особыми нуждами – это дети с физическими и интеллектуальными, сенсорными и двигательными ограничениями, а также с эмоционально-волевыми и адаптационными проблемами, нуждающиеся в комплексной помощи вследствие социальных, психологических, медицинских ограничений. Следовательно, корректно обозначить данную группу детей как дети с ограниченными возможностями здоровья. Инвалидность – это не только медицинский диагноз, но и социально-маркирующая категория. Процесс инвалидизации нами рассматривается как социально-психологический феномен. Чем тяжелее заболевание организма, тем сильнее его влияние на состояние психического и социального, духовно-нравственного здоровья.

«Инвалидизация – это «функциональный орган», который представляет собой новообразование, возникшее в процессе онтогенетического развития, тотально препятствующее эффективному социальному функционированию на фоне резко сниженной самооценки, отрицательного самовосприятия; потребности ограничения в общении, замкнутости, дистанцировании от окружающих; фиксации (застревания) на собственных проблемах; обученной социально-психологической беспомощности; иждивенческо-потребительской позиции; демонстративного привлечения внимания; проявления агрессии» [6, с. 233].

Проявление болезни или дефекта проецируется на окружающих и определяет особое отношение к больному, которое обнаруживается, по мнению Э. Гоффмана [7], в процессе социального взаимодействия, формируя и закрепляя за больным характерологические и поведенческие особенности. Как установлено в результате проведения исследований (Р. Боровский, В. Вейнс, А. Воронецка-Боровска, Н.А. Голиков, Л.Л. Мехришвили [8], Т. Миттлер, Н.М. Назарова, М. Паниер, Л.М. Шипицына и т. д.), не последнюю роль в этом процессе играет употребление терминов «инвалид», «инвалидность» по отношению к данной категории лиц. Они привыкают к ним с детства, воспринимая, усваивая и выстраивая свою идентичность соответственно – начиная от традиций специальной школы и заканчивая посещением в качестве клиента различных реабилитационных, диагностических, оздоровительных и прочих учреждений подобного рода. Инвалидизация как психологическое образование является следствием неадекватного понимания здоровыми людьми феномена «инвалидность», излишней изоляции и исключением этой категории

граждан из полноценного участия в общественной жизни, игнорирования большинством прав людей с инвалидностью, что является явной социально-психологической дискриминацией.

Гуманистически ориентированное педагогическое сообщество корректно называет детей-инвалидов детьми с ограниченными возможностями здоровья, или детьми с особыми образовательными нуждами. Использование новой терминологии, по словам А.В. Гордеевой (2002), – не просто игра слов, но принятие на себя обществом решения выстраивать новое отношение к не «средним» детям без вытеснения их в «резервацию».

К стыду цивилизованного общества, налицо факт его несовершенства, когда становится нормой изолировать от сверстников детей, имеющих инвалидность, нетипичный внешний вид и дополнительные потребности, что препятствует их включению в полноценный образовательный процесс наряду со здоровыми сверстниками. Впоследствии у них формируется страх перед жизнедеятельностью в обществе здоровых людей, который априори купирует возможности имеющегося, но не всегда раскрытого потенциала развития и совершенства их личности, препятствует интеграции в социум. «Инвалидность не есть медицинская проблема. Инвалидность – это проблема неравных возможностей! ...Общество обязано адаптировать существующие в нем стандарты к особым нуждам людей, имеющих инвалидность, для того чтобы они могли жить независимой жизнью» [9, с. 104–105]. Мы разделяем позицию Е.Р. Ярской-Смирновой, П.В. Романова [10], Н.И. Скок [11] в том, что интеграция инвалидов в общество и образовательную среду должна начинаться с дошкольного образования и продолжаться в системах общего, дополнительного и высшего образования. Этот процесс позволит людям с ограничениями возможностей здоровья в большей степени ощущать себя социально независимым субъектом деятельности и общения. «Мировая практика показывает, что дети, с раннего возраста научившись доброжелательному взаимодействию и сотрудничеству со сверстниками, «не такими, как все», имеющими отклонения в развитии, не страдают «психологией расизма» и в подростковом, и в старшем возрасте. Результаты наблюдений свидетельствуют о том, что здоровые дети принимают аномальных детей как партнеров, лишь нуждающихся в помощи, что способствует гуманизации их взаимоотношений. Школьники в основном относятся положительно к появлению такого ребенка в их школе, готовы принять его как равного (особенно это касается детей с отклонениями в развитии сенсорной и двигательной сфер)» [12, с. 39].

Обеспечение равных прав детей-инвалидов и здоровых сверстников должно реализовываться и в праве на получение образования в той форме, посредством которой в большей степени будут удовлетворены их персональные образовательные и иные потребности: обучение в специальных образовательных организациях, индивидуальное обучение на дому, в том числе с использованием дистанционных технологий, интегрированное и инклюзивное обучение со здоровыми сверстниками.

В 2014 г. нами было проведено изучение мнения различных социальных групп на предмет оптимального варианта обучения детей-инвалидов. Первую группу респондентов составили дети-инвалиды: 130 чел. (80 мальчиков и 50 девочек; из них 50 чел. в возрасте от 12 до 14 лет; 70 чел. в возрасте от 15 до 18 лет и 10 чел. старше 18 лет). Только 40 участников опроса (30,8 %) отметили, что воспитываются в полной семье; 90 чел. (69,2 %) воспитываются в неполных семьях.

Вторая группа респондентов – 69 родителей, воспитывающих детей-инвалидов (60 мам и 9 отцов), из них 33 чел. состоят в браке (47,8 %) и 36 чел. не состоят в браке (52,2 %).

Третья группа – специалисты, которые работают с детьми-инвалидами, в нее вошло 180 человек. Из них 12 чел. – руководители образовательных организаций различных уровней, 39 чел. – педагоги-психологи, 78 чел. – учителя, 3 чел. – медики, 9 чел. – социальные педагоги, 12 чел. – логопеды, 12 чел. – учителя-дефектологи, 6 чел. – воспитатели.

В анкете, представленной респондентам, был вопрос: «Какой вариант получения образования, на Ваш взгляд, самый оптимальный?» и варианты ответов, которые представлены ниже в таблице 1. При опросе детей было дано разъяснение значения слова «оптимальный».

Таблица 1 – Выбор оптимального варианта образования детей-инвалидов, %

Оптимальный вариант получения образования	1-я группа	2-я группа	3-я группа
1. В массовой школе в отдельном классе для особых детей	0	8,7	26,7
2. В массовой школе в классе со здоровыми сверстниками	38,5	34,8	18,3
3. В специальной школе	53,8	30,4	38,3
4. В домашних условиях	7,7	4,3	10,0
5. В домашних условиях, но на внеклассные мероприятия и отдельные уроки приходиться в школу	0	8,7	30,0
6. Не знаю	0	8,7	3,3

Из пяти предложенных вариантов дети остановились только на трех, причем среди них не было ни одного не определившегося с выбором, ответов «не знаю» не обнаружено, чего нельзя сказать про другие группы респондентов. Удивило отсутствие варианта обучения в мас-

своей школе в отдельном классе, хотя были дети с подобным опытом формы получения образования. Причиной этому может быть осознанное желание «не быть в школьном отстойнике». Как подтверждение – свидетельство предпочтения выбора обучения в специальной школе (53,8 %): «лучше учиться со своими, никто не показывает пальцем». Значительный выбор формы обучения сделан в пользу интегрированного (инклюзивного) класса. Причем у детей он на 3,7 % выше, чем у родителей, и на 20,2 % выше, чем у специалистов.

Профессиональное сообщество признает оптимальными формами получения образования обучение в спецшколе или на дому с включением во внеклассные мероприятия и отдельные уроки. Количество респондентов-специалистов, выбравших обучение в массовой школе, но в сепарированном от здоровых учащихся классе, на 18 % больше, чем выбравших этот вариант родителей (напоминаем, дети этот вариант полностью отвергли). Специалисты в наименьшем количестве, по сравнению с остальными группами респондентов, считают выбор обучения в интегрированном классе оптимальным. Родители и дети практически разделяют мнение о варианте оптимальной формы обучения. Значительное количество респондентов этих групп отметили предпочтение формы обучения в совместном со здоровыми детьми классе. Следует обратить внимание на значительность количества взрослых респондентов, выбравших ответ «не знаю». В большей степени это оказалось характерным для родителей детей-инвалидов.

На основании представленной в таблице информации следует сделать вывод: российское общество не в полной мере осознает оптимальность получения образования детьми-инвалидами. Профессионально-педагогическое сообщество еще только формирует свою позицию в этом вопросе. Интегрированное обучение детей-инвалидов со здоровыми сверстниками – это форма организации образования, при которой дети с особыми образовательными нуждами, обучаясь совместно со сверстниками, могут удовлетворять свои персональные образовательные и иные потребности. Инклюзивное образование – это гуманный поворот в отношении детей с ограниченными возможностями здоровья, их включение в образовательный процесс со здоровыми сверстниками. Как показала практика, это способствует развитию социальной состоятельности, успешности самореабилитации, самореализации, социальной адаптации в социум, оптимизации качества жизни, наращиванию человеческого капитала (капитал образования + капитал культуры + капитал здоровья). В отличие от интегрированного обучения, при котором дети адаптируются к системе, при инклюзии система адаптируется к детям – создается «безбарьерная образовательная среда».

Высокая степень эффективности совместного обучения достигается при преобразовании школ и детских садов в полифункциональные образовательные организации. В них традиционные инвариантные функции обучения, воспитания и развития расширены вариативными образовательными функциями: сервисной, реабилитационной, коррекционной, оздоровительной, компенсирующей, комплексного сопровождения, педагогической поддержки, психотерапевтической, правозащитной, персонологической, социальной помощи, интеграционной [13]. Такая модель обучения создаст условия для проектирования «дорожной карты образования» посредством адресного формирования пакета образовательных функций «под персону». Здесь действует принцип «Все виды помощи под одной крышей». Опыт полифункциональных организаций МОУ СОШ № 70 г. Тюмени, МБОУ СОШ № 2 и МДОУ ЦРР – детский сад № 7 «Елочка» г. Ханты-Мансийска, школ Ялуторовского района Тюменской области в использовании инновационных социально-педагогических технологий работы с «особым детством» представлен в книге автора статьи [14].

Ссылки:

1. Декларация о правах инвалидов [Электронный ресурс]. URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/disabled.shtml (дата обращения: 04.02.2015).
2. Гришина Л.П., Талалаева Н.Д., Амирова Э.К. Анализ инвалидности в Российской Федерации за 1970–1999 гг. и его прогноз до 2015 г. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2001. № 2.
3. Ломакин-Румянцев А.В. Доклад председателя ВОИ // Русский инвалид. 2001. № 2.
4. Зайцев Д.В. Интегрированное образование детей с ограниченными возможностями // Социологические исследования. 2004. № 7.
5. Спартианская социально-педагогическая технология оздоровления, рекреации и целостного развития личности (теория и методика) / под ред. Е.В. Стопникова. М., 2006.
6. Голиков Н.А. Инклюзивное образование: новые подходы к качеству жизни детей с особыми образовательными нуждами // Сибирский педагогический журнал. 2009. № 6. С. 230–241.
7. Goffman E. Stigma: Notes on the Management of spoiled Identity. London, 1990.
8. Мехришвили Л.Л. Политика социальной защиты детей (региональный аспект) : дис. ... канд. социол. наук. М., 2000.
9. Ким Е.Н. Философия независимой жизни. На примере Московского клуба «Контакты – 1» // Социальная работа с инвалидами. М., 1996.
10. Ярская-Смирнова Е.Р., Романов П.В. Проблема доступности высшего образования для инвалидов // Социологические исследования. 2005. № 10.
11. Скок Н.И. К вопросу о влиянии на адаптацию ограниченных возможностей здоровья человека // Вестник Челябинского государственного университета. 2014. № 13 (342). С. 120–124.
12. Гилевич И.М., Тигранова Л.И. Если ребенок со сниженным слухом учится в массовой школе // Дефектология. 1995. № 3.
13. Голиков Н.А. Качество жизни учащейся молодежи: социальные механизмы управления и оптимизации // Теория и практика общественного развития. 2011. № 2. С. 60–64.
14. Голиков Н.А. Ребенок-инвалид: обучение, развитие, оздоровление. Дети с особой миссией. Ростов н/Д., 2015.

References:

1. *Declaration on the Rights of Persons with Disabilities* 2014, retrieved 04 February 2015, <http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/disabled.shtml>.
2. Grishina, LP, Talalaeva, ND & Amirova, EK 2001, 'Analysis of disability in the Russian Federation for the 1970-1999 biennium. and forecast to 2015', *Medical-social examination and rehabilitation*, no. 2.
3. Lomakin-Rumyantsev, AV 2001, 'Report of the Chairman of the VOI', *Russian invalid*, no. 2.
4. Zaitsev, DV 2004, 'Integrated education of children with disabilities', *Sociological studies*, no. 7.
5. Stopnikov, EV (ed.) 2006, *Spartian socio-pedagogical technology improvement, recreation and holistic development of the individual (theory and methods)*, Moscow.
6. Golikov, NA 2009, 'Inclusive education: new approaches to the quality of life of children with special educational needs', *Siberian pedagogical journal*, no. 6, p. 230-241.
7. Goffman, E 1990, *Stigma: Notes on the Management of spoiled Identity*, London.
8. Mekhrishvili, LL 2000, *Child Welfare Policy (regional aspect)*, PhD thesis, Moscow.
9. Kim, EN 1996, 'The philosophy of independent living. On the example of the Moscow club "Contacts - 1"', *Social work with people with disabilities*, Moscow.
10. Yarskaya-Smirnova, ER & Romanov, PV 2005, 'The problem of access to higher education for disabled', *Sociological studies*, no. 10.
11. Skok, NI 2014, 'On the effect of the adaptation of the limited capacity of human health', *Bulletin of the Chelyabinsk State University*, no. 13 (342), p. 120-124.
12. Gilevich, IM & Tigranova, LI 1995, 'If a child with hearing loss learn in mainstream schools', *Defectology*, no. 3.
13. Golikov, NA 2011, 'Quality of life of students: social control mechanisms and optimization', *Theory and practice of social development*, no. 2, p. 60-64.
14. Golikov, NA 2015, *Disabled child: training, development, improvement. Children with special mission*, Rostov-on-Don.