

© ЛОТОВА И.П., 2015

УДК 616-036.86-058

Лотова И.П.

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ИНВАЛИДОВ КАК МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА**

ФГНУ «Институт семьи и воспитания» Российской академии образования, 119121, г. Москва

*В статье качество жизни инвалидов рассматривается как междисциплинарная проблема. В частности, показано, что изучение проблемы качества жизни относится к разделу важнейших задач современной социальной философии, в частности философии медицины, а также социологии и психологии.*

*Раскрыто содержание таких понятий, как «здоровье», «болезнь», «качество жизни». Дана характеристика методологии, идеологии и философии социальной работы с инвалидами.*

**Ключевые слова:** здоровье; болезнь; модели инвалидности; качество жизни инвалидов; философия и социология медицины; междисциплинарный подход.

*Для цитирования* Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2015; 18 (2): 53–57.

**QUALITY OF THE LIFE OF INVALIDS AS THE INTERDISCIPLINARY PROBLEM**

Lotova I.P.

«The Institute of the Family and Education» Russian Academy of Education, 119121, Moscow, Russian Federation

*In the article, the quality of life of persons with disabilities is seen as an interdisciplinary problem. In particular, it is shown that the issue of quality of life relates to section the most important problems of modern social philosophy, particularly the philosophy of medicine and sociology and psychology.*

*Disclosed the contents of concepts such as “health”, “disease”, “quality of life”. Description of the methodology, ideology and philosophy social work with persons with disabilities.*

**Key words:** health; disease models of disability; quality of life of persons with disabilities; philosophy and sociology of medicine; an interdisciplinary approach.

**Citation:** Mediko-sotsyal'naya ekspertiza i reabilitatsiya. 2015; 18(2): 53–57. (In Russ.)

**Correspondence to:** Irina Lotova – Dr. of Psychology, Prof.; e-mail: Lotovaip@mail.ru.

Received 27.01.15

Актуальность исследуемой проблемы обусловлена растущей сложностью и остротой социальных проблем инвалидов в современном обществе. В период системных трансформаций происходит неизбежный рост социальной дифференциации. Это вынуждает ученых, общество искать способы разрешения проблем, снижающих качество жизни населения. По данным ООН, каждый десятый человек на планете имеет инвалидность и примерно 25% населения страдает хроническими заболеваниями. В России сейчас около 10 млн граждан имеют инвалидность. Наибольший рост числа инвалидов отмечается в связи с болезнями системы кровообращения, ростом злокачественных новообразований, заболеваний нервной системы, психическими расстройствами [5].

Причины роста инвалидности (особенно среди самых малообеспеченных граждан) – экологический фон, ухудшение структуры питания, социального самочувствия, недостаточный уровень восстановительного лечения, техники безопасности, отсутствие комплексной системы реабилитации инвалидов, соответствующей современным требованиям.

Изучение проблемы качества жизни относится к разделу важнейших задач современной социальной философии. Подлинное становление человеческой цивилизации «начинается с уважения к жизни – своей и любой другой», с того, что А. Швейцер назвал «благоговением перед жизнью».

Определив проблему поддержания устойчивого качества жизни человека предметом специальных исследований, практик и методик современная наука в сущности совершила

подлинную революцию в культурно-историческом бытии людей, изменяя их ценностные ориентиры и смысложизненные установки. Как только обществом был сделан первый шаг в этом направлении, актуализировалась задача философского осмысления проблемы качества жизни. Естественно, что в фокусе внимания прежде всего оказались категории здоровья и болезни, которые начинают восприниматься как особые философские категории, имеющие как онтологическое, так и, что особенно важно, аксиологическое содержание.

Здоровье и болезнь – конечные и итоговые результаты многих составляющих человеческой жизни. Если исследовать здоровье и болезнь в контексте проблемы качества жизни, то станет очевидным, что уровень социально-нормативного соотношения здоровья и болезни выступает как интегральный критерий для оценки образа и качества жизни как человека, так и общества в целом. В этой ситуации в социальной философии выдвигается абсолютный критерий: человекно все, что способствует здоровью человека и общества. Другими словами, речь идет о человеческом в человеке, о степени подлинности человеческого бытия.

В онтологическом смысле здоровье и болезнь – это всегда вопрос о целом, а не только о состоянии отдельных органов и частей живой системы. При таком подходе становится очевидным, что, например, заболевание выступает как социальный феномен. Понимание этого обстоятельства требует нового взгляда на причины заболеваний, включая социальные, экономические, культурно-исторические, экологические и другие факторы. Выясняется, что оценка здоровья и диагностика заболеваний предполагают, помимо медицинского, и другие измерения этих феноменов.

Довольно часто подобная ситуация приобретает характер обсуждения того, в чем собственно состоит предметное ос-

Для корреспонденции:

Лотова Ирина Петровна – д-р психологических наук, проф., зам. дир. по науч. работе; 119121, г. Москва, ул. Погодинская, д.8, e-mail: Lotovaip@mail.ru.

нование ключевых жизненных ценностей человека. В XIX и XX веках методологические подходы к теоретическому анализу здоровья и болезни были связаны с господствующей в европейской науке ньютоно-картезианской мировоззренческой моделью мира, в которой причины и следствия линейны и однозначны. В XXI веке релятивистские и вероятностные подходы становятся важным аспектом лечебной диагностики. Идея увеличения продолжительности жизни человека не является залогом переживания социального и физиологического благополучия. Эксперты отмечают, что сегодня мы сталкиваемся с фактом, что порой медицина сама создает ситуации, приносящие страдания больному, которые оказываются несравненно хуже смерти, а потому особую актуальность приобретает задача анализа качественного жизненного функционирования.

Проблема качества жизни является темой многочисленных социофилософских исследований отечественных и зарубежных мыслителей. В статьях, учебных пособиях и монографиях Ф.Г. Агеева, С.Р. Геляревского, Р.О. Гордеева, М.Ф. Ермолаевой, Т.И. Ионовой, Г.М. Заракоского, О.В. Красновой, Г.П. Медведевой, В.Ф. Мареева, С.А. Нижникова качество жизни рассматривается как комплексное междисциплинарное понятие [8].

Большое влияние на отечественные и зарубежные исследования оказала разработанная ООН концепция индекса развития человеческого потенциала, которая сводится к трем компонентам: достижению долгой и здоровой жизни, приобретению знаний, получению доступа к экономическим ресурсам. Качество жизни в контексте концепции индекса развития человеческого потенциала определяется как показатель, который фиксирует существование человека с точки зрения его объективных характеристик, включающих медицинское и социофилософское описание здоровья и болезни. Однако однозначного определения качества жизни в современной науке пока не существует [4].

Изучение проблемы качества жизни в отечественной философии имеет относительно недавнее происхождение и связано это прежде всего с представлениями о нравственно-этической норме здоровья и болезни. Тема здоровья и болезни в русской культуре активно обсуждается с XI века. В Киевском патерике недуг Феодосия Печерского уже называется болезнью. Индивидуальное здоровье – предмет переписки Ивана Грозного с Андреем Курбским. О здоровье, болезни и смерти размышляет Л.Н. Толстой в рассказе «Смерть Ивана Ильича». Решающий вклад в философско-историческую концептуализацию изучения здоровья и болезни и соответственно изучения проблемы качества жизни был сделан в XVIII веке. В 1818 г. А.И. Галич ввел понятия «здоровье» и «болезнь» в «Опыт философского словаря». В XIX веке оформляется философская позиция в медицине.

Идея философии медицины как новый этап изучения здоровья, болезни и качества жизни появляется в XX веке и переходит в XXI век. Научно-рациональные знания о здоровье и болезни становятся философским основанием проблемы качества жизни. С середины 60-х годов XX века последовательно выходят монографические сборники («Философские и социальные проблемы медицины», 1966; «Философские проблемы медицины», 1969; «Философские и социально-гигиенические аспекты учения о здоровье и болезни», 1975; «Философские вопросы медицины и биологии», 1990), в которых формулируются философские принципы общей теории здоровья, болезни и качества жизни.

Важное методологическое значение для понимания и уяснения изучаемой проблемы имеет коллективное исследование института философии РАН «Философия здоровья», проведенное в 2001 г. В соответствующем сборнике опубликованы статьи участников постоянно действующего методологического семинара Института философии РАН (Баксан-

ского О.Е., Дубровского Д.И., Нижникова С.А., Розина В.М., Шаталова А.Т., Юдина Б.Г., Фесенковой Л.Ф., Хена Ю.В. и др.) [6]. В этих статьях дан философский анализ проблемы здоровья в историческом и современном контекстах развития знания.

Здоровье, болезнь и качество жизни широко исследуются в рамках нескольких теоретических подходов: конкретно-исторического, культурологического, социологического. Данные подходы изучения представлены работами Н.Г. Блиновой, Т.В. Белинской, Н.К. Боголепова, Н.А. Горбач, В.Е. Давыдовича, И.В. Дулина, Э.М. Казнина, К.Л. Карпова, Л.П. Кокориной, В.И. Кудашова, Н.Ф. Литвиновой, В.И. Сабанова, В.Е. Сильвестрова, Н.А. Фролова, Д.И. Фельдштейна, Г.И. Царегородцева, А.Е. Чекалова.

Кроме традиционных подходов в изучении здоровья, болезни и качества жизни, сегодня складывается новое направление.

Это – междисциплинарные и научно-популярные работы групп философов, историков, культурологов и психологов А.Л. Андреева, Н.М. Амосова, Б.С. Братуся, И.С. Кона, Т.М. Марютиной, А.И. Моховикова, В.М. Минеева, В.И. Панова, И.С. Сиротиной, И.Т. Фролова.

Анализ работ данных авторов показал, что в европейской и русской философской мысли существует единое понимание здоровья и болезни как сложных антропологических проблем, которые включают в себя медицинские и социальные (религиозные, моральные, философские и др.) аспекты.

Философское исследование феноменов здоровья и болезни предполагает, на наш взгляд, отказ от оппозиции здоровье – болезнь, от традиционного понимания этих дефиниций как сущностно различных и противоположных по социальной природе.

Методология, идеология и философия социальной работы с инвалидами раскрываются в трудах Е. Смирновой, Е. Студеновой, Б. Шапиро, В. Ярской и др.

В 1970-х годах зарубежные исследователи (Белл Д., Гэлбрейт Дж., Медоуз Д., Форрестер Д., Ростон У., Гэллар Д.) обосновывали понятие «качество жизни» как необходимый атрибут нового постиндустриального общества, связывая его со степенью удовлетворения индивида жизнью в целом и ее отдельными сферами. Понятие качества жизни раскрывают в социологическом ключе И. Бестужев-Лада, А. Левина, П. Мстиславский, Л. Фиглин, А. Субетто, А. Тодоров, Ю. Толстова.

Связывая качество жизни с проблемами улучшения качества товаров и услуг, повышения конкурентоспособности в новых условиях, исследователи рассматривают категорию качества жизни как интегральную характеристику, раскрывающую по отношению к обществу в целом критерии его жизнедеятельности, условия жизнеобеспечения, а также условия жизнеспособности общества как целостного социального организма. При этом основой качества жизни выступает качество жизнедеятельности – способы протекания повседневной жизни, наиболее типичные для определенной социальной среды [2]. Качество жизни связано с качеством человеческого капитала, который в свою очередь можно формировать посредством социальной активности предприятий (Быченко Ю., Кусмарцева И.) [1].

Ю. Толстова определяет качество жизни как социальную категорию, полагая, что оно может быть достигнуто через социальные связи.

Л. Фиглин выделяет индивидуалистический и трансцендентальный подходы к содержанию качества жизни. Если в случае индивидуалистического подхода качество жизни измеряется степенью исполнения личных желаний индивида при природных, религиозных, социальных ограничениях, то в случае трансцендентального подхода – степенью удовлетворения от работы в интересах общества при сдерживании

потребности в каких-либо личных достижениях вне трудовой деятельности.

Среда и система обеспечения жизнедеятельности населения интегрируют в себе следующие свойства: качество и благосостояние населения, социальную безопасность, качество окружающей среды, природно-климатические условия (Айвазян С.). Качество жизни исследуется как с объективной, так и с субъективной стороны. В субъективных оценках качества жизни Н. Маликовым выделяются рациональная и эмоциональная компоненты. В результате нарушения жизнедеятельности возникают социальные ограничения, ухудшается качество жизни (Джетте А.). Ограничения жизнедеятельности, «возникающие в результате болезни или утраты возможности осуществлять нормальную для человека повседневную деятельность», а также критерии нарушения здоровья и социальные последствия болезни определяются Концепцией инвалидности в соответствии с Международной классификацией Всемирной организации здравоохранения (Лаврова Т.).

Современные социальные концепции здоровья и болезни отличаются от предыдущих концепций не только гуманистической направленностью, но и признанием важности всех предшествовавших антропоцентрической модели понимания здоровья и болезни. В XX – начале XXI века социальный аспект здоровья становится наиболее значимым для общества.

Здоровье представляет собой процесс, посредством которого человек или общество достигает состояния социального равновесия, что означает отсутствие переживания конфликта с социальной средой. Болезнь – это такое состояние человека, при котором он уже не может самостоятельно осознать свою проблему и справиться с ней без помощи специалиста. Лечение предполагает сложную форму социального взаимодействия больного и врача, в котором активная роль принадлежит прежде всего врачу, который реализует определенную социальную практику оздоровления. Характер переживания болезни будет определяться выбором определенного отношения к ней и способом ее анализа.

Представления о здоровье и болезни входят в структуру качества жизни, образуя ее субъективный компонент. Философский анализ содержания понятия качества жизни позволяет предложить следующую его дефиницию: качество жизни – это сложная, многоаспектная характеристика человеческого бытия, характеризующая его с социальной, экономической, психологической и медицинской точек зрения, имеющая иерархическое строение, организация уровней которого изменяется в зависимости от культурных и возрастных факторов.

Важное методологическое значение для понимания качества жизни имеет теория потребностей А. Маслоу. У каждой общности, социальной группы и личности есть свой «порог» представлений о качестве жизни. Для одних он ограничивается удовлетворением витальных потребностей, для других – витальных и социальных, для третьих социальных субъектов – витальных, социальных и престижных, для четвертых – витальных, социальных, престижных, когнитивных и духовных.

Следуя развиваемому деятельности подходу к категориям «образ жизни», «уровень жизни», «стиль жизни» и т. д., мы можем определить качество жизни инвалидов как степень их удовлетворенности жизнью, как степень реализации их основных потребностей.

Наряду с объективной компонентой, выражаемой такими индикаторами, как питание, безопасность, жилище, наличие вспомогательных средств (технические средства реабилитации, протезно-ортопедическая обувь, слуховые аппараты и т. п.), транспорт, здоровье и здравоохранение и др., можно выделить субъективную компоненту, выражаемую степенями удовлетворенности этими факторами, а также ценностно-нормативной основой [7].

Структура качества жизни инвалидов, с одной стороны, характеризуется иерархией удовлетворения инвалидами своих основных потребностей, с другой – процентным содержанием инвалидов, удовлетворивших ту или иную потребность. Структура качества жизни инвалида всегда будет объективно характеризоваться низким качеством здоровья. Но, не удовлетворив основную потребность, инвалид никогда не сможет удовлетворить высшие потребности, особенно в коммуникации и самовыражении.

Ученые выделяют 12 различных исторических и современных моделей инвалидности, влияющих на социальную политику в области инвалидности и условно разделяемых на две парадигмы инвалидности – «старую», т. е. традиционную, или медицинскую, и «новую», т. е. посттрадиционную, или социальную, хотя с дальнейшим развитием общества не исключено и появление третьей «новой» парадигмы инвалидности (Ratliff C., Haley J., 2002). Кратко охарактеризуем их.

Так называемая старая, или традиционная, парадигма инвалидности включает в себя: *моральную (религиозную) модель, медицинскую модель, экономическую модель, реабилитационную модель, модель функциональной ограниченности.*

Моральная модель инвалидности, вытекающая из базовых постулатов христианской религии, с одной стороны, рассматривала инвалидность как «наказание за грехи», а с другой – причисляла инвалидов к мученикам. Некоторые культуры и субкультуры до сих пор связывают инвалидность с чувствами религиозного наказания или вины, стыда, низким социальным статусом и эксклюзивностью как самого инвалида, так и всей его семьи, даже если подобные чувства уже не базируются на религиозной доктрине (Ali, 2002). Для людей с ограниченными возможностями данная модель является особенно тяжелой, поскольку порождает социальный ostracism и самоненависть.

*Медицинская модель инвалидности* рассматривает физические и психические различия между людьми в терминах патологических отклонений и дефектов, т. е. «неполноценности». Отличительным подходом медицинской модели являлось то, что она рассматривала людей с ограниченными возможностями как некомпетентных, неспособных отвечать за себя и трудиться, нуждающихся в присмотре и, возможно, опасных для общества. Такой подход способствовал закреплению низкого социального статуса людей с ограниченными возможностями и усиливал социальные стереотипы относительно их несамостоятельности и неуверенности. Инвалиды в данной модели рассматривались как объект социальной политики, а не ее субъект.

*Экономическая модель инвалидности* во многом является закономерным продолжением медицинской модели, предполагает перераспределение доходов между различными слоями общества, там, где в качестве методологической основы принимается медицинское определение инвалидности. Поскольку лица с ограниченными возможностями рассматриваются как физически неполноценные или психически больные, то отсюда делается вывод о том, что они могут работать с гораздо меньшей нагрузкой, чем здоровые люди, или не способны работать вообще. Таким образом, лица, страдающие неполноценностью, изначально рассматриваются как менее производительные и экономически ущербные.

Из медицинской модели инвалидности выводится и определение *функциональной ограниченности*, описывающей неполноценность как неспособность лица выполнять те или иные функции наряду со здоровыми людьми. Современное функциональное определение неполноценного развития затрагивает большинство людей, страдающих серьезными недостатками здоровья, и как следствие не учитывает огромного количества людей, страдающих более легкими формами

недугов. Из модели функциональной ограниченности вытекает и *реабилитационная модель*, которая видит главную проблему инвалида в наличии большого, ненормального тела или психики, нуждающихся в медицинском лечении и реабилитации, цель которых – устранение или компенсация возникших функциональных расстройств. Суть реабилитационной модели состоит в том, чтобы адаптировать, приспособить инвалида к социуму, задача же изменения социума в интересах инвалида и поднятие его социального статуса не рассматривается.

Посттрадиционная парадигма инвалидности обращала внимание не на «недостатки» лиц с ограниченными возможностями, а на такой контекстуальный аспект инвалидности, как динамическое взаимодействие между инвалидом и окружающей средой, обществом в целом. «Новая», или посттрадиционная, парадигма инвалидности включает ряд социальных моделей инвалидности, которые в свою очередь условно были разделены на британские и американские модели.

К американским относятся следующие модели: *психосоциальная, социально-политическая, культурная, человеческо-го разнообразия*.

Широкое распространение в мировой практике инвалидности получили так называемые британские модели инвалидности, которые различались между собой по таким важным параметрам, как отношение к трансформации общественного устройства и стратегии освобождения от социального угнетения. Британская *материалистическая модель инвалидности* содержит несколько ключевых элементов: провозглашает, что люди с ограниченными возможностями являются угнетенной социальной группой; делает различия между повреждениями, которыми обладают люди, и угнетением, с которым они сталкиваются; определяет инвалидность (что наиболее важно) как социальное угнетение, которое испытывают инвалиды.

Британская модель *независимой жизни* вытекала из *теории нормализации и социальной валоризации*, свое конкретное отражение нашла в официально взятом курсе на деинституционализацию и декарцерацию, т.е. на свертывание сети специализированных интернатов для людей с ограниченными возможностями, и на развитие разнообразных форм обслуживания и поддержки инвалидов непосредственно по месту жительства.

Анализ и описание так называемых американских моделей инвалидности можно начать с базовой *психосоциальной модели инвалидности*, вытекающей из учения Гофмана и в качестве методологической базы использующей социологию символического интеракционизма и постмодернистские концепции. Согласно драматургическому подходу Гофмана, граница между здоровыми и инвалидами, т.е. между «нормой» и «аномалией», является социальной конструкцией. Получается, что, изменив социальное окружение, перейдя в другую социальную группу, можно снять с себя этот ярлык или сменить его на другой, который в меньшей степени будет ограничивать возможности индивида.

Теоретическая модель угнетения инвалидов, или *социально-политическая модель инвалидности*, была предложена активистом движения инвалидов в США и преподавателем Харланом Ханом в 1994 г. В данной модели инвалидности как угнетаемого меньшинства есть три базовых постулата: источник большинства проблем, с которыми сталкиваются инвалиды, в первую очередь является следствием социальных аттитюдов; многие необходимые условия окружающей среды могут быть сформированы благодаря подходящей публичной политике; в конечном счете, в демократическом обществе политика должна не только быть рефлексией распространяемых установок и ценностей, но и активно влиять на их формирование.

Представители данного направления видят причину низ-

кого общественно-политического участия инвалидов в недостаточно развитых чувствах сплоченности и самоидентификации. Источник недостатка солидарности лежит прежде всего в отсутствии хорошо развитой субкультуры инвалидности.

В США и Великобритании во второй половине 90-х годов прошлого века доминировала *культурная модель инвалидности*. Согласно этой модели, инвалидность можно рассматривать как совершенно особый культурный феномен, отличный от других культурных феноменов. Развитие культуры инвалидности дает понимание инвалидам особенностей своей жизни как группы людей с ограниченными возможностями, показывает, что инвалидность приносит особую уникальность и групповую идентичность.

*Модель человеческого разнообразия* в качестве методологической базы использует социологию постмодернизма и феминистскую социологию. В рамках данной модели дискуссия об определении инвалидности помещается не в смысловое пространство аномалии, а в смысловое пространство, в котором инвалидность является одной из многих индивидуальных особенностей стиля жизни, свидетельством человеческого разнообразия.

Рассмотренные британские и американские модели инвалидности наглядно демонстрируют процесс постепенного переосмысления идеи инвалидности, отказ от стереотипных подходов, попытку рассмотреть возможности оптимальной адаптации инвалидов к социуму как за счет их собственных усилий и пересмотра собственного отношения к инвалидности, так и за счет пересмотра отношения общества к инвалидности.

Большая часть импульса к изменению моделей и стоящих за ними теоретических схем связана со значительным сдвигом в понимании инвалидности. Раньше инвалидность традиционно рассматривалась с медицинской точки зрения, которая фокусируется на функциональных расстройствах, или на основе экономического подхода, подчеркивающего профессиональные ограничения.

Теперь возник новый социально-политический подход, в котором инвалидность рассматривается как продукт взаимодействий индивидов с окружающей средой. Суть этого подхода – признание фундаментальных ограничений инвалидности, которые могут быть расположены скорее в окружениях, которые люди встречают, чем внутри самого инвалида. С социально-политической точки зрения трудности, встречаемые инвалидами, рассматриваются как обусловленные по большей части действием инвайронмента, а не какими-то личными дефектами или отклонениями.

В Российском обществе отношение к людям с ограниченными возможностями основывается на признании и утверждении обособленности этой категории населения. Ее следствием стали в большей мере сегрегационные, нежели интегративные процессы. Такое отношение привело к маргинализации инвалидов, а не к включению их в полноценные социокультурные отношения.

Политика в отношении инвалидов носит патерналистский характер. В результате у инвалидов сформировался иждивенческий менталитет.

Результаты исследования Н.К. Губайдуллиной по установлению и функционированию механизмов социальной дистанции вскрыли нерасположенность обычных людей принимать инвалидов с видимыми увечьями в качестве друзей, сексуальных приятелей или деловых партнеров. В качестве мер кардинального улучшения качества жизни инвалидов Н.К. Губайдуллиной предложены: поддержание невысоких цен на продукты питания, предметы первой необходимости (50%); преодоление безработицы, повышение оплаты труда (39%); охрану окружающей среды (32%);

государственную поддержку образования и медицинского обслуживания (50%); обеспечение безопасности граждан (16%); возрождение морали и нравственности (35%); гибкую социальную политику, поддержку малоимущих (40%) [3].

Основным барьером, который мешает обществу правильно относиться к вопросу инвалидности, являются традиционные стереотипы мышления. Инвалидность всегда считалась проблемой самого человека с инвалидностью, которому необходимо меняться самому, либо ему помогут измениться специалисты посредством лечения или реабилитации. Это отношение проявляется в различных аспектах: в создании системы специального образования, безбарьерной архитектурной среды и системы доступного здравоохранения, а также влияет на социальную политику в отношении людей с ограниченными возможностями, законодательство, технологии работы с инвалидами.

Разработанная в России современная концепция инвалидности не предполагает оценку качества жизни при установлении инвалидности, хотя качество жизни, связанное со здоровьем, являясь ключевым понятием современной гуманистической медицины, позволяет дать глубокий обобщенный анализ «физических, психологических, эмоциональных и социальных проблем больного человека» (Новик А., Ионова Т., Кайнд П.) и обобщается как способность индивидуума функционировать в обществе соответственно своему положению и получать удовлетворение от этого (Кон Я., Либис Р.). Если в развитых странах доступ инвалидов к физической инфраструктуре гарантирован в силу мощного технологического прогресса, то развивающиеся страны сильно отстают в этом вопросе (Хаг Ш.), изолируя людей с инвалидностью от полноценного участия в жизни общества.

В современном отечественном контексте проблемы социальной политики имеют свою постсоветскую специфику, которая отчасти объясняется традиционно высокой ролью государства в различных секторах общественной жизни, а также наследием социалистических принципов управления экономикой и культурой.

В связи с этим в целом ряде зарубежных и отечественных исследований дети и взрослые с инвалидностью показаны адресатами социальной политики, объектами заботы, неким обобщенным грузом, который приходится нести заботящимся о них близким, обществу, государству. Такие работы можно ранжировать от ценностно-нейтральных трудов, излагающих экономические и правовые основы социальной политики в отношении инвалидов в аспектах занятости, социальной защиты (Ойнонен С., Смирнов С., Николаенко Е.), до публикаций, которые можно отнести к патерналистскому подходу (Осадчих А., Деметьева Н., Устинова Э., Багаева Г., Исаева Т.).

Вместе с тем существует и такая исследовательская традиция, которая представлена критической перспективой анализа социальной политики в отношении инвалидов (Васин С., Бесфамильная С., Малева Т.), а также привлекает внимание к жизненной активности самих людей с ограничениями здоровья.

Исследования жизненного опыта, самоопределения и биографий инвалидов с применением методологии качественного интервью дают свои первые результаты. К новой когорте таких исследований относятся работы С.В. Егоровой, посвященные анализу проактивных жизненных стратегий, способам социальной интеграции инвалидов посредством их предпринимательской деятельности, Н.Ю. Даниловой – о коллективных действиях ветеранов войны в Афганистане (включая инвалидов этой войны) в контексте государственной социальной политики, Э.К. Наберушкиной – о политике занятости и социального обеспечения инвалидов, Е.Р. Ярской-Смирновой – о проблемах определения инвалидности, семьи и биографической мобильности инва-

лидов, П. Романова – об активности общественных объединений инвалидов.

В структуре качества жизни существует несколько качественно различных уровней, каждый из которых характеризуется своей собственной спецификой.

Тем не менее мы можем выделить ряд его особенностей, которые характеризуют именно специфику качества жизни как целостного социального объекта.

Отмеченная особенность образа жизни делает недостаточными его исследования с позиций отдельных наук и концепций, но требует реализации междисциплинарного подхода. Последнее стало не просто возможным, но и необходимым в связи со сменой парадигм, заключающейся в смене мировоззренческих и методологических ориентиров рассмотрения человека и всех социальных явлений, связанных с ним. Новая парадигма заключается в усилении акцента на субъективной составляющей образа жизни и качества жизни, в частности на ее социально-психологической компоненте, проявляющейся в традициях, привычках, социальных нормах и находящей отражение в таких показателях образа и качества жизни, как социальное благополучие и социальное самочувствие. Это прежде всего относится к такому компоненту образа жизни, как «качество жизни», выступающему неделимой основой, фундаментом целостности качества жизни.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бестужев-Лада И.В., Батыгин Г.С. *О «качестве жизни»*. США: экономика, политика, идеология. 1978; 1: 132–56.
2. Бойцов Б.В., Крынев Ю.В., Кузнецов М.А. Системная целостность качества жизни. *Стандарты и качество*. 1999; 5: 22–31.
3. Губайдуллина Н.К. *Качество жизни инвалидов. (На материалах Республики Татарстан)*: Дисс. ... канд. социол. наук. Казань; 2004.
4. Думбаев А.Е., Попова Т.В. *Инвалид, общество и право*. Алматы: ТОО «Верена»; 2006.
5. *К независимой жизни: Пособие для инвалидов*. М.: РООИ «Перспектива»; 2000.
6. Курашов В.И. Экология и эсхатология. *Вопросы философии*. 1995; 3: 38–51.
7. Мельник Ю.В. *Особенности социального движения инвалидов за независимую жизнь в России и за рубежом*. URL: [http://science.ncstu.ru/conf/past/2007/stud/theses/ped/29.pdf/file\\_download](http://science.ncstu.ru/conf/past/2007/stud/theses/ped/29.pdf/file_download)
8. Шишина Л.Ю. *Мировоззренческая природа экологического сознания. Человек как философская проблема и мировоззрение*. Владимир; 1982.

## REFERENCES

1. Bestuzhev-Lada I.V., Batygin G.S. *About «quality of life»*. SShA: ekonomika, politika, ideologiya. 1978; 1: 132–56. (in Russian)
2. Boytsov B.V., Kryanev Yu.V., Kuznetsov M.A. System integrity of quality of lives. *Standarty i kachestvo*. 1999; 5: 22–31. (in Russian)
3. Gubaydullina N. K. *The Quality of Life of Persons with Disabilities. (On the Materials of the Republic of Tatarstan)*. [Kachestvo zhizni invalidov. (Na materialakh Respubliki Tatarstan)]: Diss. Kazan'; 2004. (in Russian)
4. Dumbayev A.E., Popova T.V. *Invalid, Society and Right. [Invalid, obshchestvo i pravo]*. Almaty: TOO "Verena"; 2006. (in Russian)
5. *To Independent Life: A Grant for Disabled People. [K nezavisimoy zhizni: Posobie dlya invalidov]*. Moscow: ROOI "Perspektiva"; 2000. (in Russian)
6. Kurashov V. I. Ekologiya and eskhatologiya. *Voprosy filosofii*. 1995; 3: 38–51. (in Russian)
7. Mel'nik Yu.V. *The characteristics of the social movement of persons with disabilities for independent living in Russia and abroad*. URL: [http://science.ncstu.ru/conf/past/2007/stud/theses/ped/29.pdf/file\\_download](http://science.ncstu.ru/conf/past/2007/stud/theses/ped/29.pdf/file_download). (in Russian)
8. Shishina L.Yu. *The Ideological Nature of Environmental Consciousness. Man as a Philosophical Problem and Worldview. [Mirovozzrencheskaya priroda ekologicheskogo soznaniya. Chelovek kak filosofskaya problema i mirovozzrenie]*. Vladimir; 1982. (in Russian)

Поступила 27.01.15