

ŠIAULIŲ UNIVERSITETAS
SOCIALINĖS GEROVĖS IR NEGALIOS STUDIJŲ FAKULTETAS
SOCIALINĖS PEDAGOGIKOS IR PSICHOLOGIJOS KATEDRA

Socialinės pedagogikos magistrantūros studijų programa

Kristina Kosovskaja

**NEĮGALIŲJŲ IR SOCIALINĖS REABILITACIJOS INSTITUCIJŲ
POŽIŪRIO Į FIZINĖS NEGALĖS VAIZDINĮ SVARBA, KONSTRUOJANT
SĄVEIKOS MODELĮ**

Magistro darbas

*Magistro darbo vadovė
Doc. Liuda Radzevičienė*

2008

Magistro darbo santrauka

Teorinė neįgaliųjų socialinės integracijos analizė parodė, kad neįgalių asmenų socialinis negalės vaizdinys priklauso ir jį formuoja visuomenės nuostatos ir ideologija. Neįgaliųjų socialinės reabilitacijos procesas mokslo šaltiniuose traktuojamas kaip nuolatinis, nenutrūkstamas ir kompleksinis, kurio metu įgyjami ir tobulinami žmonių su negale savarankiško gyvenimo ugdymo įgūdžiai.

Neįgalių asmenų socialinės reabilitacijos procesas turi būti vientisas, o medicininės reabilitacijos ir nevyriausybinės organizacijos darbas - komandinis, suteikiant neįgaliesiems būtinas teorines (medicininės, socialinės, teisinės ir kt.) ir praktines (apsitarnavimo, vežimėlio valdymo, ugdymo, mokymosi, profesinio parengimo, darbinės veiklos ir kt.) žinias, taip formuojant fizinės negalės vaizdinį visuomenėje.

Magistro darbe iškelta *hipotezė*, kad skirtingų socialinę neįgaliųjų reabilitaciją vykdančių specialistų fizinės negalės vaizdinys turi svarbą bendradarbiavimo efektyvumui.

Anketinės *apklausos metodu* buvo atliktas tyrimas, atskleidžiantis žmonių po nugaros smegenų pažeidimo, judančių vežimėliuose vaizdinio formavimosi ypatumus bei sąveikas tarp socialinę reabilitaciją vykdančių institucijų. Atskleisti skirtingų socialinės reabilitacijos grandžių specialistų ir neįgaliųjų bendradarbiavimo komponentai, svarbūs fizinės negalės vaizdinio formavimuisi. Tyrimo duomenys apibendrinti, taikant aprašomuosius *statistinius metodus*, faktorinę ir koreliacinę (*Pearson (r) koeficiento skaičiavimai*) duomenų analizę.

Tyrimo dalyvavo 240 respondentų: 80 asmenų po nugaros smegenų pažeidimų, judančių vežimėliuose, 80 medicininės reabilitacijos specialistų, 80 nevyriausybinių organizacijų darbuotojų.

Empirinėje dalyje nagrinėjamos socialinę reabilitaciją vykdančių specialistų ir žmonių po nugaros smegenų pažeidimo, judančių vežimėliuose požiūrio į fizinę negalę charakteristikos, išskirti pagrindiniai požiūrio į fizinės negalės vaizdinį formavimosi ypatumai.

Empirinio tyrimo *išvados*:

- Tyrime dalyvavusiems neįgaliesiems būdingas 0-25 proc. darbingumo lygmuo, dauguma jų 18-35 metų amžiaus, turi vidurinį ir/arba aukštesnįjį išsilavinimą, tačiau beveik visi apklaustieji neturi darbo.
- Tyrimo dalyvių nuomone, požiūrį į fizinę negalę charakterizuoja: medicininės reabilitacijos specialistų - socialinių įgūdžių ugdymo stoka; nevyriausybinių organizacijų - NVO demografinė padėtis, veiklos (ne)atitikimas neįgaliųjų poreikiams; neįgalių asmenų - negalė priimama kaip pasekmės rezultatas, įtakoja dalyvavimą visuomenės gyvenime ir veda neįgaliuosius į segregacinę būseną, tuo pačiu neįgalieji praranda motyvaciją prasmingam savęs realizavimui siekiant užsibrėžto tikslo.
- Magistro darbe kelta hipotezė, kad skirtingų socialinę neįgaliųjų reabilitaciją vykdančių specialistų fizinės negalės vaizdinys turi svarbą bendradarbiavimo efektyvumui, taigi socialinę neįgaliųjų reabilitaciją vykdančių specialistų bendradarbiavimo efektyvi sąveika turi svarbą fizinės negalės vaizdinio kaitai.

Esminiai žodžiai: negalia, neįgaliųjų socialinė integracija, socialinis negalės vaizdinys.

Turinys

Magistro darbo santrauka	2
Įvadas	4
1 skyrius. SOCIALINIO VAIZDINIO TRAKTUOTĖ MOKSLO DARBUOSE	8
1.1. Socialinio vaizdinio samprata ir vaizdinio turinys	8
1.2. Socialinis neįgalių asmenų vaizdinys istorijos kontekste	15
1.3. Socialinės negalės vaizdinys interakcinės teorijos kontekste	18
1.4. Neįgaliųjų socialinės atskirties formavimosi mechanizmas	22
1.5. Fizinės negalės samprata	25
1.5.1. Nugaros smegenų sandara, pažeidimai ir judėjimo funkcijų sutrikimų funkcinės charakteristikos	26
1.6. Socialinės ir medicininės reabilitacijos samprata socialinės paradigmos kontekste	31
1.7. Nevyriausybių organizacijų vaidmuo negalės socialinio vaizdinio formavimo procesu	33
2 skyrius. NEĮGALIŲJŲ IR SOCIALINĖS REABILITACIJOS SPECIALISTŲ POŽIŪRIS Į FIZINĖS NEGALĖS VAIZDINĮ, KONSTRUOJANT SĄVEIKOS MODELĮ: TYRIMO DUOMENŲ ANALIZĖ:	36
2.1. Tyrimo metodika ir organizavimas	36
2.2. Tyrimo imties demografinė charakteristika	37
2.3. Socialinės reabilitacijos specialistų ir žmonių po nugaros smegenų pažeidimo, judančių neįgaliojo vežimėliuose požiūrio į fizinę negalę charakteristikos	42
Išvados	55
Literatūra	57
Summary	62
Priedai	64

Ivadas

Ilgus dešimtmečius Lietuvoje į neįgaliuosius buvo žiūrima iš medicininės pusės, akcentuojant neįgaliųjų funkcinis sutrikimus bei medicininę reabilitaciją, ir iš ekonominės pusės, kuri akcentavo į finansinę negalios kompensaciją. Tai buvo funkcijas ribojantis integracijos modelis.

Lietuvoje atkūrus nepriklausomybę, susirūpinta neįgaliųjų padėtimi visuomenėje, jų socialinės gerovės klausimais. Šiandien, kai Lietuva - Europos Sąjungos narė, šalis įsijungė į Europos vertybių sistemą. Tai padarė prielaidą formuotis naujai socialinei paradigmai. Praėjęs pirmasis nepriklausomos Lietuvos dešimtmetis pakeitė ne tik „sveikųjų“, bet ir neįgalių žmonių socialinę realybę. Įstatymais užtikrintas neįgaliųjų integravimas į visuomenę. Susikūrė nemažai neįgaliųjų medicininės reabilitacijos ligoninių ir skyrių, profesinės reabilitacijos įstaigų, nevyriausybinių organizacijų, atstovaujančių įvairių negalių turinčių asmenų poreikius ir interesus, aktyviai siekiančių neįgaliųjų socialinės gerovės įgyvendinimo, praktiškai besivadovaujančių neįgaliųjų socialinės integracijos principais.

Neįgaliųjų socialinė integracija - plačios apimties vyksmas, siekiant, kad neįgalieji galėtų gyventi visavertį gyvenimą, turėtų lygias galimybes ir teises. Neįgaliųjų socialinės integracijos sistemą apibrėžia Lietuvos Respublikos neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymas. Šis įstatymas nustato, kad neįgaliųjų socialinės integracijos sistemą sudaro medicininės, profesinės ir socialinės reabilitacijos paslaugų teikimas, neįgaliųjų užimtumo rėmimas, lygių galimybių dalyvauti kultūros, sporto ir kitose visuomenės gyvenimo srityse užtikrinimas. Neįgaliųjų socialinė integracija organizuojama vadovaujantis lygių teisių, lygių galimybių, diskriminacijos prevencijos, savarankiškumo ir pasirinkimo laisvės užtikrinimo, neįgalumo kompensavimo, perimamumo ir lankstumo, decentralizacijos, skirtingų poreikių tenkinimo, destigmatizacijos principais. (Neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymas, 2005).

Statistiniai duomenys rodo, kad Lietuvoje gyvena 251243 asmenys su negale, t.y. apie 7 procentus visų Lietuvos gyventojų. Asmenų, kuriems nustatytas 0–25 procento darbingumo lygis - 13 procentų viso neįgaliųjų skaičiaus. Ši kategorija sudaro 19 proc. visų neįgaliųjų skaičiaus, t.y. 47976 žmonės („2006-2007 metų Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos socialinis pranešimas“).

Vertinant situaciją iš veikiančios Lietuvoje teisinės bazės (žr. 2 priede) ir strateginių plėtros pozicijų, svarbiausias neįgaliųjų socialinės integracijos iššūkis tapo realybės pokyčių pilietinės visuomenės link metodologinis pagrindimas, įtraukiant į aktyvią tyrimų ir realybės keitimo veiklą visus susijusius dalyvius. Iki šiol Lietuvoje neįgaliųjų integracijos procesus daugiausia formavo kitų šalių, kitą socialinį-kultūrinį kontekstą atspindinčios metodologijos.

Kaip bebūtų, tačiau įstatymų, susijusių su neįgaliųjų socialine integracija, įgyvendinimas neretai stringa, integracijos procesas vyksta ne taip sparčiai kaip norėtųsi. Daugelis mūsų šalies neįgaliųjų nėra patenkinti savo socialine padėtimi. Nors priimti įstatymai ir atitinka vakarų šalių lygį, bet šalies socialine situacija ir gyvenimo lygis turi daug neatitikimų.

Moksliniai tyrimai Moscovici, Saraga, 1998; Deschamps, Beauvois, 1996; Abric, 1994; Jodelet, 1989; Morvan, 1988; Ruškus, 1999 (cit. Gailienės, Ruškaus, 2000) atskleidžia, kad sėkmingam įstatymų įgyvendinimui ir neįgaliųjų integravimuisi į visuomenę įtakos turi psichosocialiniai veiksniai, vienas kurių – socialinis vaizdinys. Socialinis vaizdinys apima ne tik nuostatas, nuomones, bet ir vertybines sistemas, socialines normas, kultūrinius modelius. Tad socialinis vaizdinys gali įtakoti neįgaliųjų integracijos į visuomenę procesą.

Probleminiai tyrimo klausimai

1. Koks yra fizinės negalės vaizdinys institucijų socialiniame kontekste?
2. Kokie yra sąveikos tarp neįgaliųjų ir socialinę reabilitaciją vykdančių specialistų efektyvumo būdai?

Tyrimo objektas

Neįgaliųjų ir socialinės reabilitacijos specialistų požiūris į fizinės negalės vaizdinį, konstruojant/efektyvinant tarpusavio sąveiką.

Tyrimo hipotezė

Tikėtina, kad skirtingų socialinę neįgaliųjų reabilitaciją vykdančių specialistų fizinės negalės vaizdinys turi svarbą bendradarbiavimo efektyvumui.

Tyrimo tikslas

1. Ištirti žmonių po nugaros smegenų pažeidimo, judančių neįgaliojo vežimėliuose fizinės negalės vaizdinio formavimosi ypatumus socialinę reabilitaciją vykdančiose institucijose.
2. Atskleisti skirtingų socialinės reabilitacijos grandžių specialistų ir neįgaliųjų svarbą fizinės negalės vaizdinio formavimuisi, konstruojant sąveikos modelį ir nustatyti efektyvius sąveikos su neįgaliaisiais komponentus.

Tyrimo uždaviniai

1. Išanalizuoti mokslo literatūrą, atskleidžiančią fizinę negalę turinčių asmenų socialinio vaizdinio charakteristikas.
2. Remiantis mokslo literatūros analize, parengti tyrimo instrumentą, atskleidžiantį neįgaliųjų ir socialinės reabilitacijos specialistų požiūrio į fizinės negalės vaizdinį svarbą, konstruojant sąveikos modelį.

3. Gautų tyrimo duomenų pagrindu išskirti esmines socialinę neįgaliųjų reabilitaciją vykdančių specialistų požiūrio į fizinę negalę charakteristikas bei svarbiausius fizinės negalės vaizdinio formavimosi ypatumus.
4. Remiantis socialinės reabilitacijos specialistų požiūriu į fizinės negalės vaizdinio formavimosi ypatumus, sudaryti neįgaliųjų ir specialistų sąveikos modelį.
5. Remiantis gautais rezultatais, parengti rekomendacijas medicininės reabilitacijos specialistams, NVO darbuotojams bei neįgaliesiems po nugaros smegenų pažeidimo, judantiems neįgaliojo vežimėliuose.

Tyrimo metodas

Teorinis ir empirinis tyrimo metodai. Teorinė mokslinės literatūros šaltinių analizė, anketinė apklausa. Tyrimo duomenys apibendrinti statistikos metodais (faktorinė ir koreliacinė analizė). Empiriniai duomenys apdoroti naudojant SPSS (Statistical Packet for Social Sciences 11.0) ir Microsoft Excel kompiuterines programas.

Tyrimo imtis

Tyrimo dalyviai 240 respondentų: 80 žmonių su fizine negale po nugaros smegenų pažeidimų, judančių neįgaliojo vežimėliuose, gyvenančių įvairiuose Lietuvos vietovėse; 80 medicininės reabilitacijos specialistų iš skirtingų medicininės reabilitacijos įstaigų, dirbančių su neįgaliaisiais po nugaros smegenų pažeidimų; 80 - NVO darbuotojų, dirbančių skirtinguose institucijose, vykdančių socialinę neįgaliųjų reabilitaciją.

Praktinis tyrimo reikšmingumas

Nustačius skirtingų visuomenės grupių požiūrio į fizinę negalę charakteristikas bus galima efektyviau padėti ugdyti, plėtoti nevyriausybinę organizacijų darbinę veiklą ir didinti medicininės reabilitacijos paslaugų prieinamumą bei gerinti medicininės reabilitacijos paslaugų žmonėms su fizine negale kokybę.

Teorinis tyrimo reikšmingumas

Iki šiol nepakanka mokslo darbų, atskleidžiančių efektyvių sąveikų tarp medicininės reabilitacijos įstaigų, NVO bei asmenų po nugaros smegenų pažeidimo, judančių neįgaliojo vežimėliuose galimybes. Pažinus negalės vaizdinio formavimosi ypatumus, būtų galima efektyviau organizuoti socialinės reabilitacijos vyksmą ir papildyti ne tik praktinį, bet ir teorinį reikšmingumą.

Pagrindinės sąvokos

Negalė yra ne tik žmogaus fizinių, intelekto ar psichikos pokyčių, o ir stereotipų, socialinių vaizdinių bei socialinės sąveikos konstruktas (Ruškus, 2002).

Normalizacija – normalių gyvenimo sąlygų neįgaliesiems sukūrimas, o ne siekimas normalizuoti patį žmogų (Ruškus, 2002).

Reabilitaciją - kompleksinis, koordinuotas juridinių, medicininių, profesinių, socialinių priemonių taikymas žmogaus funkciniam aktyvumui atgauti (Kriščiūnas, 2005).

Socialinė integracija – mokslinė ir praktinė, opozicinė segregaciniam modeliui paradigma, mąstymo ir vertinimo būdas, jungiantis visas socialine sąveika ir socialinėmis struktūromis grįstas teorijas ir praktines idėjas (Ruškus, 2002).

Socialinis konstruktyvizmas – socialinių fenomenų (šiuo atveju negalės vaizdinio) konstravimas individų socialinėje sąveikoje (Forte, 2002).

Socialinė nuostata – tai psichologinė parengtis, atsirandanti buvusios patirties pagrindu ir valdanti asmenybės elgesį jai reikšmingų situacijų ir objektų atžvilgiu; nuostata skatina asmenybę atlikti savo vaidmenį tam tikru būdu, padeda įvaldyti jį atitinkančio elgesio standartus (Jakštys, 2005).

Magistro darbo struktūra. Ši magistro darbą sudaro: santrauka lietuvių kalba, įvadas, 2 skyriai, išvados, naudotos literatūros sąrašas (65 šaltiniai), reziumė anglų kalba, priedai. Tyrimo duomenis iliustruoja 10 paveikslų, 3 lentelės. Prieduose pateikiama tyrimo anketa ir kai kurie tyrimo duomenys. Magistro darbo apimtis –63 puslapiai.

I. SOCIALINIO VAIZDINIO TRAKTUOTĖ MOKSLO DARBUOSE

1.1. Socialinio vaizdinio samprata ir vaizdinio turinys

Socialinio vaizdinio (*social representation*) konstrukta įvedė S. Moscovici (1961), sujungęs socialinės nuostatos (*attitude*) ir kolektyvinio vaizdinio sąvokas. Socialinis vaizdinys – tai „*kolektyvinės interpretacijos eigoje besiformuojantis tam tikras pažinimas, kurio emociniai, kognityviniai bei simboliniai elementai įtakoja mąstymo būdą bei kasdieninę veiklą*“ (Deschamps, Beauvois, 1996, p. 137-138, Abric, 1994, Jodelet, 1989) (cit. Gailienė, Ruškus, 2000, p. 1).

Vaizdinių sąvoka mokslininkai vardina ne vieną dešimtmetį. Pagrindinis socialinio vaizdinio nagrinėjimo sudėtingumo argumentas yra tas, jog jis aprėpia ne tik nuomones, bet ir vertybines sistemas, socialines normas, kultūrinius modelius. Pasak Ruškaus, Mažeikio (2007), E.Kantas manė, kad mūsų pažinimo objektai yra tik vaizdiniai ir todėl yra neįmanoma visiškai pažinti realybę. A.Schopenhaueris teigė, kad vaizdiniai – tai slaptas valios darbo produktas, kuris pasireiškia žmonijos intelektiniuose procesuose. Vaizdinius savo mokslo darbuose mini sociologai G.Simmel bei M.Weber. Anot S. Moscovici, būtent prancūzų sociologo Emile Durkheimo reprezentacijų analizė tapo vaizdinių koncepto šiuolaikiniuose socialiniuose moksluose pamatu.

Socialinių vaizdinių konceptas yra vienas pagrindinių, paaiškinančių neįgalumo socialinį pradą lyg socialinio pažinimo forma sociume kuriant bendrą realybę. Kiekviena negalė sudaro savo socialinį vaizdinį. Suprasti socialinius vaizdinius – reiškia suprasti patį neįgalumą, jo formą, mokėti ir sugebėti priimti ją visuomenėje, su ja komunikuoti. Anot Ruškaus, Mažeikio (2007), S. Moscovici (2000) nurodo šio teorinio požiūrio pagrindėjo, socialinių vaizdinių apibrėžimą, kaip dvi funkcijas turinčią sistemą: pirma, „*sukurti tvarką, leidžiančią žmogui orientuotis pasaulyje ir valdyti materialųjį pasaulį*; antra, *palengvinti žmonių bendravimą, nes vartojami bendri kodai, įvardijantys ir klasifikuojantys supančio pasaulio bei asmeninės ir grupinės istorijos reiškinius*“ (p. 61). Analogišką socialinio vaizdinio (*social representation*) apibrėžimą nurodo ir „Blakvelo socialinės psichologijos enciklopedija“ (1995).

Tad socialiniai vaizdiniai leidžia žmonėms ir/ar jų grupėms stebėti ir interpretuoti įvykius ir situacijas. Anot Ruškaus, Mažeikio (2007) „*pagal šį apibrėžimą kvestionuojamas negalės objektyvumas*“ (p. 61). Ten pat autoriai nurodo Giami (1994) nuomonę, kad „*individas yra tiek neįgalus, kiek jis yra socialinis vaizdinys, o negalia yra tik įvairių socialinių vaizdinių sąveika*“ (p.61).

Socialiniai vaizdiniai **nurodo**, kad bendrybių pagrindu, (o ne skirtybių) konstruojamos socialinės grupės, **paaiškina** dominavimo santykius (ne tik socialines struktūras), **žymi** vertybių struktūravimo būdą (nes tai įgalina žmonių tarpusavio santykius).

Socialiniams vaizdiniams yra artima socialinių nuostatų sąvoka. „*Socialinė nuostata numano į kelias savybes: tai yra pasirengimas vienaip ar kitaip reaguoti į vieną ar kitą socialinę vertybę (Thomas ir Znaniecki), nuostata iš anksto modeliuoja būsimą elgesį (Mead), nuostata kaip įsitikinimas ir vertinimas (Myrdal), daugiau ar mažiau kristalizuota pozicija objekto (asmens, grupės, situacijos) atžvilgiu (Maisonneuve). Socialinės nuostatos, kaip ir socialiniai vaizdiniai, sudaro neįgalumo modelių, klinikinio ar socialinio, pamatą*“ (Ruškus, Mažeikis, 2007, p. 69).

Ankstesniais laikais buvo priimta manyti, kad neįgalių žmonių dezadaptacijos priežastis – tai vienoks ar kitoks sutrikimas, o socialinės integracijos prielaida buvo neįgalių asmenų korekcinis gydymas. Būtent 1920 - 1960 metais Vakarų visuomenė vadovavosi šiuo požiūriu, tai buvo medicininis integracijos modelis.

Pivorienė (2003) nurodo, kad medicininis integracijos modelis yra susijęs su Parson (1951) ligos modeliu. Pagal jį, būtinas socialinės sistemos funkcionavimo kriterijus yra sveikata. Ir jeigu šis kriterijus yra sutrikęs, sutrinka ir visos sistemos funkcionavimas. Liga – tai nukrypimas nuo normos, ir tokį nukrypimą visuomenė būtinai turėjo kontroliuoti, atleisdama asmenį nuo socialinių įsipareigojimų ir suteikdama jam specialųjį gydymą.

Neįgalieji buvo laikomi pacientais, turinčiais asmeninių funkcinių sutrikimų, kurie riboja dalyvavimą socialinėje veikloje. Žmonės su negale priimdavo savo diagnozę, tapdavo pacientais, gaudavo jiems skirtas finansines išmokas ir tokiu būdu įgydavo socialinę stigmą. Jie buvo „atskirti“ nuo visuomenės ir pačios visuomenės priskirti globotinio statusui. Toks požiūris ne tik dominavo visuomenėje, bet juo buvo grindžiama socialinė politika. Šį integracijos modelį galima apibendrinti žodžiais: atskirtis, stigma, diskriminacija, svetimas ir pan.

Septintajame dešimtmetyje situacija pradėjo keistis. Anot Steman (1999), vakarų šalys įrodė, kad šalia medicininių problemų neįgalieji susiduria ir su psichosocialiniais sunkumais, o neįgaliųjų problemas lemia ne tik ir ne tiek vidiniai, kiek išoriniai faktoriai. Medicininis integracijos modelis buvo reformuotas, pereita prie socialinio integracinio modelio. Anot Quinn (1998), jo pradininkais buvo žmonės su negale (cit. Pivorienė, 2003).

Šis modelis teigia, kad problemos, su kuriomis susiduria neįgalieji, kyla ne iš paties neįgalumo, o iš visuomenės pusės. Atmetamas ir tas požiūris, kad neįgalumas yra asmeninė problema, tai tampa socialinė situacija. Pasaulio šalyse skirtingu laiku įvairiai pasireiškia

medicininiai ir socialiniai integracijos modeliai. Modeliai tobulinami, papildomi, keičiami, ir tai neatsėjamai priklauso nuo šalies politinės, ekonominės ir socialinės sistemos.

Šių laikų ideologijos požiūris yra kardinaliai pasikeitęs, yra manoma, kad neįgaliųjų socialinės dezadaptacijos priežastis – tai neigiamas sveikų visuomenės narių požiūris į neįgaliuosius ir to požiūrio suformuotas atitinkamas elgesys, o socialinės integracijos prielaida - socialinės aplinkos gebėjimas suprasti, toleruoti ir priimti žmones su negale. Tai reiškia, kad negalė bei jos priėmimas yra socialinė problema, ir priklauso ji nuo žmonių mąstymo, nuostatų bei vertybių. Tokie socialiniai vaizdiniai ir nuostatos tapę visuotiniais, tampa realia tikrove. Kaip mini Ruškus (1999), negalės vaizdinį formuoja pati visuomenė ir tai yra visuomenės problema.

Analizuojant negalės vaizdinio svarbą, aktualu aptarti ir socialinės negalės vaizdinio turinį ir struktūrą. Pasak J.-S. Morvan (1988) (cit. Ruškus, 2002) socialinio vaizdinio teorinį modelį sudaro penki struktūriniai elementai:

1. „*Semiologinis vaizdinys*“.

Turimi vaizdiniai grupuojami apie tai, kas yra matoma, kas materialu, ką galima išvardinti. Pvz.: matomi elgesio sutrikimai, kūno fiziniai surikimai ir pan., bei pagal šių ženklų sankaupą daromi klasifikaciniai konceptai (pvz.: debilumas, potrauminis paralyžius, pan.).

2. „*Dominuojančios formos*“ vaizdinys“.

Šis elementas apibūdina neįgalaus asmens vientisą fizinio ir intelekto socialinio-psichologinio vaizdinio junginį. Tai socialinę negalę turinčio asmens vaizdinys, susijęs su dominuojančią vadinamąja „vaiko forma“.

3. „*Antrinis vaizdinys*“.

Šis elementas atspindi kognityvinį darinį. Fiziniai sutrikimai susiję su technine pagalba, o socialinė dezadaptacija atspindi tokius socialinius reiškinius, kaip atmetimas, bendravimo vengimas, vienišumas.

4. „*Emocinis vaizdinys*“.

Pagrindinis šio elemento padarinys – emocinė patirtis. Žmogus su fizine negale formuoja siekiančio gyventi, adaptuoto bei savarankiško individo socialinį vaizdinį. O protinis sutrikimas atvirkščiai – sukelia liūdesio, uždarumo vaizdinį. Šį elementą apibūdina prieštaringi – pasipriešinimo ir nusivylimo – jausmai.

5. „*Reakcijų vaizdinys*“.

Šiuo atveju atsispindi santykis su „kitu“. Žmogus su fizine negale sukelia kaltės jausmą dėl nepritaiktos jo poreikiams visuomenės. Socialinė dezadaptacija suformuoja netolerancijos ir atstūmimo vaizdinius.

Socialinio vaizdinio struktūra aiškiai parodo neigiamą visuomenės požiūrį bei nuostatos į neįgaliuosius formavimą. Ji iš anksto modeliuoja būsimą aplinkos elgesį. Kalbant apie socialinio vaizdinio teorinio modelio struktūrą, verta paminėti ir pačių nuostatų į neįgaliuosius struktūravimą, kuris leidžia įvertinti: 1) atribucinį visuomenės santykio su neįgaliuoju faktą; 2) negalę kaip skirtybę nuo socialinės – kultūrinės normos; 3) elgesio su neįgaliuoju latentines užuomazgas.

Ruškus (2002) pateikė mokslininkų Siller, Ferguson, Vann, Holland (1967) struktūrinį nuostatų į neįgaliuosius teorinį modelį, sąlygojantį neįgaliųjų ugdymo bei integracijos ribotumą:

1. „*Vidinė įtampa sveikos metu*“.

Sveiki visuomenės nariai nežino, kaip bendrauti su neįgaliuoju, nes pirmas vertinimas būna ne žmogaus kaip asmenybės, o pačios negalės kaip fakto. Todėl bendravimo metu atsiranda tam tikra įtampa, sutrikimas, nežinomybė, netikrumas, nežinojimas, kaip elgtis. Tai (dažniausiai) kelia neigiamas emocijas, atstūmimą.

2. „*Artimumo atsisakymas*“

Artimi santykiai su neįgaliuoju yra nepriimtini. O tai tiesiogiai susiję (gali būti) su nenoru pažinti žmones su negale, konstruoti tolimesnius santykius. Didelę reikšmę tam turi pirminis įvaizdis, pats negalės faktas.

3. „*Bendras atstūmimas*“

Ne pats žmogus, o jo negalė dažnai būna atstūmimo priežastimi. Todėl daugeliui visuomenės narių būdinga bendra neigiama argumentacija už neįgaliųjų socialinį apribojimą.

4. „*Autoritarinis paslaugumas*“

Žmonės su negale siekia visuomenės supratimo, bendro integracijos proceso, vienuo gyvenimo sąlygų ir pan. Jie nesiekia išsiskyrimo ir ypatingo dėmesio. Bet sveikųjų visuomenės narių pozicija yra (labai dažnai būna) atvirkštinė, pasireiškianti noru taikyti neįgaliesiems specifines korekcines priemones.

5. „*Emocinių savybių priskyrimas*“

Neigiami neįgaliųjų polinkiai suvokiami kaip negalės pasekmė.

6. „*Kančios identifikacija*“

Sveiki visuomenės nariai vertina ne patį žmogų, o jo negalę, todėl neįgalieji sukelia neigiamas sveikų žmonių reakcijas į negalę.

7. „*Funkciniai ribotumai*“

Neįgaliesiems dėl savo negalės išties sudėtinga prisitaikyti prie aplinkos, kuri yra nepritaikyta jų porėkiams. Todėl neįgaliųjų gebėjimai prisitaikyti aplinkoje labai dažnai būna nuvertinami.

Neįgaliųjų integracija patiria nemažai problemų, susijusių su visuomenės nuostatomis. Neigiamos nuostatos į neįgalų žmogų griauja jo socialinės integracijos idėją, turi įtakos asmens mokymosi galimybėms, elgesiui. Netinkama aplinka ir įtaka stumia neįgalųjį į naujas neigiamas situacijas, kurios ne tik nepadaeda įveikti jo atsilikimo, bet dar labiau didina, sunkina jo pirminę negalę.

Mokslininkai vieningai teigia, jog neįgaliųjų socialinės integracijos procesas remiasi humanistinėmis visuomenės nuostatomis. Pivorienės (2003) nuomone, neįgaliųjų socialinės integracijos ir socializacijos sėkmė (nemažai) priklauso nuo visuomenės požiūrio ir vertybių sistemos. Autoriai skirtingai interpretuoja visuomenės nuostatas neįgaliųjų atžvilgiu. Mokslinėje literatūroje, nagrinėjančioje nuostatas neįgaliųjų atžvilgiu, pabrėžiama nuostatų valentingumo (vertinimų pasiskirstymo tarp teigiamo ir neigiamo polių) problema (Ruškus, 2002). Autorius teigia, jog Lietuvoje atlikus kūno negalės psichosemantinės erdvės tyrimą paaiškėjo, kad kūno negalė socialiniame vaizdinyje pasižymi ambivalentiškumu ir kompleksišku (vaizdinys nėra būtinai teigiamas ar neigiamas, o sudarytas iš viso komplekso sudėtinių dalių). Ruškaus (2002) ir James (2001) pozicija šiuo klausimu nesutampa, nes pastarasis teigia, jog nuostatos neįgaliųjų atžvilgiu – neigiamos, diskriminacinio pobūdžio. Kriščiūno (2005) manymu, visuomenės požiūrį į neįgalųjį parodo tai, kiek aplinka pritaikyta neįgaliam asmeniui. Pozicijos, kad neigiamos nuostatos kuria socialinės atskirties sąlygas, laikosi Ruškus, 2002; Gevorgianienė, 2005 ir kt. mokslininkai.

Kalbant apie nuostatus į neįgaliuosius, objektas tampa ne tiek negalė ar neįgalus žmogus, kiek „nuostatos nešiotojas“ bei jo psichosocialinės savybės. Nuostatų struktūrinių elementų pažinimas paaiškina neįgaliųjų integracijos į visuomenę kliūtis, išskylančias dėl žmonių nuostatų. Kitaip tariant, negalės vaizdinys (dažniausiai neigiamas) formuojasi visuomenės narių masinėje ir individualioje sąmonėje. Meyerson (1948) teigia, jog „*sutrikimas yra tik fizinės būsenos variacija, kuriai mes suteikiame neigiamą vertę*“ (Ruškus, 2002, p. 22). Toliau Meyerson nurodo, kad ši neigiama vertė susidaro iš trijų dimensijų, einančių iš: 1) visuomenės, 2) pačios asmenybės, 3) netipiškos fizinės išvaizdos.

Tai reiškia, kad sutrikimų sąvoka susideda iš tarpusavio fizinių ir socialinių dimensijų. Buvo pastebėta, kad intelekto sąvoka ir fizinio sutrikimo sąvoka turi daug skirtumų ir nuostatos į skirtingas negales skiriasi, todėl intelekto sutrikimų sąvoka buvo atskirta nuo fizinių sutrikimų sąvokos. Vėliau buvo atskirta sutrikimų sąvoka nuo negalės sąvokos. Minint „sutrikimų sąvoką“, buvo kalbama apie organinį sutrikimą kaip veiklos funkcijų apribojimą, o kalbant apie „negalės sąvoką“ – kaip apie socialinį ribotumą. Tokį negalės skirstymą Wright (1983) (cit. Ruškus, 1999)

motyvuoja tuo, kad „žmogus, turintis sutrikimų, nebūtinai yra neįgalus, o neįgalus žmogus nebūtinai turi sutrikimų“ (p. 60).

Kalbant toliau apie socialinio vaizdinio modelio struktūrinius elementus, verta paminėti Morvan (1988) (cit. Ruškus, 1999, p. 61) pateiktus bendrus visas negales apibūdinančius kriterijus:

- 1) *Kategorijos ir klasifikacija;*
- 2) *Nepriėmimo/atstūmimo reakcija;*
- 3) *Fiziniai, techniniai, instituciniai „protezai“;*
- 4) *Nerimo jausmas.*

Šis teorinis modelis sudaro prielaidą manyti, kad subjekto turimas negalės vaizdinys yra kompleksinis, o ne tik elementari reakcija į stimulą.

Pati negalė yra tik negalės vaizdinio rezultatas ir yra situacinis dalykas. Reiškia, aiškinant negalę socialinio vaizdinio atžvilgiu, (ne visada) neteisinga orientuotis į individo organinį sutrikimą. Negalės vaizdinys atsispindi socialiniame, t.y. žmonių tarpusavio santykių kontekste.

Tad kokių pagrindų reikėtų laikytis, tiriant negalės vaizdinį?

Beaufils (1990) teigimu, negalės socialinis vaizdinys turi būti tiriamas remiantis tik bendru asmens socialiniu vaizdiniu. Ir tik pagal jo individualią socialinio vaizdinio struktūrą galima tirti neįgaliojo vaizdinį. Lietuvoje, deja, visuomenė žmones su negale apibūdina ne pagal asmens savybes, bet pagal negales (Ruškus, 2002).

Kalbant apie negalę, labai svarbu suprasti socialinį negalės konstravimą bei jo mechanizmą. Kiekvienas socialinis vaizdinys, nors ir netiesiogiai, bet veikia žmonių socialinę elgseną. Todėl yra manoma, jog visuomenės elgesį lemia ne tik tam tikros objektyvios situacijos, bet ir tų situacijų socialinis vaizdinys. Galima daryti prielaidą, kad visa realybė glūdi būtent socialiniuose vaizdiniuose. Tuo pačiu tie vaizdiniai sukuria visai kitą, naują realybę, rodančią, kad neva realybė nėra tai, ką mes matome ar darome, o tai, kaip mes suvokiame supančią aplinką bei aplinkos reiškinius. Remiantis šiuo požiūriu, socialinė politika ir intervencija gali būti tiesiogiai pagrįstos socialiniais vaizdiniais. Iš to išplaukia, kad visuomenės sąmonėje esantis neįgalaus asmens vaizdinys ir yra negalės realybė, t.y. požiūris į neįgaliuosius yra esminė socialinės integracijos sąlyga.

Jau aptarėme, kad skirtingos negalės sukelia skirtingus socialinius vaizdinius. Ruškus (2002) nurodo, kad fizinė negalė (kitaip nei intelekto sutrikimas) formuoja pakankamai palankų vaizdinį, nes orientuota į troškimo išgyventi jausmą. Bet socialinė dezadaptacija formuoja neigiamus vaizdinius, nes joje sudėtinga išvelgti išeitį. Šiuo atveju neįgalieji visuomenėje formuoja pykčio ir distrucijos vaizdinius

M. Daugėlos (2001) atliktas tyrimas paaiškina kūno negalės socialiniame vaizdinyje ambivalentiškumą ir kompleksišumą. Vaizdinys yra sudarytas iš komplekso sudėtinių dalių ir jo negalima apibūdinti vien teigiamai arba vien neigiamai. Autoriaus socialinio vaizdinio struktūrinės dalys atrodo taip :

1. „*Individualusis lygmuo (išgyvenimai, asmenybė)*“:

Socialinis vaizdinys fizinę negalę turinčių žmonių tarpe yra stipresnis, nes stipriau pasižymi valia ir ryžtas. Tuo pačiu fizinė negalė traktuojama kaip prielaida dvasiniam nuosmukiui. Svarbi emocinė būseną, jų išgyvenimai. Pabrėžiamas pirminis nusivylimas ir tolimesnis prisitaikymas. Suvaržymai ir įvairūs socialiniai trūkumai užima didesnę gyvenimo dalį nei privalumai. Neįgaliųjų atžvilgiu jaučiamas gailestingumas. Tapatinami kūno sutrikimai su asmenybės savybėmis.

2. „*Tarpasmeninis lygmuo (bendravimas)*“:

Pabrėžiami neįgaliųjų bendri interesai bei grupavimas. Žmonėms su kūno negale priskiriami proto, psichikos, elgesio sutrikimai. Neįgalieji apibrėžiami kaip „kitokie“, jiems būdingas draugystės, meilės faktorius. Neįgalieji reiškia norus bendrauti su kitais neįgaliaisiais, bet jaučia netikrumą dėl savęs ir kito, bendraujant pateikiamos tam tikros išlygos.

3. „*Socialinis (visuomenės) lygmuo*“:

Su neįgaliųjų izoliacija siejama ir jų pačių saviizoliacija. Ateityje matoma valstybės pagalba, neatmetamas ir pačių neįgaliųjų vaidmuo. Neįgaliesiems reikia sudaryti sąlygas, kad jie daugiau dalyvautų visuomenės gyvenime.

4. „*Pagalba*“:

Nevienodai suprantama pagalba neįgaliesiems: neįgalieji nenori pagalbos ten, kur jie be jos gali apsieiti ir atlikti veiksmus savarankiškai. Tuo pačiu sveikieji nėra tikri dėl savo veiksmų padedant. Neįgaliesiems būtina ne tik materialinė parama, bet ir kitos profesinės, techninės, edukacinės pagalbos priemonės. Sutikus neįgalųjį, kyla klausimas dėl jo negalės.

Remiantis tyrimo duomenimis matome, kad skirtingos negalės iš ties provokuoja skirtingus socialinius vaizdinius, kitaip tariant, fizinę negalę turintiems asmenims suteikiamos labai įvairios reikšmės.

Jacikevičius (1995) manymu, kiekviena asmenybė formuojasi prisitaikydama prie aplinkos. O pagrindiniai aplinkos elementai yra mitai, legendos, ideologijos, simboliai, kalbos, nuostatos ir pan. Šie elementai veikia individą bei daro įtaką jo formavimuisi. Autorius nurodo, kad šie elementai asmenybę keičia kaip tik tuomet, kai ji apibendrina ir fiksuoja atmintyje pažinimo ir praktinę patirtį.

Ruškus, Mažeikis (2007) mini, kad neįgalumo socialinių vaizdinių tyrimai padeda suprasti neįgalumo kaip socialinio reiškinių esmines ypatybes. Autoriai nurodo E. Durkheim'o keliamą prielaidą, kad socialinius fenomenus galima paaiškinti tik pažįstant vaizdinius ir jų sąlygojamas veiklas. O socialiniai vaizdiniai nurodo į visuomenėje esančius bendrumus ir yra bendro požiūrio elementas. Autoriai mini, kad V. Turner buvo paveiktas E. Durkheim'o ir susidomėjo, kokiais būdais simboliai veikia visuomenę ir ar simboliai funkcionuoja socialinio proceso viduje. Pasak Mažeikio, „*simboliai išprovokuoja socialinį veiksmą ir deda pastangas darančias įtakas, kurios skatina linkusius asmenis ir grupes imtis veiksmo*“ (p. 6-7). Tai reiškia, kad tokiu būdu simboliai savo kontekstu skatina socialines transformacijas, kurios jungiasi į normas, išprovokuoja konfliktus, besikeičiant individų statusui.

Vėliau Durkheimas kalba, kad kolektyviniai vaizdiniai vaidina didelę reikšmę individualių vaizdinių atžvilgiu. Vadinasi, mūsų kiekvieno konkrečios patirtys, individualūs vaizdiniai visada yra susijusios su kolektyviniais vaizdiniais. Tai galima paaiškinti tuo, kad individuali nuomonė ir visuomeninės normos yra skirtingi dalykai. Mūsų pačių nuomonė ar pojūčiai yra tik asmeninis dalykas, būdingas vienam kitam individui. O kolektyvinės normos yra būdingos daugumai, yra stabilesnės. Vadinasi, suprasti neįgalumo vaizdinius yra svarbu, kad geriau suvoktume, kokie stereotipai, kokios nuostatos sudaro kiekvieno individo elgesio nuostatą neįgaliųjų atžvilgiu. Socialinių vaizdinių tyrimai leidžia išryškinti bendrus stereotipus ir ypatumus, struktūravimą bei elgsenos modelius neįgaliųjų atžvilgiu. Kaip nurodo Ruškus, Mažeikis (2007), Lietuvoje ir kitose šalyse nuostatos neįgaliųjų atžvilgių dažniausiai yra neigiamos, o susiję tai su neįgalumo keliamomis neigiamomis asociacijomis.

1.2. Socialinis neįgalių asmenų vaizdinys istorijos kontekste

Socialinis žmonių su negale statusas per amžius buvo skirtingas ir keitėsi priklausomai nuo kiekvienos civilizacijos pakopos.

Socialinis negalės vaizdinys priklauso nuo daugelių socialinių, politinių, ekonominių, filosofinių ir kt. faktorių. Kiekvienai civilizacijos pakopai būdingas savotiškas visuomenės požiūris ir savotiškas negalės vaizdingumas.

Taip, besikeičiant kiekvienai istorinei epochai, keitėsi ir socialinis negalės vaizdinys.

Antikos epochoje negalė niekada nebuvo laikoma „normalumo“ kriterijumi. Visais žmonijos gyvavimo laikais jos bijojo, slėpė, vengė. Ji visada buvo socialinės normos sutrikimas. O įvairiuose mituose negalė apibūdinama nuo pačios košmariškos, nešančios blogį iki

simbolizuojančios Dievo dovaną ir laimę. Kiekvienam visų epochų laikotarpiui yra būdingi specifiniai, priklausomi nuo švietimo ir kultūros bei visuomenės ir neįgalių žmonių tarpusavio ryšių santykiai. Pasak Ruškaus (2002), tokia ambivalentišką neįgaliųjų padėtį žymus antropologas J.S. Stikeris pavadino metasocialine.

Negalę pirmieji paminėjo Antikinės Graikijos gydytojai, pasirašydami Hipokrato priesaiką. Tokie medicininiai raštai pasirodė XII – amė amžiuje prieš Kristaus gimimą. V – amė amžiuje prieš Kristaus gimimą negalės temą palietė ir Aristotelis, kalbėdamas apie tam tikrų organų sutrikimus. Nors pačioje Graikijoje rūpinimasis neįgaliaisiais buvo nepriimtas, tokių žmonių tiesiog nepripažindavo.

Antikos laikais kalbant apie negalę, buvo turima omenyje ne silpnesnius, o „kitokius“. O „*visos auklėjimo teorijos, sukurtos Graikijoje, neigė neįgalių žmonių auklėjimą*“ (Ruškus, 1997, p. 10).

Gudonis (2000) teigia, kad ikiistoriniu visuomenės raidos periodu apie negalę žinių yra labai mažai. Autorius remiasi Zamskiu (1974) ir nurodo, kad pirmykštėje visuomenėje išlikdavo tik stipriausi individai, o turintys ryškių sutrikimų asmenys neturėjo jokių galimybių kovoti dėl savo būvio, todėl dažniausiai žūdavo. Tokie asmenys buvo našta kitiems, negalėjo pasirūpinti maistu, todėl buvo ieškomi įvairūs būdai jais atsikratyti. Toliau autorius pateikia Feoktiso (1973) mintį, kad laisvo žmogaus idealas Spartoje buvo fiziškai stiprus, užgrūdintas, ištvėringas ir drąsus karys. Tais laikais galiojęs Likurdo įstatymas numatė invalidų naikinimą fiziniu būdu, numetant nuo Taigeto kalno.

Labai svarbus nutarimas neįgalių žmonių atžvilgiu buvo priimtas lotynų. Jie numatė psichinės ir fizinės negalės asmenų apsaugą. Lukrecijus manė, kad negalė – tai likimas, todėl ir yra tokių keistų būtybių. (Ruškus, 2002).

Mesopotamijoje fizinė negalė buvo tikra nuodėmė. Buvo manoma, kad tai Dievo atstūmimas, o tai reiškia, kad ir visuomenė turėjo pasielgti su tokio žmogumi lygiai taip pat.

Vėliau (po dviejų amžių) gyvenęs Romoje graikų rašytojas Pluarchas kalbėjo apie kokybišką tokių vaikų auklėjimo procesą. Buvo daromi pirmieji žingsniai neįgaliųjų juridinio statuso apibrėžimo link. Bet romėnų papročiai buvo labai stipriai išsiskynę ir įstatymai pasirodė bejėgiai pakeisti jų požiūrį.

Egipte žmonės su fizine negale buvo kulto ir apeigų elementai. Buvo manoma, kad blogis ir kančia – tai kosminių sutrikimų pasekmės.

Šių dienų visuomenės priima kitokią realybę. Priešingai nei Antikos laikais psichinė negalė vertinama griežčiau nei fiziniai sutrikimai ir sukelia didesnes neigiamas reakcijas. Ruškus (2002)

nurodo, kad J. S. Stikeris tokį požiūrį aiškina tuo, kad santykiečiai beprotybė/protas, neracionalumas/racionalumas yra kitaip aiškinami, o tuo pačiu ir kitaip priimami visuomenėje.

Krikščionybės laikais negalės vaizdinys turėjo savo ypatybių bei visuomenės vertinimo. Skirtingai nei graikų ir romėnų, negalės vaizdinys buvo priimtas hebrajų ir krikščionių. Šių visuomenių sąmonėje kiekvienas žmogus, nepriklausomai nuo sveikatos sutrikimų, buvo lyg Dievo dovana.

Caspar (1994) teigimu, neigalių asmenų integracija į visuomenę atsiskleidžia daugelyje kanoninių tekstų: Apaštalinės Tradicijos (aut. Ipolitas Romieris), Apaštalinės Konstitucijos, kanoniniai laišakai (aut. Bazilijus Cezarietis).

Krikščionybė keitė socialinės negalės vaizdinį visuomenėje. Buvo kuriamos naujos neigaliųjų integracijos formos. Šalia neigalių smerkimo, atrandamas moralinis krikščionybės kvietimas daryti gerą ir rodyti gailestingumą tiems nuskriaustiesiems.

Viduramžiais istorikai, tirdami visuomenės ir neigaliųjų santykių specifiką, pavadino ją „istorijos tyla“. Neįgalieji sudarė natūralią, integruotą visuomenės dalį. „*Nebuvo eugenikos idėjų nei segregacijos – negalės reiškinys buvo visiškai natūralus*“ (Ruškus, 2002, p. 66).

Buvo pradėta gerinti negalės sąvoką, neįgaliuosius sutapatino su „keistaisiais“ visuomenės nariais, tačiau negalės vizija galutinai suformuota dar nebuvo. Vėliau negalės socialinis vaizdinys buvo priimamas kaip reiškinys, susijęs su socialinėmis sąlygomis.

Naujas testamentas kalba apie Dievo ir žmogaus meilę. Akivaizdus paradigmos keitimasis, kuriame socialinis negalės vaizdinys perėjo kelią nuo kaltės ženklo iki Dievo palaimos.

Kadangi viduramžiais žmonės su negale nebuvo išstumti iš visuomenės, bet taip pat ir nebuvo į ją integruoti, viduramžių epochą galima pavadinti ambivalentiška tarp socialinės negalės vaizdinio ir visuomenės formavimosi.

Ruškus (2002) pažymi, kad per amžių egzistavęs neigalių asmenų socialinis statusas atskleidžia negalės socialinio vaizdinio mechanizmą bei jo ypatybes:

- 🚩 „*Poliariškumas*“. Kuo ankstesnį matome negalės atsiradimo laikotarpį, tuo labiau neigiamas jos požiūris visuomenėje. Laikui bėgant negalės vertinimas keičiasi - nuo neigiamo iki teigiamo.
- 🚩 „*Nepastovumas*“. Požiūris į negalę ir jo vertinimas priklausė nuo daugelių aspektų. Tam turėjo įtakos visuomenės kultūrų, vertybių kaita, kitokios visuomenės ideologijos formavimasis.
- 🚩 „*Normiškumas*“. Kokia bebūtų negalė, ji visada buvo laikoma visuomenės distriktu, nukrypimu nuo normos, o žmogus, turintis negalę buvo kitoks, nešiojantis stigmą.

✚ „*Subjektyvumas*“. Kiekvienoje epochoje, priklausomai nuo kultūros ir kitų socialinių veiksnių, žmonės skirtingai reaguodavo į negalę, skirtingai ją priimdavo. Tokie negalės vaizdiniai priklauso nuo emocijų, patyrimo.

✚ „*Įtakingumas*“. Objektyviai suprasti ir priimti negalę yra labai sudėtinga, nes tam reikia labai gerai suprasti bei pažinti ir patį žmogų su negale. Todėl dažniausiai aplinkiniai įvertina tik pačią negalę kaip faktą ir sukuria neigiamus žmogaus vertinimus. Toks subjektyvus negalės vertinimas virsta į socialinę (ir) politinę ideologiją.

Keičiasi laikai, keičiasi ir visuomenės ideologijos. Žmogaus socialinės raidos ribos nėra absoliučios ir pastovios, todėl išorinės priežastys neigalių žmonių atžvilgiu kelia naujų veiklos tikslų, padeda sukaupti žinių, mokėjimų, susidaryti bendravimo įgūdžių, priimti ir suvokti visas realijas kitaip.

Daugelių epochų eigoje negalę nagrinėjo ne tik psichologai, sociologai, filosofai bei kiti socialinių mokslų mokslininkai. **Medicinoje** negalės problemos taip pat nagrinėjamos nuo seno. Pirmasis įvairių protinių ligų aprašymus X a. atliko arabų gydytojas Ar-Razi. Vėliau šių ligų klasifikaciją atliko medikas Avicena (dar vadinamas Ibn Sina).

Prancūzas A. Pare (1510 – 1590) – šiuolaikinės chirurgijos tėvas, parašė įžymų veikalą „*Monstrai ir stebuklai*“, kuriame aprašė įvairių fizinių negalių reiškinius.

Pedopsichiatrijos atsiradimą nulėmė gydytojai Filipas Pinelis, Etjen Eskirolis ir Žanas Markas Itaras. „*Bet naujausia yra tai, kad jie įvedė adaptuoto auklėjimo strategijas*“ (Ruškus, 1997, p. 22).

Socialinis negalės vaizdinys, turintis tūkstantmečių raidos istoriją, stipriai keitėsi ir atitinkamai formavosi. Bet ir šių, XXI amžiaus dienų padėtis rodo, kad jis dar yra ambivalentiškas, poliariškas, dažnai grindžiamas anų epochų vaizdiniais.

1.3. Socialinės negalės vaizdinys interakcinės teorijos kontekste

Simbolinio interakcionizmo teorija leidžia kiek kitaip pažvelgti į negalę, nei per ilgą periodą vyravęs medicininis – korekcinis modelis.

Žmonės tarpusavyje sąveikauja apibrėždami vertybes, normas, simbolius ir taip sukurdami socialinius vienetus. Žmonių veikla priklauso nuo bendro socialinės grupės požiūrio į sąlygas, kuriomis jie gyvena, o bendras požiūris, savo ruožtu, priklauso nuo gautos informacijos, praktinių žinių ir toli gražu ne visada vaizduoja tikrovę. Simbolio suvokimas, įprasminimas, atkūrimas, perdavimas arba naujų simbolių kūrimas sudaro šios teorijos pagrindus.

Simbolinis interakcionizmas susiformavo apie 1930 metus JAV (Merkis, 1999). Saraga (1998) nurodo, kad simbolinio interakcionizmo paradigmos atstovais buvo G. Mead, G. Bateson, P. Watzlawick ir kt. Šie mokslininkai atskleidė socialinio konstravimo mechanizmą, kuris sudaro galimybes konstruoti neįgalųjų socialinę situaciją. (Gailienė, Ruškus, 2000).

Blumeris (1969, vertimas į liet. k. 1998) nurodo, kad simbolinio interakcionizmo šalininkais taip pat buvo ir palaikė šią teoriją tokie mokslininkai kaip G. H. Mead, W. I. Thomas, R. E. Purk, J. Dewey, W. James, Ch. M. Cooley, F. Znaniecki, J. M. Buldwin, E. Redfield ir L. Wirthas.

Prancūzų sociologas Michael Foucault sukūrė socialinio diskurso terminą, kuris žymi organizuotas visuomenės žinias (*knowledge*) ir žinojimą (*common sense*), neva socialiai sukonstruoti vaizdiniai reiškiasi kasdieniniame „kalbėjime“ ir „rašyme“. Sprendžiant socialines problemas, diskursai institucializuojami – jie nulemia socialinę politiką ir jos vykdymo būdą. Tai reiškia, kad diskursai ne tik daro tam tikrą įtaką socialinių vaizdinių formavimuisi, bet ir įtakoja socialinės politikos vykdymą. Toks požiūris neneigia objektyvių kūno sutrikimų priežasčių, tačiau pabrėžia psichosocialinius aspektus: socialines normas ir statusus, vaizdinius ir nuostatas, vaidmenų pasiskirstymą ir socialinę sąveiką. Iš to išplaukia, kad negalė yra situacinis dalykas, o vertinama ji sąveikoje tarp individualių sutrikimų ir galimų veiksnių (jų apribojimų) bei socialinės aplinkos.

Kaip teigia socialinė interakcinė teorija, neįgalų žmonių integracijos sėkmė arba nesėkmė priklauso ne nuo neįgalumo laipsnio, o nuo socialinės aplinkos, t.y. socialinių normų ir nuostatų.

Anot Merkio (1999) simbolinis interakcionizmas vadovaujasi prielaida, kad žmonių elgseną apibrėžia ne tik objektyvūs aplinkos veiksniai, bet labai stipriai įtakoja ir subjektyvios prasmės, kurias individai priskiria objektams ir aplinkinių žmonių poelgiams. Tai reiškia, kad elgseną ir veiksmą sukeliančios prasmės atsiranda socialinėje interakcijoje ir jos interpretacijoje. Kitaip tariant, socialinis pasaulis konstruojamas subjektyviai įprasmintų interakcijų pagrindu. Jeigu, pavyzdžiui, koks nors įvykis bus traktuojamas kaip nerealus, nors yra atvirkščiai, tai jis ir padarys nerealių pasekmių. Tarkime, niekada nematę ir nebendravę su neįgaliaisiais, moksleiviai net nenutuokia, kad šios grupės nariai yra baigę aukštąsias mokyklas, turi aukštąjį išsilavinimą, dirba, vairuoja automobilius, turi šeimas, jas išlaiko, yra labai aktyvūs ir laiko save pilnaverčiais visuomenės nariais. Bet moksleiviams neįgalūs asmenys sukelia neigiamas asociacijas. Tokiu atveju moksleiviai sudarys savo vaizdinius, nuostatas ir normas neįgalųjų grupės atžvilgiu, o tai nulems (gali nulemti) jų socialinę sąveiką.

Interakcionizmo teorija akcentuoja, kad nuostatos, simboliai, vaizdiniai – tai labai svarbūs kriterijai, nuo kurių priklauso žmonių sąveikos rezultatas. „Nuostata (*angl. attitude, rus. – ustanovka*) yra žmogaus parengtis, arba predispozicija, specifiniu būdu atsakyti į tam tikrus

poveikius“ (Jacikevicius, 1995, p. 38). Autorius nurodo, kad nuostatos stipriai siejasi su įsitikinimais ir nuomonėmis. Jos naudojamos kaip daiktų, taip ir pačių žmonių atžvilgiu, o jų turinys ir sąmoningumo lygiai įvairūs, jos gali būti kaip teisingos, taip ir klaidingos.

Tas pats autorius pažymi, kad nuostatos formuojasi ne tik pačios asmenybės iniciatyva. Vieni visuomenės nariai perduoda teiginius ir vaizdinius kitiems, tokiu būdu darydami jiems tam tikrą poveikį ir įtaką. Ir tai gali kartotis iš kartos į kartą. Taip individai perima visuomeninę kultūrą ir tokiu būdu ji tampa vertybių sistema, kuri savo ruožtu ir susideda iš įvairių atsitiktinių žinių, teiginių, nuostatų, vaizdinių ir pan. Būtent nuo šių elementų priklauso „*antraeilės reikšmės vertybių turinys ir pasikeitimai*“ (p. 43). Akivaizdu, kad turinio prasme nuostatos ir socialinio vaizdinio konceptai yra stipriai susiję.

Kalbant apie interakcionizmą, negalė šios krypties grindėjai supranta kaip neįgalaus individo protu suvoktą kasdieninio gyvenimo visuomenėje patirtį, priklausomą nuo visuomenės kultūros, įskaitant dabarties, praeities, ateities informaciją bei socialinius santykius (Berger, Luckmann, 1966; Guba, Lincoln, 1994; Priestley, 1998) (cit. Adomaitienė, Mikelkevičiūtė, 2001).

Kiekvieno žmogaus suvokimas apie negalę yra savas ir priklausyti jis gali kaip nuo gyvenamosios vietos, visuomenės požiūrio, tradicijų, taip ir nuo kitų savo gyvenime patiriamų dalykų. Tad negalė galima traktuoti kaip visuomeniškai nulemtą neįgalaus žmogaus proto darinį.

Socialinės psichologijos tyrimai, tiriant grupių funkcionavimo dėsningumus, pateikė stereotipinės sąveikos savų ir svetimų grupių fenomeną, kur socialinės grupės apibūdinamos kaip „mes“ ir „jie“. „Jie“ yra kaip svetimieji, kurių yra mažiau, apie kuriuos mažiau žinoma, su kuriais neaišku kaip elgtis ir ko tikėtis iš jų. Tyrimai rodo, kad neįgalieji psichosocialinių požiūriu sudaro svetimųjų grupę (Altman, 1981; Bogdan & Taylor, 1982; Giami, 1994; Goffman, 1975; Morvan, 1988; Ruškus, 1999 ir kt.) (cit. Gailienė, Ruškus, 2000). Toks skirstymas sukelia kaip socialines-moralines pasekmes, taip ir lemia tarpusavio santykių kokybę.

Tuo pačiu tyrimai rodo (Giami, 1994; Silker, 1997) (cit. Gailienė, Ruškus, 2000), kad kiekvienoje visuomenėje ir kultūroje savaip konstruojamas „kitokio“, „svetimo“ žmogaus vaizdinys. Tuo pačiu tai parodo ir subjekto santykį su negale. Negalės sąvoka veikia kaip socialinis vaizdinys, sistemingai grupuojantis įvairius reiškinius, o tuo pačiu tai priklauso ir nuo įvairių vidinių prieštaravimų. Giami (1994) teigimu „*negalės vaizdinys yra sudarytas pagal tokį pat modelį, kaip ir pati negalė*“ (p. 2). Remiantis šiais teiginiais galima teigti, kad negalė yra tiek negalė, kiek ji yra kitų socialinių vaizdinių konstruktas, t.y. vaizdinys.

Toliau Ruškus (1999) nurodo Paicheler (1990) teiginį, kad „*negalė visų pirma būtų socialinio atsakymo į sutrikimus rezultatas*“ (p. 60). Autorius toliau pateikia nuomonę, kad tai net

sudaro tam tikrų sunkumų suvokti, kur yra negalės vaizdinys žmonių sąmonėje, o kur yra pati negalė. Savo ruožtu vyrauja Giami (1994) nuomonė, kad negalė visų pirma gali būti apibūdinama kaip negalės situacija, kitaip tariant – dezadaptacija. Tokiu atveju, galima daryti išvada, kad negalės apibrėžimas, dominuojantis į individo organinius sutrikimus, nebetenka prasmės. Negalės terminą reikėtų konstatuoti kaip socialinį, t.y. žmonių tarpusavio santykių, kontekstą.

Simbolinio interakcionizmo atskleistas socialinis konstravimas leidžia suprasti socialinio pasaulio suvokimo procesą. Šio proceso eigoje atskiri realybės faktai ar interpretacijos virsta visuotiniu žinojimu (*common – sense understandings*), o žinojimas tampa savaime suprantama tikrove. Tokiu atveju socialiniams reiškiniams suteikiama prasmė daro (gali daryti) tam tikrą įtaką socialinės elgsenos atžvilgiu. Akivaizdu, kad negalės sukelti socialiniai vaizdiniai veikia labai aktyviai.

Lonsdale (1990) sako, kad kiekvienas individas gyvenime nukrypsta nuo priimtų normų, bet jei prisitaiko prie esančių normų ir taisyklių, tokie nukrypimai yra ignoruojami. Bet kai kuriais atvejais tokie nukrypimai tampa dominuojančiu santykių bruožu. Pasak autoriaus, fizinė negalė yra per daug akivaizdi, kad į ją galima būtų nekreipti dėmesio. Johnson (1983) mini, kad nestigmatizuotas asmuo santykyje laikomas kompetentingu, o stigmatizuotas bus laikomas nekompetentingu tol, ko neįrodys savo kompetencijos. Asch, Fine (1990) manymu, neįgalumas priimamas kaip socialinės sąveikos rezultatas ir yra šios sąveikos lemiantis veiksnys (cit. Pivorienė, 2003).

Pasak Blumer (1998), būtina išskirti tris kriterijus, kuriais galima vadovautis, kalbant apie simbolinį interakcionizmą:

1. Žmonių santykį su daiktais apibūdina reikšmės, kurios stipriai susijusios su tais daiktais;
2. Daiktų reikšmė kyla iš socialinė sąveikos, kuri savo ruožtu vyksta tarp žmonių;
3. Reikšmės palaikomos ir valdomos interpretacijos eigoje, t.y. tyrinėjant tuos daiktus.

Tai reiškia, kad priklausomai nuo to, kokia reikšmė suteikiama negalei, žmonės atitinkamai suvokia ir/ar palaiko savo santykį su ja. Kadangi reikšmės atsiranda sąveikoje, tai priklausomai nuo nuostatų ir požiūrio, kuriama tam tikra negalės reikšmė neįgaliųjų kategorijai. O pati neįgaliųjų kategorija savo ruožtu kuria sutrikimų reikšmes, t.y. visos visuomenės nuostatą į juos. Visuomenė savo ruožtu kuria vaizdinius apie neįgaliuosius atitinkamai remiantis žmonių su negale elgesiu visuomenėje.

Kaip teigia Valantiejus (1998) „pagal simbolinio interakcionizmo perspektyvą, tikrovė yra socialinių reiškinių konstravimo būdas“ (p. 157).

Reiškia, socialinio konstravimo procesą galima pavadinti mūsų pačių sukonstruotu, nes mūsų žinios, nuostatos bei kitaip perduota informacija, pateikus vienokią ar kitokią reikšmę, tampa atitinkamu faktu, t.y. realybe. Ir ta realybė būna priimta kitų visuomenės narių ir tampa visuotine realybe.

R.B.Edgertonas (cit. Ruškus, 1997) teigia, kad kiekviena visuomenė susiduria su situacijomis, kurių metu gali atsiskleisti neįgalaus asmens nekompetencija, ir kad kiekviena visuomenė, priklausomai nuo socialinės politikos, pateikia skirtingas šios problemos sprendimo variantus. Pasak Ruškaus (1997), tokio individo nekompetencija gali būti suprantama tik gerai pažinus individo socialinę ir kultūrinę aplinką. Tai reiškia, kad negalė yra kompleksinis reiškinys, neatsiejamas nuo socialinio konteksto ir vertinant neįgalųjį bei jo kompetenciją, būtinas asmenybės pažinimas, o ne išankstinė nuostata ar tik žinojimas apie ją.

Žmogus gyvena visuomenėje, nuolat sąveikaujant su aplinkiniais. Tai reiškia, kad žmogus plėtoja savo veiksmus, atsižvelgdamas į iškylančias situacijas. Ši procesą galima įvardinti kaip socialinę sąveiką tarp individų.

Ar nebūtų teisinga pasakyti, kad mūsų sociumas yra mūsų pačių sukonstruotas, t.y. mūsų pačių subjektyvus vaizdinys? O pačią negalę mes įsivaizduojame taip pat subjektyviai, kaip vieną iš reiškinų, nes patys sukuriame tam tikrą vaizdinį apie ją.

Simbolinis interakcionizmas „iškėlė“ suprantamą idėją apie „kitokių“ (*others*) kategoriją ir neįgaliųjų vietą visuomenėje. Nežiūrint į egzistuojančią socialinę neįgaliųjų atskirtį (apie tai diskutuosime sekančiame skyriuje), interakcionizmas ir toliau leidžia ieškoti tų būdų, kurie garantuotų socialinės neįgaliųjų grupės visišką pripažinimą visuomenėje, daugiausia remiantis tokia strategija, kuri padėtų tenkinti neįgaliųjų žmonių poreikius.

1.4. Neįgaliųjų socialinės atskirties formavimosi mechanizmas

Kodėl taip yra, kad visuomenė skirstoma į „normalius“ ir „nenormalius“? Kodėl jaučiame skirtumus tarp tų, kurie vadina save esą *normalūs* ir neįgaliųjų? Kodėl kalbama apie neįgaliuosius, kaip apie nešiojančius stigmą arba stigmatizuotus?

Normalizacijos judėjimo iniciatorius ir organizatorius buvo N. E. Bank – Mikkelsen. Jis manė, kad žmonės, turintys sutrikimų, nepriklausomai nuo to, kokie tie sutrikimai bebūtų, turi lygias teises ir turi gyventi taip, kaip ir kiti.

Anot N. B. Mikkelsen (1991), normalizacija nėra utopija, reikia tik sukurti „protingą“ sistemą neįgaliesiems ir jie gali būti lygiaverčiai. Skandinavijos šalių patirtis rodo, kad

informacijos dėka paveikus visuomenės požiūrį apie neįgaliuosius, jų sutrikimus, ypatumus, galimybes, pagalbos jiems esmę, galima pasiekti gerų rezultatų. Be to, normalizacija yra labai naudinga ir ekonomiškai. Juk žymiai sunkiau išlaikyti brangiai kainuojančias dideles institucijas neįgaliesiems, nei sukurti bendruomeninio tipo paslaugų teikimo tarnybas. Be to, tokia darbe yra ir abipusė nauda, nes visuomenei sudaromos galimybės geriau pažinti teigiamas, stiprias neįgaliųjų savybes, o patiems neįgaliesiems – jaustis visaverčiais žmonėmis (Ruškus, 2002).

Šiuolaikiniai specialieji mokslai puoselėja autonomijos ar integracijos modelius. Autonomijos atveju neįgalieji asmenys yra atskiriami kaip atskira subkultūra. Tokia prievartinė atskirtis neįgaliesiems taikoma įvairiomis formomis bei mažina socializacijos, pilietinio dalyvavimo ir savirealizacijos galimybes.

Integracijos šalininkai kalba apie tai, kad neįgaliesiems turi būti sukurta alternatyva, kuri turi priartinti prie „normalumo“, o ne sukurti išskirtines sąlygas. Tačiau „normalaus“ tobulėjimo samprata yra aiškiai ambivalentiška, eliminuojanti specifinius gebėjimus bei skirtumus. Pasak Ruškaus, Mažeikio, (2007) *„tai, kad atmetus ydingą segregacinę (ne)įgaliųjų atskirties koncepciją buvo pasirinktas „normalizacijos“ kelias vardan „socializacijos“ idealų, pasmerkė (ne)įgaliuosius arba neadekvačiom konkurencinės sąlygom, arba valstybės subsidijuojamoms neprestižinėms veikloms (darbams), o ne sukūrė savitumo sąlygas“* (p. 17-18).

E. Goffman (1963) tyrė, kaip negalę suvokia visuomenė ir atstūmimo iš visuomenės problemą. Autorius aiškina, kad egzistuoja negalės nekomfortabilumas visuomenės atžvilgiu. Neva sutinkamas individas priimamas pagal tam tikrus ženklus, simbolius, kas leidžia nustatyti jo identitetą, statusą. Tokie simboliai išskiria jį iš visuomenės narių ir automatiškai priskiria tokį asmenį prie „kitokių“. Toks stigmatizavimas pasmerkia žmogų atstūmimui. Kiti tyrinėtojai teigia, kad socialinio atstūmimo priežastimi yra ne pati negalė, o socialinis asmens statusas (Ruškus, 1997).

Beje, neįgalių žmonių socialinis atstūmimas pasireiškia ir per daug juos saugojant nuo socialinės realybės – taip jiems atimamas atsakomybės jausmas. Ruškus (1997) sako, jog neįgaliesiems per daug viskas yra (būna) sutvarkyta – nuo socialinių išmokų iki poilsio, tuo pačiu jiems užkertamas kelias patiems susitvarkyti su savo gyvenimiškais sunkumais. Toks elgesys su neįgaliais asmenimis juos dar labiau atstumia nuo dalyvavimo socialinėje realybėje ir dar labiau padidina socialinę negalę. Tokiu atveju atskirtas nuo kitų neįgalus asmuo nebeturi jokio pasirinkimo, nes susitelkia ties savo negale ir daro viską, kas patvirtina jo, kaip neįgalaus asmens, statusą (Ruškus, 1997).

Kiekviena asmenybė, ne išimtis ir žmogus turintis negalę, siekia aukštesnio statuso. O jos veiklos rezultatai bus tada geresni, kai ji suvokia savo vertę grupėje. Bet asmenybės, taip pat ir

neįgaliojo asmens, savo paties statusas visuomenėje gali nesutapti su objektyviu statusu. Nesutampant subjektyviam ir objektyviam statusams, asmenybė jaučia neprisitaikymą, „kitokio“ jausmą. Turintis negalę žmogus yra ir elgiasi kitaip nei iš jo tikimasi. Toks būdamas neįgalus asmuo neišpildo visuomenės lūkesčių, kurie valdo bendrą gyvenimą. Jis pažeidžia socialines normas, visuomenė juo nusivilia.

R. Murphy (cit. Ruškus, 1997) teigia, kad neįgalieji dėl savo negalės praranda įprastą socialinį statusą, bet neįgauna kito, t.y. jų situacija yra tarpinė. *„Neįgalūs žmonės nėra nei ligoniai, nei geros sveikatos, nei mirę, nei pilni gyvybės, nei visuomenės išorėje, nei jos viduje“* (p. 40-41). Tai reiškia, kad socialinės normos neįgaliųjų atžvilgiu turi keistis, kitaip neįgalieji neturės galimybių įveikti socialinės dezintegracijos.

Edgerdon (cit. Ruškus, 1997) manymu, visuomenėje egzistuoja nemažai „geradarių“, kurie padeda neįgaliesiems „užtušuoti kompetenciją“, t.y. slėpti savo nekompetenciją, taip išlaikant gerą savęs vertinimą, o pats žmogus tuo pačiu nesijaučia pažemintas. Tokie „geradariai“ sukuria tokią socialinę aplinką, kuri apsaugo nuo stigmatizacijos ir nuo pagarbos sau praradimo.

Dž. Morėnas teigia, kad vidiniai poelgiai ir veiksmai turi būti atliekami su kitais žmonėmis, nes tik tokiu atveju pasiekiamas „katarsis“. *„Dėl to reikia sudaryti sąlygas, kad užguitos asmenybės galėtų išreikšti save, atlikti tokius vaidmenis, kurių negali atlikti realiomis sąlygomis“* (Jacikevičius, 1995, p. 17).

Kaip mini Goffman (1967), negalė nuo seno nėra kažkas negatyvaus. Šitoje situacijoje verta paminėti ne apie atvejį, o apie negatyvų to atvejo apibrėžimą. Kalbant apie žmones su negale, įvairiais simboliais bei nuostatomis atskleidžiami matomi ir nematomi požymiai. Jų pagalba pastebime, kad neįgalieji – kitokie nei mes. Neįgalus asmuo turi vieną savybę, kuri yra išskiriamoji, ir ta savybė yra būtent stigma.

Toliau Goffman nurodo, kad ypatingas socialinio pasmerkimo atvejis pastebimas, kai kalbama apie neįgaliuosius. Visi neigiami apibūdinimai yra suvedami į vieną „etiketę“, kuri išreiškia kaip stigma. Pagal stigmą atitinkamai formuojamas elgesys su neįgaliaisiais. Negatyvus elgesys neįgaliųjų atžvilgiu gali stipriai įtakoti jo identiteto formavimuisi. Negatyvūs išgyvenimai ir neigiami socialiniai atsiliepimai yra mūsų nusistatymo ir elgesio būdo su neįgaliaisiais išraiška ir tiesiogiai ar užslėptai perneša stigmą, kurios pagalba neįgaliajam ir priskiriamos neigiamos savybės.

Neigiamų savybių neįgaliesiems bei neįgalių žmonių priskyrimas prie „stigmatizuotų“ tęsiasi nuo ankstesnių epochų. Koks visuomenės požiūris į negalę bei koks negalės vaizdinys buvo ilgais istoriniais laikotarpiais, aptarsime sekančiame skyriuje.

1.5. Fizinės negalės samprata

Negalė - ne tik žmogaus fizinių, intelekto ar psichikos pokyčių, bet ir stereotipų, socialinių vaizdinių bei socialinės sąveikos rezultatas. Todėl negalė tampa psichologijos, t.y. asmenybės ir sociologijos, t.y. santykių visuomenėje dėmesio aspektais. Psychosocialiniu požiūriu negalė vertinama kaip sąveika tarp asmens ir jo aplinkos (šeimos, ugdymo institucijų, socialinių sąlygų). Pagrindinis neįgalųjų integracijos veiksnys yra visuomenės požiūris į juos bei integraciją lemiančių socialinių struktūrų kokybės ir kiekybės santykis.

„Tarpautinėje funkcionavimo, neįgalumo ir sveikatos klasifikacijoje“ (2001, vertimas į liet. k. 2004) „*neįgalumas* - skėtinis terminas, aprėpiantis funkcijų sutrikimus, veiklos ribotumus ir dalyvumo suvaržymus. Jis atspindi neigiamus asmens ir aplinkybių tarpusavio santykių aspektus“ (p.239).

Kiek kitoki apibrėžimą, neižvelgiant neigiamų aplinkos ir individo tarpusavio aspektų, pateikia A. Kriščiūnas ir kt. (1996) nurodydami, kad sutrikimas – tai psichologinis, fiziologinis ar anatomicinis pažeidimas ar netekimas, o „*negalia* (nepajėgumas) – bet koks žmogui įprastos veiklos ar galimybių apribojimas dėl funkcijos sutrikimo (defekto)“ (p. 7).

Giami, A. (cit. Ruškus, 2000, p. 22) neigia negalės sąvokos objektyvumą, teigdamas, kad „*negalė yra įvairių socialinių vaizdinių sambūris*“. Ruškaus manymu, joks negalės apibrėžimas nėra absoliučiai teisingas, nes negalės apibrėžimą nulemia socialiniai vaizdiniai ir visuomenės vertybės, kurios priklauso nuo kultūrinių, politinių ir socialinių vertybių. Autorius nurodo, kad „*negalė yra ne tik žmogaus fizinių, intelekto ar psichikos pokyčių, o ir stereotipų, socialinių vaizdinių bei socialinės sąveikos konstruktas*“ (p. 22).

Taip pat skirtingai negalę apibūdina ir M. Kalyanpur (cit. Ruškus, 2000, p. 23-24), skiriant keturis skirtingus negalės interpretavimo elementus:

1. „*Negalė – dvasinis fenomenas*“. Pabrėžiama, kad negalė nėra fizinio sutrikimo pasekmė. Pagal Senąjį Testamentą negalė – tai „netikusios“ praeities etapas, pagal kitų tautų mentalitetą negalė – tai Dievo dovana arba praeityje sužaloto giminės protėvio atgimimas.
2. „*Negalė – laiko ribojimas fenomenas*“. Šis negalės interpretavimo elementas liudija apie skirtingų šalių skirtingą negalės suvokimą. Vienose šalyse tikima, kad negalė yra tik sielos sutrikimas, kitose – kad negalė tik gyvenimo sutrikimas ir tai yra praėjusio gyvenimo rezultatas.

3. „*Negalė – grupinis fenomenas*“. Tokioje negalės interpretacijoje atmetami individualiniai individo sutrikimai. Pagal tai negalė apibūdinama ne kaip individualių, o šeimyninių problemų rezultatas, skirtas individui dėl jo šeimos praeities nuodėmių.
4. „*Negalės akceptacija*“. Ilgą laiką buvo tikimasi, kad negalę žmogus patiria nuo antgamtinių jėgų. Todėl šis negalės interpretavimo elementas nurodo, kad tiems, kurie patyrė negalę nuo Dievų, pagalbos reikia labiau, nei tiems, kurie patyrė negalę nuo antgamtinių jėgų.

Šie autoriaus negalės interpretavimo elementai visiškai nenurodo negalės atsiradimo fizinių priežasčių – ligų ir/ar traumų. Visi funkcijų sutrikimai ir neįgaliųjų sąveika su aplinka pagrįsta tik antgamtiniais tikėjimais. Toks visuomenės mentalitetas pagrįstas anų dienų kultūrinėmis vertybėmis bei visuomenės ideologija.

Vis gi verta paminėti, kad ir fizinė negalė yra skirtinga, kaip jos kilmė bei padariniai. Vieni yra (gali būti) paveldimi, o kiti – traumų ar ligų pasekmės.

Remiantis įvairių autorių negalės apibrėžimais, matome vieną bendratį, pagal kurią negalę galima apibūdinti taip: ***negalė yra tam tikras funkcinis sutrikimas, kuris trukdo žmogui normaliai funkcionuoti nepritaikytoje visuomenėje.***

Savo darbe vadovausiuosi būtent šiuo negalės apibūdinimu, nes tyrime dalyvaujantys respondentai - žmonės po nugaros smegenų pažeidimo, turintys stuburo traumas, judantys neįgaliojo vežimėliuose labiausiai atitinka šį apibūdinimą.

1.5.1. Nugaros smegenų sandara, pažeidimai ir judėjimo funkcijų sutrikimų funkcinės charakteristikos

Nervų sistema – tai sudėtingas ir daugiafunkcinis mechanizmas. Kaip nurodo Kriščiūnas (2006a), nervų sistemą sudaro centrinė, periferinė ir vegetacinė nervų sistemos. Centrinė nervų sistema sudaryta iš nugaros ir galvos smegenų. Galvos smegenys dar skirstomos į pailgąsias smegenis, tiltą, smegenėles, vidurines bei tarpines smegenis ir galvos smegenų pusrutulius; pastaruosius sudaro galvos smegenų žievė, kurioje išsidėstę aukščiausi nerviniai centrai. Galvos smegenų viduje esančios ertmės vadinamos galvos smegenų skilveliais, juose cirkuliuoja smegenų skystis. Galvos smegenyse išskiriami labai svarbi ekstrapiramidinė sistema ir tinklinis darinys. Galvos ir nugaros smegenis dengia trys dangalai: kietasis, voratinklinis ir švelnusis. Periferinę nervų sistemą sudaro nerviniai rezginiai, nugariniai ir galviniai nervai (pastarųjų yra 12 porų). Vegetacinė nervų sistema skirstoma į simpatinę ir parasimpatinę nervų sistemas.

Nervų sistemos pažeidimai būna įvairūs, jie pasireiškia sunkiomis ligomis bei komplikacijomis. Vienas iš tokių – stuburo smegenų pažeidimas, kurio priežastimi būna ligos ir traumos.

Autorius nurodo, kad stuburas - viena iš svarbiausių kūno dalių, nuo kurios priklauso kitų organų funkcionavimas. Pats stuburas jungiasi į slankstelius, sudarytus iš stuburkaulių kūnų, lankų ir ataugų, o jo ilgis yra apie 70 – 75 cm. Stuburas susideda iš tam tikrų dalių, kurios turi savo slankstelius, o tarpusavyje juos jungia raiščiai ir sąnarių sistema. Tarp slankstelių esantys tarpslanksteliniai diskai atlieka amortizatorinę funkciją. Stuburo kanale, sudarytame iš kaulų lankų ir ataugų yra nugaros smegenys - tai centrinės nervų sistemos dalis. Jos eina nuo galvos smegenų pagrindo žemyn ir yra labai trapios, maždaug mažojo piršto storio. Nugaros smegenis apsaugo stuburas, t.y. stuburo slanksteliai. Nugaros smegenų pažeidimas gali turėti labai rimtas pasekmes – nuo tam tikrų vidaus organų funkcijų sutrikimų iki pilno žmogaus kūno paralyžiaus. Kiekvienas sutikimas priklauso nuo nugaros smegenų pažeidimo lygio.

Kaklinėje dalyje yra aštuonios poros stuburo nervų ir septyni slanksteliai, jie žymimi C1 – C7. Nervas C8 praeina tarp C8 ir pirmojo krūtininio slankstelio – T1. **Krūtininėje dalyje** yra 12 , o **juosmeninėje dalyje** 5 slanksteliai. Šiose dalyse kiekvienas nervas eina po atitinkamų slankstelių, todėl atitinkamai ir žymimas, t.y. krūtininė dalis - T1 – T12, juosmeninė - L1 – L5. Kryžkaulinė stuburo dalis turi penkias poras nervų, jos žymimos S1 – S5. Žemiau antrojo juosmens slankstelio nugaros smegenys baigiasi, bet stuburo nervai dar tęsiasi. Taip yra todėl, kad stuburgalis yra ilgesnis už nugaros smegenis. Apatinėje juosmens ir kryžkaulio dalyje nervai stuburo viduje atrodo kaip arklio uodega (lotyniškai – *cauda equina*).

Nugaros smegenų darbą ir funkcijas aprašo Margaret C. Hammond, MD, Stephen C. Burns, MD. (2000). Autoriai nurodo, kad stuburo nervus ir galvos smegenis jungia nugaros smegenų kamienas. Nervai, esantys tik nugaros smegenyse, vadinami *viršutiniais motoriniais neuronais (VMN)*. Jie yra tik tarp galvos smegenų ir stuburo nervų. O stuburo nervai išsišakoja iš stuburo smegenų, eina į kūno audinius ir vadinami *apatiniais motoriniais neuronais (AMN)*. Kada žmogus juda, galvos smegenys siunčia informaciją per nugaros smegenis į stuburo nervus, t.y. iš viršutinių motorinių neuronų į apatinius motorinius neuronus. Savo ruožtu apatiniai motoriniai neuronai siunčia šią informaciją į raumenis ir koordinuoja kiekvieną judesį.

Stuburo smegenų funkcijos. Kiekvienas stuburo nervas turi dvi dalis: viena perduoda informaciją iš stuburo smegenų į raumenis, susijusius su judėjimu, tai – *nervo motorinė dalis*. Kiekviena stuburo nervo motorinė dalis atsako už tam tikrą raumenų grupę ir sąlygoja jos judesį. Kita stuburo nervo dalis perduoda informaciją, susijusią su jutimais iš kūno į nugaros smegenis, tai –

sensorinė nervo dalis. Kiekviena ši dalis renka informaciją apie jutimus iš tam tikros odos vietos ir atitinka tam tikrą stuburo slankstelių lygį.

Stuburo smegenų pažeidimas gali sukelti dideles pasekmes visam organizmui. Pagrindinė problema yra ta, kad bus pažeistas ryšys tarp galvos smegenų ir kitų kūno dalių žemiau pažeidimo lygio. Pažeidimo lygis nustatomas pagal žemiausią lygį, kuriame nugaros smegenys funkcionuoja taip pat, kaip iki pažeidimo

Kriščiūnas (2006a) nurodo, kad traumos metu nugaros smegenys gali būti pažeistos tiesiogiai arba jų dalis gali būti suspausta. Pažeidimo atveju sutrinka, susilpnėja arba visai išnyksta jutimai. Jeigu nėra valingo judesio ir jutimų žemiau pažeidimo lygio, tai reiškia, kad nugaros smegenys pažeistos pilnai. Jeigu yra valingi judesiai ar jutimai žemiau pažeidimo lygio – pažeidimas yra dalinis, o kai kurios nugaros smegenų dalys liko sveikos.

Judėjimo funkcijų sutrikimų priežastimi dažnai būna centrinės nervų sistemos pažeidimai, kurių priežastimi būna ir ligos, ir traumos. Vienas tokių - patirtas dėl ligos ar traumos **stuburo smegenų pažeidimas**. Anot Kriščiūno (2006b), Lietuvoje kasmet stuburo traumas patiria per 200 žmonių o traumų priežastimi dažniausiai būna autoavarijos, šuoliai į vandenį sekliose vietose, kritimai iš aukščio. Kiek ir kokie bus sutrikimai po stuburo traumos, priklauso nuo to, kur ir kaip bus pažeistos nugaros smegenys.

Pilnas nugaros smegenų pažeidimas yra sudėtingesnis ir turi sunkias pasekmes. Kriščiūnas (2006a), nurodo, kad kai nugaros smegenys pažeidžiamos kaklinėje dalyje C1-4, žmogus negali valdyti rankų, kojų, būna diafragmos paralyžius, sutrinka kvėpavimas, širdies veikla ir dubens organų funkcijos. Toks atvejis vadinamas tetraplegija, t.y. visų keturių galūnių paralyžius. Pažeidus C5 slankstelį, dalinai galima valdyti rankas iš peties, C6 pažeidimo atveju žmogus gali valdyti rankas tik iš peties ir riešų, bet negali valdyti pirštų. C7 pažeidimas leidžia ištiesti delnus. Nors toks pažeidimas ir neleidžia suimti pirštais, tačiau žmogus jau gali valdyti neįgaliojo vežimėlį. Krūtininės dalies (T1-T12) pažeidimo metu rankos lieka valdomos, bet kojų valdyti žmogus negali, yra dubens organų funkcijų sutrikimai. Toks atvejis vadinamas paraplegija, t.y. kojų ar apatinės kūno dalies paralyžius. Turėdami T1-T12 pažeidimus, žmonės juda neįgaliojo vežimėliuose savarankiškai. Juosmeninės dalies (L1-L5) pažeidimo metu išsivysto paraplegija, dubens organų funkcijų sutrikimai, bet išlieka liemens kontrolė. Nugaros smegenų šaknelių (arklio uodegos) pažeidimo metu atsiranda kojų periferinis paralyžius, išnyksta jutimai sėdynės, tarpvietės srityse bei kojose, galimi dubens organų funkcijų sutrikimai. **Dalinis nugaros smegenų pažeidimas** tik dalinai pažeidžia raumenų veiklą – parėzė, išlieka kai kurie jutimai, dubens organų funkcijos gali būti nesutrikusios.

Viena iš negalių, kuri atsiranda dėl centrinės nervų sistemos pažeidimo - **cerebralinis vaikų paralyžius** (sutrumpintai CVP) – tai neprogresuojantis smegenų pakenkimas. CVP pasireiškia judesių, kalbos, intelekto ir pozos sutrikimu. Cerebriniam vaikų paralyžiui būdingi tokie bruožai, kaip raumenų tonuso sutrikimas, psichomotorinio vystymosi sutrikimas, sutrikusi spontaninė veikla, artikuliacinio aparato sutrikimas, klausos, regėjimo sutrikimas, vegetaciniai sutrikimai.

Patyrusių CVP, intelektas paprastai lieka normalus, bet pats susirgimas yra nepagydomas. Todėl sveikatos palaikymui būtinas medicininių reabilitacinių priemonių kompleksas: kineziterapija, gydymas vaistais, fizioterapija, ortopedinė korekcija, logopedo ir psichologo pagalba. Kadangi cerebrinio paralyžiaus simptomai išryškėja iki 3 metų amžiaus o kūdikystėje vaiko smegenys yra plastiškos ir turi kompensacinių galimybių, todėl kuo anksčiau bus pradėtas gydymas, tuo efektyvesnių rezultatų galima tikėtis.

Centrinės nervų sistemos ligoms priskiriama ir **lėtinė išsėtinė sklerozė**. Šios ligos metu sunaikinama nervus apsauganti medžiaga - mielinas. Normalias nervines skaidulas apsupa daug lipidų ir baltymų turintis dangalas – mielinas. Ligos metu šis dangalas irsta, todėl sutrinka pažeistų nervinių skaidulų funkcija. Įvairiose galvos ir nugaros smegenų srityse susidaro uždegiminiai židiniai; vėliau jų vietose vyksta randėjimas (sklerozė), lieka sklerozinės plokštelės, todėl liga pavadinta išsėtine (daugine) skleroze. Ligos simptomai dažniausiai atsiranda 20-40 metų, retai vyresniam kaip 50 metų asmeniui. Konkrečios išsėtinės sklerozės priežastys nenustatytos. Manoma, kad ligos atsiradimui gali turėti reikšmės virusinės infekcijos, toksinės medžiagos, imuniteto pakitimai. Liga dažniausiai prasideda galūnių nusilpimu, jutimo sutrikimais, vienpusiu regos pablogėjimu. Išsėtinės sklerozės simptomais laikomi: motoriniai sutrikimai (galūnių silpnumas ar paralyžius, raumenų įtampa - spastiškumas); jutimo pakitimai (užtirpimas, nejautra, badymo ar dilgsėjimo pojūtis, rečiau skausmas), pusiausvyros sutrikimai (mėtymas į šonus vaikštant, smulkių judesių pasunkėjimas, regėjimo pablogėjimas, dubens organų funkcijų sutrikimai, nuotaikų kaita, negebėjimas susikaupti, depresija). Ligai progresuojant, gali vystytis paralyžiai, šlapimo ar išmatų nelaikymas arba susilaikymas, regėjimo, kalbos, atminties bei mąstymo sutrikimai. Išsėtinė sklerozė sunki, progresuojanti liga, ji nėra išgydoma. Gydomo tikslas gali būti dvejopas: pirma - keisti ligos eigą, sutrumpinant ir palengvinant paūmėjimą ir, antra - slopinti simptomus. (www.sveikas.lt).

Judėjimo negalės priežastimi būna ir **miodistrofijos** (progresuojančios raumenų distrofijos) – tai raumenų ligos, kurioms būdingas raumenų silpnumas ir suplonėjimas (atrofijos). Ligų metu yra pažeidžiami raumenys, jie blogiau vystosi arba plonėja, nyksta, silpniau susitraukia. Miodistrofijų grupė priskiriama genetiškai paveldimoms ligoms. Dažniausiai pasitaiko miotoninė distrofija, Duchenne (Diušeno) pseudohipertrofinė raumenų distrofija, Becker (Bekerio) vėlyvoji

progresuojanti raumenų distrofija, veido-mentės-žąsto, juosmens-pečių lanko progresuojanti raumenų distrofija. Šios ligos labai retos. Geriausiai žinoma iš jų Duchenne raumenų distrofija pasitaiko 1 iš 3000-4000 naujagimių berniukų (mergaitės neserga šia liga, tačiau gali paveldėti ligos geną ir perduoti jį savo palikuonims). Miotoninė distrofija šiek tiek dažnesnė, ja serga abiejų lyčių asmenys, įvairaus amžiaus. Progresuojančios raumenų distrofijos dažniausiai prasideda vaikystėje ar paauglystėje ir nuolat progresuoja. Duchenne raumenų distrofija paprastai diagnozuojama trečiaisiais gyvenimo metais, o jau aštuntaisiais - dešimtaisiais amžiaus metais vaikai labai sunkiai vaikšto, o 14-15 metų patys nebepaeina.

Šios ligos simptomai yra akivaizdus, žmogų apima dusulys, raumenų silpnumas, greitas nuovargis, atsikišęs pilvas ir mentės, gilus juosmens įlinkimas, laikysenos sutrikimas, nereguliarus širdies ritmas, ryškus šlaunų suplonėjimas, veido raumenų silpnumas. Kadangi liga progresuojanti, dėl raumenų neveiklumo gali sumažėti sąnarių judrumas. Ligos metu gali būti pažeidžiamas širdies raumuo, tokiu atveju gali sutrikti širdies ritmas, vystytis širdies nepakankamumas. Ilgiau sergant, kai kurių formų metu pradeda sunkėti kvėpavimas. Komplikacijos gali būti susijusios su prisidedančia infekcija: plaučių uždegimas, šlapimo takų ar pragulų infekcija ir pan. Specifinio efektyvaus metodo šiai ligai pagydyti nėra, todėl pagrindinis tikslas – kuo ilgiau išlaikyti žmogaus sugebėjimą savarankiškai vaikščioti. Skiriama gydomoji mankšta, vitaminai, speciali dieta su gausesniu baltymų ir mažesniu riebalų kiekiu (www.sveikas.lt).

Judėjimo negalės priežastimi būna ir kitos ligos, kurios pažeidus centrinę nervų sistemą sukelia kitas ligas ir komplikacijas. Vienos jų progresuojančios, kitos – ne, bet kiekvienas savaip svarbus, reikalauja medicininės priežiūros bei ilgalaikio reabilitacinio proceso.

Aptarėme sudėtingą stuburo anatomiją ir fiziologiją, pažeidimus bei pasekmes. Kiek nugaros smegenų pažeidimų bebūtų, pažeidimai niekada nebūna vienodi, niekada nesukelia vienodų kitų organų funkcijų sutrikimų ir niekada negalima tikėtis vienodų atsistatymo galimybių.

Medicininės ir socialinės reabilitacijos laikotarpis po centrinės nervų sistemos pažeidimo labai sudėtingas ir kiekvienam suprantamas savaip. Tai priklauso kaip nuo pačio asmens, patyrusio negalę, taip ir nuo visuomenės požiūrio, nes socialinės integracijos procesas – tai abipusis procesas.

1.6. Socialinės ir medicininės reabilitacijos samprata socialinės paradigmos kontekste

Reabilitacijos sąvoka pirmiausia atsirado teisinėje praktikoje, kai buvo apibūdinamas pilietinių teisių sugražinimas. Medicinoje šis terminas apibūdindavo darbingumo sugražinimą. Todėl tie asmenys, kurie dėl traumos ar ligos pasekmių negalėjo grįžti į darbą, reabilitacijos požiūriu buvo tiesiog „nurašomi“.

Pasaulyje yra per 600 milijonų neįgalių žmonių. Ir nors medicinos mokslai sparčiai eina į priekį, neįgaliųjų skaičius didėja. Tai kelia dideles socialines problemas. (Kriščiūnas, 2004).

Dar 1969 metais Pasaulinės sveikatos organizacijos ekspertai **reabilitaciją** apibrėžė kaip *„kompleksinį, koordinuotą juridinių, medicininių, profesinių, socialinių priemonių taikymą žmogaus funkciniam aktyvumui atgauti“* (Kriščiūnas, 2005, p. 246). Svarbiausia – žmogaus savarankiškumas, jo gyvenimo visavertiškumas. Keičiasi visuomenės požiūris į neįgaliuosius. Jeigu ilgą laiką buvo manoma, kad neįgalieji nepatenka į visuomeninį transportą dėl to, kad jie juda vežimėliuose, tai šių dienų požiūrio kaita rodo kitą šios problemos priežastį - dėl to, kad visuomeninis transportas jiems yra nepritaikytas, ir tai yra visuomenės problema. Visuomenė turi prisiimti kaltę už tai, kad neįgaliesiems nesudaroma galimybė būti savarankiškiems ir nepriklausomiems.

Reabilitacijos sistema įvairiose šalyse organizuojama priklausomai nuo tos šalies ekonominių sąlygų, sveikatos apsaugos sistemos, socialinio draudimo ir daugelių kitų nacionalinių taisyklių. Reabilitacijos sistemos kūrimas Lietuvoje prasidėjo 1992 metais, priėmus Invalidų socialinės integracijos įstatymą. 2002 m. parengta Nacionalinė neįgaliųjų medicininės, profesinės, socialinės reabilitacijos ir integracijos programa 2003–2012 metams. Vienas iš šios programos įgyvendinimo tikslų – sukurti efektyvią kompleksinę neįgaliųjų reabilitacijos sistemą, įgalinančią pradėti reabilitaciją jau pirmomis ligos ar traumos dienomis ir tęsti iki maksimalaus funkcinio aktyvumo atgavimo. Ankstesnė reabilitacijos teorija ir politika buvo orientuota į tam tikros kategorijos neįgaliuosius, specialų jiems servisą specialiose sąlygose, izoliuojant žmones su negale nuo visuomenės. Naujas mąstymas reabilitacijoje yra svarbus tuo, kad neįgalieji turi (ir gali) turėti pasirinkimo galimybę, jie turi gyventi su visais ir kaip visi. Visuomenė negali būti skirstoma į „mes“ ir „jie“. Naujas požiūris į reabilitaciją turi pakeisti visų žmonių mąstyseną ir suvokimą, kad žmogus yra socialinė būtybė, ir kiekvienas turi turėti ne tik lygias teises, bet ir galimybes realizuoti save tiek lokaliame, tiek globaliame pasaulyje. Tai liudija apie tai, kad reabilitacijos programa turi būti daugiaplanė, su neįgalioju turi dirbti specialistų komanda, o pats neįgalusis turi būti neatsiejamas komandos narys. Specialistų komandoje turi dalyvauti įvairių sričių specialistai, psichologai,

socialiniai darbuotojai, šeimos nariai, NVO ir būtinai neįgalieji, kurie jau praėjo reabilitacijos programą ir savo patirtį gali perduoti ką tik patyrusiems traumas ir ligas žmonėms.

Daugelyje pasaulio šalių reabilitacijos efektyvumas vertinamas ekonominiu ir individo požiūriu. Vakarų šalyse manoma jog lėšos investuotos į reabilitacijos procesą, atsiperka keleriopai. JAV duomenimis, daugiau kaip 90% žmonių po nugaros smegenų pažeidimų sugrįžta į namus ir gyvena savarankiškai.

Individo požiūriu reabilitacijos efektyvumas vertinamas pagal sutrikusių funkcijų atstatymo laipsnį. Visiškos reabilitacijos atveju funkcijos atstatomos taip, kad neįgalus asmuo praktiškai sugeba gyventi savarankiškai bei dalyvauti visuomenės gyvenime. Ypač svarbu reabilituoti žmogų profesiskai. Tokiu atveju, lėšos, investuotos reabilitacijai, atsipirks kelis kartus, nes dirbdamas žmogus su negale ne tik pats užsidirbs pragyvenimui, bet ir mokės valstybei mokesčius. Tad akivaizdžiai matome, kiek svarbi reabilitacija kiekvienam neįgaliam asmeniui. Ir svarbi ne tik medicininis aspektu, bet socialiniu ir ekonominiu.

Bet kad žmogus su negale galėtų efektyviai reabilituotis ir būti naudingas visuomenėje, jam turi būti suteikta efektyvi reabilitacija. Kriščiūno (2005) duomenimis, 1992–2002 m. šalyje įkurta per 60 specializuotų reabilitacijos skyrių sanatorijose, poliklinikose, stacionaruose. Kalbant apie reabilitaciją, pirmiausia siekiama užkirsti kelią negaliai, ją sumažinti, antra – neįgaliuosius integruoti į visuomenę. Visais atvejais neįgaliųjų reabilitaciją vykdo reabilitacijos specialistų komanda. Kriščiūnas (1996) nurodo pagrindinius reabilitacijos principus, kuriais būtina vadovautis siekiant tikslo:

1. Reabilitaciją būtina pradėti tik susirgus, tai leis maksimaliai atstatyti/pagerinti prarastas funkcijas ir greičiau integruoti asmenį į visuomenę.
2. Būtina suteikti visą informaciją apie reabilitacijos priemones kaip neįgaliajam, taip ir jo šeimos nariams. O pats neįgalusis su savo šeimos nariais turi būti neatsiejami reabilitacijos proceso komandos nariai.
3. Būtinai reabilitacijos priemonių naudojimo kompleksiskumas. Tam rekomenduojama išlaikyti reabilitacijos tęstinumą, nepertraukiant skirto priemonių ciklo.
4. Negalima taikyti vienodas reabilitacijos priemones visiems neįgaliesiems vienodai. Reabilitacijos efektyvumui pasiekti būtina reabilitacijos individualizacija.
5. Neįgaliojo asmens reabilitacija neturi būti vykdoma, izoliuojant jį nuo šeimos, darbo, visuomenės. Dirbant drauge tikimasi didesnių rezultatų. Tuo pačiu būtina įtraukti ir visuomenines organizacijas, kurios turi užtikrinti neįgaliojo reabilitacijos tęstinumą.

Yra akivaizdu, kad reabilitacijos procesas numato sudėtingą ir kompleksišką priemonių neįgaliųjų visapusiškai reabilitacijai taikymą – nuo medicinos iki visuomenės. Ir jeigu medicina jau nuo seno atlieka savo funkcijas, tas visuomenė turi kardinaliai pakeisti savo požiūrį į negalę ir neįgaliuosius, aktyviai dalyvauti socialinės integracijos procese.

Kad neįgaliųjų socialinės reabilitacijos modelį galima būtų pavadinti sėkmingu, po medicininės reabilitacijos darbą su neįgaliaisiais po nugaros smegenų pažeidimo turi tęsti nevyriausybines organizacijas, kaip viena iš neįgaliųjų socialinės reabilitacijos grandžių, atliekanti svarbų vaidmenį bendrame neįgaliųjų socialinės reabilitacijos ir negalės vaizdinio formavimo procese.

1.7. Nevyriausybinių organizacijų vaidmuo negalės socialinio vaizdinio formavimo procese

Šalia valstybinių institucijų aktyviai veikia ir nevyriausybines organizacijas, kurios padeda žmonėms spręsti jų problemas, skatina jų aktyvumą ir savarankiškumą, vykdo mokymo ir ugdymo procesus, teikia socialines paslaugas, kuria dienos centrus, atlieka daugybę naudingų prevencinių programų neįgalių žmonių labui. Nevyriausybinių organizacijų visuma dažnai apibūdinama kaip trečiasis sektorius, kuriam būdinga organizacinė forma, prigimtinė nepriklausomybė, savivalda ir demokratinis sprendimų priėmimo būdas, savarankiškumas

Nevyriausybinių organizacijų vaidmuo neįgaliųjų socialinės reabilitacijos procese yra išties didelis ir reikšmingas. Šios organizacijos yra tarpininkas tarp piliečio ir valstybės valdymo mechanizmo. Tai leidžia įtakoti valstybių sprendimus bei atstovauti visuomenės interesams, spręsti problemas, kurių dažnai „nemato“ politikai.

NVO veiklą galima susieti su socialinės integracijos modeliu, kuris akcentuoja mažumos perspektyvas ir teigia, kad žmonės, įsisąmoninę ir institucionalizavę savo identitetą vieni su kitais, jaučiasi mažiau izoliuoti ir stigmatizuoti. Tik suvokę save kaip grupę, neįgalieji lengviau integruojasi į visuomenę, tuo pačiu prisidedami prie socialinės politikos formavimo (Pivorienė, 2003).

Nevyriausybines organizacijas, aktyviai dalyvaudamos Lietuvos visuomenės gyvenime ir savo įvairove paveikdamos atviros visuomenės kūrimąsi, siekia įgyvendinti šiuos tikslus: išreikšti piliečių poreikius; veikti kaip turinti įtakos politikai jėga; pastebėti visuomenėje kylančią įtampą; būti tarpininkas tarp žmonių ir rinkos bei valstybės.

Žemaitaitytė (2003, p.1) nurodo leidinio „Praktinis vadovas“ (1998) nevyriausybines organizacijas apibūdinimą - „*Nevyriausybine organizacija, NVO (angl. NGO, non-governmental*

organization) – tai laisva piliečių valia įkurta demokratinė organizacija, tarnaujanti visuomenės ar jos grupių narių labui, nesiekianti pelno ar tiesioginio dalyvavimo valstybės valdyme“. NVO nepriklausomi nuo valstybės ar savivaldybių institucijų, remiasi savanoriška veikla, savo lėšų neskirsto dalyviams, o naudoja juos tik savo įstatuose numatytų tikslų siekimui, tarnauja visuomenės labui bei jos grupių interesams. Nevyriausybinės organizacijos buvo besimokančios organizacijos net tada, kai ši samprata dar nebuvo žinoma. Žmonės vienijasi į nevyriausybinės organizacijas, savanoriškai padeda siekti organizacijos tikslų, bendradarbiauja organizacijos viduje ir su kitomis organizacijomis, gauna grįžtamąjį ryšį, yra skatinami, kartu ir mokosi, juo labiau, kad geriausiai mokomasi tada, kai besimokantysis pats to nori. Todėl nevyriausybinės organizacijos ne tik tampa besimokančiomis organizacijomis, bet ir tiesia kelią į besimokančią visuomenę. Autorės teigimu, 1998 m. pabaigoje Lietuvos teisingumo ministerijoje buvo užregistruotos 922 nacionalinės visuomeninės organizacijos ir 265 paramos fondai. „NVO savišvieta“ (2001) nurodo, kad 2000 metais Lietuvoje buvo 7075 nevyriausybinės organizacijos. Šiuo metu Lietuvoje, kaip nurodo Žemaitaitytė, apytiksliai skaičiavimų duomenimis yra daugiau kaip 5000 nevyriausybinių nepelno organizacijų. Toks gausėjantis nevyriausybinių organizacijų sąrašas rodo visuomenės demokratėjimą ir optimistiškai nuteikia į geresnę neįgaliųjų socialinės gerovės ateitį.

Jungtinių Tautų Organizacijos Generalinės Asamblėjos 1993 12 20 Rezoliucijoje 48/96 nurodoma, kad valstybė turi ekonomiškai skatinti nevyriausybinių organizacijų kūrimąsi, jų stiprinimą. Turi būti pripažinta, kad šios organizacijos vaidina svarbų vaidmenį, vystant ir tobulinant neįgaliųjų socialinės apsaugos politiką, dalyvaujant, planuojant ir įgyvendinant neįgaliesiems skirtas paslaugas bei priemones. (Klimavičius, 1995).

Lietuvos Respublikos Vyriausybė 1992 metais pirmą kartą patvirtino valstybinės invalidų medicininės, profesinės, socialinės reabilitacijos ir integracijos kryptis 1992 – 2002 metams, vėliau buvo patvirtinta Nacionalinė neįgaliųjų socialinės integracijos programa 2003 – 2012 metams. Būtent šias programas vykdo šalies nevyriausybinės organizacijos, kurių vykdymas tiesiogiai orientuotas į žmones su negale, siekiant jų socialinės gerovės bei kryptingo socialinės integracijos proceso įgyvendinimo, šalinant visas kliūtis tarp neįgaliųjų ir visuomenės.

NVO veikla apima labai platų spektrą paslaugų: tarptautinis bendradarbiavimas, žmogaus teisių apsauga, mažumų integracija, kultūra, religija, etninių vertybių puoselėjimas, švietimas, mokslas, profesinis rengimas, neformalaus ir pilietinis ugdymas, sportas, socialinė apsauga ir darbas, sveikatos priežiūra, teisėtvara, nusikalstamumo bei ligų ir traumų prevencija, gyvenamosios aplinkos ir būsto pritaikymas ir kt.

Nevyriausybinų organizacijų veikla unikali ir savo bendradarbiavimu kaip su įvairiomis analogiškoms institucijomis, taip ir su savivaldybėmis. Verta paminėti ir tokį faktą, kad ne visos šalies nevyriausybines organizacijos yra registruotos nacionaliniame lygmenyje. Dauguma jų registruotos vietos (miesto, rajono, apskrities) lygmenyje ir programinį finansavimą gauna iš vietos savivaldybių biudžeto. „NVO savišvieta“ (2001) leidinio duomenimis, pagal šiuos rodiklius pirmauja Vilniaus ir Kauno miestų savivaldybės. Iš rajono savivaldybių pirmauja Šilutės rajono savivaldybė, kurioje užregistruotos 132 organizacijos.

Šalies nevyriausybinų organizacijų gausus skaičius kalba apie žmonių įsijungimą į NVO veiklą. Antra vertus, tokios organizacijos kuria darbo vietas kaip sveikiesiems, taip ir neįgaliems visuomenės nariams. „NVO savišvieta“ (2001) duomenimis, vienas litas, įdėtas į nevyriausybinų programų rėmimą, duoda nuo 3,5 iki 10 litų vertės paslaugų. O tai liudija apie tai, kad bendradarbiauti su NVO savivaldybėms naudinga ir ekonomiškai.

Labai svarbus nevyriausybinų organizacijų **vaidmuo** demografijos ir pilietinės visuomenės plėtros procese. Dauguma nevyriausybinų organizacijų **siekia** būti nepriklausomos nuo valdžios, kritiškai vertina valdžios politiką įvairiose srityse, **kelia** savo reikalavimus, **teikia** pasiūlymus įvairioms problemoms spręsti. Tad galima drąsiai teigti, kad nevyriausybinų organizacijų **kompetencija**, visuomeninių tikslų ir veiklos vykdymas bei reali įtaka valdžiai rodo demokratijos lygį valstybėje. Vykstant tokiam procesui keičiasi (turi keistis) ir socialinės apsaugos sistema, kurios sprendimai ne tik modeliuoja aplinką, bet ir sukuria prielaidas visuomeninių pažiūrų, nepalankių žmonėms, negalintiems egzistuoti medicininio modelio sąlygomis, formavimuisi.

II. NEIĞALIŲJŲ IR SOCIALINĖS REABILITACIJOS SPECIALISTŲ POŽIŪRIS Į FIZINĖS NEGALĖS VAIZDINĮ, KONSTRUOJANT SĄVEIKOS MODELĮ: TYRIMO DUOMENŲ ANALIZĖ

2.1. Tyrimo metodika ir organizavimas

Empiriniam tyrimui atlikti buvo pasirinktas kiekybinis anketinės apklausos metodas.

Anketą sudaro (žr. 1 priede) atviro ir uždaro tipo klausimai, suskirstyti į blokus.

1. *Demografinis* (nominalinės skalės), skirtas išsiaiškinti respondentų lytį, gyvenamąją vietą, amžių, išsilavinimą, turimą darbą, specialybę, nugaros pažeidimo metus ir lygį, šeimyninę padėtį, studijų galimybes iki negalės ir negalės metu.

2. *Pagrindinis* (nominalinės ir ranginės skalės), skirtas išsiaiškinti žmonių su fizinės negalės vaizdinio formavimosi ypatumus socialinę reabilitaciją vykdančiose institucijose ir atskleisti skirtingų socialinės reabilitacijos grandžių specialistų ir neiğaliųjų svarbą fizinės negalės vaizdinio formavimuisi bei nustatyti efektyvius sąveikos su neiğaliaisiais komponentus.

Tyrimas vyko 2007 m. vasario mėn. – 2008 m. vasario mėn. Tyrime dalyvavo 240 respondentų (3 grupės po 80 apklaustųjų):

1 grupė: 80 asmenų su fizine negale po nugaros smegenų pažeidimo, judančių neiğaliojo vežimėliuose iš Alytaus, Anykščių, Jonavos, Kauno, Klaipėdos, Marijampolės, Molėtų, Palangos, Panevėžio, Trakų, Šiaulių, Utenos, Vilniaus, Visagino, bei iš kitų šalies miestų bei miestelių.

2 grupė: 80 medicininės reabilitacijos specialistų iš Alytaus apskrities invalidų socialinių paslaugų ir reabilitacijos centro „Sveikata“, UAB reabilitacijos centro „Baldžio rimtis“, Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų reabilitacijos fizinės ir sporto medicinos centro, Lietuvos reabilitologų asociacijos, Viešosios įstaigos Palangos reabilitacinės ligoninės, Kauno medicininės universitetinės reabilitacijos klinikos, Reabilitacijos centro „Baldžio šilas“, Viešosios įstaigos Valakupių reabilitacijos centro ir kitų reabilitacijos įstaigų.

3 grupė: 80 nevyriausybinių organizacijų darbuotojų iš Lietuvos neiğaliųjų draugijos bei jos (Vilniaus, Kauno, Grigiškių, Marijampolės, Alytaus) padalinių, Lietuvos žmonių su negalia sąjungos bei jos (Vilniaus, Kauno, Molėtų, Anykščių, Pakruojo) padalinių, Lietuvos žmonių su stuburo pažeidimais asociacijos bei jos (Alytaus ir Panevėžio) padalinių, Lietuvos aktyvios reabilitacijos asociacijos, Lietuvos paraplegikų asociacijos, Viešosios įstaigos Neiğaliųjų ugdymo ir lavinimo centro „Tu gali“, Lietuvos žmonių su negalia aplinkos pritaikymo asociacijos, Lietuvos cerebrinio paralyžiaus asociacijos, Lietuvos sergančių nervų raumenų ligomis asociacijos, Lietuvos

artrito asociacijos, Kauno krašto neįgaliųjų sporto klubo „Santaka“, Vilniaus sporto klubo „Draugystė“ ir kitų šalies organizacijų.

Respondentai pildė anketas įvairiais būdais. Dauguma dalyvių po nugaros smegenų pažeidimų anketas pildė stovyklose, į kurias vykau savarankiškai ir prašiau dalyvauti tyrime. Stovyklos vyko Monciškėse (sporto ir poilsio), Telšiuose, Vilniuje, Šakiuose. Tyrime taip pat dalyvavo pažįstami neįgalieji. Vienas asmuo atsisakė pildyti anketą.

Medicininės reabilitacijos atstovų apklausą padėjo atlikti gydytoja reabilitologė G. Vaitkienė, (san. UAB „Pušyno kelias“, Vilnius), Kauno medicininės universitetinės reabilitacijos klinikos prof habil. dr. A. Kriščiūnas, Vilniaus universitetinės ligoninės fizinės medicinos ir reabilitacijos I stacionarinės reabilitacijos skyriaus vedėja gydytoja J. Kesienė, Vilniaus universitetinės ligoninės reabilitacijos fizinės ir sporto medicinos centro vadovas doc. A. Juocevičius, Viešosios įstaigos Palangos reabilitacinės ligoninės soc. darbuotoja V. Pociūtė.

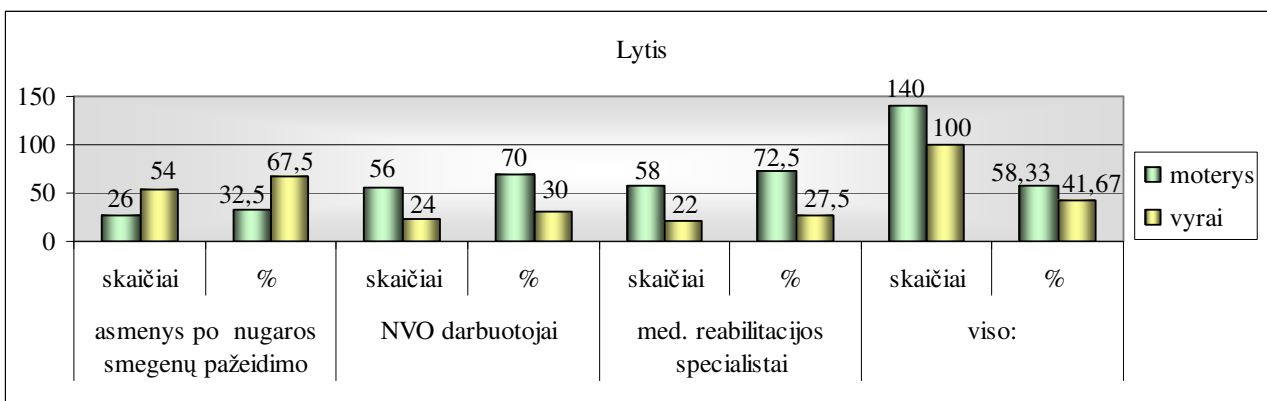
NVO darbuotojų apklausą padėjo atlikti Marijampolės neįgaliųjų draugijos revizijos komisijos narys A. Krutulis, Lietuvos žmonių su negalia sąjungos projektų koordinatorė G. Žemaitaitytė (Vilnius) bei pasitelkiant asmeninius kontaktus, dirbančius pažįstamus asmenis, platinant anketas įvairiuose renginiuose, seminaruose, pan.

Demografinių duomenų apibendrinimui taikyti statistikos metodai (Spearman koreliacijos, faktoriaus analizės). Empiriniai duomenys statistiškai apdoroti ir grafiškai apipavidalinti kompiuterinėmis programomis SPSS (Statistical Packet for Social Sciences 11.0) ir Microsoft Excel.

2.2. Tyrimo imties demografinė charakteristika

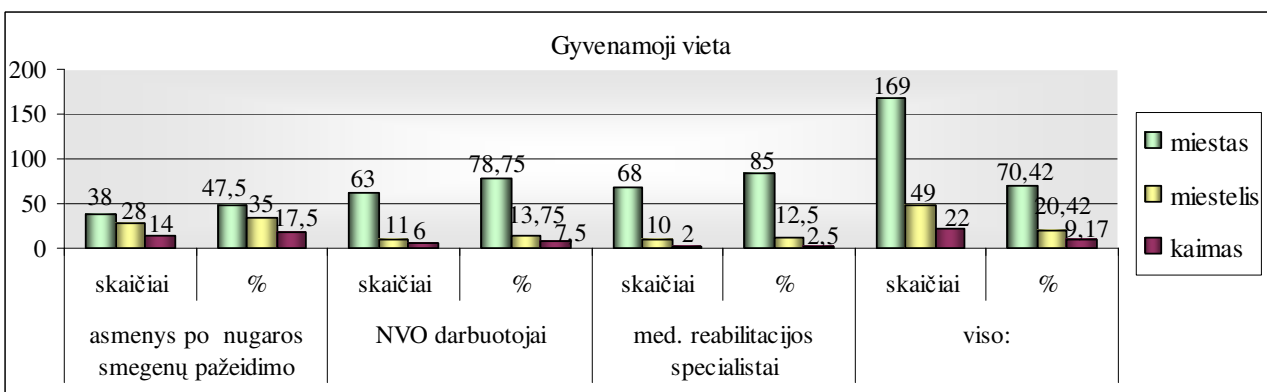
Tyrimo imčiai sudaryti taikyta atsitiktinė tikslinė atranka. Pagrindiniai tyrimo dalyvių atrankos kriterijai – asmenys su negale po nugaros smegenų pažeidimo, judantys neįgaliojo vežimėliuose (0-25 proc. darbingumo lygis), NVO darbuotojai ir medicininės reabilitacijos specialistai.

Lytis. Tyrime dalyvavo 240 respondentų, iš jų 140 moterų ir 100 vyrų. Tyrimo duomenys rodo, kad moterų skaičius didesnis ir tarpusavyje beveik vienodas tarp NVO ir med. reabilitacijos specialistų. Neįgaliųjų po nugaros smegenų pažeidimo moterų skaičius mažesnis dvigubai. Tokie faktai gali reikšti, kad negalę vyrai patiria dažniau nei moterys. (1 pav.)



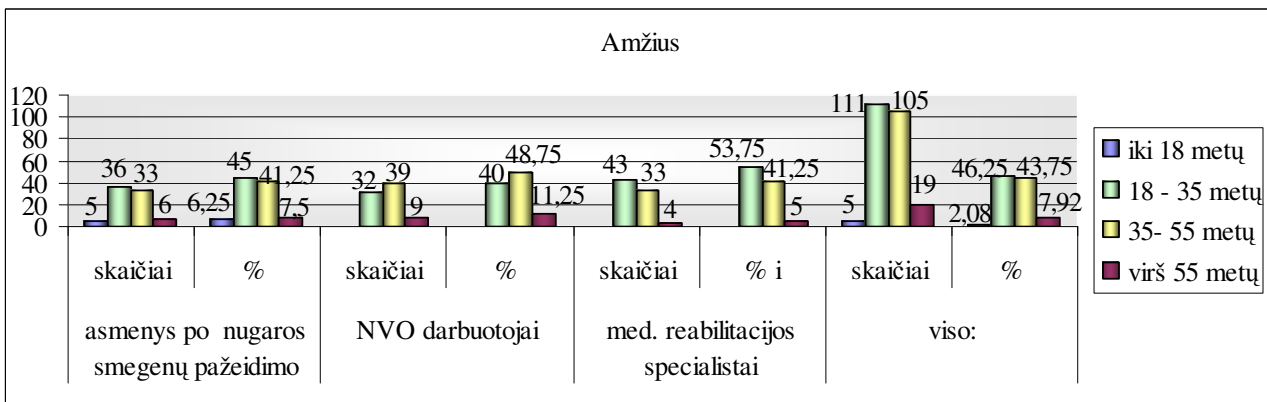
1 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį (N=240), %

Gyvenamoji vieta. Dauguma visų trijų grupių respondentai gyvena mieste – tai sudaro 70,42 proc. (169 žm.), kaime gyvena 9,17 proc. (22 žm.) apklaustųjų. Tyrimo duomenis pateikiami 2 pav.



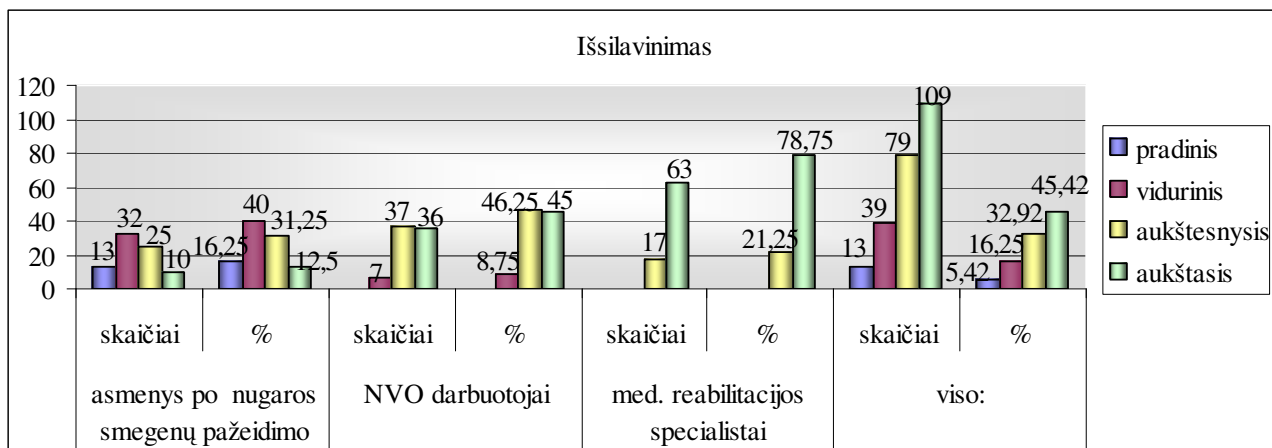
2 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą (N=240), skaičiai, %.

Apklaustųjų amžius ribojamas nebuvo, didesnė dalis dalyvavusių apklausoje respondentų 18-35 metų amžiaus (3 pav.)



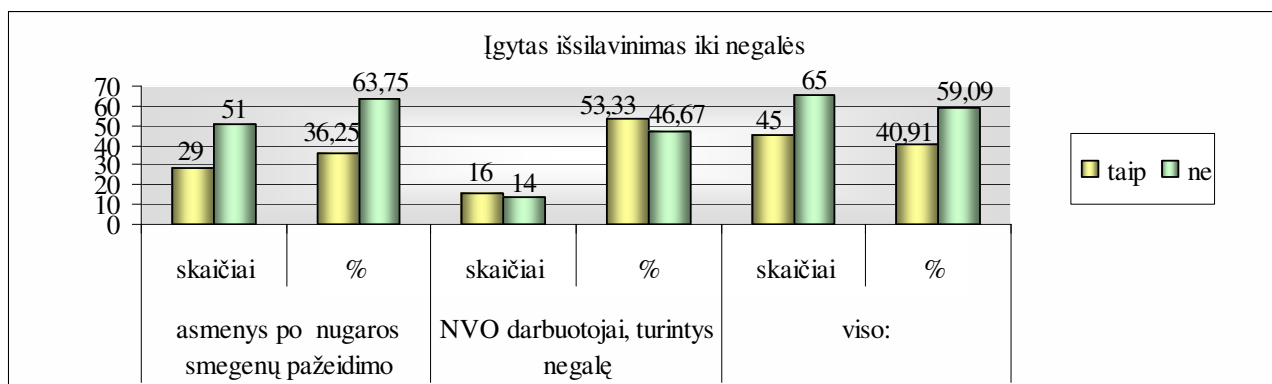
3 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių (N=240), skaičiai, %.

Tyrimo dalyvių išsilavinimas. Aukštąjį išsilavinimą turi dauguma medicininės reabilitacijos specialistų ir dalis NVO darbuotojų. Neįgaliųjų po nugaros smegenų pažeidimo respondentų aukštąjį išsilavinimo turi 12,5 proc. - 10 apklaustųjų, aukštesnįjį -31,25 proc. (25 žm.), vidurinį – 40 proc. (32 žm.), 16,25 proc. (13 žm.) apklaustųjų turi pradinį išsilavinimą. Duomenys apie 3-jų respondentų grupių turimą išsilavinimą pateikiami 4 pav.

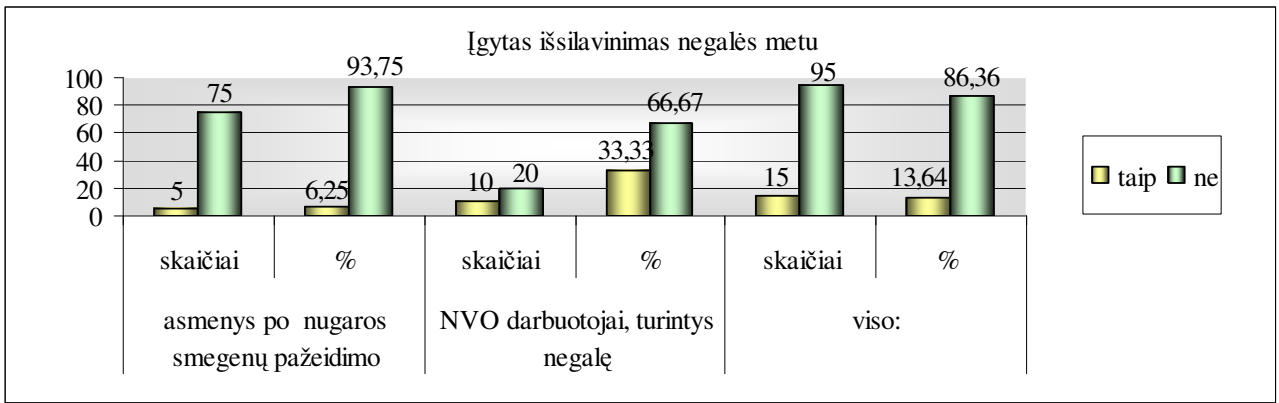


4 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą (N=240), skaičiai, %

Verta paminėti ir tą faktą, kad dalyvavusių apklausoje NVO darbuotojų tarpe yra 30 asmenų, turinčių įvairias negales. Analizuojant visų neįgalių asmenų dalyvavusių apklausoje išsilavinimo įsigijimo laiką (iki negalės ir negalės metu) matome, kad neįgalieji po nugaros smegenų pažeidimo, judantys neįgaliojo vežimėliuose iki negalės studijavo aktyviau (36,25 proc.), o negalės metu išsilavinimo siekė tik 6,25 proc. apklaustųjų. Tuo tarpu kitą negalę turinčių (dirbantys NVO) neįgaliųjų rodikliai apytiksliai vienodi ir iki negalės, ir negalės metu, atitinkamai 53,33 proc. ir 33,33 proc. Abiejų respondentų grupių palyginimo duomenys pateikiami 5 pav. ir 6 pav.



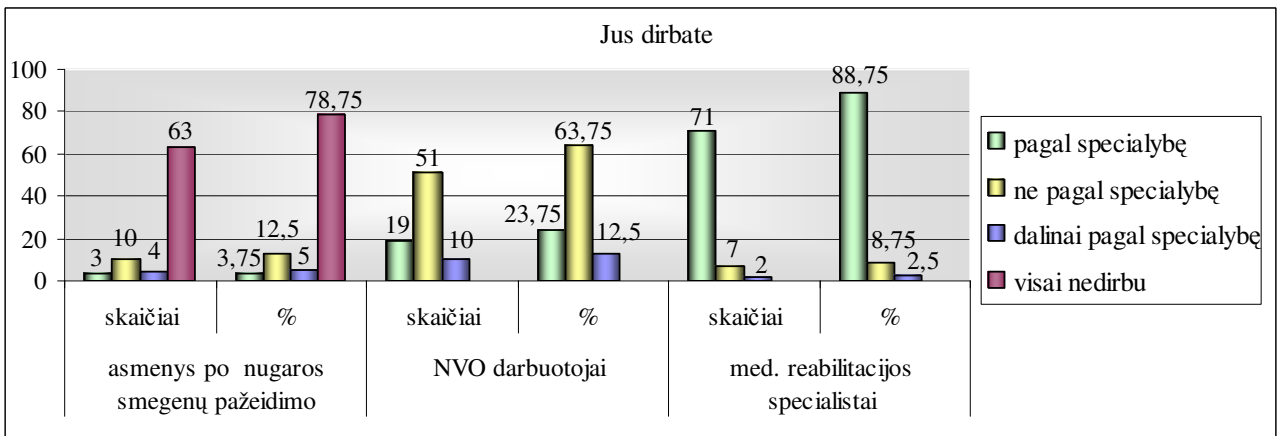
5 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal mokymąsi iki negalės (N=110), skaičiai, %



6 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal mokymąsi negalės metu (N=110), skaičiai, %

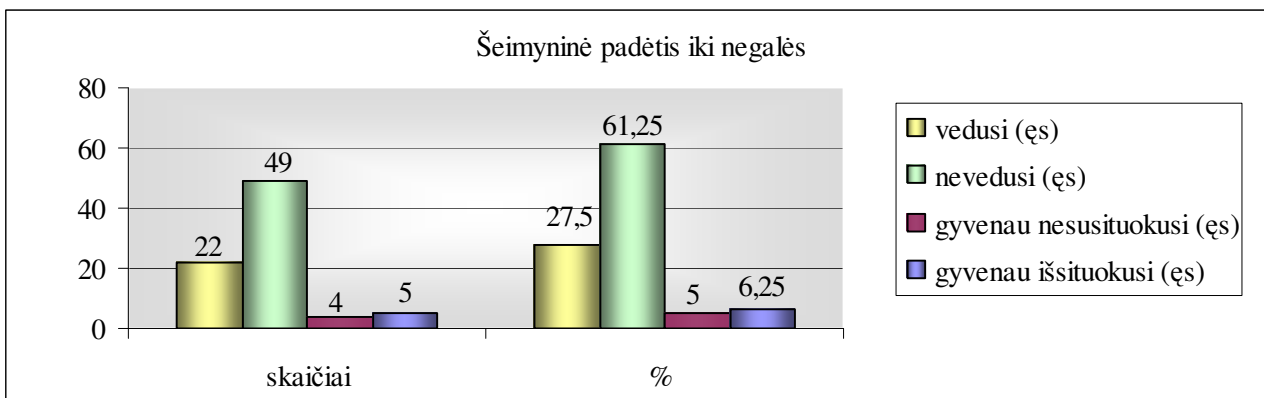
Tokius tyrimo rodiklius galima paaiškinti tuo, kad mokymo įstaigų aplinka menkai pritaikyta žmonių, judančių neįgaliojo vežimėliuose poreikiams, bet negalima atmesti ir pačių neįgaliųjų motyvacijos stokos rodiklio.

Respondentų darbas. Turi darbą 21,25 proc. (17 žm.) neįgaliųjų po nugaros smegenų pažeidimo dalyvių, iš jų pagal specialybę dirba tik 3,75 proc. – 3 asmenys. Tokie darbingumo skaičiai gali reikšti, kad asmenys po nugaros smegenų pažeidimo, judantys neįgaliojo vežimėliuose neturi galimybių sėkmingai integruotis į darbo rinką. Kadangi tarp apklaustųjų NVO respondentų yra 30 asmenų, turinčių įvairias negales, tai galėtų reikšti, kad, viena vertus, darbą įvairią negalę turintiems asmenims lengviau rasti nevyriausybinėse organizacijose, nei valstybės institucijose arba privačiame sektoriuje. Kitą vertus, kaip teigia Daugėla (2004), statistiniai duomenys rodo, kad tik labai maža dalis neįgaliųjų dalyvauja darbinėje veikloje; o dažniausiai dirba asmenys, turintys nežymią negalę. Duomenis pateikiami 7 pav.

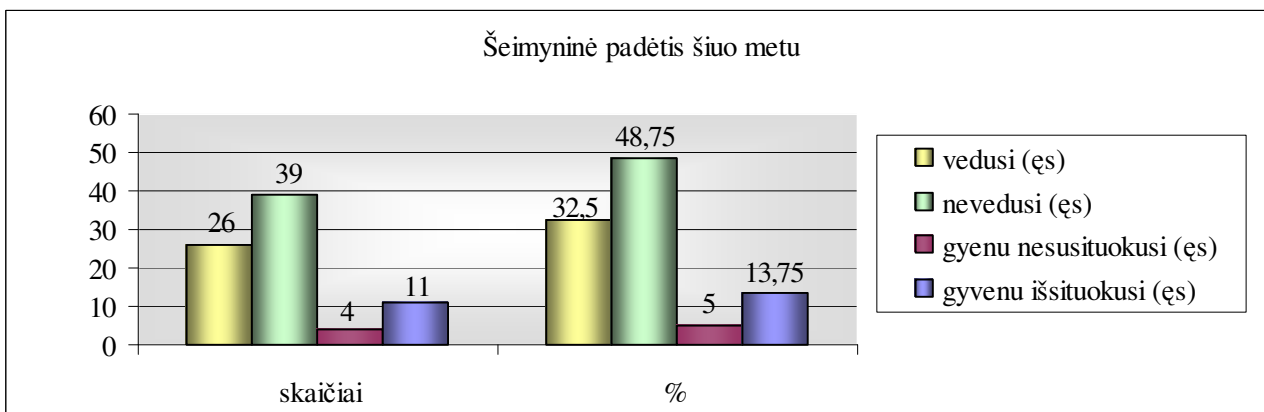


7 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal darbinę veiklą (N=240), skaičiai, %

Šeimyninė padėtis. Buvo siekiama išsiaiškinti neįgaliųjų po nugaros smegenų pažeidimo respondentų šeimyninę padėtį iki negalės ir negalės metu. Palyginimo duomenys pateikiami 8 pav. ir 9 pav.



8 pav. Respondentų po nugaros smegenų pažeidimo, judančių neįgaliojo vežimėliuose pasiskirstymas pagal šeimyninę padėtį iki negalės (N=80), skaičiai, %



9 pav. Respondentų po nugaros smegenų pažeidimo, judančių neįgaliojo vežimėliuose pasiskirstymas pagal šeimyninę padėtį negalės metu (N=80), skaičiai, %

Tyrimo duomenys rodo, kad po negalės atsiradimo 4 asmenys susituokė, tas pats skaičius (4 asmenys) liko gyventi nesusituokę, bet išsituokusių neįgaliųjų skaičius padaugėjo daugiau nei dvigubai.

2.3. Socialinės reabilitacijos specialistų ir žmonių po nugaros smegenų pažeidimo, judančių neįgaliojo vežimėliuose požiūrio į fizinę negalę charakteristikos

Atlikta respondentų nuomonių apie medicininės reabilitacijos specialistų, dirbančių su neįgaliaisiais po nugaros smegenų pažeidimo, judančiais neįgaliojo vežimėliuose požiūrio į fizinę negalę charakteristikos faktorinė analizė. Duomenys pateikiami 1 lentelėje.

1 lentelė

Respondentų nuomonė, apibūdinanti medicininės reabilitacijos specialistų požiūrio į fizinę negalę charakteristika, %
(N=240; KMO=0,901; $\alpha=0,891$)

Struktūriniai komponentai	L	%	r/itt
<i>Specialistų teorinė ir praktinė kompetencija bei socialinis išmokymas, dirbant su neįgaliaisiais ir jo šeimos nariais</i>			
Medicininės reabilitacijos informacijos pakankamumas	0,790	31,84	0,750
Komandinis specialistų darbas	0,770		0,766
Neįgalaus asmens neatsėjama komandinė narystė	0,743		0,771
Individualus darbas su neįgaliaisiais	0,738		0,766
Darbas su neįgaliaisiais šeimos nariais	0,710		0,693
Informacijos pakankamumas apie negalią ir neįgalumą	0,706		0,705
Socialinės reabilitacijos informacijos pakankamumas	0,698	43,63	0,748
Specialistų kompetencija	0,667		0,605
Savarankiškų gyvenimo įgūdžių ugdymo (iš)mokymas	0,641		0,692
Medicininis ir socialinis dėmesys	0,638		0,697
Medicininės reabilitacijos paslaugų atitikimas neįgaliaisiais poreikiams	0,592		0,586
Tiesa apie negalę ir ateitį	0,356		0,485
<i>Socialinės / teisinės informacijos prieinamumas</i>			
Dėmesys tik socialinei reabilitacijai	0,862	54,69	0,549
Neįgaliausių informavimas socialines integracijos klausimais	0,621		0,695
Išstatymų, reglamentuojančių neįgaliausių teises ir pareigas žinojimas	0,598		0,658
<i>Medicininės reabilitacijos įstaigų ir specialistų nepakankamumas</i>			
Specialistų trukumas	0,648	50,03	0,369
Medicininės reabilitacijos įstaigų trukumas	0,583		0,369
<i>Socialinių įgūdžių ugdymo stoka</i>			
Dėmesys tik medicininei reabilitacijai, stokojant socialinės reabilitacijos priemonių taikymo	0,555	54,69	0,141
Veiklos tobulinimas, praplečiant socialinių įgūdžių ir savarankiškumo (ap)mokymu	0,381		0,141

Paaiškinimai: L – faktorinis svoris (remiantis pagrindinių komponentų metodu VARIMAX rotacija) parodo kintamųjų ir faktoriaus (ALFA faktorinės analizės modelis) statistinio ryšio glaudumą.

% - procentinis (kumuliatyvinis) dažnis parodo, kiek % sklaidos gali būti paaiškinta nepriklausomuoju kintamuoju.

KMO (Kaiser – Meyer – Olkin Measure of Sampling Adequacy) – skalės tinkamumas faktorinei analizei.

A (Cronbach – a) testo vidinės konsistencijos koeficientas

r/itt (Item-Total-Correlation) – testo žingsnio skiriamosios gebos rodiklis; iš esmės tai yra koreliacijos koeficientas atspindintis statistinį ryšį tarp pavienio testo žingsnio įverčių ir bendro testo balo.

Didžiausia dalis (54,69 %) respondentų *Socialinių įgūdžių ugdymo stoka* (Dėmesys tik medicininei reabilitacijai, stokojant socialinės reabilitacijos priemonių taikymo, $L=0,555$; veiklos tobulinimas, praplečiant socialinių įgūdžių ir savarankiškumo (ap)mokymus, $L=0,381$) komponentą pažymėjo kaip vieną reikšmingiausių medicininėje reabilitacijoje, ko, matyt, trūksta (gali trukti) ir turi būti aktyviai praktikuojama medicininės reabilitacijos darbe, kas savo ruožtu turi (gali turėti) svarbą formuojant negalės vaizdinį visuomenėje.

Ne mažiau svarbiu (50,03 %) komponentu apklaustieji laiko *Medicininės reabilitacijos įstaigų ir specialistų nepakankamumą* žyminčius faktorius (Specialistų trūkumas, $L=0,648$; medicininės reabilitacijos įstaigų trūkumas, $L=0,583$). Besivadovaujant gautais tyrimo duomenimis, galima daryti prielaidą, kad Lietuvoje trūksta medicininės reabilitacijos įstaigų asmenims po nugaros smegenų pažeidimo, judantiems neįgaliojo vežimėliuose ir jose dirbančių specialistų. Tokią prielaidą patvirtina ir respondentų gauti tyrimo rezultatai. Duomenys pateikiami 3 priede 1 pav. ir 2 pav.

Tyrimo duomenimis išaiškėjo, kad svarbią vietą medicininėje reabilitacijoje užima *Socialinės / teisinės informacijos prieinamumas* (43,63 %). Galima teigti, kad šį komponentą žymintys faktoriai (Dėmesys tik socialinei reabilitacijai; neįgaliųjų informavimas socialinės integracijos klausimais; įstatymų, reglamentuojančių neįgaliųjų teises ir pareigas žinojimas) gali reikšti didelę svarbą tolimesniame neįgaliųjų socialinės integracijos procese, įsijungiant į mokymo, profesinę, darbinę ir kitą veiklą, tuo pačiu formuojant negalės vaizdinį.

31,84 % respondentų išskyrė *Specialistų teorinę ir praktinę kompetenciją bei socialinį išmokymą, dirbant su neįgalioju ir jo šeimos nariais*. Tai galėtų reikšti, kad tyrimo dalyviams yra labai svarbi medicininės reabilitacijos specialistų kompetencija, komandinės specialistų žinios socialinės reabilitacijos klausimais, darbas su šeimos nariais. Ivoškienė (2003) pažymi, kad dirbant su neįgaliaisiais neretai susiduriama su specialistų abejingumu bei neigiama nuostata neįgaliųjų atžvilgiu. Tai, kaip nurodo autorė, patvirtina apklausti neįgalieji ir jų šeimos nariai, kalbėdami apie stacionarinių specialiųjų paslaugų specialistus. Viena iš tokių priežasčių – specialistų neparuošimas neįgaliųjų socialinei integracijai, jų trūkumas. Kita vertus, kaip teigia autorė, vyravusi nuostata ir (dažniausiai) medicininės pagalbos praktikuojamas modelis sąlygojo gana siaurą personalo kompetenciją.

Kriščiūnas ir kt. (1996) taip pat pažymi, kad neįgaliųjų reabilitacija apima ne tik medicininį gydymą, bet ir kitas sritis (socialinę, teisinę, kultūrinę, sporto, pan.). Visi reabilitacijos komandos specialistai vertina asmeniui iškilusias problemas, sudaro individualų reabilitacijos priemonių planą ir numato priemones jam įgyvendinti. Su šiomis priemonėmis būtina supažindinti kaip patį neįgalųjį, taip ir jo šeimos narius. Į reabilitacijos specialistų komandos darbą būtina įtraukti ir panašaus likimo

asmenis, sėkmingai praėjusius reabilitaciją (kaip medicininę, taip ir socialinę), kurie savo ruožtu adekvačiai galėtų vertinti situaciją, o tai paskatintų reabilituojamąjį siekti rezultatų.

Komandinis kompetentingų specialistų (psichologo, mediko, socialinio pedagogo, negalės specialisto, teisininko, kt.) darbas galėtų (turi) suteikti neįgaliajam ir jo šeimai būtiną paramą, padėti šeimos nariams išmokyti naujų vaidmenų bei sukurtų (padėtų sukurti) iki šiol šeimoje neegzistavusius resursus.

Apibendrinant respondentų nuomonę, apibūdinantį medicininės reabilitacijos specialistų požiūrio į fizinę negalę charakteristiką, išskiriami svarbiausi fizinės negalės vaizdinio formavimosi ypatumai – tai *Socialinių įgūdžių ugdymo stoka*, kas tiesiogiai formuoja (gali formuoti) negalės vaizdinį visuomenėje.

Atlikta respondentų nuomonių apie nevyriausybinių organizacijų darbuotojų, dirbančių su neįgaliaisiais po nugaros smegenų pažeidimo, judančiais neįgaliojo vežimėliuose požiūrio į fizinę negalę charakteristikos faktorinė analizė. Duomenys pateikiami 2 lentelėje.

2 lentelė

**Respondentų nuomonė, apibūdinanti nevyriausybinių organizacijų darbuotojų požiūrio į fizinę negalę charakteristika, %
(N=240; KMO=0,747; $\alpha=0,785$)**

Struktūriniai komponentai	L	%	r/itt
<i>Komandinis darbuotojų darbas, taikant neįgaliesiems individualias darbo priemones bei šeimos narių įtraukimas į veiklą</i>			
Neįgalusis – komandos narys	0,721	10,51	0,572
Darbas su neįgalioju pagal individualų darbo planą	0,707		0,579
Darbas su neįgalioju ir jo šeimos nariais	0,527		0,501
Komandinis darbuotojų darbas	0,419		0,354
<i>Specialistų pakankamumas bei jų kompetencija, teikiant informaciją medicininės reabilitacijos ir negalios klausimais</i>			
Informacijos pakankamumas apie negalę ir neįgalumą	0,771	20,01	0,642
Darbuotojų kompetencija	0,572		0,429
Medicininės reabilitacijos informacijos pakankamumas	0,569		0,555
Specialistų pakankamumas	0,330		0,310
<i>Socialinis - teisinis žinojimas, veiklos tobulinimas</i>			
Įstatymų, reglamentuojančių neįgaliųjų teises ir pareigas žinojimas	0,562	29,01	0,451
Socialinės reabilitacijos informacijos pakankamumas	0,542		0,311
Neįgaliųjų socialinės integracijos veiklos teorinis ir praktinis taikymas	0,472		0,360
Dėmesys tik socialinei reabilitacijai	0,424		0,243
Veiklos vystymas ir tobulinimas	0,366		0,235
<i>Savarankiškumo išmokymas ir tiesa apie „kitokią“ ateitį</i>			

Tiesa apie negalę ir „kitokią“ ateitį	0,771	35,33	0,442
Savarankiškų gyvenimo įgūdžių ugdymo (iš)mokymas	0,511		0,442
Medicininis ir socialinis informatyvumas			
Informacijos pateikimas medicininiais klausimais	0,581	40,64	0,276
Informacijos pateikimas medicininiais ir socialiniais klausimais	0,460		0,276
NVO demografinė padėtis, veiklos (ne)atitikimas neįgaliųjų poreikiams			
NVO pakankamumas	0,567	45,23	0,306
Veiklos (ne)atitikimas neįgaliųjų poreikiams	0,412		0,306

Tyrimo duomenys parodė, kad svarbiausiu komponentu respondentai (45,23 %) išskyrė *NVO demografinė padėtis, veiklos (ne)atitikimą neįgaliųjų poreikiams* (NVO pakankamumas, L=0,567; veiklos (ne)atitikimas neįgaliųjų poreikiams, L=0,412). Galima manyti, kad respondentams yra labai svarbus NVO, vykdančių socialines reabilitacijos programas neįgaliesiems po nugaros smegenų pažeidimo, judantiems neįgaliojo vežimėliuose kiekis ir jų demografinė padėtis, nes būtent mažuose miesteliuose ir kaimuose gyvenantiems neįgaliesiems, kur neįkurtos (arba silpnai veikia) NVO yra sunkiausia pasiekti didelių miestų ir aktyviai dalyvauti organizacijų veikloje. Tai patvirtina ir leidinio „NVO Savišvieta“ (2001) duomenys, nurodantys, kad Vilniuje įkurta per 700 nevyriausybinų organizacijų, o mažiausiai nevyriausybinų organizacijų užregistruota Raseinių ir Tauragės rajonų savivaldybėse – atitinkamai po 12 ir 17 organizacijų. Negalima paneigti tokio fakto, kad mažesnėse rajonuose NVO skaičius yra dar mažesnis arba veikla nevykdoma visai.

Reikšmingu komponentu respondentai (40,64 %) išskyrė *Medicininis ir socialinis informatyvumas* (Informacijos pateikimas medicininiais klausimais, L=0,581; informacijos pateikimas medicininiais ir socialiniais klausimais, L=0,460) ir *Savarankiškumo išmokymą ir tiesą apie „kitokią“ ateitį* - 35,33% (Tiesa apie negalę ir „kitokią“ ateitį, L=0,771; savarankiškų gyvenimo įgūdžių ugdymo (iš)mokymas, L=0,511). Analizuojant tyrimo duomenis galima daryti prielaidą, kad neįgaliesiems labai svarbus ne tik teorinis, bet ir praktinis išmokymas. Pivorienė (2003) pažymi, kad prieš mokantis naujų socialinių įgūdžių, būtinas kiek teorinis, tiek praktinis darbas su neįgaliaisiais, neslepianč jo ateities galimybių. Tam būtinas ir socialinis savarankiškumo palyginimas, kuomet NVO organizuojamoje veikloje neįgalusis stebi panašius į save ir siekia suvokti ne tik tai, kas su juo atsitiko, bet ir suvokti „kitokią“ ateitį, ir kartu dalyvauja praktiniuose savarankiško gyvenimo įgūdžių ugdymo apmokymuose. Tokiu atveju neįgalieji suvokia, kad jų problemos yra tipiškos, lengviau išgyvena stresą, greičiau adaptuojasi „kitokio padėtyje“.

Socialinį - teisinį žinojimą, veiklos tobulinimą išskyrė 29,01 % apklaustųjų (Įstatymų, reglamentuojančių neįgaliųjų teises ir pareigas žinojimas, L=0,562; socialinės reabilitacijos

informacijos pakankamumas, $L=0,542$; neįgaliųjų socialinės integracijos veiklos teorinis ir praktinis taikymas, $L=0,472$; dėmesys tik socialinei reabilitacijai, $L=0,424$; veiklos vystymas ir tobulinimas, $L=0,366$).

Specialistų pakankamumą bei jų kompetenciją, teikiant informaciją medicininės reabilitacijos ir negalės klausimais komponentą (Informacijos pakankamumas apie negalę ir neįgalumą, $L=0,771$; darbuotojų kompetencija, $L=0,572$; medicininės reabilitacijos informacijos pakankamumas, $L=0,569$; specialistų pakankamumas, $L=0,330$) išskyrė 20,01 % respondentų. Kaip pažymi Ivoškienė (2003) neįgaliųjų socialinės integracijos procese būtinas dalyvavimas įvairių institucijų, tame tarpe ir NVO. Autorė nurodo Bakk, Grunevald (1997) mintį, kad darbuotojų etika ir kompetencija turi įtakos neįgalių asmenų integracijai, nes nemažai neįgaliųjų „*labai priklauso nuo darbuotojų ir labai ribotai gali apsiginti patys arba išreikšti savo valią, be to, negalia juos lydi visą gyvenimą*“ (p. 96).

10,51% respondentų pažymėjo *Komandinį darbuotojų darbą, taikant neįgaliesiems individualias darbo priemones bei šeimos narių įtraukimą į veiklą* (Neįgalusis – komandos narys, $L=0,721$; darbas su neįgalioju pagal individualų darbo planą, $L=0,707$; darbas su neįgalioju ir jo šeimos nariais, $L=0,527$; komandinis darbuotojų darbas, $L=0,419$).

Produktyvus specialistų ir šeimų bendradarbiavimas neabejotinai priklauso nuo specialistų nuostatų, įsitikinimų apie šeimos vaidmenį, bendradarbiavimo gebėjimus ir pan. Ruškus (2000) (cit. Ališauskienė, 2005) teigia, kad specialistai turi stereotipinių negatyvių nuostatų į neįgaliuosius ir jų šeimos narius. Tuo pačiu autorė nurodo Bennet ir kt. (1997) atliktų tyrimo rezultatus, kurie atspindi pozityvesnes specialistų nuostatas į šeimų įtraukimą, bet pritaria pozicijai, kad šeimų įtraukimo procesas yra sudėtingas ir kol kas yra teoriškas nei praktiškas.

Apibendrinant respondentų nuomonę, apibūdinanti NVO darbuotojų požiūrio į fizinę negalę charakteristiką, galima daryti prielaidą, kad vienu pagrindinių fizinės negalės vaizdinio formavimosi ypatumu galima išskirti *NVO demografinę padėtį, veiklos (ne)atitikimą neįgaliųjų poreikiams*. Negalima atmesti to fakto, kad daugumos neįgaliųjų aktyvų dalyvavimą socialinėje reabilitacijoje riboja būtent NVO demografinis išsidėstymas bei nevyriausybinų organizacijų veiklos (ne)atitikimas neįgaliųjų poreikiams (ypatingai mažuose miesteliuose ir kaimų vietovėse, kur NVO sektoriaus veikla labai silpna arba nevykdoma visai). Tai veda prie *Informatyvumo stokos* (nebuvo), nuo ko priklauso neįgaliųjų *Savarankiškumo išmokymas*. Tuo pačiu galima daryti prielaidą, kad neįgaliųjų savarankiškumas formuoja (gali formuoti) palankesnę visuomenės nuostatą apie neįgaliuosius, tuo pačiu formuojant atitinkamą negalės vaizdinį.

Atlikta respondentų nuomonių apie neįgaliųjų po nugaros smegenų pažeidimo, judančių neįgaliojo vežimėliuose požiūrio į fizinę negalę charakteristikos faktorinė analizė. Duomenys pateikiami 3 lentelėje.

3 lentelė

Respondentų nuomonė, apibūdinanti neįgaliųjų po nugaros smegenų pažeidimo, judančių neįgaliojo vežimėliuose požiūrio į fizinę negalę charakteristika
(N=240; KMO=0,711; α =0,740)

Struktūriniai komponentai	L	%	r/itt
<i>Prasmingas savęs realizavimas, siekiant tikslo</i>			
Darbo siekis	0,872	13,28	0,647
Išsilavinimo siekis	0,678		0,637
Dalyvavimo iniciatyva NVO veikloje	0,519		0,443
Naudojimasis visuomeninio transporto paslaugomis	0,438		0,426
<i>(Savi)Izoliavimas</i>			
Bendravimas tik su šeimos nariais	0,660	22,58	0,507
Sveikųjų vengimas	0,538		0,400
Draugystė tik tarp neįgaliųjų	0,536		0,486
<i>Aktyvus laisvalaikio praleidimas</i>			
Teatrų lankymas	0,864	31,73	0,504
Poilsis prie jūros	0,525		0,504
<i>Būti tarp sveikų</i>			
Gyventi kartu su sveikais visuomenės nariais	0,707	40,61	0,495
Noras turėti sveikų draugų	0,706		0,495
<i>Asmeniniai išgyvenimai, kaip negalios pasekmės</i>			
Nesusitaikymas su savo negale	0,556	48,90	0,055
Kompleksavimas dėl savo negalės	0,541		-0,026
Dalyvavimas bendruomenės kultūriniame gyvenime	0,465		-0,115
Draugystė su sveikais draugais	0,420		-0,172

Tyrimo rezultatai atskleidė daugumos (48,90 %) respondentų požiūrį į *Asmeninius išgyvenimus, kaip negalės pasekmes* (Nesusitaikymas su savo negale, L=0,556; kompleksavimas dėl savo negalės, L=0,541; dalyvavimas bendruomenės kultūriniame gyvenime, L=0,465; draugystė su sveikais draugais, L=0,420). Neįgaliam asmeniui būtina suvokti savo „kitoniškumą“ ir išmokti vertinti save tokį, koks esi. Pasak Barkauskienės (2003), nuo savęs vertinimo priklauso santykiai su kitais žmonėmis, veiklos aktyvumas, elgesio reguliacija, psichinė sveikata ir savijauta. Pivorienė (1999) pažymi, kad negalė iš esmės pakeičia žmogaus gyvenimą, sukelia stresą, sutrikdo asmens – aplinkos atitikimą, panaikina visą ankstesnę adaptaciją ir reikalauja didelių pastangų kovoti su krize. Kaip bebūtų, bet asmuo turi adaptuotis neįgaliojo padėtyje ir daugiau ar mažiau jam tai pavyksta. Autorė nurodo, kad šia prasme integruotis – tai surasti geriausią būdą, kaip atstatyti pažeistą balansą

ir rasti naujų optimaliausių asmens – aplinkos atitikimo variantų, o tam reikia užmegzti efektyvų socialinių ryšių tinklą. Tą patvirtina ir sekantys respondentų (40,61%) išskirti komponentai: *Būti tarp sveikų* (Gyventi kartu su sveikais visuomenės nariais, L=0,707; noras turėti sveikų draugų, L=0,706) ir *Aktyvus laisvalaikio praleidimas* – 31,73 % (Teatrų lankymas, L=0,864; poilsis prie jūros, L=0,525).

(*Savi*)*Izoliavimas* (Bendravimas tik su šeimos nariais, L=0,660; sveikųjų vengimas, L=0,538; draugystė tik tarp neįgaliųjų, L=0,536) reikšmingas 22,58 % respondentų. Analizuojant tyrimo duomenys galima prielaida, kad dėl visuomenės „atmetimo“ neįgaliųjų integracija užtrunka (gali užtrukti) pernelyg ilgai. Anot Pivorienės (1999), nors „užsidarymas“ ir yra natūrali reakcija į stresą, kuri patyria neįgalieji, ji neturi būti ilgalaikė, nes silpnina individo socialinius įgūdžius ir kontaktus su sveikais visuomenės nariais.

Anot Juodraičio (1999), neįgaliųjų adaptacijos sėkmę (ar nesėkmę) lemia daugelis veiksnių, tame tarpe komunikacija su aplinkiniais bei šeimos nariais. Žmogus yra atvira sistema ir komunikacijos procesas turi vykti į abi puses. Vienaip ar kitaip, stigmatizacijos procesas paveikia šeimą, kurioje yra neįgalus asmuo. Šeimos nariai reaguoja į negalę taip, kaip tai yra priimta jų visuomenėje. Bet tuo pačiu, šeimos nariai neturėtų tapti „naminiais globėjais“, kad neįgalusis užsiskleistų savyje, nesektų tobulumo, vengtų bendravimo. Tai išreiškia infantilinę neįgaliojo socialinę poziciją kitų žmonių atžvilgiu, t.y. su neįgalioju elgiamasi kaip su vaiku. Tad galima daryti prielaidą, kad „kitoniškumo“ sindromas yra dvipusis, apimantis kaip šeimą, taip ir visuomenę.

Negalės stereotipai atspindi sveikų visuomenės narių įsitikinimus, kad neįgaliesiems būdingi vienokie ar kitokie elgesio, išvaizdos ar kitokio būdo bruožai. Dažnai stereotipai neatitinka tikrovės, neįgalus žmogus suvokiamas pernelyg ribotai, tuomet formuojasi nepalankios nuostatos, kurios gali turėti įtakos ir faktiniam elgesiui. Tokios masinės visuomenės nuostatos savo ruožtu formuoja tam tikrą ideologiją bei neigiamą negalės vaizdinį visuomenėje. Šios nuostatos lydi ir veikia ne tik visuomenę, kuri yra šių nuostatų nešėja, bet ir patį neįgalųjį: jis persiima šiomis nuostatomis ir pradeda save su jomis tapatinti. Tai apsunkina neįgalaus asmens integraciją ir jo socialinį bei psichologinį vystymąsi.

Gautus tyrimo duomenis patvirtina mokslinėje literatūroje nurodyti struktūrinio nuostatų į neįgaliuosius teorinio modelio komponentai (žr. p. 11), kai sveikų ir neįgalių asmenų santykiai yra (būna) nepriimtini, neįgalaus žmogaus kaip asmenybės savybės neįvertinamos, o pati negalė tampa (dažniausiai) atstūmimo priežastimi. Tai išreiškia požiūrio į negalę kaip į socialinį nesugebėjimą ribotumą. Galima daryti prielaidą, kad dėl šios priežasties neįgalieji vengia bendravimo su sveikais visuomenės nariais, labiau renkasi bendravimą ir draugystę su panašaus likimo asmenimis.

Mažiau reikšmingu komponentu respondentai (13,28 %) išskyrė *Prasmingą savęs realizavimą, siekiant tikslo* (Darbo siekis, L=0,872; išsilavinimo siekis, L=0,678; dalyvavimo iniciatyva NVO veikloje, L=0,519; naudojimas visuomeninio transporto paslaugomis, L=0,438). Nors darbą galima drąsiai priskirti prie socialinės rehabilitacijos sistemos, respondentų nuomone, šitie kriterijai, matyt, neapima (tiek stipriai) neįgaliųjų jausmų ir emocijų, jų nebuvimas (buvimas) netrikdo jų kasdieninio gyvenimo, todėl nėra neįgaliesiems tokie svarbūs.

Apie tai liudija gauti tyrimo rodikliai, reiškiantys respondentų nuomones apie neįgaliųjų darbo (žr. 4 priedą, 1 pav.) ir išsilavinimo (žr. 4 priedą, 2 pav.) siekimą.

30 proc. neįgaliųjų po nugaros smegenų pažeidimo visiškai sutinka, kad neįgalieji siekia darbo. Tuo tarpu šioje respondentų grupėje dirba panašus skaičius - 21,25 proc. (17 žm.) neįgaliųjų (žr. 7 pav.). Tad galima prielaida, kad darbo siekimas yra būdingas (dalinai) tik dirbantiems neįgaliesiems, o darbo neturinčių neįgaliųjų nuomonės išsiskyrė: iš dalies sutinka - 45 proc., iš dalies nesutinka - 20 proc., visiškai nesutinka - 5 proc. neįgaliųjų. Kad žmonės su negale siekia darbo, visiškai sutinka 22,5 proc. medicininės rehabilitacijos specialistų ir tik 2,5 proc. NVO darbuotojų ir atitinkamai visiškai nesutinka po 6,25 proc. šių grupių respondentų.

Kokią vietą neįgaliųjų respondentų gyvenime beužimtų darbas, bet jo sėkmingas įvaldymas ir atlikimas užtikrina ne tik ekonominį individo savarankiškumą, bet ir galimybę realizuoti savo gebėjimų potencialą, rasti (užimti) adekvačią vietą socialinėje struktūroje.

Daugelio autorių manymu (Baranauskienė, Ruškus, 2004; Gvazdauskienė, 2004; Kaziūnienė, 2004), neįgaliajam siekiant susirasti darbo, ypač svarbios darbdavio nuostatos į negalę, tai, ką darbdavys pirmiausiai mato: aprangos stilių, tvarkingumą ir pan., ar neįgaliojo vežimėlį (kitą kompensacinę techniką); kas jam rūpi: pretendento į darbą kvalifikacija, darbinė patirtis, ar kas ieškančiajam darbo atsitiko? Darbdaviai, turėdami pasirinkimo galimybę, prioritetą teikia neturintiems negalės, nepasitiki neįgaliaisiais dėl trūkstamos informacijos apie neįgaliųjų sugebėjimus, profesinį pasirengimą ir asmenines savybes (www.angelas.lt/?pg=29&lang=1&menu_id=11). Baranauskienės, Ruškaus (2004) duomenimis, neįgaliųjų integracijos trikdžiuose labai dažnas reiškinys yra kolektyvo, bendradarbių nepalankumas neįgaliųjų atžvilgiu; dėl informacijos trūkumo, jie baiminasi papildomų pareigų ir atsakomybės.

Kai kurie autoriai (Baranauskienė, Ruškus, 2004; Kondrašovienė, Vaitiekus, 2004 ir kt.), analizuodami neįgaliųjų įsidarbinimo problemas, pažymi subjektyvios integracijos į darbo rinką kliūtis: motyvacijos dirbti trūkumas, bedarbio pašalpos siekimas, asmeninės iniciatyvos trūkumas, neobjektyvus savo situacijos darbo rinkoje vertinimas.

Encyclopedia of Psychology (2000) (cit. Daugėla, 2004) pateikia A.Maslow asmenybės poreikių teorijos kritikų poziciją, kad nežiūrint į tai, kad kai kuriems asmenims darbas gali padėti patenkinti saviaktualizacijos ir pagarbos poreikius, tačiau proporcingai tik labai maža dalis gali suteikti šią galimybę. Quantanilla, Wilpert (1995) (cit. Daugėla, 2004) nurodo, kad darbas kai kurių asmenų gyvenime yra gan subjektyvus dalykas: arba darbas yra reikšmingiausias dalykas individo gyvenime, arba, atvirkščiai, darbui nepriskiriamos jokios svarbios gyvenimiškos pozicijos.

Šimašiaus (2005) teigimu, kai kurie neįgalieji neturi (nenori turėti) pakankamai motyvų dalyvauti darbo rinkoje. Neįgaliojo statusas leidžia gauti materialinę paramą ir jie tiesiog nesuinteresuoti stengtis nugalėti sunkumus, savarankiškiau ir įdomiau gyventi.

Nagrinėjant *Prasmingą savęs realizavimą, siekiant tikslo* komponentą, pravartu susipažinti su respondentų nuomone apie neįgaliųjų po nugaros smegenų pažeidimo išsilavinimo siekimo rodiklius. (žr. 4 priedą, 2 pav.).

Tyrimo duomenimis, kad neįgalieji nori studijuoti ir siekia išsilavinimo, visiškai ir/ar iš dalies sutinka atitinkamai 23,75 proc. ir 47,5 proc. neįgaliųjų po nugaros smegenų pažeidimo. Iš dalies nesutinka 25 proc., o visiškai su tuo nesutinka 3,75 proc. neįgaliųjų. Labiau pesimistiškai nusiteikę NVO darbuotojai. Visiškai sutinkančių, kad neįgalieji siekia aukštojo išsilavinimo – 1,25 proc., iš dalies sutinka 32,5 proc., iš dalies nesutinka 58,75 proc. ir visiškai nesutinka 7,5 proc. apklaustųjų. 16,25 proc. medicininės reabilitacijos specialistų visiškai sutinka, kad neįgalieji siekia išsilavinimo, iš dalies sutinka 41,25 proc., iš dalies nesutinka 38,75 proc. ir visiškai su tuo nesutinka 3,75 proc. apklaustųjų.

Tyrimo duomenis rodo, kad neįgaliųjų norai siekti aukštojo išsilavinimo ne itin aukšti. Kaip nurodo Ruškus, Daugėla, Žukauskas, Blinstrubas, Šaparnis, (2007) įgiję aukštąjį išsilavinimą neįgalieji turi galimybę sėkmingai įsijungti į darbo rinką, bet tuo pačiu, nurodo ne vieną priežastį, dėl kurios neįgalieji nėra tokie aktyvūs, siekiant aukštųjų studijų. Tokiomis priežastimis gali būti/yra: aplinkos neprieinamumas, nepakankamas dėstytojų pasirengimas darbui su neįgaliaisiais, paramos resursų (pagalbininkų) nebuvimas, pačių neįgaliųjų aktyvumo problema ir kt. Remiantis tyrimo gautais duomenimis galima prielaida, kad vieną pagrindinių priežasčių galima (galima būtų) įvardinti, kaip pačių neįgaliųjų studijų motyvacijos stoka.

Kaip pažymi Juodraitis (1999), žmogaus noro, elgesio, aktyvumo, motyvacijos bei prisitaikymo prie įvairių (darbo, mokymo, aplinkos, kt.) sąlygų, prie žmonių, prie kolektyvo, bendruomenės normų ir jo tradicijų procesas lemia tam tikrų vaizdinių formavimąsi, verčia užimti tam tikrą poziciją sociume.

Apibendrinant neįgaliųjų po nugaros smegenų pažeidimo, judančių neįgaliojo vežimėliuose požiūrio į fizinę negalę charakteristiką, išskiriami fizinės negalės vaizdinio formavimosi ypatumai, reiškiantys, kad *Negalė, kaip pasekmės rezultatas* turi įtakos *Dalyvavimui visuomenės gyvenime* ir veda neįgaliuosius į *Segregacinę būseną*, tuo pačiu neįgalieji praranda *Motyvaciją prasmingam savęs realizavimui, siekiant tikslo*.

Socialinis konstravimas leidžia modeliuoti ne tik socialinių nuostatų mechanizmus neįgaliųjų atžvilgiu, bet ir apskritai socialinę negalės sampratą socialiniame diskurse. Ruškus (2002) nurodo Pasleau, Collignos (1997) išskirtus trys socialinio konstravimo kriterijus:

1. *Nuomonės ir vertinimai:*

Neįgaliojo socialinis vaizdinys dažniausiai yra neigiamas;

2. *Socialinė politika ir intervencija:*

Neįgaliojo socialinis vaizdinys priklauso nuo masinės ideologijos požiūrio;

3. *Socialinis struktūravimas:*

Neįgalus asmuo traktuojamas kaip pasyvumo objektas.

Remiantis šiais kriterijais matome, kad socialinio vaizdinio konstruktas leidžia analizuoti ne tik socialines nuostatas, bet nurodo socialines normas, kuriomis visuomenės nariai vertina negalę.

Atlikus respondentų (medicininės reabilitacijos specialistų, nevyriausybių organizacijų darbuotojų bei neįgaliųjų po nugaros smegenų pažeidimo, judančių neįgaliojo vežimėliuose) požiūrio į fizinę negalę charakteristikų faktorinę analizę, išskirti pagrindiniai požiūrio į fizinės negalės vaizdinį formavimosi ypatumai. Taigi, fizinės negalės vaizdinio formavimuisi didelę svarbą turi pirminės neįgaliųjų socialinės reabilitacijos institucijos - medicininės reabilitacijos įstaigos, kur neįgaliesiems ypatingai svarbūs savarankiškų įgūdžių ugdymo apmokymai (maitinimosi, rengimosi, asmens higienos, vežimėlio valdymo, pragulų profilaktikos, urologinių bei seksualinių problemų sprendimo būdai, socialinės politikos informatyvumas, kiti teoriniai ir praktiniai mokymai) ir jų įsisavinimas. Nevyriausybinės organizacijos, kaip antrinė neįgaliųjų socialinės reabilitacijos grandis, turi įtraukti neįgaliuosius į aktyvų visuomenės gyvenimą, užtikrinti jų savarankiškų įgūdžių ugdymo praktinį tobulinimą, tapti neįgaliajam informacinių šaltinių visais socialinės reabilitacijos klausimais. Bet dėl NVO demografinio išsidėstymo tai ypatingai sunku padaryti mažuose miesteliuose bei kaimuose, kur nevyriausybių organizacijų veikla silpnai išvystyta (arba NVO sektorius neveikia visai). Tokiu atveju, be savarankiškų įgūdžių bei NVO veiklos (jos trukumų) neįgalūs asmenys lieka „nepilnai reabilituoti“, juos apima tik asmeniniai išgyvenimai, negalę jie

išgyvena kaip savo nesėkmių pasekmes, dažniausiai jie vengia bendravimo su aplinkiniais, depresuoja, lieka tik savo šeimos apsuptyje, jiems sudėtinga adaptuotis visuomenėje.

Apibendrinant socialinės reabilitacijos specialistų ir neįgaliųjų požiūrio į fizinę negalę charakteristikas, galima remtis simbolinio interakcionizmo teorija ir daryti išvadą, kad neįgaliųjų žmonių socialinės reabilitacijos sėkmė arba nesėkmė priklauso ne nuo neįgalumo laipsnio, o nuo socialinės aplinkos, t.y. socialinių normų ir nuostatų. Visuomenė savo ruožtu sukuria tokius negalės vaizdinius, kokius „formuoja“ ir „pateikia“ patys neįgalieji. Taip pat galima daryti išvadą, kad socialinis negalės vaizdinys yra ambivalentiškas, turi specifinių požymių ir priklauso nuo socialinės sąveikos.

Toliau atlikta koreliacinė analizė, išskirti esminiai komponentų koreliaciniai ryšiai, kurių pagalba sudarytas neįgaliųjų ir socialinės reabilitacijos specialistų sąveikos modelis.

Atlikus neįgaliųjų po nugaros smegenų pažeidimo, judančių neįgaliojo vežimėliuose *Prasmingas savęs realizavimas, siekiant tikslo* komponento koreliacinę analizę (žr. 5 priedą, 1 lentelę), paaiškėjo kad neįgaliųjų noras siekti aukštojo išsilavinimo glaudžiai koreliuoja su darbo motyvacija ($r=0,586$, $p=0,001$). *Būti tarp sveikų* komponento koreliacinė analizė (žr. 5 priedą, 2 lentelę) parodo, kad neįgalieji nori gyventi kartu su sveikais visuomenės nariais ir nori turėti sveikų draugų ($r=0,536$, $p=0,001$). Kiti komponentai koreliacinio ryšio neturi.

Atlikus medicininės reabilitacijos specialistų, dirbančių su neįgaliaisiais po nugaros smegenų pažeidimo, judančių neįgaliojo vežimėliuose *Specialistų teorinė ir praktinė kompetencija bei socialinis išmokymas, dirbant su neįgalioju ir jo šeimos nariais* komponento koreliacinę analizę (žr. 6 priedą, 1 lentelę), paaiškėjo, kad informacijos teikimas neįgaliesiems apie jų negalę glaudžiai koreliuoja su socialinės ($r=0,650$, $p=0,001$) ir medicininės ($r=0,723$, $p=0,001$) informacijos teikimu, o pastarosios turi ypatingai glaudų tarpusavio ryšį ($r=0,750$, $p=0,001$). Respondentai akcentuoja sąsajas tarp neįgaliojo neatsėjamos komandinės narystės ir komandinio specialistų darbu ($r=0,691$, $p=0,001$), užsiėmimais su neįgaliaisiais pagal individualų darbo planą ($r=0,700$, $p=0,001$), darbu su neįgaliųjų šeimos nariais ($r=0,600$, $p=0,001$) bei pakankamu medicininės ($r=0,591$, $p=0,001$) ir socialinės ($r=0,580$, $p=0,001$) informacijos teikimu. Tiriamieji nurodo, kad užsiėmimai pagal individualų darbo planą glaudžiai susiję su socialinės reabilitacijos informacijos teikimu ($r=0,603$, $p=0,001$), darbu su neįgalaus asmens šeimos nariais ($r=0,599$, $p=0,001$), savarankiškų gyvenimo įgūdžių (ap)mokymais ($r=0,590$, $p=0,001$) bei komandiniu specialistų darbu ($r=0,713$, $p=0,001$), pastarajam turi svarbą personalo kompetencija ($r=0,595$, $p=0,001$).

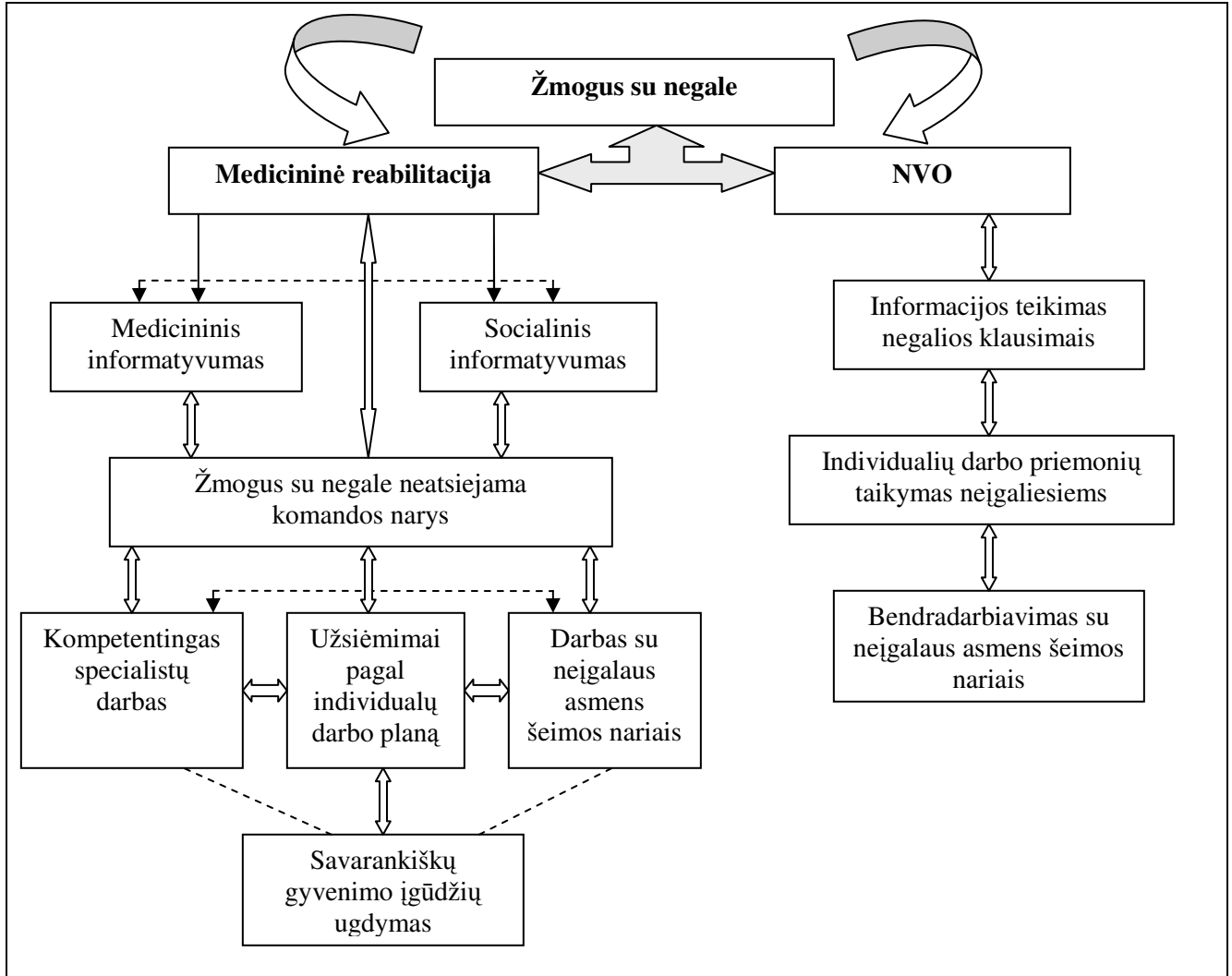
Socialinės / teisinės informacijos prieinamumas komponento koreliacinė analizė (žr. 6 priedą, 2 lentelę), parodė, kad medicininės reabilitacijos įstaigos, kaip pagrindinis neįgaliųjų informacinis šaltinis socialinės integracijos klausimais ir specialistų įstatymų, reglamentuojančių neįgaliųjų teises ir pareigas žinojimas glaudžiai koreliuoja ($r=0,673$, $p=0,001$).

Kiti komponentai koreliacinio ryšio neturi.

Atklikus NVO darbuotojų *Komandinis darbuotojų darbas, taikant neįgaliesiems individualias darbo priemones bei šeimos narių įtraukimas į veiklą* komponento koreliacinę analizę (žr. 7 priedą, 1 lentelę), paaiškėjo, kad darbas su neįgaliaisiais pagal individualų darbo planą ir nevyriausybinių organizacijų darbuotojų darbas su neįgalaus asmens šeimos nariais ($r=0,512$, $p=0,001$) turi koreliacinį ryšį. *Specialistų pakankamumas bei jų kompetencija, teikiant informaciją medicininės reabilitacijos ir negalės klausimais* komponento koreliacinė analizė (žr. 7 priedą, 2 lentelę), išaiškino sąsajas tarp informacijos teikimo medicininės reabilitacijos klausimais ir informacijos teikimo apie negalę ($r=0,586$, $p=0,001$). Kiti komponentai koreliacinio ryšio neturi.

Taigi, remiantis gautais tyrimo rezultatais paaiškėjo veiksnių tarpusavio ryšis, kuriuo remiantis sukurtas neįgaliųjų ir socialinės reabilitacijos specialistų sąveikos modelis (10 pav.), kuris užtikrins (padėtų užtikrinti) požiūrio į fizinės negalės vaizdinį svarbą bei fizinės negalės vaizdinį formavimąsi.

Neįgaliųjų ir socialinės reabilitacijos specialistų sąveikos modelis



10 pav. Neįgaliųjų ir socialinės reabilitacijos specialistų sąveikos modelis.

Tikėtina, kad neįgaliųjų ir socialinės reabilitacijos specialistų sąveikos modelis užtikrins (padės užtikrinti) vientisą ir nenutrūkstamą neįgaliųjų socialinės reabilitacijos procesą nuo medicininės reabilitacijos iki maksimalaus socialinio savarankiškumo, nuo individualaus (ap)mokymo iki visuomeninio neįgaliųjų dalyvavimo ir prasmingo savęs realizavimo bei turės svarbą fizinės negalės vaizdinio formavimesi.

Išvados

1. Mokslo šaltiniai nurodo, kad neįgalių asmenų socialinis negalės vaizdinys priklauso ir jį formuoja masinė visuomenės ideologija. Taip pat pastebėta, kad neįgaliųjų socialinės rehabilitacijos procesas traktuojamas kaip nuolatinis, nenutrūkstamas ir kompleksinis, kurio metu įgyjamos ir tobulinamos žmonių su negalia savarankiško gyvenimo ugdymo įgūdžiai. Neįgalių asmenų socialinės rehabilitacijos procesas turi būti vientisas, o medicininės rehabilitacijos ir nevyriausybinių organizacijos darbas - komandinis, suteikiant neįgaliesiems būtinas teorines ir praktines žinias, kas savo ruožtu formuoja fizinės negalės vaizdinį visuomenėje.
2. Tyrime dalyvavę neįgalieji po nugaros smegenų pažeidimo, judantys neįgaliojo vežimėliuose, 0-25 procento darbingumo lygio, dauguma jų vidutinio amžiaus, turi vidurinį ir/arba aukštesnį išsilavinimą, tačiau beveik visi apklaustieji neturi darbo.
3. Dauguma respondentų medicininės rehabilitacijos specialistų darbe pažymėjo socialinių įgūdžių ugdymo nepakankamumą dirbant su neįgaliaisiais, o tai turi didelės svarbos formuojant neįgalės vaizdinį.
4. Tyrimo dalyvių duomenimis išaiškėjo, kad Lietuvoje ryškiai nepakanka medicininės rehabilitacijos įstaigų žmonėms po nugaros smegenų pažeidimo, judantiems neįgaliojo vežimėliuose bei šios srities dirbančių specialistų.
5. Tyrimo dalyviai pažymėjo, kad medicininės rehabilitacijos įstaigose neįgaliesiems svarbus informacijos (medicininės, socialinės, teisinės) prieinamumas bei tam tikrų specialistų kompetencija šiais klausimais.
6. Dauguma apklausoje dalyvavusių asmenų pažymėjo, jog šalyje trūksta nevyriausybinių organizacijų ir jų veikla ne visada atitinka neįgaliųjų poreikius.
7. Tyrimo dalyviams labai svarbu, kad nevyriausybines organizacijose neįgaliesiems būtų teikiama informacija socialiniais klausimais.
8. Tyrimo dalyviai pažymėjo, kad nevyriausybinių organizacijos turi atlikti svarbų vaidmenį neįgaliųjų savarankiško gyvenimo įgūdžių (iš)mokymuose ir neįgaliųjų informavime apie „kitokią“ ateitį.
9. Dauguma tyrimo dalyvių negalę vertina kaip pasekmės rezultatą ir mano, kad neįgalieji išgyvena galias depresijas, kas stabdo jų aktyvų dalyvavimą visuomenėje.
10. Tyrimo duomenimis, neįgalieji menkai siekia darbinės veiklos ir dar mažiau siekia išsilavinimo.

Rekomendacijos

1. Kad neįgaliųjų socialinės reabilitacijos procesas nuo pat pirmųjų negalės dienų taptų nuolatinis ir nenutrūkstamas, o komandinis specialistų darbas užtikrintų darbo efektyvumą, medicininės reabilitacijos įstaigose su neįgaliaisiais turi dirbti specialistų komanda; pats neįgalusis turi būti neatsiejamas komandos narys; į komandinį darbą būtina įtraukti neįgalus asmuo šeimos narius.
2. Būtina teikti neįgaliesiems kaip medicininę, taip ir socialinę informaciją (kompensacinės technikos, būsto pritaikymo, mokymosi, ugdymo, profesinio rengimo, teisiniais ir kt. klausimais), specialistai (specialistų komanda) turi užtikrinti informacijos kompetentingumą.
3. Būtina sakyti visą tiesą apie negalę ir neįgalumą.
4. Kaip darbo/mokymo priemonę, rekomenduojama neįgaliesiems ir jų šeimos nariams rodyti video medžiagą apie neįgaliųjų reabilitacijos galimybes, padėti visuomenėje, siekiant, perspektyvas.
5. Rekomenduojama, kad medicininės reabilitacijos įstaigoje dirbtų neįgalus asmuo, savo pavyzdžiu teikiantis ką tik patyrusiems stuburo traumas asmenims teorines ir praktines (apsirengimas, persėdimas iš vežimėlio/į vežimėlį, vežimėlio technikos valdymas, higienos klausimų aptarimas, kt.) žinias, konsultacijas.
6. Medicininės reabilitacijos socialinis darbuotojas arba dirbantis neįgalus asmuo apie kiekvieną patyrusį negalę asmenį turi informuoti teritorines nevyriausybinės organizacijas, kas užtikrintų jo įtraukimą į NVO veiklą, aktyvumą, dalyvavimą veikloje.
7. Nevyriausybinių organizacijų darbuotojai turi užtikrinti neįgaliųjų socialinį informatyvumą, neįgaliųjų interesų ir teisių atstovavimą bei gynimą įvairiuose institucijose.
8. Nevyriausybinių organizacijų veikla turi užtikrinti neįgaliųjų praktinių savarankiškumo įgūdžių ugdymą ir tobulinimą, aktyvų dalyvavimą veikloje, interesų skatinimą ir realizavimą, kas padėtų neįgaliajam išvengti (savi)izoliavimo nuo visuomenės.
9. Žmonės su negale turėtų rodyti savo aktyvumą visuomenės atžvilgiu. Nes tik įsisauginę ir institucionalizavę savo identitetą vieni su kitais, jausis ne tokie vieniši/izoliuoti (pvz.: jeigu jų gyvenamoje teritorijoje neveikia NVO sektorius) ir stigmatizuoti. Nes tik suvokdami save kaip grupę (ne kaip atskirus individus), jie daug lengviau integruosis į visuomenę, racionaliau galės kovoti dėl lygių galimybių ir teisių, taip prisidėdami prie socialinės politikos neįgalumo klausimais formavimo, tuo pačiu formuojant atitinkamą negalės vaizdinį visuomenėje.

Literatūra

1. Adomaitienė, R. (Sud.) (2003). *Taikomoji neįgaliųjų fizinė veikla*. Kaunas. Lietuvos kūno kultūros akademija.
2. Adomaitienė, R., Mikelkevičiūtė, J. (2001). Negalios fenomenas sociologijos požiūriu. *Sociologijos mokslai*. Ugdymas*Kūno kultūra*Sportas Nr. 4 (41), 5 – 14.
3. Ališauskienė, S. ((2005). *Ankstyvoji intervencija vaikystėje*. Monografija. Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla.
4. Ambrukaitis, J. (2005). *Specialiojo ugdymo kaitos bruožai*. Mokslo taikomasis leidinys. Šiaulių universitetas. Šiaulių universiteto leidykla.
5. *Atviros aplinkos neįgaliojo integracijai į darbo rinką kooperacijos modelis* (2007). www.angelas.lt/?pg=29&lang=1&menu_id=11 (žiūrėta 2008 04 15).
6. Bank- Mikkelsen, N. E. (1991). *Sutrikusios psichikos žmonių gyvenimo sąlygos*. Sutrikusios psichikos žmonių draugija: tarptautinė grupė. Versta iš Living Conditions for people with Mental Handicap.
7. Baranauskienė, I. (2003). Nežymiai sutrikusio intelekto asmenų profesinių norų ir galimybių sąveikos ypatumai. *Specialusis ugdymas*, 2 (9), 69–78.
8. Baranauskienė, I., Ruškus, J. (2004) *Neįgaliųjų dalyvavimas darbo rinkoje: profesinio rengimo ir profesinės adaptacijos sąveika*. Monografija. Šiaulių universitetas. Šiaulių universiteto leidykla.
9. Blumer, H. (1998). Simbolinio interakcionizmo metodologinės nuostatos. *Sociologija. Mintis ir veiksmas*, 2, 147 – 156. Vytauto Didžiojo universitetas. Versta iš *Symbolic Interactionism. Perspective and Method*. Engelwood Cliffs: Prentice Hall. 1969, p. 1 – 21.
10. C. M. Charles. (1999). *Pedagoginio tyrimo įvadas*. Vilnius: Alma Littera. Versta iš Introduction to Edukational Research. Third Edition. Addison Wesley Longman Inc., London, 1998.
11. Čepulskaitė, I. (1999). Mūsų kasdieninė sąveika: Simbolinio interakcionizmo perspektyva. *Sociumas*, 2. <http://www.sociumas.lt/Lit/Nr2/interak.asp> (žiūrėta 2008-04-06).
12. Daugėla, M. (2004). Žmonių, turinčių sunkią fizinę negalę, darbinė veikla ir ją įgalinantys resursai. I. Baranauskienė (Sud.). *Socialinė parama neįgaliesiems įsidarbinimo situacijoje: mokslinės praktinės konferencijos pranešimų medžiaga* (straipsnių rinkinys) (p.65–74). Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla.

13. Daugėla, M. (2008). *Studentai, turintys negaęą, aukštosiose mokyklose*. Rekomendacijos administratoriams ir dėstytojams. Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla.
14. Elmiškienė, V. (2001). Neįgalieji gelbstisi savo rankomis // *ESU*, 19 (240).
15. Forte, J. A. (2002) Not in My Social World: A Cultural Analysis of Media Representations, Contested Spaces, and Sympathy for the Homeless. *Journal of Sociology and Social Welfare*, Vol. 29, N 4. http://www.wmich.edu/hhs/newsletters_journals/jssw/29-4.htm (Žiūrėta 2006–01–23).
16. Gailienė, I. (1997). Negalės priėmimas – esminė neįgalių žmonių psichologinės rehabilitacijos grandis. V. Karvelis (Sud.). *Neįgalių asmenų socialiniai poreikiai, jų tyrimo ir tenkinimo problemos*: tarptautinė mokslinė-metodinė konferencija (p. 24–26). Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla.
17. Gailienė, I., Ruškus, J. (2000). Protiškai neįgalaus asmens emociniai išgyvenimai: socialinis vaizdinys. *Psichologija*, 22, 1-15.
18. Gailienė, I., Ruškus, J. (2001). Socialinio vaizdinio apie protiškai neįgalaus asmens emocinius išgyvenimus ypatumai. *Psichologija*, 22, 37-53. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
19. Garfinkel, H. (2005). *Etnometodologiniai tyrimai*. Vilnius: VU specialiosios psichologijos laboratorija.
20. Gevorgianienė, V. (2005). Vidiniai ir išoriniai socialinės atskirties veiksniai. Neįgalių verslas. *Ekonominiai ir socialiniai aspektai*: tarptautinės konferencijos medžiaga (p. 58-67). Vilnius: UAB „Brailio spauda“.
21. Gražulevičienė, R. (2002). *Žmogaus ekologija*. Kaunas: Vytauto Didžiojo universiteto leidykla.
22. Gudonis, V. (1998). Neįgalus žmogus visuomenėje. G. Liaudanskienė. (Sud.). *Aš nesiskiriu nuo kitų* (p. 3–6). Kaunas: Kauno aklųjų ir silpnaregių vaikų globos bendrija „Akių šviesa“.
23. Gudonis, M. (1999). Požiūris į neįgalų žmogų antikos epochoje. *Neįgalaus ugdymo švietimo sistemos kaitos kontekste*. Tarptautinės mokslinės – praktinės konferencijos straipsnių rinkinys, 33 – 41. Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla.
24. Gvazdauskienė, I. (2004). Neįgalių profesinis rengimas ir įsidarbinimo galimybės Lietuvoje. I. Baranauskienė (Sud.). *Socialinė parama neįgaliesiems įsidarbinimo situacijoje*: mokslinės praktinės konferencijos pranešimų medžiaga (straipsnių rinkinys) (p.65–74). Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla.

25. Ivoškienė, N. (2003). Personalo problemos ir jų etinis aspektas. (Pivorienė, J (Sud.). *Socialiniai neįgalumo aspektai: žmogui reikia žmogaus*. Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas socialinio darbo institutas.
26. Jacikeičius, A. (1995). *Žmonių grupių (socialinė) psichologija*. Vilnius: „Žodynas“.
27. Jakštys, J. ir kt. (Red. kol.) (2005). *Psichologija studentui*. Kaunas: Technologija.
28. Juodaitytė, A. (2002). *Socializacija ir ugdymas vaikystėje*. Vilnius: Petro ofsetas.
29. Juodraitis, A. (1999) *Asmenybės psichologinės adaptacijos prielaidos*. Šiauliai: Šiaulių universitetas.
30. Juozaitis, M., Vilimienė, R. (2000). *Nevyriausybinių organizacijų: nuo aiškios strategijos link efektyvios veiklos*. Vilnius:
31. Kaziūnienė, J. (2004). Neįgalieji – kaip viena iš probleminių grupių darbo rinkoje. I. Baranauskienė (Sud.). *Socialinė parama neįgaliesiems išdarbinimo situacijoje: mokslinės praktinės konferencijos pranešimų medžiaga* (p.80–94). Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla.
32. Klimavičius, R. (1995). *Reabilitacijos strategija*. Lietuvos invalidų reikalų taryba prie Lietuvos Respublikos vyriausybės.
33. Kondrašovienė, L., Vaitiekus, E. (2004). Socialinis darbas su neįgaliaisiais. A. Kaušlyienė (Sud.). *Socialinio darbo pradžiamokslis* (p. 210- 249). Kaunas: Judex.
34. Kriščiūnas, A. (Red.) (2003). *Reabilitacija*. Kaunas: Kauno medicinos akademija.
35. Kriščiūnas, A. (Red.) (2004). Reabilitacijos metodų ir priemonių efektyvumas. *Lietuvos reabilitologų sąjungos konferencijos medžiaga*. Birštonas 2004 m. spalio 1-2 d.d. Kaunas: „Morkūnas ir Ko“.
36. Kriščiūnas, A. (2005). Medicinos istorija ir raida. Reabilitacijos sistema Lietuvoje (praetis, dabartis, ateitis). *Medicina*, 41 (3).
37. Kriščiūnas, A. (Red.) (2006a). *Vadovas asmenims po nugaros smegenų pažeidimo ir viešiemis šalia esantiems*. Vilnius. Lietuvos žmonių su stuburo pažeidimais asociacija.
38. Kriščiūnas, A. (Red.) (2006b). *Reabilitacija* (antras pataisytas ir papildytas leidimas). Kaunas: Kauno medicinos akademija.
39. *Lietuvos Respublikos neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymas* (2004). http://www3.lrs.lt/pls/inter2/dokpaieska.showdoc_l?p_id=264550&p_query=&p_tr2=. (žiūrėta 2007 02 22).
40. Louise C.Johnson. (2003). *Socialinio darbo praktika*. Bendrasis požiūris. Vilnius: VU Specialiosios psichologijos laboratorija.

41. Manstead, A. S. R., Hewstone, M. (Eds.) (1995). *The Blackwell Encyclopedis of Social Psychology* (p. 602). Cambridgge Blackwell.
42. Margaret C. Hammond, MD, Stephen C. Burns, MD. (2000). *Yes, You Can! A Guide to Self-Care for Persons with Spinal Cord Injury*. Washington. Paralyzed Veterans of America.
43. Merkys, G. (1999). Empirinė-analitinė paradigma ir šiuolaikinis socialinis tyrimas. *Mokslotyra*. Filosofija, sociologija, 3, 53-63.
44. Lietuvos statistikos departamentas. Informacija. *Neįgaliųjų socialinė integracija 2006m..* http://www.stat.gov.lt/uploads/docs/68_neigaliuju_soc_integracija_2006.doc (žiūrėta 2008-01-06).
45. Neįgaliųjų reikalų departamentas prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos. *Teisės aktai*. http://www.ndt.lt/id-teises_aktai.html (žiūrėta 2008-01-6).
46. Nevyriausybinų organizacijų informacijos ir paramos centras (1998). *Praktinis vadovas Lietuvos nevyriausybiniams organizacijoms*.
47. Peter L. Berger ir Thomas Luckmann. (1999). *Socialinės tikrovės konstravimas*. Žinojimo sociologijos traktatas. Vilnius: Pradai. Versta iš *The Social Construction of Reality. A Treatise in the Sociology of Knowledge*. - New York, London; Toronto; Sydney; Auckland: Anchor Books; Doubleday, 1967.
48. Piličiauskas, A. (2005). *Neįgaliųjų meninis ugdymas*. Metodikos ir terapijos aspektai. Vilnius: Kronta.
49. Pivorienė, J. (1999). Fiziškai neįgalių asmenų integracija Lietuvoje ir jos analizės teoriniai aspektai. *Filosofija, sociologija*, 3.
50. Pivorienė, J. (2003). Integracijos modeliai: nuo medicininės reabilitacijos ir finansinės kompensacijos prie visuminio požiūrio į neįgalumą. Pivorienė, J (Sud.). *Socialiniai neįgalumo aspektai: žmogui reikia žmogaus*. Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas Socialinio darbo institutas.
51. Ruškus, J. (1997). *Neįgalusis asmuo ir visuomenė*. Sąveikos raida ir perspektyva. Šiauliai: Šiaulių universitetas.
52. Ruškus, J. (1999). Negalia kaip socialinis – kultūrinis konstruktas: nuostatų problema. *Socialiniai mokslai*, 3. (20), 58 – 66.
53. Ruškus, J. (2000). *Specialiojo pedagogo socialinių nuostatų, pedagoginės sąveikos ir mokyklinės socializacijos ryšys*. Interdependence of attitudes of special educators, pedagogical interaction and school socialisation (Socialinių mokslų (edukologija) daktaro disertacija, Šiaulių universitetas, 2000).

54. Ruškus, J. (2001). *Negalios psichosociologija*. Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla.
55. Ruškus, J. (2002). *Negalios fenomenas*. Monografija. Šiaulių universiteto leidykla.
56. Ruškus, J., Ališauskas, A., Šapelytė, O. (2006). *Pedagoginių psichologinių tarnybų veiklos veiksmingumas*. Tyrimo ataskaita, Šiaulių universitetas, Švietimo ir mokslo ministerija. http://www.smm.lt/svietimo_bukle/docs/tyrimai/PPT_ataskaita.pdf (žiūrėta 2008-01-08).
57. Ruškus, J., Daugėla, M., Žukauskas, S., Blinstrubas, A., Šaparnis, G. (2006). *Veiksniai, darantys poveikį asmenų, turinčių specialiųjų poreikių, studijoms aukštosiose mokyklose*. Tyrimo ataskaita, Šiaulių universitetas, Švietimo ir mokslo ministerija. http://www.smm.lt/svietimo_bukle/docs/tyrimai/Neigaliuju_studiju_veiksniai_tyrimo%20ataskaita.pdf (žiūrėta 2008-01-08).
58. Ruškus, J., Daugėla, M., Žukauskas, S., Blinstrubas, A., Šaparnis, G. (2007). *Aukštasis mokslas ir studentai, turintys negalę*. Būklės ir galimybių tyrimas. Mokslo studija. Šiaulių universiteto leidykla.
59. Ruškus, J., Mažeikis, G. (2007) *Neigalumas ir socialinis dalyvavimas*. Kritinė patirties ir galimybių Lietuvoje refleksija. Monografija. Šiaulių universiteto leidykla.
60. *Socialinis pranešimas 2006-2007*. Socialinės apsaugos ir darbo ministerija. <http://www.socmin.lt/index.php?1759903697> (žiūrėta 2008-01-06).
61. Suslavičius, A. (1998). *Socialinė psichologija*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
62. Pasaulinė sveikatos organizacija, Ženeva (2001). *Negalumas=Disability: Tarptautinė funkcionavimo, negalumo ir sveikatos klasifikacija (TFK)*. Vilnius: VU Specialiosios psichologijos laboratorija.
63. Vadapalas, V., Jočienė, D. (2001). *Nevyriausybinių organizacijų tarptautinėje ir Europos Sąjungos teisėje*. Vilnius. Eugrimas.
64. Valantiejus, A. (1998). Aiškūs daiktai, ginčytinos ribos ir numanomos reikšmės (p. 157). *Sociologija*. Mintis ir veiksmas, 2.
65. Žemaitaitytė, I. *Nevyriausybinių organizacijų rengiami mokymai – orientacija į darbo rinką*. http://www.vdu.lt/alearning2003/II%20Dalis/Zemaitaityte_lt_kalb.doc (žiūrėta 2008-01-6).

Kristina Kosovskaja

**The Importance of the Attitude of the Disabled and Social Rehabilitation Specialists towards
the Image of Physical Disability while Constructing the Interaction Model**

The Master's Degree Thesis

Summary

A theoretical analysis of the social integration of the disabled revealed that the image of social disability of disabled people depends on and is formed by the society's mass ideology. It has been also noticed that scientific literature considers the social rehabilitation process of the disabled to be a constant, uninterrupted and complex process during which disabled people acquire and develop skills of independent life education.

The social rehabilitation process of the disabled has to be integral, meanwhile medical rehabilitation and nongovernmental organization must promote teamwork while providing the disabled with necessary theoretical and practical knowledge which, in turn, forms the image of physical disability in society.

A hypothesis was raised that the image of physical disability that specialists providing the disabled with social rehabilitation have affects the effectiveness of cooperation.

The research conducted with a help of a *questionnaire survey* aimed at the following tasks: to examine the peculiarities of the formation of the image of people with spinal cord injuries in wheelchairs in the institutions of social rehabilitation; reveal the importance of different social rehabilitation specialists and the disabled to the formation of the image of physical disability and the effectiveness of cooperation; identify effective components of the interaction with the disabled. The data of the research are summarized by applying *statistical methods*, factorial and correlation (calculations of *Pearson (r) ration*) data analysis.

The research included 240 respondents: 80 people with spinal cord injuries in wheelchairs, 80 medical rehabilitation specialists and 80 employees of nongovernmental organizations.

The *empirical* part analyzes characteristics of the attitude of specialists performing social rehabilitation and of people with spinal cord injuries in wheelchairs towards physical disability and distinguishes the main peculiarities of the formation of the attitude towards the image of disability.

The main *conclusions* of the empirical research are as follows:

The level of working capacity of all the disabled people with spinal cord injuries in wheelchairs was between 0 and 25 per cent. Most of them were 18-35 years old with secondary and/ or further education, however, most of the surveyed had no job;

According to the participants of the research, the main features of the attitude towards physical disability are as follows: of medical rehabilitation specialists – a lack of social skills' development; of

nongovernmental organizations – NGOs' demographical situation, the (in)compliance of the activity with the needs of the disabled; of the disabled – disability which is considered to be a result of the outcome influences the participation in the society's life and leads the disabled to the segregation. Moreover, the disabled lose motivation to realize themselves meaningfully while achieving a goal.

The hypothesis that the image of physical disability that specialists providing the disabled with social rehabilitation have influences the effectiveness of cooperation has been proved, thus, the interaction model of the cooperation of specialists performing social rehabilitation of the disabled is important to changes of the image of physical disability.

Keywords: disability, social integration of the disabled, image of social disability.

Apklauso anketa

A N K E T A

GERBIAMI

RESPONDENTAI,

Šiandien Lietuva yra demokratinė valstybė ir visi nauji pokyčiai turi būti skirti visuomenės socialinės gerovės gerinimui. Bet dažnai atsitinka taip, kad kuriant neįgaliųjų socialinės reabilitacijos procesą visos struktūros jame dalyvauja netolygiai vienodai, patys neįgalieji dažnai lieka neišgirsti, o tai atitinkamai formuoja negalės vaizdinį visuomenėje. Mums rūpi kaip medicininės reabilitacijos specialistų nuomonė taip ir nevyriausybinių organizacijų, dirbančių neįgaliųjų labui, bei pačių žmonių po nugaros smegenų pažeidimo, judančių neįgaliojo vežimėliuose pozicija. Būtent Jūs galite tiksliausiai apibūdinti neįgaliųjų ir socialinės reabilitacijos specialistų požiūrius į fizinės negalės vaizdinį sukuriant

Apklausa yra ANONIMINĖ, todėl anketoje nei ĮSTAIGOS, nei ORGANIZACIJOS pavadinimo, nei PAVARDĖS nurodyti NEREIKIA.

Labai svarbų, kad Jus užpildytumėte anketą iki galo, nepaliekant neatsakytų klausimų.

AČIŪ UŽ DALYVAVIMĄ

Anketavimą atlieka
Šiaulių Universiteto Socialinės gerovės ir negalės studijų fakulteto
Socialinės pedagogikos ir psichologijos katedros Socialinės pedagogikos studijų programos
magistrantė Kristina Kosovskaja
El.adresas: kristinak@freemail.lt

PAŽYMĖKITE TINKAMĄ ATSAKYMĄ (Pvz.: Moteris Vyras)

Lytis

- Moteris
 Vyras

Gyvenamoji vieta

- Miestas
 Miestelis
 Kaimas

Amžius

- Iki 18 metų
 18-35 metų
 35-55 metų
 Virš 55 metų

Išsilavinimas

- Pradinis
 Vidurinis
 Aukštesnysis
 Aukštasis

Jūs dirbate

- Pagal specialybę
 Ne pagal specialybę
 Dalinai pagal specialybę
 Visai nedirbu

Jūsų specialybė /įrašykite/

ĮRAŠYKITE IR PAŽYMĖKITE TINKAMĄ ATSAKYMĄ

Jūsų negalė	<input type="checkbox"/> Esu po nugaros smegenų pažeidimo, judu neįgaliojo vežimėlyje <input type="checkbox"/> Turiu kita negalę
Nugaros smegenų pažeidimo metai <i>/įrašyti metus/</i>	
Nugaros smegenų pažeidimo lygis <i>/įrašyti lygį/</i>	
Šeimyninė padėtis iki negalės	<input type="checkbox"/> Vedusi (ęs) / <input type="checkbox"/> Nevedusi(ęs) <input type="checkbox"/> Gyvenau nesusituokusi (ęs) / <input type="checkbox"/> Gyvenau išsituokusi (ęs)
Šeimyninė padėtis šiuo metu	<input type="checkbox"/> Vedusi (ęs) / <input type="checkbox"/> Nevedusi (ęs) <input type="checkbox"/> Gyvenu nesusituokusi (ęs) / <input type="checkbox"/> Išsituokusi (ęs)
Ar studijavote iki negalės	<input type="checkbox"/> Taip / <input type="checkbox"/> Ne
Ar studijavote tapęs neįgaliu	<input type="checkbox"/> Taip / <input type="checkbox"/> Ne
Ar dirbate tapęs neįgaliu	<input type="checkbox"/> Taip / <input type="checkbox"/> Ne

<p style="text-align: center;">AR SUTINKATE SU ŠIAIS TEIGINIAIS?</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<p style="text-align: center;">Visiškai sutinku</p>	<p style="text-align: center;">Iš dalies sutinku</p>	<p style="text-align: center;">Iš dalies nesutinku</p>	<p style="text-align: center;">Visiškai nesutinku</p>
<p>Medicininė rehabilitacija - asmens sveikatos paslaugų rūšis, apimanti kompleksinę rehabilitacijos paslaugų priemonių taikymą (Sugrąžinant, kompensuojant sutrikusias funkcijas, palaikant pasiektą lygį, siekiant didžiausio galimo fizinio, psichinio, socialinio asmens savarankiškumo)</p>				
<p><i>Ar tiesa, kad neįgaliesiems po nugaros smegenų pažeidimo, judantiems neįgaliojo vežimėliuose:</i></p>				
Pakanka medicininės rehabilitacijos įstaigų	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE
Medicininė rehabilitacija atitinka neįgaliųjų poreikius	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE
Medicininę rehabilitaciją būtina tobulinti, praplečiant neįgaliųjų socialinių įgūdžių ugdymą, tobulinimą, (ap)mokymus, pan.	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE
Medicininės rehabilitacijos įstaigose dirba kompetentingas personalas	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE
Medicininės rehabilitacijos įstaigose pakanka specialistų	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE
Specialistai suteikia neįgaliesiems pakankamai informacijos apie jų negalią	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE
Specialistai suteikia neįgaliesiems pakankamai informacijos apie tolimesnę medicininę rehabilitaciją	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE
Specialistai suteikia neįgaliesiems pakankamai informacijos apie tolimesnę socialinę rehabilitaciją	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE
Medicininės rehabilitacijos įstaigose vyksta komandinis specialistų darbas	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE
Medicininės rehabilitacijos įstaigose žmogus su negalia yra neatsiejamas komandos narys	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE
Medicininės rehabilitacijos įstaigose neįgaliajam sudaromas ir dirbama pagal individualų darbo planą	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE

Medicininės reabilitacijos įstaigose specialistai dirba su neįgalaus asmens šeimos nariais	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE
Medicininės reabilitacijos įstaigose neįgalieji (iš)mokomi savarankiškų gyvenimo ugdymo įgūdžių	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE
Medicininės reabilitacijos įstaigose neįgaliajam pasakoma, kad ateityje jis bus priverstas naudotis neįgaliojo vežimėliu	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE
Medicininės reabilitacijos įstaigose dėmesys skiriamas tik neįgaliojo medicininei reabilitacijai	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE
Medicininės reabilitacijos įstaigose dėmesys skiriamas tik neįgaliojo socialinei reabilitacijai	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE
Medicininės reabilitacijos įstaigose dėmesys skiriamas neįgaliojo tiek medicininei, tiek socialinei reabilitacijai	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE
Medicininės reabilitacijos įstaigos yra pagrindinis neįgaliųjų informacinis šaltinis socialinės integracijos klausimais	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE
Medicininės reabilitacijos specialistai žino įstatymus, reglamentuojančius neįgaliųjų teises ir pareigas	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE




Neįgaliųjų nevyriausybinių organizacijų, vykdančių socialines reabilitacijos programas neįgaliesiems

(Visuomeninės neįgaliųjų organizacijos atstovauja neįgaliųjų interesams bei padeda įgyvendinti neįgaliųjų socialinės integracijos priemones: organizuoja socialinių paslaugų teikimą neįgaliesiems, neįgaliųjų poilsį, sportą, turizmą, kultūrinę veiklą, savarankiškų gyvenimo įgūdžių ugdymą, tarptautinį bendradarbiavimą, kt. Organizuodamos savo veiklą, visuomeninės neįgaliųjų organizacijos bendradarbiauja su valstybės ir savivaldybių institucijomis ir įstaigomis)

Ar tiesa, kad neįgaliesiems po nugaros smegenų pažeidimo, judantiems neįgaliojo vežimėliuose:

Pakanka nevyriausybinių organizacijų, vykdančių socialines reabilitacijos programas	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE
Nevyriausybinių organizacijų veikla atitinka neįgaliųjų poreikius	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE

Nevyriausybių organizacijų veiklą būtina vystyti ir tobulinti, praplečiant neįgaliųjų socialinių įgūdžių ugdymą, tobulinimą, (ap)mokymus, pan.	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE
Nevyriausybinėse organizacijose dirba kompetentingi darbuotojai	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE
Nevyriausybinėse organizacijose pakanka darbuotojų-specialistų	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE
Darbuotojai suteikia neįgaliesiems pakankamai informacijos apie jų negalią	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE
Darbuotojai suteikia neįgaliesiems pakankamai informacijos apie tolimesnę medicininę reabilitaciją	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE
Darbuotojai suteikia neįgaliesiems pakankamai informacijos apie tolimesnę socialinę reabilitaciją	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE
Nevyriausybinėse organizacijose vyksta komandinis darbuotojų darbas	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE
Nevyriausybinėse organizacijose žmogus su negalia yra neatsiejamas komandos narys	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE
Nevyriausybinėse organizacijose neįgaliajam sudaromas ir dirbama pagal individualų darbo planą	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE
Nevyriausybinėse organizacijose darbuotojai dirba su neįgaliaus asmenų šeimos nariais	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE
Nevyriausybinėse organizacijose neįgalieji (iš)mokomi savarankiškų gyvenimo ugdymo įgūdžių	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE
Nevyriausybinėse organizacijose neįgaliajam pasakoma, kad ateityje jis bus priverstas naudotis neįgaliojo vežimėliu	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE
Nevyriausybinėse organizacijose dėmesys skiriamas tik neįgaliojo medicininei reabilitacijai	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE
Nevyriausybinėse organizacijose dėmesys skiriamas neįgaliojo socialinei reabilitacijai	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE
Nevyriausybinėse organizacijose dėmesys skiriamas neįgaliojo tiek medicininei, tiek socialinei reabilitacijai	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE
Nevyriausybinės organizacijos yra pagrindinis neįgaliųjų	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE

informacinis šaltinis socialinės integracijos klausimais				
Nevyriausybinių organizacijų darbuotojai žino įstatymus, reglamentuojančius neįgaliųjų teises ir pareigas.	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE
 <p>Socialinė rehabilitacija - socialinio poveikio priemonių visuma, skatinanti neįgaliųjų socialinį savarankiškumą, dalyvavimo galimybių didėjimą ir veiklos ribojimo mažėjimą, siekiant užtikrinti lygias teises ir galimybes dalyvauti visuomenės gyvenime</p>				
<i>Ar tiesa, kad žmonės po nugaros smegenų pažeidimo, judantys neįgaliojo vežimėliuose aktyviai:</i>				
Kreipiasi į įvairias organizacijas dėl dalyvavimo veikloje	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE
Nori dirbti	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE
Nori studijuoti aukštosiose mokyklose	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE
Naudojasi visuomeniniu transportu	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE
Lankosi teatruose	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE
Poilsiauja prie jūros	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE
Lankosi koncertuose	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE
Išgyvena galias depresijas	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE
Bendrauja tik su savo šeimos nariais	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE
Bendrauja tik su neįgaliais bičiuliais	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE
Nori turėti sveikų draugų	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE
Turi daug sveikų draugų	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE
Nori gyventi atskiruose nuo sveikų žmonių namuose	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE
Nori gyventi kartu su sveikais visuomenės nariais	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE
Kompleksuoja dėl savo negalios	<input type="checkbox"/> TAIP	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> NE

Teisės aktai

2 priedas

LR Seimo priimti teisės aktai

1. LR Neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymas (Skelbta: Lietuvos Aidas, 1991 12 13, Nr.: 249; Valstybės Žinios, 1991 12 31, Nr. 36-969; Valstybės Žinios, 2004 05 22, Nr. 83-2983)
2. LR Socialinių paslaugų įstatymas (Skelbta: Valstybės Žinios, 2006 02 12, Nr. 17-589)
3. LR Socialinių įmonių įstatymas (Skelbta: Valstybės Žinios, 2004 06 19, Nr. 96-3519)
4. LR Bedarbių rėmimo įstatymas (Skelbta: Lietuvos Aidas, 1990 12 29, Nr.: 153; Valstybės Žinios, 1991 01 20, Nr. 2-25)
5. LR Valstybinių šalpos išmokų įstatymas (Skelbta: Valstybės žinios, 1994 12 14, Nr. 96-1873; Valstybės žinios, 2005 06 07, Nr. 71-2556)
6. LR Transporto lengvatų įstatymas (Skelbta: Valstybės žinios, 2000 04 19, Nr. 32-890)
7. LR Specialiojo ugdymo įstatymas (Skelbta: Valstybės žinios, 1998 12 31, Nr. 115-3228)
8. LR Užimtumo rėmimo įstatymas (Skelbta: Valstybės žinios, 2006 06 30, Nr. 73-2762) (Įsigalioja nuo 2006 08 01)
9. LR Valstybės paramos būstui įsigyti ar išsinuomoti bei daugiabučiams namams modernizuoti įstatymas (Skelbta: Valstybės žinios, 1992, Nr. 14-378)
10. LR Lygių galimybių įstatymas (Skelbta: Valstybės žinios, 2003 12 05, Nr. 114-5115)
11. LR Valstybės paramos būstui įsigyti ir išsinuomoti įstatymas (Skelbta: Valstybės žinios, 2002 12 06, Nr. 116-5188)

LR Vyriausybės priimti teisės aktai

1. 1997 m. spalio 23 d. LR Vyriausybės nutarimas "Dėl Valstybės remiamų būsto kreditų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo" (Skelbta: Valstybės žinios, 1997 10 29 Nr.97-2458)
2. 2002 m. birželio 7 d. LR Vyriausybės nutarimas Nr. 850 „Dėl Nacionalinės žmonių su negalia socialinės integracijos 2003-2012 metų programos patvirtinimo" (Skelbta: Valstybės Žinios, 2002 06 12, Nr. 57-2335)
3. 2005 m. balandžio 18 d. LR Vyriausybės nutarimas Nr. 413 „Dėl profesinės reabilitacijos pašalpos skyrimo ir mokėjimo nuostatų patvirtinimo" (Skelbta: Valstybės Žinios, 2005 04 21, Nr. 51-1699)
4. 2005 m. rugpjūčio 17 d. LR Vyriausybės Nr. 896 „Dėl lietuvių gestų kalbos vartojimo ir vertėjų paslaugų teikimo 2005-2008 metų programos patvirtinimo" (Skelbta: Valstybės Žinios, 2005 08 20, Nr. 101-3745)

5. 2005 m. gruodžio 23 d. LR Vyriausybės nutarimas Nr. 1423 "Dėl Lietuvos invalidų reikalų tarybos prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės pavadinimo pakeitimo bei pavedimo Socialinės apsaugos ir darbo ministerijai vykdyti steigėjo funkcijas" (Skelbta: Valstybės žinios, 2005-12-30 Nr. 152-5600)
6. 2006 m. birželio 28 d. LR Vyriausybės nutarimas Nr. 638 „Dėl būsto pritaikymo žmonėms su negalia 2007-2011 metų programos patvirtinimo" (Skelbta: Valstybės Žinios, 2006 06 30, Nr.73-2782)
7. 2006 m. rugpjūčio 29 d. LR Vyriausybės nutarimas Nr. 831 "Dėl finansinės pagalbos priemonių teikimo neįgaliesiems, studijuojantiems aukštosiose mokyklose, tvarkos aprašo patvirtinimo" (Skelbta: Valstybės žinios, 2006 08 31, Nr. 93-3655)
8. 2005 m. gruodžio 23 d. LR Vyriausybės nutarimas Nr. 1426 "Dėl Neįgaliųjų reikalų tarybos prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos sudėties ir nuostatų patvirtinimo" (Skelbta: Valstybės žinios, 2005 12 30 Nr.152-5603)

Kiti teisės aktai

1. 2000 m. spalio 6 d. LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. 529 „Dėl medicinos pagalbos priemonių sąrašo patvirtinimo" (Skelbta: Valstybės žinios, 2000 10 11, Nr. 85-2609)
2. 2001 m. birželio 14 d. LR Aplinkos ministro įsakymas Nr. 317 „Dėl STR 2.03.01:2001 „Statiniai ir teritorijos. Reikalavimai žmonių su negalia reikmėms " patvirtinimo" (Skelbta: Valstybės žinios, 2001 06 22, Nr. 53-1898)
3. 2004 m. balandžio 30 d. LR Socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas Nr. A1-114 „Dėl neįgaliųjų aprūpinimo techninės pagalbos priemonėmis 2004-2010 m. strategijos" (Skelbta: Valstybės Žinios, 2004 05 11, Nr. 78-2725)
4. 2004 m. gruodžio 31 d. LR Socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas Nr. A1-302 "Dėl profesinės rehabilitacijos paslaugų poreikio nustatymo kriterijų aprašo ir profesinės rehabilitacijos paslaugų teikimo bei finansavimo taisyklių patvirtinimo" (Skelbta: Valstybės Žinios, 2005 01 15, Nr. 6-163)
5. 2005 m. sausio 28 d. LR Socialinės apsaugos ir darbo ministro, LR Vidaus reikalų ministro ir LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. A1-20/IV-23/V-67 „Dėl skiriamojo ženklo „Neįgalusis" išdavimo ir naudojimo tvarkos aprašo patvirtinimo"
6. 2005 m. kovo 21 d. LR Socialinės apsaugos ir darbo ministro ir LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. A1-78/V-179 „Dėl darbingumo lygio nustatymo kriterijų aprašo ir

- darbingumo lygio nustatymo tvarkos aprašo patvirtinimo" (Skelbta: Valstybės žinios, 2005 03 24, Nr. 38-1253)
7. 2005 m. kovo 23 d. LR Sveikatos apsaugos ministro, LR Socialinės apsaugos ir darbo ministro ir LR Švietimo ir mokslo ministro įsakymas Nr. V-188/A1-84/ISAK-487 „Dėl neįgalumo lygio nustatymo kriterijų ir tvarkos aprašo patvirtinimo" (Skelbta: Valstybės Žinios, 2005 03 26, Nr. 39-1277)
 8. 2005 m. gegužės 4 d. LR Socialinės apsaugos ir darbo ministro ir LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. A1-120/V-346 "Dėl specialiųjų nuolatinės slaugos, nuolatinės priežiūros (pagalbos), lengvojo automobilio įsigijimo ir jo techninio pritaikymo išlaidų kompensacijos ir transporto išlaidų kompensacijos poreikių nustatymo kriterijų sąrašo, tvarkos aprašo ir pažymų formų patvirtinimo" (Skelbta: Valstybės žinios, 2005 05 12, Nr. 60-2130)
 9. 2005 m. birželio 14 d. LR Socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas Nr. A1-165 „Dėl transporto išlaidų kompensacijos ir specialiųjų lengvųjų automobilių įsigijimo, jų techninio pritaikymo išlaidų kompensacijos mokėjimo neįgaliesiems, turintiems sutrikusią judėjimo funkciją, tvarkos aprašo patvirtinimo" (Skelbta: Valstybės žinios, 2005 06 18, Nr. 131-4750)
 10. 2005 m. birželio 17 d. LR Socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas Nr. A1-171 „Dėl Ginčų dėl neįgalumo lygio ir darbingumo lygio nustatymo nagrinėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo" (Skelbta: Valstybės Žinios, 2005 06 08, Nr. 79-2789)
 11. 2005 m. lapkričio 2 d. LR Socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas Nr. A1-280 „Dėl Neįgaliojo pažymėjimo formų patvirtinimo" (Skelbta: Valstybės žinios, 2005 11 05, Nr. 76-2781)
 12. 2005 m. gruodžio 30 d. LR Socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas Nr. A1-340 "Dėl Neįgaliųjų reikalų departamento prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos nuostatų patvirtinimo" (Skelbta: Valstybės žinios, 2006 01 10, Nr. 3-67)
 13. 2006 m. kovo 28 d. LR Socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas Nr. A1-88 „Dėl specialiųjų poreikių nustatymo ir jų tenkinimo sąlygų bei taisyklių patvirtinimo" (Skelbta: Valstybės žinios, 2006 04 04, Nr. 37-1323)
 14. 2006 m. balandžio 5 d. LR Socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas Nr. A1-93 „Dėl socialinių paslaugų katalogo patvirtinimo" (Skelbta: Valstybės žinios, 2006 04 20, Nr. 43-1570)

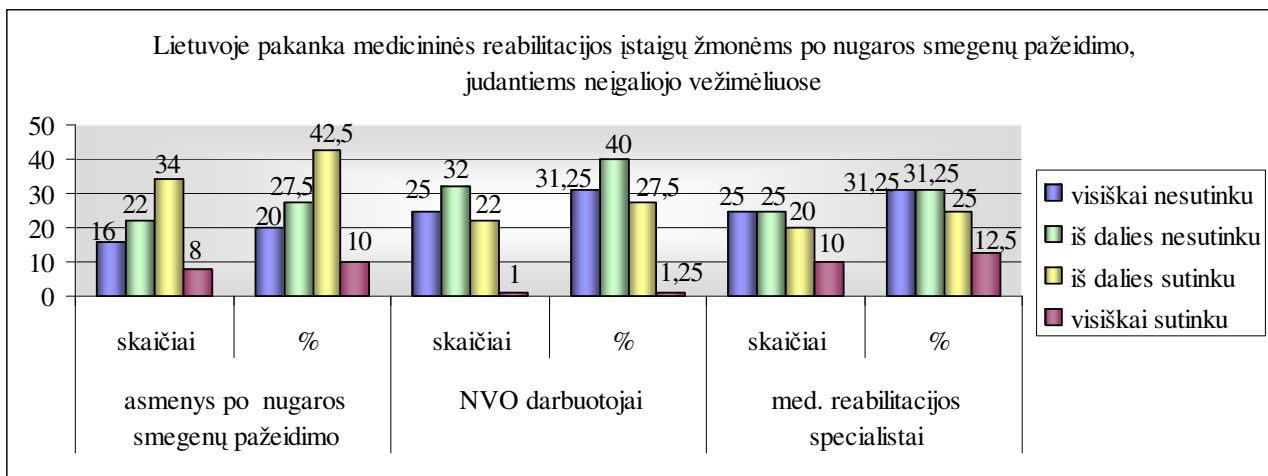
15. 2006 m. balandžio 6d. LR Socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas Nr. A1-98 „Dėl išmokų neįgaliesiems mokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo (Skelbta: Valstybės žinios, 2006 04 20, Nr. 43-1572)
16. 2006 m. balandžio 21 d. LR Socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas Nr. A1-115 "Dėl Neįgaliųjų reikalų departamentui prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos 2006 metams perduotų Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto lėšų neįgaliųjų socialinės integracijos programoms vykdyti paskirstymo ir naudojimo sąmatos patvirtinimo" (Skelbta: Valstybės žinios, 2005-04-27, Nr. 46-1666)
17. 2006 m. liepos 20 d. LR Socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas Nr. A1-199 "Dėl neįgaliųjų socialinės integracijos programų finansavimo tvarkos aprašo patvirtinimo" (Skelbta: Valstybės žinios, 2006-07-29, Nr. 83-3303)
18. 2006 m. lapkričio 17 d. LR Socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas Nr. A1-309 'Dėl Socialinės apsaugos ir darbo ministro 2006 m. balandžio 21 d. įsakymo Nr. A1-115 "Dėl Neįgaliųjų reikalų departamentui prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos 2006 metams perduotų Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto lėšų neįgaliųjų socialinės integracijos programoms vykdyti paskirstymo ir naudojimo sąmatos patvirtinimo" pakeitimo" (Skelbta: Valstybės žinios, 2006 11 23, Nr. 126-4807)
19. 2006 m. gruodžio 19 d. LR Socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas Nr. A1-338 "Dėl neįgaliųjų aprūpinimo techninės pagalbos priemonėmis ir šių priemonių įsigijimo išlaidų kompensavimo tvarkos aprašo patvirtinimo" (skelbta: Valstybės žinios, 2006 12 23, Nr. 140-5368)
20. 2007 m. kovo 13 d. LR Socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas Nr. A1-66 "Dėl Neįgaliųjų reikalų departamentui prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos 2007 metams perduotų Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto lėšų neįgaliųjų socialinės integracijos programoms vykdyti paskirstymo ir naudojimo sąmatos patvirtinimo" (skelbta: Valstybės žinios, 2007 03 16 Nr.32-1161)
21. 2007 m. balandžio 19 d. LR Socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas Nr. A1-111 "Dėl Bazinių būsto pritaikymo žmonėms su negalia reikalavimų, Būsto pritaikymo žmonėms su negalia poreikio vertinimo metodikos ir Būsto pritaikymo žmonėms su negalia finansavimo tvarkos aprašo patvirtinimo" (skelbta: Valstybės žinios, 2007 04 28 Nr.47-1822)
22. 2007 m. rugsėjo 6 d. LR Socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas Nr. A1-231 "Dėl Socialinės apsaugos ir darbo ministro 2006 m. liepos 20 d. Įsakymo Nr. A1-199 "Dėl

Neįgaliųjų socialinės integracijos programų finansavimo tvarkos aprašo patvirtinimo" pakeitimo (Skelbta: Valstybės žinios, 2007-09-13 Nr. 97-3944)

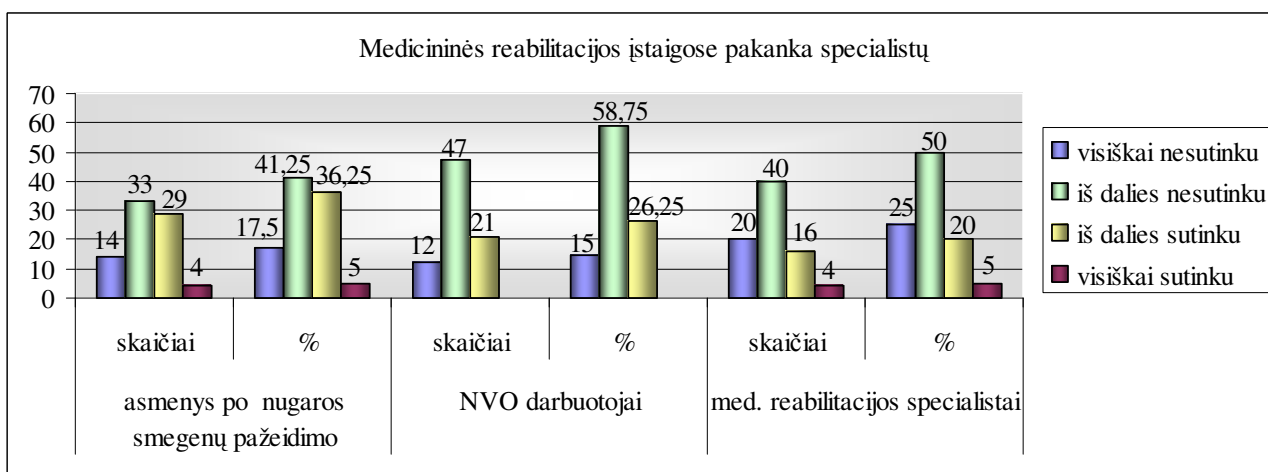
23. 2007 m. rugsėjo 28 d. LR Socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas Nr. A1-263 „Dėl Socialinės apsaugos ir darbo ministro 2006 m. liepos 20 d. įsakymo Nr. A1-199 „Dėl Neįgaliųjų socialinės integracijos programų finansavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (Skelbta: Valstybės Žinios 2007 10 04 Nr. 103-4222)
24. 2008 m. vasario 12 d. LR Socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas Nr. A1-56 “Dėl Socialinės apsaugos ir darbo ministro 2006 m. liepos 20 d. įsakymo Nr. A1-199 “Dėl Neįgaliųjų socialinės integracijos programų finansavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“ (skelbta: Valstybės žinios, 2008 02 19 Nr. 20-744)

Medicininės reabilitacijos įstaigų ir dirbančių specialistų pakankamumo rodikliai

3 priedas



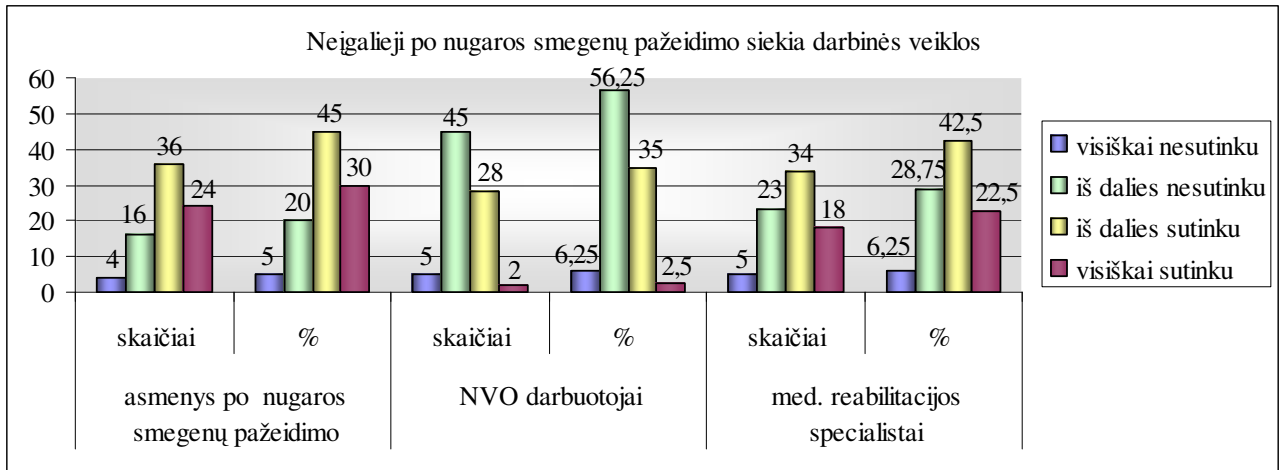
1 pav. Respondentų nuomonė apie medicininės reabilitacijos įstaigų pakankamumą (N=240), skaičiai, %



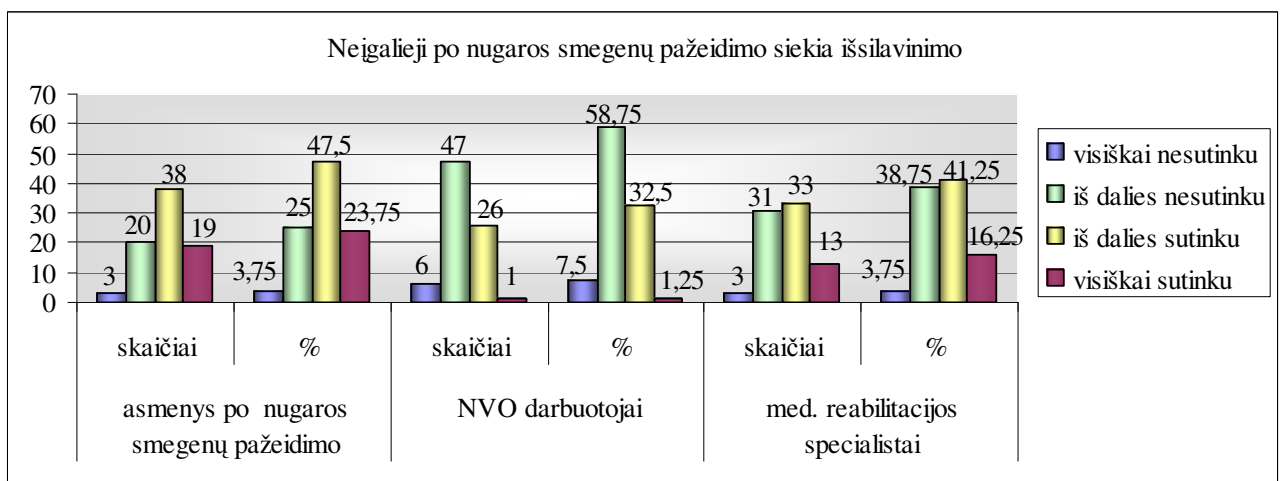
2 pav. Respondentų nuomonė apie medicininės reabilitacijos specialistų pakankamumą (N=240), skaičiai, %

Respondentų nuomonė, charakterizuojanti neįgaliųjų po nugaros smegenų pažeidimo, judančių neįgaliojo vežimėliuose darbo ir išsilavinimo siekimo rodiklius

4 priedas



1 pav. Respondentų nuomonė apie neįgaliųjų po nugaros smegenų pažeidimo darbo siekimą (N=240), skaičiai, %



2 pav. Respondentų nuomonė apie neįgaliųjų po nugaros smegenų pažeidimo išsilavinimo siekimą (N=240), skaičiai, %

Neįgaliųjų po nugaros smegenų pažeidimo, judančių neįgaliojo vežimėliuose požiūrio į fizinę negalę charakteristikos komponentų koreliacinis ryšys

1 lentelė

Komponentų tarpusavio veiksnių ryšys (r)	
	1
Išsilavinimo siekis	0,639**

2 lentelė

Komponentų tarpusavio veiksnių ryšys (r)	
	1
Gyventi kartu su sveikais visuomenės nariais	0,536**

**Medicininės reabilitacijos specialistų požiūrio į fizinę negalę charakteristikos komponentų
koreliacinis ryšys**

1 lentelė

Komponentų tarpusavio veiksmų ryšys (r)

	1	2	3	4	5	6	7
Medicininės reabilitacijos informacijos pakankamumas		0,723**					
Socialinės reabilitacijos informacijos pakankamumas		0,650**	0,750**				
Komandinis specialistų darbas	0,595**						
Neįgalaus asmens neatsiejama komandinė narystė			0,591**	0,580**	0,691**		
Individualus darbas su neįgaliaisiais				0,603**	0,713**	0,700**	
Darbas su neįgaliųjų šeimos nariais						0,600**	0,599**
Savarankiškų gyvenimo įgūdžių ugdymo (iš)mokymas				0,624**			0,590**
Medicininis ir socialinis dėmesys				0,584**			0,595**

2 lentelė

Komponentų tarpusavio veiksmų ryšys (r)

	1
Įstatymų, reglamentuojančių neįgaliųjų teises ir pareigas žinojimas	0,673**

**Nevyriausybinių organizacijų darbuotojų požiūrio į fizinę negalę charakteristikos
komponentų koreliacinis ryšys**

1 lentelė

Komponentų tarpusavio veiksnių ryšys (r)	
	1
Darbas su neįgalia ir jo šeimos nariais	0,512**

2 lentelė

Komponentų tarpusavio veiksnių ryšys (r)	
	1
Medicininės reabilitacijos informacijos pakankamumas	0,586**