

ОТНОШЕНИЕ КЪМ „ДРУГОСТТА”
КАТО ЕВРОПЕЙСКА ЦЕННОСТ И В ЧАСТНОСТ СПРЯМО ХОРАТА С
УВРЕЖДАНИЯТА В БЪЛГАРИЯ

(Анализ на резултати от ЕСИ „Хармонизацията на българските национални
ценности с ценностите на ЕС”)

Божидар Ивков¹

Въведение²

До сега в българската теория и практика социалното отношение към хората с увреждане и ценностите в сферата на уврежданията и инвалидността не са предмет на траен научен интерес, независимо, че тези проблеми стават все по-актуални. Още по-малко са правени сравнителни изследвания на европейските и българските ценности в тази сфера и на новите процеси на хармонизация на тези ценности.

Всички хора се различават според уменията и способностите си. И въпреки това за социалната категория „лица с увреждания”/„инвалиди” се смята, че физическите ограничения във възможностите са определящи характеристики, т.е. увреждането или инвалидността като категории или етикет *са ценностно натоварени*. Оттук и важността на въпроса как ценностите формират възприемането, отношението и действията спрямо лицата с увреждания. В сферата на уврежданията и инвалидността ценностите се разбират като „множество принципи или стандарти, отнасящи се до относителните стойности, полезността или важността на предметите и събитията”, а в „ежедневния живот те се проявяват като съждения или гледи точки за поведението и социалните проблеми”³. Всички те са групирани най-общо в съществуващите днес индивидуален (медицински) и социален модел на уврежданията и/или инвалидността.

¹ Авторът е доктор, ст.н.с. II ст. в Института по социология при БАН.

² В текста се използват статистически коефициенти, някои между които са валидни за представителна извадка. Доколкото обаче изследването е осъществено чрез т. нар. „квотен принцип” не всички коефициенти съответстват на изискването за достоверност, което предполага и налага автори, позоваващи се върху него да ги ползват изключително внимателно. **Препоръчва се** за всеки отделен случай да се отнасят за сверяване с автора на материала. (Бел. ред.)

³ D’OTTAVI, Maryhelen., Carrie SPEARIN, Values, In: ALBRECHT, Gary (gen. ed.), Encyclopedia of disability, Vol IV. SAGE Publications, 1 ed., 2006, p. 1595.

Според официалните статистики инвалидността засяга между 8% и 12% от населението на страната. По данни на изследване от 2004⁴ г. в 14,6% от българските домакинства живее поне едно лице с трайно увреждане. Смята се, че в рамките на ЕС-27 живеят над 50 милиона лица с трайни увреждания

Според наши прогнозни изчисления⁵, инвалидите в страната в края на 2005 година са около 600 хил. лица, което е около 7,7%-8% от населението, а през 2009 г. те вече са над 700 хил. лица (около 10%-12% от населението). От тях около 63%-68% са лицата в продуктивна възраст и най-вероятно *всеки девети или десети инвалид* може да намери или има работа.

В настоящия анализ най-напред ще бъдат описани и анализирани социално-демографските характеристики на респондентите, което ще позволи да се очертае – макар частично и фрагментарно – социалния контекст, на фона на който и в който се формира отношението към другостта – увреждането – и съответните ценности. След това ще бъдат анализирани ценностите, определящи социалното отношение на на интересуващите ни етно-социални общности в България към хората с увреждания.

1. Кратки методологически и методически бележки

Общият обем на извадката е 950 лица. По-голямата част от тях (табл.1) са българи (79%). 16% са турци и 5% роми. Това разпределение на респондентите води до известен парадокс. От една страна относителния дял на лицата с увреждания, попаднали в извадката, отразява реалния дял на тези хора в съвременното българско общество. От друга страна обаче, когато се търсят и анализират съответните корелационни зависимости някои относителни дялове са твърде малки, което води до голямо разсейване (флуктуация) на данните и до изкривяване на реалната корелация – например относителния дял на домакинствата на ромите с увреждания е най-нисък

⁴ Става дума за националното представително социално-демографско изследване „Взаимоотношения между поколенията и половете”, проведено в рамките на международно лонгитудално изследване на Макс Планк институт. В България двете вълни на изследването (2004 г. и 2007 г.) са проведени от екип на ИС при БАН – Ат. Атанасов, З. Тонева и С. Тодорова.

⁵ Общият брой инвалиди към 31.03.2005 г., които получават някакъв вид пенсия за инвалидност и децата с трайни увреждания, е 479 913 лица или 6,18% от населението на България (виж: Пенсии към 31.03.2005. (2005) *Статистически бюлетин*. НОИ, София. // *Повече от 21 500 деца с увреждания получават по 105 лв.месеечно* (2005) Агенция за социално подпомагане, София. http://asp.mlsp.government.bg/deca_s_uvrejdania.html). Като се вземат предвид такива фактори, като: нарастване броя на инвалидите, наличие на скрита инвалидност, данните за дълготрайната физическа недееспособност и др., цифрата 600 000 инвалиди става съвсем реална.

сред всички домакинства на респонденти с увреждания, получаващи доход до 499 лв. Това едва ли е вярно на практика. Тук изкривяването на информацията идва именно от малкия брой респонденти роми. Все пак този резултат има своите смислови и съдържателни обяснения – ромските домакинства са много по-често многочелни и източниците на доходи, макар и ниски, се мултиплицират количествено (според броя на лицата получаващи определен социален доход) и качествено (според различните видове социални плащания).

Таблица 1.
Разпределение на респондентите според етническа група и наличие на трайно увреждане

| Етническа група | Лица без увреждания | | Лица с увреждания | | Всичко |
|--------------------------------------|---------------------|----------|-------------------|----------|--------|
| | брой | отн. дял | брой | отн. дял | |
| 1. българи християни | 136 | 90,7 | 14 | 9,3 | 150 |
| 2. турци | 136 | 90,7 | 14 | 9,3 | 150 |
| 3. българи-мюсюлмани (българеещи се) | 181 | 90,5 | 19 | 9,5 | 200 |
| 4. българи-мюсюлмани (турчеещи се) | 180 | 90,0 | 20 | 10,0 | 200 |
| 5. самоопределящи се като “помаци” | 166 | 83,0 | 34 | 17,0 | 200 |
| 6. роми | 38 | 76,0 | 12 | 24,0 | 50 |
| Всичко | 837 | 88,1 | 113 | 11,9 | 950 |

Онова, което е важно да се отчита при такива резултати, е съществуването на някакъв проблем, който – представлявайки интерес за социалната политика като цяло – трябва да бъде подложен на допълнително по-системно и цялостно изследване.

Проблемът с ниските относителни дялове възниква и при разглеждането на лицата с увреждания в зависимост от тежестта на увреждането. Затова лицата с най-високия процент трайно намалена работоспособност (тр.н.р.) с и без право на чужда помощ са обединени в една група.

При подготовката на емпиричното социологическо изследване, в частта, касаеща отношението към „другостта” – отношение и ценности към уврежданията и хората с трайни увреждания в България, бяха заложени *хипотези*, основани на данни от български и чуждестранни (европейски и извъневропейски) теоретически и емпирични социологически изследвания. Освен това се ръководехме от разбирането, че увреждането е личностно-биологичен проблем, локализиращ се в конкретния индивид, а инвалидността е социално конструираният отговор на дадена група, общност или

категория на видимите и невидимите физически, сензорни и умствени увреждания, т.е. той се локализира в обществото. Става дума за следните хипотези:

1. Социалните отношения към уврежданията/инвалидността и хората с трайни увреждания са доминирани от ценностите, философията, идеологията и практиката на т.нар. индивидуален/медицински модел на увреждането/инвалидността. Освен това в социалната политика също доминират философия, идеология, практики и политики присъщи на този модел;

2. В някои по-затворени общности от по-възрастни хора, живеещи в селата и изповядващи религиозните ценности по-често на исляма, отколкото на източното православие, в ежедневието могат да се открият и елементи на т.нар. морален / религиозен модел на уврежданията/инвалидността.

3. Между отделните етнически общности в България съществуват някои относително значими различия в споделяните ценности в сферата на уврежданията / инвалидността. Такива различия съществуват и между европейските и българските ценности в тази сфера. Това предполага по необходимост изграждане на стратегии, политики и практики насочени към едновременната хармонизация на ценностите между отделните етнически общности в страната, от една страна, и хармонизацията на българските и европейските ценности – от друга страна.

4. Модерните подходи към и модели на уврежданията/инвалидността – социалният модел на инвалидността и моделът на гражданските права на хората с увреждания, както и позитивното социално отношение към хората с увреждания имат своите база и основания в ежедневието и традиционните български ценности и техните ценности могат постепенно да бъдат наложени в живота и социалната политика на страната.

2. Социално-демографски характеристики на респондентите – лица с и без трайни увреждания

2.1. Общ брой на инвалидите и тежест на уврежданията

Реално на всички въпроси отговарят 108 респонденти (11,4%) лица с трайни увреждания (табл.2.), респективно притежаващи експертно решение на ТЕЛК. Има и – 5 лица (0,5%), които попадат в графата „непоказано”. 7,7% от всички респонденти (или 67,6% от респондентите-лица с трайни увреждания) са с признат статус „лице с трайно увреждане” (инвалид), т.е. на тях им е присъдена 50% и повече процента тр.н.р. 3,7%

от всички респондентите (или 32,4% от респондентите-лица с трайни увреждания), са лица, освидетелствани но не признати за хора с над 50% т.н.р., т.е. без статут на „инвалид”/„лице с трайно увреждане”. Тези данни отразяват много точно ситуацията с т.нар. регистрирана инвалидност в страната и от тази гл.т. те могат да се приемат за представителни за изследваните региони.

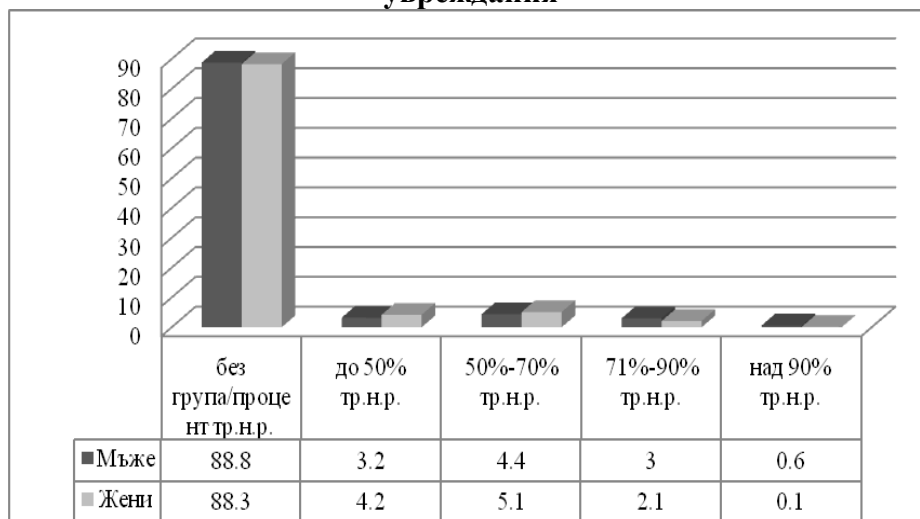
Таблица 2.

Относителен дял на респондентите с процент трайно намалена работоспособност

| Група инвалидност / процент трайно намалена работоспособност (тр.н.р.) | Всички респонденти | | Респонденти с инвалидност | |
|--|--------------------|----------|---------------------------|----------|
| | Брой | Отн. дял | Брой | Отн. дял |
| Всичко | 950 | 100,0 | 108 | 100,0 |
| Без група / процент тр.н.р. | 837 | 88,6 | - | - |
| До 50% тр.н.р. (без група) | 35 | 3,7 | 35 | 32,4 |
| 51% - 70% тр.н.р. (3-та група) | 45 | 4,8 | 45 | 41,7 |
| 71% - 90% тр.н.р. (2-ра група) | 24 | 2,5 | 24 | 22,2 |
| Над 90% тр.н.р. без чужда помощ (1-ва група) | 1 | 0,1 | 1 | 0,9 |
| Над 90% тр.н.р. с чужда помощ (1-ва група) | 3 | 0,3 | 3 | 2,8 |
| Непоказано | 5 | 0,5 | - | - |

Фигура 1.

Разпределение на респондентите по пол и наличие и тежест на трайни увреждания



2.2. Разпределение на респондентите според тежестта на увреждането/инвалидността и пола

Данните от фиг.1. показват, че мъжете малко по-често от жените са с увреждания, а тежестта на уврежданията при жените е сравнително по-ниска от тази на мъжете. Данните съответстват, както на половата структура на населението в страната, така и на тенденциите в областта на заболяемостта, инвалидизацията, смъртността и продължителността на живота при мъжете и жените в България. Както и при други национално представителни изследвания⁶, не се установява статистически значима връзка между пола и наличието на увреждания, както и между пола и тежестта на уврежданията.

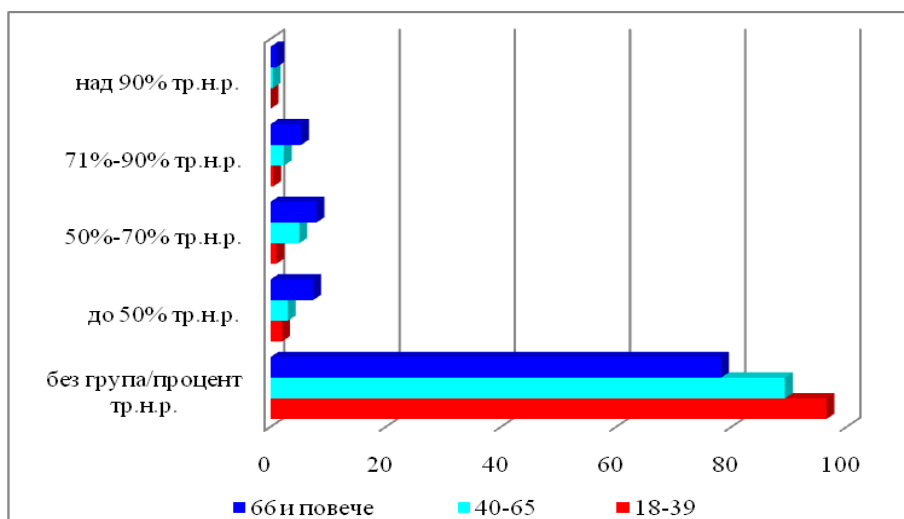
2.3. Разпределение на респондентите според тежестта на увреждането/инвалидността и възрастта

От фиг.2. ясно се вижда тенденцията, че с напредване на възрастта се увеличава не само относителния дял на лицата с трайни увреждания, но и до голяма степен с възрастта нараства и тежестта на тези увреждания. Например лицата с до 50% тр.н.р. са 3,7 пъти повече във възрастовата група на 66 и повече годишните в сравнение с най-младата възрастова група. Най-драстични са разликите между тези две възрастови групи при лицата с 71%-90% тр.н.р. – съответно 0,5% срещу 5,3%, т.е. 10,6 пъти. И това не е случайно, защото в научната литература по въпроса е доказано, че възрастта е един от основните корелати при инвалидността. Данните от изследването показват, че между възрастта и наличието и тежестта на увреждането съществува статистически значима връзка, макар тя да е слаба – $V^2 = 0,140^7$.

Фигура 2. Разпределение на респондентите по възраст и наличие и тежест на трайни увреждания

⁶ Виж например Ивков, Б. (2008) Инвалидност и взаимоотношения между поколенията и половете. В: Атанасов, А. и колектив, *Взаимоотношения между поколенията и половете*. Доклад. Резултати от ЕСИ. БАН, Координационен съвет за социално развитие и социална евроинтеграция, София. (доклад за нуждите на МТСП, непубликуван материал).

⁷ Коефициент на Крамер.



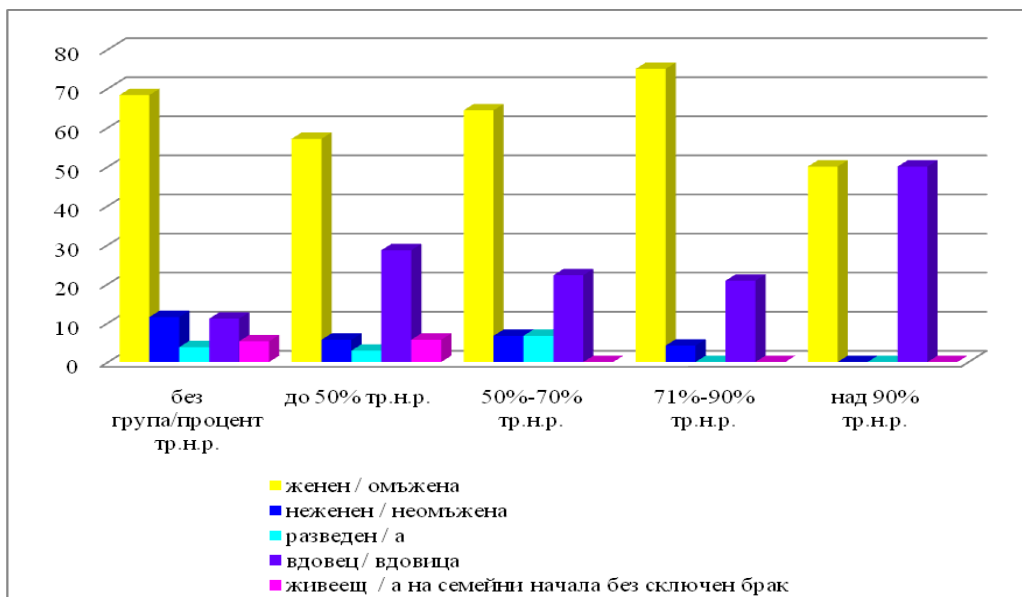
2.4. Местоживеене

Поради спецификата на изследването и методологическите изисквания при формирането на извадката, 14,7% от респондентите живеят в градовете, в които е проведено изследването, а 85,3% в съответните села. 14,3% от респондентите живеещи градовете са от Момчилград, а 85,7% живеят в София, Смолян, Монтана и Пазарджик. Поради това този фактор рядко може да се използва при търсене и анализ на корелационни зависимости.

2.5. Брачен (семеен) статус на респондентите

Семейният статус на респондентите може да се приеме за „традиционен” (фиг.3.) – голямото мнозинство (над две трети до три-четвърти) във всички субкатегории лица с и без уреждания са семейни (женени/омъжени). Следват вдовците и вдовиците. Прави впечатление, че при лицата с формален статус на „лице с трайно увреждане” няма респонденти, които да са хора живеещи на семейни начала, без сключен брак.

Фигура 3
Разпределение на респондентите според тежест на увреждане и брачен семеен статус



Инвалидността не оказва (няма статистически значима връзка) влияние върху брачния/семеиния статус на респондентите. Така е при мъжете и жените, както и при различните възрастови групи. Най-често респондентите, които живеят на семеини начала, без сключен брак, са хора живеещи в столицата или областните градове. Това са българи - 5,7% (89,5% лица без и 10,5% лица с увреждания); помаци – 4,5% (100% лица без увреждания); турци – 0,6% (100% лица без увреждания) и т.н.

2.6. Големина и структура на домакинствата на респондентите

Данните от табл. 3. представят големината на домакинствата на респондентите. Вижда се, че едночленните и двучленните домакинства преобладават при инвалидите, като те са най-многобройни при хората с 51%-70% тр.н.р. – 71%. При хората с до 50% тр.н.р. и при тези с 71%-90% тр.н.р. относителните дялове са почти еднакви – малко над 62%.

Относителният дял на едночленните и двучленните домакинства при инвалидите е 65,7%, а при домакинствата на не-инвалидите той е 37,7%, т.е. 1,7 пъти по-голям. Не се установява статистически значима връзка между инвалидността и броя на членовете на домакинствата.

Таблица 3
Разпределение на респондентите според големината на домакинството, в което живеят и тежестта на увреждането/инвалидността

| Брой лица | Процент трайно намалена работоспособност (тр.н.р.) |
|-----------|--|
|-----------|--|

| в домакинството | Без процент тр.н.р. | До 50% | 51%-70% | 71%-90% | Над 90% |
|-----------------|---------------------|--------|---------|---------|---------|
| 1 лице | 9,6 | 14,3 | 22,2 | 20,8 | 25,0 |
| 2 лица | 28,1 | 48,6 | 48,9 | 41,7 | 25,0 |
| 3 лица | 20,3 | 14,3 | 6,7 | 16,7 | 25,0 |
| 4 лица | 21,4 | 5,7 | 8,9 | 4,2 | 0,0 |
| 5 лица | 11,7 | 11,4 | 11,1 | 4,2 | 25,0 |
| 6 и повече лица | 8,9 | 5,7 | 2,2 | 12,4 | 0,0 |

Мнозинството от едночленните домакинства на инвалидите (66,7%) са съставени от лица на 66 и повече години. Лицата във възрастовия интервал 40-65 г. са 28,6% и едва 4,7% са в най-младата възрастова група. При не-инвалидите това разпределение е по-равномерно (съответно 51,3%, 45% и 3%).

Почти половината (46,3%) от респондентите с трайни увреждания живеят в двучленни домакинства, като 68% от тях са във възрастовия интервал 40-65 г., а 32% са на 66 и повече години. При не-инвалидите тези относителни дялове са съответно 63% за най-възрастните, 6,4% за най-младите и 30,4% при средната възраст.

Структурата на домакинствата на респондентите с трайни увреждания следва „логиката“ на разпространението им според възрастта и тежестта на уврежданията. Например в домакинствата на лицата с най-тежка инвалидност, които са и сред най-възрастните респонденти, няма деца до 18 години, най-често работещи са 1 или двама от членовете на домакинствата и съответно има по един или двама безработни и, като правило, най-често се срещат пенсионерите.

Таблица 4
Структура на домакинствата на лицата с и без трайно увреждане

| Структура на домакинството | Процент трайно намалена работоспособност (тр.н.р.) | | | | |
|----------------------------|--|--------|---------|---------|---------|
| | Без процент тр.н.р. | До 50% | 51%-70% | 71%-90% | Над 90% |
| Деца до 18 години | | | | | |
| 1 дете | 54,4 | 66,7 | 60,0 | 50,0 | 0,0 |
| 2 деца | 41,2 | 33,3 | 20,0 | 50,0 | 0,0 |
| 3 деца | 3,4 | 0,0 | 20,0 | 0,0 | 0,0 |
| 4 деца | 1,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Работещи | | | | | |
| 1 лице | 47,6 | 66,7 | 72,7 | 58,3 | 50,0 |
| 2 лица | 42,7 | 25,0 | 27,3 | 41,7 | 50,0 |
| 3 лица | 7,5 | 8,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 4 лица | 2,2 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Безработни | | | | | |
| 1 лице | 56,8 | 94,1 | 66,7 | 40,0 | 50,0 |
| 2 лица | 30,0 | 5,9 | 16,7 | 60,0 | 50,0 |
| 3 лица | 9,8 | 0,0 | 8,3 | 0,0 | 0,0 |
| 4 лица | 2,9 | 0,0 | 8,3 | 0,0 | 0,0 |

| | | | | | |
|-----------------|------|-------|-------|-------|-------|
| 5 и повече лица | 0,5 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Пенсионери | | | | | |
| 1 лице | 52,5 | 63,6 | 43,9 | 43,5 | 100,0 |
| 2 лица | 46,2 | 36,4 | 53,7 | 43,5 | 0,0 |
| 3 лица | 1,3 | 0,0 | 2,4 | 13,0 | 0,0 |
| Домакия | | | | | |
| 1 лице | 95,4 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| 2 лица | 2,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 3 лица | 2,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Друг | | | | | |
| 1 лице | 82,0 | 100,0 | 100,0 | 0,0 | 0,0 |
| 2 лица | 18,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |

Относителните дялове на работещите членове (един или двама) в домакинствата на хората без увреждания са почти еднакви, докато при хората с увреждания се откриват по-значими диспропорции. Например при лицата с 51%-70% тр.н.р. домакинствата с един работещ член са 2,7 пъти по-малко от домакинствата с двама работещи членове. Притеснителен е факта, че в повече от половината домакинства на хората без трайни увреждания има поне един безработен, докато в домакинствата на инвалидите този относителен дял е по-висок.

Интересен е фактът, че 67% от респондентите-българи без увреждания са икономически активни, докато този относителен дял при турците е 51%, при помаците 61%, а при ромите – 71%. Безработните без увреждания са 1,3% сред българите, 8,8% сред турците, 1,2% сред помаците и 2,7% сред ромите⁸.

Икономически активните българи с увреждания са 13,8%, докато турците, помаците и ромите съответно са 6,7%, 2,8% и 10%. Наличието на трайно увреждане оказва слабо влияние структурата на домакинствата на респондентите при българите и помаците – съответно $V^2 = 0,241$ и при двете етнически групи, докато при другите етнически групи такова влияние не се наблюдава.

Високият относителен дял на лицата с различни увреждания, които живеят в едночленни и двучленни домакинства подсказва, че един от основните проблеми при тези хора, особено сред най-възрастните, е самотата. Това е тенденция, доказана и от други изследвания⁹.

⁸ Както се спомена по-горе към тези данни трябва да се отнасяме предпазливо, защото ромите, попаднали в извадката са няколко пъти по-малко от другите етнически групи, което – напълно възможно – изкривява в някаква степен информацията.

⁹ Виж данните от национално представително социално-демографско изследване „Взаимоотношения между поколенията и половете”, проведено в рамките на международно лонгитудално изследване на Макс Планк институт. В България двете вълни на изследването (2004 г. и 2007 г.) са проведени от екип на ИС при БАН – Ат. Атанасов, З. Тонева и С. Тодорова.

2.7. Етно-религиозно самоопределение

Между етническото самоопределение и наличието/отсъствието на трайни увреждания не съществува статистически значима връзка. Данните от табл.5. и фиг.4. дават представа за разпределението на респондентите с и без трайни увреждания според тяхното етническо самоопределение, но не представят цялостна картина на същинското разпределение на инвалидността в различните етнически групи в страната.

Все пак някои данни заслужават внимание. Вижда се, че най-голям е относителния дял на инвалидите при ромите – 2,4 пъти по-голям от този при българите и турците, и 1,7 пъти по-голям от този при помаците, българо-мохамеданите и българо-мюсюлманите. Последните три етнически категории показват равни дялове (12,5%) на хората с трайни увреждания. Тези данни показват, че „наситеността” на инвалидността е най-голяма при респондентите-роми¹⁰, следвани от помаците и др. Това подсказва, че в тези етнически групи съществуват сериозни проблеми с достъпа до здравни услуги и за влошено в по-голяма степен здраве в сравнение с етническите групи на българите и турците. Като се вземе предвид факта, че мнозинството от респондентите живеят в села, тази хипотеза изглежда обоснована.

Таблица 5
Етническо самоопределение и наличие (отсъствие) на трайни увреждания

| Етническо самоопределение | Лица без трайни увреждания | Лица с трайни увреждания |
|---------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Българин | 91,0 | 9,0 |
| Турчин | 90,9 | 9,1 |
| Помак | 87,3 | 12,7 |
| Ром | 78,0 | 22,0 |
| Българо-мохамеданин | 87,5 | 12,5 |
| Българо-мюсюлманин | 87,5 | 12,5 |
| Мохамеданин | 85,7 | 14,3 |
| Мюсюлманин | 80,0 | 20,0 |
| Друг | 100,0 | 0,0 |

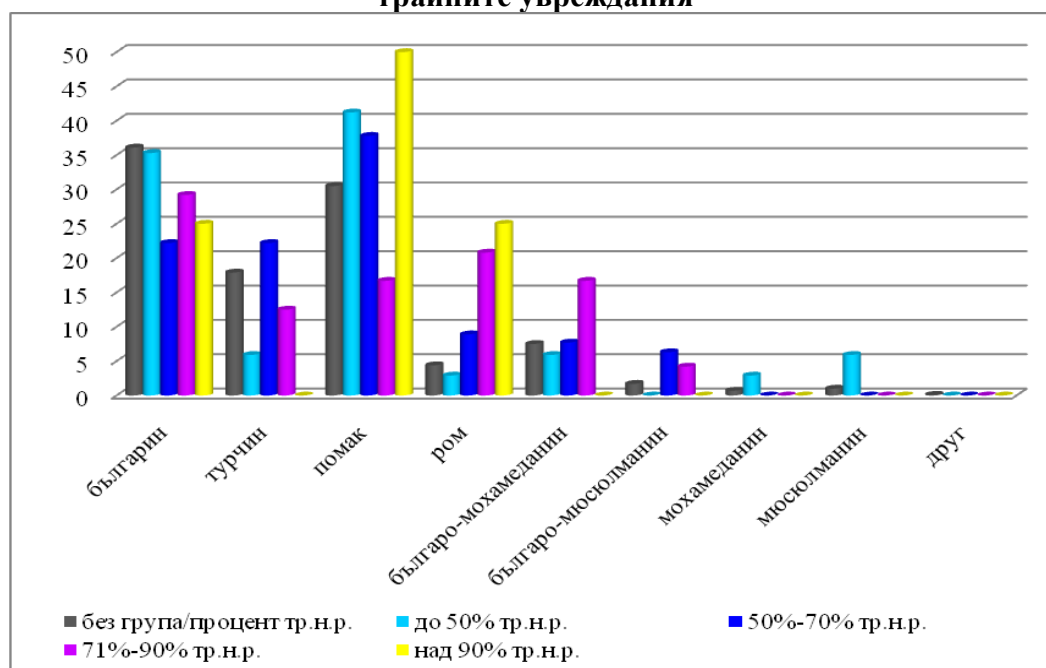
Разпределението на респондентите според тежестта на трайните увреждания и етническото самоопределение потвърждава актуалността на горните изводи, изведени от цитираното тук социологическо изследване. Най-големите относителни дялове на респондентите без увреждания са сред българите, следвани от помаците, турците и др. Същевременно при помаците са най-големи относителните дялове на лицата с леки до

¹⁰ Подобна ситуация показват и данните от споменатото социално-демографско изследване през 2007 г.

средно тежки увреждания – съответно 41,2% до 50% тр.н.р. и 37,8% при лицара с 51%-70% тр.н.р.

Инвалидността не оказва влияние върху религиозното самоопределение на респондентите. Данните от табл.6 показват, че най-голям е относителния дял на лицата без увреждания сред вярващите мюсюлмани сунити.

Фигура 4
Разпределение на респондентите според етническо самоопределение и тежест на трайните увреждания



Полът и възрастта тук също не оказват влияние. Изключение прави само възрастовата група на най-възрастните – 66 и повече години, където $V^2 = 0,258$, т.е. по-възрастните респонденти, особено тези с трайни увреждания, са по-религиозни в сравнение с останалите. Атеистите по-често се срещат в столицата и областните градове, а вярващите в селата.

Таблица 6
Разпределение на респондентите според религиозно самоопределение и тежест на трайните увреждания

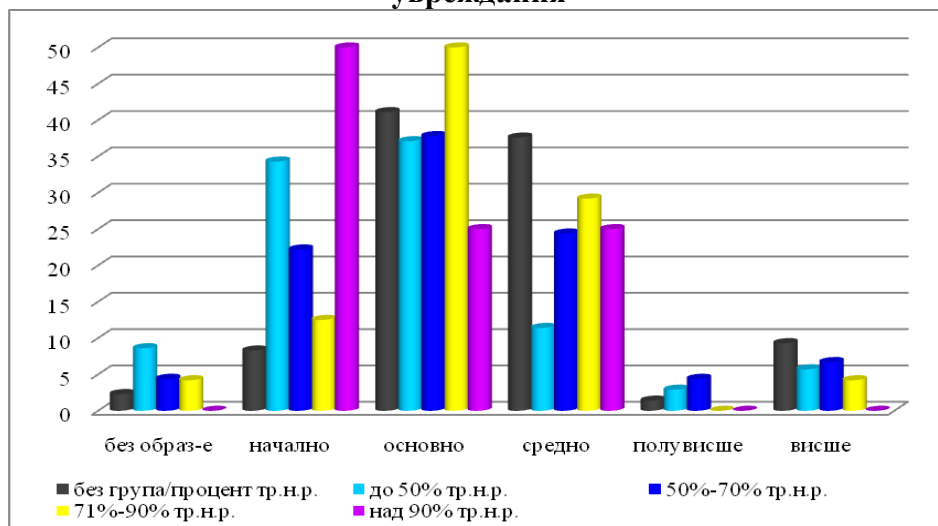
| Религиозно самоопределение | Процент трайно намалена работоспособност (тр.н.р.) | | | | |
|--|--|--------|---------|---------|---------|
| | Без тр.н.р. | До 50% | 51%-70% | 71%-90% | Над 90% |
| Атеист, но уважаващ християнските традиции | 8,8 | 5,7 | 8,9 | 25,0 | 25,0 |
| Атеист, но уважаващ ислямските традиции | 6,0 | 0,0 | 8,9 | 4,2 | 0,0 |
| Атеист, но уважаващ всички религиозни традиции | 10,5 | 11,4 | 8,9 | 4,2 | 25,0 |

| | | | | | |
|---------------------------|------|------|------|------|------|
| Вярващ християнин | 14,7 | 5,7 | 17,8 | 20,8 | 25,0 |
| Вярващ мюсюлманин - сунит | 40,5 | 48,6 | 35,6 | 37,5 | 0,0 |
| Вярващ мюсюлманин - шиит | 1,6 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Вярващ мюсюлманин | 9,6 | 5,7 | 8,9 | 4,2 | 0,0 |
| Мюсюлманин | 7,8 | 22,9 | 11,1 | 4,2 | 25,0 |
| Друг | 0,6 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |

2.8. Образователен и трудов статус

От фиг.5. се вижда, че образователното равнище на респондентите без увреждания е по-високо в сравнение с това на тези с увреждания. Наличието на трайно увреждане оказва, макар и слабо, влияние върху образователното ниво на изследваните лица - $V^2 = 0,113$.

Фигура 5
Образователно равнище на респондентите според тежестта на трайните увреждания



Наблюдава се тенденцията с повишаване тежестта на увреждането да намалява нивото на завършено образование. Това най-вероятно се отнася за видимите трайни увреждания и е свързано с доминиращите до скоро педагогически концепции в образованието, че децата с трайни увреждания могат да се обучават в специализирани учебни заведения, както и с липсата на достъп до общообразователните институции. Тази тенденция е трайна и е наблюдавана в множество други изследвания.

Мъжете са с по-високо образование от жените. Например мъжете без увреждания и с незавършено образование са 1,4%, докато този относителен дял при жените е 3,1%. При мъжете наличието на трайно увреждане не оказва статистически значимо влияние върху образователното равнище, докато при жените такова се наблюдава, макар и да е слабо - $V^2 = 0,176$.

45,9% от мъжете са със средно образование, докато относителния дял на жените е 25,6%. Относителните дялове на лицата с висше образование при мъжете и жените са почти еднакви – съответно 8,3% срещу 9,5%. Лицата без увреждания имат по-високи относителни дялове в сравнение с тези с увреждания и при двете степени на образование.

Наличието на трайно увреждане оказва слабо влияние върху образователното равнище при респондентите на възраст 18-39 г. – $V^2 = 0,214$, докато при другите възрастови категории не се наблюдава статистически значима връзка. Като правило най-младите хора и тези в трудоспособна възраст са с по-високо образователно равнище. Например при лицата между 18 и 39 г. 58,4% от респондентите без увреждане са със средно, а 8,9% с висше образование. Хората с увреждания са предимно с основно и средно образование. Подобна е и картината при лицата на възраст 40-65 г. При лицата на възраст 66 и повече години са най-високи нивата на хора без завършено образование – 6,8% лица без увреждания и 21,4% лица с до 50% тр.н.р., респективно 6,7% и 10% при следващите две степени на увреждане. Респондентите с трайни увреждания с висше образование също са по-малко в сравнение с другите възрастови групи.

Наличието на увреждане оказва влияние върху образователното равнище при етнически самоопределилите се като българи, помаци и роми – съответно за българите $\text{sign.} = <0,0000$, $V^2 = 0,216$, за помаците $\text{sign.} = <0,005$, $V^2 = 0,175$ и за ромите – $\text{sign.} = <0,05$, $V^2 = 0,384$.

С най-ниско ниво на образование са ромите – 21,6% без завършено образование и 56,8% с основно сред лицата без увреждания. Хората с увреждания при ромите са предимно без завършено образование, с начално и основно образование. Помаците без увреждания са предимно хора с основно и средно образование – съответно 44,3% и 35,3%. Всеки десети помак, който има различна степен на трайни увреждания, е човек без завършено образование, 32,4% са с начално и 43,2% с основно образование. При българите само 3,3% от хората без увреждания са и без завършено образование. Всеки пети българин с трайно увреждане е без завършено образование. В тази етническа категория всеки пети респондент без и с увреждане е с висше образование.

Това означава, че освен наличието на трайно увреждане (най-вече неговата видимост и тежест) и етническата принадлежност оказва, макар и слабо, влияние върху нивото на завършено образование, което най-вероятно е свързано в редица социо-

културни традиции и специфични ценности на различните етнически групи. Най-ниско значение на образованието се придава сред ромите, следвани от помаците. Най-голямо значение образованието има за етнически самоопределилите се като българи, като това е валидно и за двете субкатегории – лица с и без трайни увреждания.

Таблица 7
Трудов статус на респондентите с и без трайни увреждания

| Трудов статус | Процент трайно намалена работоспособност (тр.н.р.) | | | | |
|--------------------------------|--|--------|---------|---------|---------|
| | Без тр.н.р. | До 50% | 51%-70% | 71%-90% | Над 90% |
| Работя на пълен работен ден | 35,6 | 5,7 | 8,9 | 16,7 | 25,0 |
| Работя на непълен работен ден | 4,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Не работя, но си търся работа | 21,7 | 2,9 | 2,2 | 4,2 | 0,0 |
| Не работя и не си търся работа | 4,8 | 2,9 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Пенсионер съм, но работя | 2,0 | 5,7 | 4,4 | 4,2 | 0,0 |
| Пенсионер съм, но не работя | 24,6 | 71,4 | 71,1 | 70,8 | 75,0 |
| Не работя, защото съм учащ | 1,9 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Не работя, защото съм домакиня | 3,4 | 2,9 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Не работя, защото съм инвалид | 0,0 | 8,6 | 11,1 | 0,1 | 0,0 |
| Друго | 1,7 | 0,0 | 2,2 | 0,0 | 0,0 |

Данните от таблицата показват трудовия статус на респондентите. Между наличието на увреждане и трудовия статус съществува статистически значима връзка макар тя да е слаба ($V^2 = 0,209$). Вижда се, че работещите – без увреждания – на пълен работен ден са 3,5 пъти повече от работещите – с трайни увреждания – на пълен работен ден. Почти същата е ситуацията при работещите на пълен и непълен работен ден – хората без увреждания (39,9%) почти 4 пъти по-често от хората с увреждания (10,2%) работят на пълен или непълен работен ден.

Като цяло всички работещи (в т.ч. и пенсионерите) респонденти без увреждания (42%) са 2,8 пъти повече в сравнение с всички работещи (в т.ч. и пенсионерите) респонденти с увреждания (14,8%).

Наличието на трайно увреждане оказва влияние върху трудовия статус и при мъжете и жените ($V^2 = 0,232$ за мъжете и $V^2 = 0,258$ за жените), като при жените влиянието е малко по-силно. Работещите на пълен работен ден мъже без увреждания (56,9%) са малко повече от работещите жени (43,1%). Тези различия са много по-драстични при респондентите с увреждания – съответно 72,7% за мъжете и 27,3% за жените, т.е. 2,7 пъти. С други думи, в сферата на трудовата заетост на хората с увреждания освен значимите предпоставки за проява на валидизъм (дизаблеизъм) се

наблюдават условия и за сексизъм, т.е. за множествена дискриминация, основана на пол и инвалидност.

Тези зависимости се запазват и при съвкупностите на всички работещи. Всички работещи без увреждания мъже са 56,6% срещу 43,4% работещи жени. Работещите с увреждания мъже са 3 пъти повече в сравнение с работещите жени с увреждания – съответно 75% срещу 25%.

Наличието на трайно увреждане оказва влияние върху трудовия статус и при различните възрастови групи, което е очаквано ($V^2 = 0,766$ при лицата на възраст 18-39 г. и $V^2 = 0,259$ при лицата на възраст 40-65 г.). При най-младите респонденти това влияние е много силно, при средната възраст е слабо до умерено, а при лицата над 66 години не се наблюдава такава връзка. При хората без увреждания икономически активните лица¹¹ са 51,6%, докато този относителен дял при лицата с трайни увреждания е 13,1%, т.е. почти 4 пъти (3,9) по-малък. Най-драстични са разликите при младите хора – 77,5% от респондентите без увреждания са икономически активни срещу 14,3% от тези с увреждания, т.е. 5,4 пъти, а при лицата на възраст 40-65 години, тази разлика е 3,3 пъти (72,6% срещу 21,7%).

При разглеждане структурата на домакинствата бе отбелязана икономическата активност, заетостта и безработицата на респондентите според тяхната етническо самоопределение.

2.9. Източници и равнище на доход на домакинствата

Възрастовите характеристики на респондентите, местоживеенето, както и техния образователен и трудов статус предопределят до голяма степен основните източници на доходи в техните домакинства. Данните от табл. 7 показват, че в домакинствата на хората без трайни увреждания от 1,7 до 3,8 пъти по-често се разчита на заплатата като основен източник на доходи в сравнение с домакинствата на хората с трайни увреждания. При пенсиите (като източник на доходи) тази зависимост е обратна – домакинствата на хората с трайни увреждания разчитат на тях като основен източник на доход от 2,1 до 2,8 пъти по-често в сравнение с домакинствата на респондентите без увреждания.

¹¹ Това са лицата работещи на пълен и непълен работен ден и лицата, които не работят, но търсят работа.

Като цяло наличието на трайно увреждане оказва, макар и слабо, влияние върху основните източници на доходи на домакинствата – $V^2 = 0,133$.

Поради спецификата на изследването, мнозинството от респондентите живеят в села, което е един от основните фактори за формиране на относително висок относителен дял на доходите от селскостопанска дейност, от бизнес и свободна професия и от домашно стопанство – 14,9% при домакинствата на лицата без увреждания, срещу 6,8% до 8,7% при домакинствата на лицата с различна тежест на трайното увреждане.

Таблица 8
Основни източници на доход за домакинствата на респондентите с и без трайни увреждания

| Основни източници на доходи за домакинството | Процент трайно намалена работоспособност (тр.н.р.) | | | | |
|--|--|--------|---------|---------|---------|
| | Без тр.н.р. | До 50% | 51%-70% | 71%-90% | Над 90% |
| Заплати | 51,5 | 22,9 | 13,6 | 29,2 | 50,0 |
| Доходи от бизнес или свободна професия | 5,9 | 2,9 | 2,3 | 8,3 | 0,0 |
| Доходи от селскостопанска дейност | 6,1 | 2,9 | 4,5 | 0,0 | 0,0 |
| Пенсии | 27,6 | 65,7 | 77,3 | 58,3 | 50,0 |
| Социални помощи | 2,8 | 2,9 | 2,3 | 4,2 | 0,0 |
| Доходи от домашно стопанство | 2,9 | 2,9 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Друго | 2,9 | 2,9 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |

На работна заплата като източник на доходи разчитат малко повече жените от мъжете без увреждания (52,9% срещу 50,1%), докато тази зависимост е обратна при хората с увреждания – съответно 20,4% срещу 22,6%. Същата ситуация се наблюдава и при доходите от бизнес или свободна професия – те се срещат по-често при жените (6,8%) в сравнение с мъжете без увреждания (5,0%). Тук обаче, макар и рядко, предимно мъжете с увреждания (5,7%) разчитат на този източник на доходи, докато при жените той не играе почти никаква роля – съответно 1,8%. Като цяло полът няма диференциращо значение за източниците на доходи при мъжете и жените.

При респондентите на възраст 18-39 години и тези на 40-65 години наличието на трайно увреждане оказва слабо до умерено влияние върху източниците на доходи, като в първата възрастова група то е по-силно – съответно $V^2 = 0,285$ и $V^2 = 0,164$. Работещите респонденти с увреждания по-често са с по-леки увреждания, но в крайна сметка в най-младата възрастова група заплата е 2,5 пъти по-често основен източник

на доходи за домакинствата на лицата без увреждания в сравнение с тези с увреждания (съответно 72,1% срещу 28,6%), а пенсията е 6,3 пъти по-често основен източник на доходи за домакинствата на лицата с увреждания в сравнение с тези на лицата без увреждания (съответно 42,9% срещу 6,8%). Същите са тенденциите и при възрастовата група 40-65 години, но с тази разлика, че тук разликите не са така драстични.

При тази ситуация равнището на доходите на домакинствата при двете субкатегории респонденти не е изненадваща. Вижда се, домакинствата на хората с трайни увреждания по-често попадат в по-ниските нива на доходи.

Разликата в средния доход на 20% най-богати домакинства и средния доход на 20% най-бедни домакинства, декларирали дохода си от предходния на изследването месец, е малко над 6 пъти, а разликата в средните доходи между 10% най-богати и най-бедни домакинства е почти 9 пъти.

Таблица 9
Чист доход за предходния месец на домакинствата на респондентите с и без трайни увреждания (N = 944)

| Чист доход за предходния месец на домакинството | Процент трайно намалена работоспособност (тр.н.р.) | | | | |
|---|--|--------|---------|---------|---------|
| | Без тр.н.р. | До 50% | 51%-70% | 71%-90% | Над 90% |
| До 99 лв. | 2,4 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 100-199 лв. | 10,6 | 28,6 | 26,7 | 16,7 | 25,0 |
| 200-299 лв. | 14,8 | 14,3 | 31,1 | 12,5 | 0,0 |
| 300-399 лв. | 15,0 | 22,9 | 8,9 | 25,0 | 25,0 |
| 400-499 лв. | 12,2 | 11,4 | 6,7 | 4,2 | 25,0 |
| 500-599 лв. | 8,6 | 2,9 | 4,4 | 4,2 | 0,0 |
| 600-699 лв. | 5,4 | 0,0 | 4,4 | 4,2 | 0,0 |
| 700-799 лв. | 4,5 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 800-899 лв. | 2,3 | 0,0 | 0,0 | 4,2 | 25,0 |
| 900-999 лв. | 1,6 | 2,9 | 2,2 | 0,0 | 0,0 |
| 1000-1199 лв. | 1,9 | 0,0 | 2,2 | 0,0 | 0,0 |
| 1200-1399 | 1,6 | 0,0 | 2,2 | 0,0 | 0,0 |
| 1400 и повече | 0,5 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Отказ | 6,1 | 5,7 | 4,4 | 8,3 | 0,0 |
| Не знае | 11,2 | 11,4 | 6,7 | 20,8 | 0,0 |

Разликата в средния доход на 20% най-богати домакинства и средния доход на 20% най-бедни домакинства на респондентите без увреждания, декларирали дохода си от предходния на изследването месец, е също малко над 6 пъти. Тази разлика при 10% най-бедни и най-богати домакинства е над 9 (9,3) пъти.

При респондентите с увреждания тези разлики са съответно 4,6 пъти при 20% дялове и почти 6 пъти (5,9) при 10% дялове. По-малките неравенства произтичат от

факта, че домакинствата на респондентите с трайни увреждания много по-често от другите домакинства разчитат на пенсии, които най-често са пенсии за инвалидност. Разликите между последните не са особено големи, което е една от основните причини за конституирането и трайното съществуване на явлениято „равенство” в бедността”.

Едва 6,5% от домакинствата на респондентите с трайни увреждания са получили доход над 700 лв, докато този относителен дял при домакинствата на респондентите без увреждания е 12,4%, т.е. почти 2 пъти повече. Същевременно 13% от вторите домакинства са получили най-нисък доход (до 199 лв.), докато относителния дял на домакинства на лицата с трайни увреждания е 24,3%, т.е. отново разлика от почти 2 пъти.

55% от всички домакинства на респонденти без увреждания са имали доход до 499 лв. С такъв доход са почти три-четвърти (71,3%) от домакинствата на респондентите с трайни увреждания. Всички тези данни говорят за сериозни проблеми, свързани със задоволяване на различните потребности сред повече от половината респонденти и техните домакинства, т.е. за трайна депривация¹².

64,8% от домакинствата на респондентите мъже и 68,3% от тези на жените са живели с доход до 499 лв. Едва 1,7% от домакинствата на мъжете без увреждания срещу нито едно домакинство от тези на мъжете с трайни увреждания, са имали доходи около и над посочваната от КНСБ сума за издръжката на 4-членно домакинство през април 2010 г. Тези относителни дялове при жените са съответно 0,9% и 0,0%.

С доходи до 499 лв. живеят 56,5% от домакинствата на респондентите без увреждания на възраст 18-39 г. и 66,7% от домакинствата на респондентите с трайни увреждания. Тези относителни дялове при другите две възрастови групи за съответните субкатегории лица без и с увреждания са: 40-65 години – 62,8% и 86,0% и 66 и повече години – съответно 89,5% и 88,2%.

Едва 2,7% от домакинствата на респондентите без увреждания на възраст 18-39 г. са живели с доход над 1800 лв., докато такъв доход не е имало нито едно домакинство на хора с увреждания в тази възрастова група. И при другите две възрастови групи ситуацията е същата.

¹² По данни на КНСБ, през „месец март 2010г. стойността на издръжката на живот достигна до – 489,00 лв. на човек от 4-членно домакинство (2 възрастни с 2 деца), или общо това домакинство трябва да разполага месечно с 1956 лв., за да посреща разходите си и да се храни съобразно калорийните норми”. Източник: http://84.242.167.9/knsb/index.php?option=com_content&task=view&id=1099&Itemid=96

Мнозинството от едночленните домакинства живеят с доход до 299 лв. Например 71,3% от лицата без трайни увреждания, живеещи в едночленни домакинства са с доход между 100 и 299 лв., а 7,5% с доход до 99 лв. Тези относителни дялове при лицата с увреждания са съответно 100%, но няма домакинства с доходи до 99 лв. При двучленните домакинства на респонденти без трайни увреждания 1,7% са били с доход до 99 лв. и 28,5% с доход между 100 и 299 лв. С доход между 100 и 299 лв. са 30,1% от двучленните домакинства на респондентите с увреждания. Като цяло 69,7% от двучленните домакинства на респондентите без увреждания и 82,5% от двучленните домакинства на респондентите с увреждания са живели с доходи до 499 лв.

Данните от табл.9. показват, че при респондентите без трайни увреждания, самоопределили се като българи, е най-нисък относителния дял на домакинствата живели с доходи до 499 лв., като той е 2 пъти по-малък от дела на тези домакинства, в които има лица с увреждания. С други думи, българските домакинства много по-често в сравнение с домакинствата на останалите етноси, живеят с доходи надвишаващи изчислената от КНСБ минимална сума за издръжка на 1 лице за месец март 2010 г. При домакинствата на хората с увреждания това са ромските домакинства.

Таблица 10

Относителен дял домакинствата на лицата с и без трайни увреждания, получаващи доходи до 499 лв. според етническото им самоопределение (в %)

| № по ред | Домакинства на лица без трайни увреждания | | Домакинства на лица с трайни увреждания | |
|----------|---|----------|---|----------|
| | Етническо самоопределение | Отн. дял | Етническо самоопределение | Отн. дял |
| 1. | турци | 73,4 | Т. нар. «помаци» | 91,2 |
| 2. | роми | 64,8 | българи | 78,1 |
| 3. | т. нар. «помаци» | 61,4 | турци | 67,5 |
| 4. | Българи (християни) | 39,8 | роми | 54,6 |

Представянето и сравнителния анализ на социално-демографските характеристики на респондентите – лица с и без трайни увреждания (инвалиди), всъщност е представяне на една дескриптивно-нормативна картина (макар и фрагментарна), както на начина и качеството на живот на респондентите, така и на

социалния контекст, в който се зараждат, оформят, развиват, поддържат, променят или отпадат българските национални ценности и се релативизират с европейските ценности.

Могат да се отдиференцират няколко основни и важни хипотези, характеризиращи социалния контекст и качеството и начина на живот на респондентите:

1) Мъжете малко-почесто са лица с увреждания в сравнение с жените, но за сметка на това при жените уврежданията сравнително по-леки като тежест, което е един от множеството важни фактори, предопределящи по-високата продължителност на живота на жените, в сравнение с мъжете;

2) Сред жителите на селата в много по-висока степен са съхранени патриархалните ценности и отношения, свързани с брака и семейството, в сравнение с жителите в градовете. Това е валидно и за респондентите, самоопределили се като турци и помаци в сравнение с българите.

3.1) Високият относителен дял на лицата с различни увреждания, които живеят в едночленни и двучленни домакинства подсказва, че един от основните проблеми при тези хора, особено сред най-възрастните, е самотата. Това означава, че между категорията на лицата без увреждания и някои субкатегории лица с увреждания (тези с видими и по-тежки увреждания) съществуват социални дистанции, които са един от основните фактори за самотния начин на живот за не малка част от инвалидите.

3.2) Безработицата е чест „гост” в домакинствата и на двете сравнявани социални категории, като тя по-често се среща сред лицата с трайни увреждания.

3.3) Наличието на трайни увреждания, по-самотния начин на живот, по-високата възраст, по-високата безработица и свитите най-вече до социални плащания източници на доходи при респондентите с трайни увреждания водят до силно стесняване на „жизнения свят” и социалната им активност до рамките на дома и семейството. Това е един от основните фактори, пораждащи представите за инвалидите като за зависими хора.

4) В сферата на трудовата заетост съществуват сериозни предпоставки за проява на множествена дискриминация, основана на пол и увреждане (сексизъм и валидизъм), на възраст и увреждане (ейджизъм и валидизъм), на етническа принадлежност и увреждане (расизъм и валидизъм), или някаква друга комбинация – например пол, етническа принадлежност и наличие на увреждане.

5.1) В домакинствата на респондентите доходът се формира основно от заплата, докато в домакинствата на лицата с увреждания основният източник на доходи е пенсията. Това води до значими социални неравенства в доходите на двете социални категории. Същевременно подоходните неравенства в рамките на в категорията лица с увреждания са по-малки, тъй като разликите в нивата на пенсиите са много по-малки, отколкото е при доходите от работна заплата.

5.2) Малко повече от половината от всички домакинства на респонденти без увреждания са имали доход до 499 лв, докато относителния дял на домакинствата на лицата с увреждания е почти три-четвърти. Всички тези данни говорят за сериозни проблеми, свързани със задоволяване на различните потребности сред повече от половината респонденти и техните домакинства – за трайна депривация и бедност, за възникване и трайно съществуване на социални неравенства в достъпа до здравеопазване, образование и др.

5.3) Българските домакинства много по-често в сравнение с домакинствата на останалите етноси, живеят с доходи надвишаващи изчислената от КНСБ минимална сума за издръжка на 1 лице за месец март 2010 г. При домакинствата на хората с увреждания това са ромските домакинства, което подсказва, че съмненията за етнизация (най-вече ромизация) на системата за социално подпомагане в страната имат някакво основание.

б) Бедността и рискът от бедност са най-високи сред турските и ромските домакинства на респондентите без увреждания, следвани от тези на помаците и българите. Тези явления и процеси са най-актуални в помашките и българските домакинства на респондентите с увреждания, следвани от турските, а най-ниски са при ромските домакинства¹³. Разбира се, тук трябва да се имат предвид субективните усещания за бедност при различните етнически групи, както и редица етно-културни и исторически специфики.

На основата на: 1) представените по-горе общи социално-демографски характеристики, оформящи цялостния контекст на начина и качеството на живот на респондентите; 2) това, че достъпът до формалния статус „лице с трайно намалена работоспособност” (инвалид) зависи изцяло от медицинска експертиза, извършвана

¹³ Този резултат е до голяма степен следствие от разсейването на данните, за което вече стана дума. Известно е, че ромските домакинства са сред най-бедните в страната. Но тази бедност има и своите етно-културни измерения, които, струва ми се, често се пренебрегват при изследването на бедността сред представителите на ромската общност.

единствено чрез био-функционални критерии, дават основание да се приеме хипотезата и да се твърди, че в страната и в социалната политика към инвалидите основният модел на инвалидността се намира в рамките на медицинското смислово пространство.

Подобна теза се потвърждава и от резултатите от изследването на обществените нагласи към равнопоставеността и дискриминацията, проведено през 2007 година, както и от двете вълни на социално-демографското изследване „Взаимоотношения между поколенията и половете” (вълни 2004 и 2007 г.), и от изследването на хората с увреждания, проведено през 2005 г.

Следователно трябва да очакваме, че за разлика от много европейски страни, където ценностите на медицинския модел не са доминантни, то в България те са доминиращи и формират както социалното отношение към „другостта” (уврежданията), така и различните трендове на социалната политика към хората с увреждания. Може да се очаква, че в рамките на различните етнически общности, макар и в различна степен и с различна специфика, също доминират медикалистките социални отношения към уврежданията и ценности, присъщи на медицинския модел на уврежданията.

3. Социално отношение към хората с увреждания и споделяни ценности в сферата на уврежданията

В таблица 11 са представени осем твърдения, съгласието/несъгласието с които отразяват разбиранията, отношението към хората с трайни увреждания и споделяните ценности в сферата на инвалидността. Твърдения №№ 1-4 и № 6 отразяват философията и идеологията на т.нар. индивидуален/медицински подход към уврежданията/инвалидността. Твърдение № 5 е свързано с т.нар. религиозен модел на инвалидността, а твърдения № 7 и № 8 отразяват схващания, присъщи на съвременния социален подход към инвалидността.

Отговорът „нито съгласен, нито несъгласен” се разглежда като изразяване на съгласие или несъгласие в зависимост от конкретния случай – най-вероятно респондентите са съгласни с подобни твърдения при особено тежки и видими форми на увреждания, докато при по-леки и невидими форми на увреждания те са несъгласни. Освен това съгласието/несъгласието с дадено твърдение до голяма степен зависи от това дали респондентът познава отблизо човек с увреждане, както и от личността на

човека с увреждане, от неговото отношение към собствените ограничения във възможностите, към светогледа му и т.н.

Данните показват, че най-често съгласие се изразява с твърдения, които отразяват философията и идеологията на медикалисткия подход към уврежданията – хората с увреждания са заивисими (70% съгласие и 8% несъгласие), изолирани (61% съгласие и 10% несъгласие), без възможности да работят (40% съгласие и 24% несъгласие) и се нуждаят от подпомагане (90% съгласие 1% несъгласие). Най-категорично се отрича невъзможността на хората с увреждания да създават и да имат семейства – 45%.

Таблица 11
Разпределение на респондентите според техните мнения (съгласие/несъгласие) за инвалидността и инвалидите

| Твърдения | Съгласен | Нито съгласен, нито несъгласен | Несъгласен | Не мога да преценя | Всичко |
|--|----------|--------------------------------|------------|--------------------|--------|
| 1. Инвалидите са изцяло зависими от своите семейства | 69,9 | 16,7 | 7,9 | 5,4 | 945 |
| 2. Инвалидите са изолирани в домовете си | 61,4 | 23,0 | 9,8 | 5,8 | 947 |
| 3. Инвалидите не могат да работят | 40,7 | 30,3 | 23,7 | 5,2 | 940 |
| 4. Инвалидите не могат да създават свои семейства | 12,7 | 33,1 | 44,9 | 9,4 | 940 |
| 5. Болестта и инвалидността са божие наказание за греховете на хората | 17,3 | 15,2 | 48,3 | 19,2 | 947 |
| 6. На инвалидите трябва да се предоставят помощи | 90,4 | 5,4 | 0,8 | 3,4 | 947 |
| 7. Инвалидите могат да водят пълноценен живот като всички останали | 34,9 | 26,8 | 29,4 | 8,8 | 947 |
| 8. Инвалидите могат да работят навсякъде, съобразно своите възможности, ако им бъдат създадени подходящи условия | 48,1 | 25,3 | 17,0 | 9,6 | 948 |

17,3% от респондентите са съгласни, че болестта и увреждането са божие наказание за греховете, а 48% отхвърлят подобно схващане. Независимо от това, фактът, че почти всеки шести респондент е съгласен с подобно твърдение означава, че съществуват хора и общности, в които ценностите на религиозния модел на

инвалидността се споделят, а това е един от най-тягостните, дискриминиращи и потискащи модели за хората с увреждания.

Данните показват, че *полът, възрастта и наличието на процент тр.н.р. не оказват* статистически значимо влияние върху съгласието/несъгласието с горните твърдения, т.е. това не са фактори, определящи възприемането и споделянето на определени ценности, формирането и манифестацията на определени социални отношения към „другостта” – уврежданията и/или инвалидността. Между образованието и споделянето на определени ценности се наблюдава статистически значима връзка при твърдения 2, 4 и 6 (съответно $\text{sig.} = < 0,005$, $V^2 = 0,107$, $V^2 = 0,114$ и $V^2 = 0,104$). При твърдение 5 силата на връзката (макар и да остава слаба) е най-силна – $\text{sig.} = < 0,0005$, $V^2 = 0,125$. При твърдения 7 и 8 се наблюдава най-слаба връзка – съответно $\text{sig.} = < 0,05$, $V^2 = 0,105$ и $V^2 = 0,103$. В контекста на сравнително ниското образователно равнище на респондентите тези данни не изненадват.

Таблица 12

Съгласие със следните твърдения според наличие и тежест на инвалидност:

| Доколко сте съгласен със следните твърдения | Наличие и тежест на инвалидността | | | | |
|---|-----------------------------------|--------|---------|---------|---------|
| | без % тр.н.р. | до 50% | 51%-70% | 71%-90% | над 90% |
| Инвалидите са изцяло зависими от своите семейства | | | | | |
| Съгласен | 68,6 | 74,3 | 86,7 | 70,8 | 75,0 |
| Нито съгласен, нито несъгласен | 17,8 | 5,7 | 13,3 | 4,2 | 25,0 |
| Несъгласен | 7,7 | 14,3 | 0,0 | 25,0 | 0,0 |
| Не мога да преценя | 5,9 | 5,7 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Инвалидите са изолирани в домовете си | | | | | |
| Съгласен | 59,6 | 77,1 | 68,9 | 66,7 | 100,0 |
| Нито съгласен, нито несъгласен | 24,0 | 11,5 | 20,0 | 20,8 | 0,0 |
| Несъгласен | 10,0 | 5,7 | 11,1 | 12,5 | 0,0 |
| Не мога да преценя | 6,4 | 5,7 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Инвалидите не могат да работят | | | | | |
| Съгласен | 39,4 | 51,4 | 48,9 | 41,7 | 75,0 |
| Нито съгласен, нито несъгласен | 30,8 | 22,9 | 28,9 | 33,3 | 25,0 |
| Несъгласен | 24,6 | 20,0 | 13,3 | 25,0 | 0,0 |
| Не мога да преценя | 5,2 | 5,7 | 8,9 | 0,0 | 0,0 |
| Инвалидите не могат да създават свои семейства | | | | | |
| Съгласен | 12,1 | 25,7 | 11,1 | 8,3 | 50,0 |
| Нито съгласен, нито несъгласен | 34,0 | 20,0 | 28,9 | 33,3 | 50,0 |
| Несъгласен | 44,1 | 48,6 | 53,3 | 50,0 | 0,0 |
| Не мога да преценя | 9,8 | 5,7 | 6,7 | 8,4 | 0,0 |
| Болестта и инвалидността са божие наказание за греховете на хората | | | | | |
| Съгласен | 17,1 | 20,0 | 20,0 | 16,7 | 25,0 |

| | | | | | |
|--|------|------|------|-------|-------|
| Нито съгласен, нито несъгласен | 15,6 | 8,6 | 15,6 | 8,3 | 25,0 |
| Несъгласен | 47,4 | 60,0 | 48,8 | 62,5 | 0,0 |
| Не мога да преценя | 19,9 | 11,4 | 15,6 | 12,5 | 50,0 |
| На инвалидите трябва да се предоставят помощи - парични или в натура | | | | | |
| Съгласен | 89,4 | 97,1 | 97,8 | 100,0 | 100,0 |
| Нито съгласен, нито несъгласен | 6,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Несъгласен | 1,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Не мога да преценя | 3,6 | 2,9 | 2,2 | 0,0 | 0,0 |
| Инвалидите могат да водят пълноценен живот както всички останали | | | | | |
| Съгласен | 35,4 | 45,7 | 31,1 | 20,8 | 25,0 |
| Нито съгласен, нито несъгласен | 27,1 | 14,3 | 31,1 | 25,0 | 50,0 |
| Несъгласен | 28,7 | 25,7 | 28,9 | 54,2 | 25,0 |
| Не мога да преценя | 8,8 | 14,3 | 8,9 | 0,0 | 0,0 |
| Инвалидите могат да работят навсякъде, съобразно своите възможности и квалификация, ако им бъдат създадени условия за това | | | | | |
| Съгласен | 47,2 | 65,7 | 55,6 | 45,8 | 25,0 |
| Нито съгласен, нито несъгласен | 26,3 | 14,3 | 17,8 | 16,7 | 50,0 |
| Несъгласен | 16,8 | 14,3 | 11,1 | 33,3 | 25,0 |
| Не мога да преценя | 9,7 | 5,7 | 15,6 | 4,2 | 0,0 |

Спомена се, че наличието на процент трайно намалена работоспособност, констатирана от медицинските органи, също не оказва влияние върху съгласието/несъгласието с посочените твърдения (табл.12.). Независимо от това заслужава да се обърне внимание на следното. Респондентите с увреждания по-често от тези без увреждания споделят разбиранията и ценностите, присъщи на медикалисткия подход към инвалидността. И доколкото съществува косвена връзка между традиционната културна репрезентация на инвалидността и социалната политика в съвременна България, тези данни потвърждават тезата, че социалната политика към хората с увреждания остава в руслото на медицинското смислово пространство и присъщите му модели на инвалидността.

Големи са относителните дялове (по 20%) на респондентите с до 50% тр.н.р. и 51%-70% тр.н.р., които са съгласни, че болестта и инвалидността са божие наказание. За тези лица се приема, че са хора с по-леки (често и невидими) увреждания и ограничения във възможностите, които могат по-често да се движат сред и да комуникират с не-инвалиди извън тесния кръг на семейството и/или домакинството, в което живеят. Това може да означава, че те в по-голяма степен са акумулирали в себе си отношението на средата към уврежданията и инвалидността.

Прави впечатление, че местоживеенето (табл.13) оказва статистически значимо, макар и слабо влияние, само в случаите на разглеждане на болестта и инвалидността като божие наказание и при манифестиране на отношението към възможностите на

инвалидите да живеят пълноценен живот. Върху формирането на мненията и отношението на респондентите от градовете и селата не оказват влияние пола, възрастта, наличието и тежестта на трайно увреждане, както и семейното положение. Същевременно етническото и религиозното самоопределение оказват слабо до умерено влияние върху мнението на респондентите по всички твърдения.

В селата почти три пъти по-често¹⁴ отколкото в градовете се среща споделяне на ценности, присъщи на религиозния модел на инвалидността (твърдение 5). Като това най-често се наблюдава при самоопределилите се като мохамедани (85,7%), помаци (26,9%), мюсюлмани (18,2), българо-мохамедани (16,9%), българи (14,8) и др¹⁵. Като цяло обаче доминират ценностите на различните видове модели на инвалидността, попадащи в медицинското смислово поле (твърдения 1, 2, 3, 4 и 6).

Според данните от таблица 14 между етническото самоопределение и изразяваното съгласие/несъгласие с разглежданите твърдения съществува статистически значима втръзка, като тя е най-висока при твърдението, че инвалидите са изолирани в домовете си ($V^2 = 0,210$), следвана от твърдението, че инвалидите са зависими от своите семейства ($V^2 = 0,190$), а най-ниска (почти два пъти) при твърдението, че на инвалидите трябва да се предоставят помощи – $V^2 = 0,117$.

Таблица 13
Разпределение на респондентите според местоживее и степен на съгласие по отношение на следните твърдения:

| Местоживееене | Твърдения | | | |
|--|-----------|-----------------------------------|------------|--------------------|
| | Съгласен | Нито съгласен, нито несъгласен | Несъгласен | Не мога да преценя |
| 1. Инвалидите са изцяло зависими от своите семейства | | | | |
| Град | 65,0 | 23,2 | 6,8 | 5,1 |
| Село | 71,1 | 15,2 | 8,2 | 5,5 |
| 2. Инвалидите са изолирани в домовете си | | | | |
| Град | 55,1 | 26,4 | 12,9 | 5,6 |
| Село | 62,8 | 22,2 | 9,1 | 5,9 |
| 3. Инвалидите не могат да работят | | | | |
| Град | 33,9 | 31,6 | 27,1 | 7,3 |
| Село | 42,3 | 30,0 | 22,9 | 4,7 |
| 4. Инвалидите не могат да създават свои семейства | | | | |
| Град | 9,0 | 25,4 | 55,4 | 10,2 |
| Село | 13,5 | 34,9 | 42,5 | 9,2 |

¹⁴ Не трябва да се забравя, че респондентите, живеещи в села са няколко пъти повече о тези, живеещи в градове, което може да оказва влияние върху определени резултати. В този смисъл може да се приеме, че това е по-скоро изследване на селото, отколкото на града и селото.

¹⁵ $V^2 = 0,180$, $\text{sig.} = 0,000$

| | | | | |
|---|------|------|------|------|
| 5. Болестта и инвалидността са божие наказание за греховете на хората ($V^2 = 0,215$) | | | | |
| Град | 6,7 | 7,2 | 68,9 | 17,2 |
| Село | 19,8 | 17,1 | 43,4 | 19,7 |
| 6. На инвалидите трябва да се предоставят помощи – парични или в натура | | | | |
| Град | 92,2 | 5,6 | 0,6 | 1,7 |
| Село | 90,0 | 5,3 | 0,9 | 3,8 |
| 7. Инвалидите могат да водят пълноценен живот като всички останали ($V^2 = 0,149$) | | | | |
| Град | 48,6 | 24,6 | 22,9 | 3,9 |
| Село | 31,9 | 27,3 | 30,9 | 9,9 |
| 8. Инвалидите могат да работят навсякъде, съобразно своите възможности и квалификация, ако им бъдат създадени подходящи условия | | | | |
| Град | 57,5 | 24,6 | 12,3 | 5,6 |
| Село | 45,9 | 25,5 | 18,1 | 10,5 |

Най-често самоопределилите се като мохамедани, мюсюлмани, роми и помаци са съгласни, че инвалидите са зависими от своите семейства, а най-рядко такова мнение изразяват самоопределилите се като турци. Относителния дял на българите е малко по-нисък в сравнение с първата група и по-висок от делът на турците. Подобна е ситуацията и при изразяването на съгласие за това, че инвалидите са изолирани в домовете си.

Таблица 14

Съгласие с твърдения според етническото самоопределение

| Доколко сте съгласен със следните твърдения | Етническо самоопределение | | | | | | | | |
|--|---------------------------|--------|-------|------|---------------------|--------------------|-------------|------------|-------|
| | Българин | Турчин | Помак | Ром | Българо-мохамеданин | Българо-мюсюлманин | Мохамеданин | Мюсюлманин | друг |
| 1. Инвалидите са изцяло зависими от своите семейства ($V^2 = 0,190$) | | | | | | | | | |
| Съгласен | 73,2 | 47,5 | 74,5 | 81,3 | 73,6 | 68,8 | 100,0 | 90,9 | 100,0 |
| Нито съгласен, нито несъгласен | 16,0 | 19,8 | 18,0 | 12,5 | 13,9 | 25,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Несъгласен | 5,1 | 24,7 | 4,4 | 2,1 | 2,8 | 6,3 | 0,0 | 9,1 | 0,0 |
| Не мога да преценя | 5,7 | 8,0 | 3,1 | 4,2 | 9,7 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 2. Инвалидите са изолирани в домовете си ($V^2 = 0,210$) | | | | | | | | | |
| Съгласен | 63,4 | 31,9 | 70,1 | 70,8 | 66,7 | 75,0 | 100,0 | 81,8 | 100,0 |
| Нито съгласен, нито несъгласен | 21,3 | 31,3 | 23,8 | 20,8 | 16,7 | 12,5 | 0,0 | 18,2 | 0,0 |
| Несъгласен | 9,0 | 27,6 | 3,1 | 8,3 | 5,6 | 6,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Не мога да преценя | 6,3 | 9,2 | 3,1 | 0,0 | 11,1 | 6,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 3. Инвалидите не могат да работят ($V^2 = 0,165$) | | | | | | | | | |
| Съгласен | 39,7 | 23,9 | 48,1 | 55,3 | 31,9 | 56,3 | 85,7 | 81,8 | 0,0 |

| | | | | | | | | | |
|---|------|------|------|------|------|------|-------|-------|-------|
| Нито съгласен, нито несъгласен | 30,6 | 28,2 | 29,9 | 25,5 | 43,1 | 37,5 | 0,0 | 9,1 | 100,0 |
| Несъгласен | 24,5 | 36,8 | 18,9 | 12,8 | 23,6 | 6,3 | 14,3 | 9,1 | 0,0 |
| Не мога да преценя | 5,2 | 11,0 | 3,1 | 6,4 | 1,4 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 4. Инвалидите не могат да създават свои семейства ($V^2 = 0,124$) | | | | | | | | | |
| Съгласен | 8,2 | 14,2 | 16,4 | 18,8 | 9,9 | 6,7 | 14,3 | 27,3 | 0,0 |
| Нито съгласен, нито несъгласен | 32,9 | 23,5 | 33,9 | 29,2 | 50,7 | 40,0 | 57,1 | 36,4 | 100,0 |
| Несъгласен | 47,5 | 52,5 | 42,1 | 47,9 | 26,8 | 46,7 | 28,8 | 36,4 | 0,0 |
| Не мога да преценя | 11,5 | 9,9 | 7,5 | 4,2 | 12,7 | 6,7 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 5. Болестта и инвалидността са божие наказание за греховете на хората ($V^2 = 0,180$) | | | | | | | | | |
| Съгласен | 14,8 | 6,1 | 25,9 | 14,6 | 16,9 | 12,5 | 85,7 | 18,2 | 0,0 |
| Нито съгласен, нито несъгласен | 13,9 | 26,1 | 11,2 | 18,8 | 9,9 | 12,5 | 14,3 | 27,3 | 0,0 |
| Несъгласен | 54,2 | 48,5 | 44,9 | 43,8 | 38,0 | 62,5 | 0,0 | 54,5 | 0,0 |
| Не мога да преценя | 17,2 | 19,4 | 18,0 | 22,9 | 35,2 | 12,5 | 0,0 | 0,0 | 100,0 |
| 6. На инвалидите трябва да се предоставят помощи - парични или в натура ($V^2 = 0,117$) | | | | | | | | | |
| Съгласен | 89,8 | 95,7 | 90,5 | 93,8 | 77,5 | 81,3 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Нито съгласен, нито несъгласен | 5,4 | 3,7 | 3,7 | 6,3 | 15,5 | 12,5 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Несъгласен | 1,8 | 0,0 | 0,7 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Не мога да преценя | 3,0 | 0,6 | 5,1 | 0,0 | 7,0 | 6,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 7. Инвалидите могат да водят пълноценен живот както всички останали ($V^2 = 0,175$) | | | | | | | | | |
| Съгласен | 37,2 | 38,4 | 35,0 | 22,9 | 25,4 | 37,5 | 28,6 | 45,5 | 0,0 |
| Нито съгласен, нито несъгласен | 27,9 | 23,8 | 27,6 | 22,9 | 28,2 | 43,8 | 0,0 | 9,1 | 0,0 |
| Несъгласен | 28,2 | 15,9 | 30,6 | 54,2 | 40,8 | 12,5 | 71,4 | 45,5 | 100,0 |
| Не мога да преценя | 6,6 | 22,0 | 6,8 | 0,0 | 5,6 | 6,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 8. Инвалидите могат да работят навсякъде, съобразно своите възможности и квалификация, ако им бъдат създадени условия за това ($V^2 = 0,164$) | | | | | | | | | |
| Съгласен | 50,5 | 46,3 | 50,5 | 25,0 | 35,2 | 68,8 | 100,0 | 63,6 | 0,0 |
| Нито съгласен, нито несъгласен | 24,0 | 29,3 | 27,1 | 27,1 | 18,3 | 25,0 | 0,0 | 9,1 | 0,0 |
| Несъгласен | 17,7 | 7,3 | 15,3 | 37,5 | 31,0 | 6,3 | 0,0 | 27,3 | 100,0 |
| Не мога да преценя | 7,8 | 17,1 | 7,1 | 10,4 | 15,5 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |

Най-високо съгласие с твърдението, че болестта и инвалидността са божие наказание изразяват самоопределилите се като мохамедани (85,7%)¹⁶ и като помаци (25,9%), като обикновено това са по-възрастните хора, живеещи в селата. Най-малко противници на религиозния модел се срещат сред българо-мохамеданите (38%,

¹⁶ Тези драстични разлики се дължат на разсейването на данните, поради сравнително мялкия брой на респондентите самоопределили се като мохамедани.

ромите (44%) и помаците (45%), а при самоопределилите се като мохамедани няма нито един противник на тези ценности и социално отношение.

Проинтеграционно и включващо отношение и съответно споделяне на проевропейски ценности в сферата на инвалидността декларират най-често етнически самоопределилите се като турци и българи, а най-рядко ромите и българите мохамедани и мохамеданите. Тук правят впечатление големите относителни дялове на противниците на възможността хората с увреждания да водят пълноценен живот, както всички останали. Най-голям е относителния дял на мохамеданите (71,4%), следвани от мюсюлманите, ромите, помаците и др.

Особено силни са позитивните настроения на респондентите към необходимостта на хората с увреждания да се предоставят помощи. Повече от три-четвърти от респондентите във всички самоопределени етнически групи са съгласни, че на инвалидите трябва да се предоставят помощи – в пари или в натура. Тук между етническото самоопределение и посоченото мнение съществува статистически значима връзка, която е слаба – sig. = < 0,000; V² = 0,117.

В модела на изследването е заложено етническата принадлежност да се разглежда в няколко групи: група А – българи християни, група Б – турци, група В – българи мюсюлмани (българеещи се), група Г – българи мюсюлмани (турчеещи се), група Д – помаци, група Е – роми.

Таблица 15
Съгласие с твърдения според етническа принадлежност

| Доколко сте съгласен със следните твърдения (sig.<0,000) | Етническа принадлежност | | | | | |
|---|-------------------------|-------|-----------------------------------|---------------------------------|--------|------|
| | Българи-християни | Турци | Българи-мюсюлмани (българеещи се) | Българи-мюсюлмани (турчеещи се) | Помаци | Роми |
| 1. Инвалидите са изцяло зависимо от своите семейства (V ² = 0,229) | | | | | | |
| Съгласен | 70,0 | 42,2 | 71,0 | 88,4 | 68,0 | 82,0 |
| Нито съгласен, нито-несъгласен | 17,3 | 21,1 | 23,5 | 7,1 | 17,0 | 12,0 |
| Несъгласен | 7,3 | 27,2 | 1,5 | 3,5 | 6,5 | 2,0 |
| Не мога да преценя | 5,4 | 9,5 | 4,0 | 1,0 | 8,5 | 4,0 |
| 2. Инвалидите са изолирани в домовете си (V ² = 0,251) | | | | | | |
| Съгласен | 50,0 | 25,7 | 70,0 | 80,9 | 66,0 | 70,0 |
| Нито съгласен, нито несъгласен | 26,0 | 34,5 | 26,0 | 11,1 | 22,0 | 20,0 |
| Несъгласен | 16,0 | 29,7 | 1,5 | 5,0 | 4,0 | 8,0 |

| | | | | | | |
|---|------|------|------|-------|------|------|
| Не мога да преценя | 8,0 | 10,1 | 2,5 | 3,0 | 8,0 | 2,0 |
| 3. Инвалидите не могат да работят ($V^2 = 0,245$) | | | | | | |
| Съгласен | 31,3 | 18,9 | 52,5 | 61,0 | 29,5 | 53,1 |
| Нито съгласен, нито несъгласен | 36,7 | 29,7 | 35,4 | 28,2 | 23,5 | 28,6 |
| Несъгласен | 23,3 | 39,2 | 10,1 | 9,7 | 42,5 | 12,2 |
| Не мога да преценя | 8,7 | 12,2 | 2,0 | 1,0 | 4,5 | 6,1 |
| 4. Инвалидите не могат да създават свои семейства ($V^2 = 0,213$) | | | | | | |
| Съгласен | 6,7 | 12,8 | 16,0 | 14,8 | 11,2 | 14,0 |
| Нито съгласен, нито несъгласен | 29,5 | 23,6 | 45,5 | 53,6 | 13,2 | 20,0 |
| Несъгласен | 51,0 | 52,7 | 29,5 | 27,0 | 63,5 | 62,0 |
| Не мога да преценя | 12,8 | 10,8 | 9,0 | 4,6 | 12,2 | 4,0 |
| 5. Болестта и инвалидността са божие наказание за греховете на хората ($V^2 = 0,259$) | | | | | | |
| Съгласен | 9,4 | 3,3 | 30,0 | 37,7 | 3,5 | 6,0 |
| Нито съгласен, нито несъгласен | 8,1 | 26,7 | 20,5 | 11,1 | 11,6 | 12,0 |
| Несъгласен | 67,8 | 49,3 | 35,0 | 29,6 | 63,3 | 54,0 |
| Не мога да преценя | 14,8 | 20,7 | 14,5 | 21,6 | 21,6 | 28,0 |
| 6. На инвалидите трябва да се предоставят помощи – в пари или натура ($V^2 = 0,295$) | | | | | | |
| Съгласен | 91,3 | 95,3 | 90,5 | 100,0 | 75,4 | 94,0 |
| Нито съгласен, нито несъгласен | 4,7 | 4,0 | 4,0 | 0,0 | 13,6 | 6,0 |
| Несъгласен | 0,7 | 0,0 | 1,0 | 0,0 | 2,5 | 0,0 |
| Не мога да преценя | 3,3 | 0,7 | 4,5 | 0,0 | 8,5 | 0,0 |
| 7. Инвалидите могат да водят пълноценен живот, както всички останали ($V^2 = 0,292$) | | | | | | |
| Съгласен | 38,0 | 37,6 | 24,0 | 24,1 | 54,3 | 30,0 |
| Нито съгласен, нито несъгласен | 31,3 | 26,2 | 41,5 | 14,1 | 24,1 | 18,0 |
| Несъгласен | 20,7 | 12,8 | 29,5 | 60,8 | 11,1 | 52,0 |
| Не мога да преценя | 10,0 | 23,5 | 5,0 | 1,0 | 10,6 | 0,0 |
| 8. Инвалидите могат да работят навсякъде, съобразно своите възможности и квалификация, ако им бъдат създадени подходящи условия ($V^2 = 0,288$) | | | | | | |
| Съгласен | 52,7 | 43,0 | 32,5 | 49,0 | 67,8 | 30,0 |
| Нито съгласен, нито несъгласен | 26,0 | 32,2 | 46,0 | 5,0 | 18,1 | 30,0 |
| Несъгласен | 13,3 | 6,7 | 12,5 | 42,0 | 3,5 | 30,0 |
| Не мога да преценя | 8,0 | 18,1 | 9,0 | 4,0 | 10,6 | 10,0 |

Данните от таблица 15 представят социалното отношение към инвалидността и хората с увреждания в зависимост от етническата група, към която са причислени. Сравнявайки резултатите от таблица 14 и 15 могат да се видят приликите и разликите между етническото самоопределение и етническата принадлежност при установяване на отношението към уврежданията и инвалидността.

И при етническата принадлежност най-голямо съгласие има с твърденията, че инвалидите са зависими от своите семейства (88,4% турчеещи се българи-мюсюлмани, 82% роми и 71% българеещи българи-мюсюлмани; турците в най-малка степен са

съгласни с това твърдение – 42,2%) и са изолирани в домовете си – и тук турчеещите се българи-мюсюлмани изказват най-голямо съгласие, а най-малко турците, като разликата в съгласието е над 3 пъти. Тези тенденции се запазват и при твърдения 3, 4, 5.

Прави впечатление, че според етническата принадлежност помаците, в сравнението с другите етнически групи, изказват най-голямо съгласие с твърденията, отразяващи позитивни социални отношения и ценности към уврежданията и инвалидността. Същевременно, при помаците се наблюдават значими различия при оценката на инвалидността като божие наказание за греховете според етническото самоопределение (25,9% съгласие) и етническата принадлежност (6% съгласие). Доколкото изразяването на социално отношение и споделянето на определени ценности е субективен акт, както и самоопределението, тук по-важно значение има влиянието на етническото самоопределение.

В групата на българите християни полът, възрастта, наличието и тежестта на увреждането и образованието не оказват статистически значимо влияние върху върху отношението им към уврежданията. Изключение прави само при твърдение 5, където образованието оказва слабо влияние ($V^2 = 0,250$).

В групата на турците единствено наличието и тежестта на увреждането оказва слабо влияние върху съгласието с твърдение 1, като колкото по-тежко е увреждането, толкова по-често се изразява съгласие ($V^2 = 0,245$), че инвалидите са зависими от своето семейство. Полът влияе слабо върху споделянето на твърдение 4 – ($V^2 = 0,251$). Във всички останали случаи полът, тежестта на увреждането, образованието и възрастта не влияят върху формирането на определено отношение.

В групата на българеещите се българи-мюсюлмани образованието влияе слабо върху съгласието с твърдения 1 ($V^2 = 0,208$). и 4 ($V^2 = 0,248$), като колкото по-ниско е образователното равнище, толкова по-високо е съгласието. Възрастта е фактор, който оказва слабо влияние върху съгласието с твърдения 6 и 7 – съответно $V^2 = 0,188$ и $V^2 = 0,185$), като колкото по-висока е възрастта, толкова по-голямо е съгласието, че на инвалидите трябва да се предоставят помощи, а сред по-младите респонденти се наблюдава по-високо съгласие с мнението, че инвалидите могат да водят пълноценен живот.

В групата на турчеещите се българи-мюсюлмани полът е факторът, който оказва слабо влияние върху съгласието с твърдение 1 – $V^2 = 0,208$, като жените по-

често от мъжете са съгласни с това твърдение. Възрастта и образованието пък оказват слабо влияние върху съгласието с твърдение 5 – съответно $V^2 = 0,208$ и $V^2 = 0,220$, като съгласието е по-силно при по-високите възрастови групи и тези с по-ниско образование.

В групата на помаците единствено тежестта на инвалидността оказва слабо влияние върху съгласието с твърдение 1 – $V^2 = 0,175$. Във всички останали случаи полът, възрастта, тежестта на увреждането и образованието не са фактори за формиране на определено отношение към инвалидите и споделяне на съответните ценности в сферата на уврежданията и инвалидността.

При ромите тежестта на увреждането оказва умерено силно влияние върху съгласието с твърдения 1 и 5 – съответно $V^2 = 0,375$ и $V^2 = 0,452$, като с увеличаване тежестта на увреждането се повишава и съгласието с тези твърдения. Такова е и влиянието на образованието ($V^2 = 0,422$) – ромите с по-ниско образование по-често са съгласни, че хората с увреждания са изолирани в домовете си.

Като цяло може да се приеме, че при респондентите-мюсюлмани (или самоопределящите се като помаци, мюсюлмани, мохамедани и др.) лицата с по-ниско образование и по-възрастните, както и тези без увреждане са по-негативно настроени и имат по-ясно изразено негативно или амбивалентно социално отношение към уврежданията и инвалидността.

Данните от таблица 16 показват влиянието на религиозното самоопределение на респондентите върху отношението им към уврежданията и инвалидите, както и споделяните от тях ценности. Вижда се, че религията и свързаните с нея религиозни ценности, изповядвани от респондентите, имат статистически значима връзка – макар и слаба – с всички твърдения.

Най-силна е връзката при твърдение 6 ($V^2 = 0,375$), което означава и връзка между постулатите на християнството и исляма, свързани с необходимостта да се помага на бедните, болните и нуждаещите се, с принципите на благотворителността и благотворителния модел на инвалидността. Най-слаба е връзката между твърдение 2 и религиозното самоопределение – $V^2 = 0,144$, т.е. религиозното самоопределение най-слабо определя мисленето за хората с трайни увреждания като за изолирани в домовете си членове на обществото.

Религиозният модел на инвалидността и възприемането на инвалидите като хора, наказани от външни, трансцендентални сили, за техните грехове, намира не малка подкрепа сред различните религиозни и атеистични общности. На пръв поглед е

странно, че сред атеистите се откриват относително големи дялове (при атеистите, уважаващи всички религиозни традиции те са една трета) респонденти, които смятат болестта и инвалидността за божие наказание. Това най-вероятно се обяснява именно с уважението към религията и нейния морал, както и към хората, които ги изповядват и говори, че те споделят в една или друга степен подобни възгледи.

Таблица 16
Съгласие на респондентите с твърдения в зависимост от религиозното им самоопределение

| Твърдения | Религиозно самоопределение | | | | | | | | |
|---|----------------------------|------|------|------|------|-------|------|------|------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. Инвалидите са изцяло зависими от своите семейства ($V^2 = 0,160$) | | | | | | | | | |
| Съгласен | 66,7 | 56,4 | 59,2 | 77,0 | 69,7 | 76,9 | 64,0 | 89,0 | 80,0 |
| Нито съгласен, нито несъгласен | 24,1 | 29,1 | 31,6 | 12,9 | 11,6 | 23,1 | 20,9 | 7,3 | 20,0 |
| Несъгласен | 5,7 | 5,5 | 2,0 | 5,8 | 12,9 | 0,0 | 8,1 | 1,2 | 0,0 |
| Не мога да преценя | 3,4 | 9,1 | 7,1 | 4,3 | 5,8 | 0,0 | 7,0 | 2,4 | 0,0 |
| 2. Инвалидите са изолирани в домовете си ($V^2 = 0,144$) | | | | | | | | | |
| Съгласен | 55,2 | 54,5 | 53,1 | 55,4 | 61,4 | 76,9 | 65,5 | 84,1 | 80,0 |
| Нито съгласен, нито несъгласен | 27,6 | 27,3 | 37,8 | 25,9 | 19,4 | 23,1 | 20,7 | 13,4 | 0,0 |
| Несъгласен | 13,8 | 7,3 | 7,1 | 10,8 | 13,1 | 0,0 | 4,6 | 0,0 | 20,0 |
| Не мога да преценя | 3,4 | 10,9 | 2,0 | 7,9 | 6,0 | 0,0 | 9,2 | 2,4 | 0,0 |
| 3. Инвалидите не могат да работят ($V^2 = 0,189$) | | | | | | | | | |
| Съгласен | 36,0 | 41,8 | 28,9 | 39,6 | 39,9 | 53,8 | 35,3 | 68,3 | 40,0 |
| Нито съгласен, нито несъгласен | 39,5 | 9,1 | 54,6 | 37,4 | 26,7 | 46,2 | 24,7 | 13,4 | 40,0 |
| Несъгласен | 18,6 | 41,8 | 13,4 | 17,3 | 27,0 | 0,0 | 36,5 | 17,1 | 0,0 |
| Не мога да преценя | 5,8 | 7,3 | 3,1 | 5,8 | 6,3 | 0,0 | 3,5 | 1,2 | 20,0 |
| 4. Инвалидите не могат да създават свои семейства ($V^2 = 0,197$) | | | | | | | | | |
| Съгласен | 10,5 | 16,4 | 3,1 | 9,4 | 13,7 | 15,4 | 10,7 | 24,7 | 40,0 |
| Нито съгласен, нито несъгласен | 29,1 | 14,5 | 57,1 | 35,3 | 34,8 | 61,5 | 25,0 | 11,1 | 60,0 |
| Несъгласен | 54,7 | 41,8 | 31,6 | 45,3 | 44,1 | 7,7 | 48,8 | 60,5 | 0,0 |
| Не мога да преценя | 5,7 | 27,3 | 8,2 | 10,1 | 7,4 | 15,4 | 15,5 | 3,7 | 0,0 |
| 5. Болестта и инвалидността са божие наказание за греховете на хората ($V^2 = 0,178$) | | | | | | | | | |
| Съгласен | 16,1 | 7,3 | 32,7 | 14,5 | 15,1 | 53,8 | 22,1 | 11,0 | 20,0 |
| Нито съгласен, нито несъгласен | 12,6 | 9,1 | 22,4 | 15,9 | 15,9 | 7,7 | 16,3 | 7,3 | 40,0 |
| Несъгласен | 56,3 | 47,3 | 29,6 | 52,2 | 48,6 | 7,7 | 36,0 | 74,4 | 40,0 |
| Не мога да преценя | 14,9 | 36,4 | 15,3 | 17,4 | 20,4 | 30,8 | 25,6 | 7,3 | 0,0 |
| 6. На инвалидите трябва да се предоставят помощи – парични или в натура ($V^2 = 0,265$) | | | | | | | | | |
| Съгласен | 90,8 | 70,9 | 94,9 | 93,5 | 96,6 | 100,0 | 57,0 | 97,6 | 80,0 |
| Нито съгласен, нито несъгласен | 6,9 | 16,4 | 1,0 | 3,6 | 2,1 | 0,0 | 22,1 | 2,4 | 20,0 |
| Несъгласен | 1,1 | 7,3 | 1,0 | 0,0 | 0,3 | 0,0 | 1,2 | 0,0 | 0,0 |
| Не мога да преценя | 1,1 | 5,5 | 3,1 | 2,9 | 1,0 | 0,0 | 19,8 | 0,0 | 0,0 |

| 7. Инвалидите могат да водят пълноценен живот като всички останали ($V^2 = 0,190$) | | | | | | | | | |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Съгласен | 33,3 | 34,5 | 11,2 | 33,1 | 39,3 | 15,4 | 36,0 | 52,4 | 20,0 |
| Нито съгласен, нито несъгласен | 29,9 | 27,3 | 55,1 | 27,3 | 20,2 | 0,0 | 24,4 | 24,4 | 60,0 |
| Несъгласен | 33,3 | 30,9 | 28,6 | 32,4 | 28,5 | 84,6 | 25,6 | 19,5 | 20,0 |
| Не мога да преценя | 3,4 | 7,3 | 5,1 | 7,2 | 12,0 | 0,0 | 14,0 | 3,7 | 0,0 |
| 8. Инвалидите могат да работят навсякъде, съобразно своите възможности и квалификация, ако им бъдат създадени подходящи условия ($V^2 = 0,229$) | | | | | | | | | |
| Съгласен | 41,4 | 38,2 | 26,5 | 46,9 | 50,4 | 15,4 | 86,3 | 67,1 | 20,0 |
| Нито съгласен, нито несъгласен | 29,9 | 25,5 | 57,1 | 30,2 | 17,5 | 7,7 | 16,3 | 19,5 | 80,0 |
| Несъгласен | 19,5 | 9,1 | 10,2 | 16,5 | 21,7 | 61,5 | 7,0 | 11,0 | 0,0 |
| Не мога да преценя | 9,2 | 27,3 | 6,1 | 6,5 | 10,4 | 15,4 | 10,5 | 2,4 | 0,0 |

1. Атеист, но уважаващ културно-религиозните *християнски традиции*; 2. Атеист, но уважаващ културно-религиозните *ислямски традиции*; 3. Атеист, но уважаващ всички религиозни традиции; 4. Вярващ християнин (*православен, католик, протестант ...*); 5. Вярващ мюсюлманин – **сунит**; 6. Вярващ мюсюлманин – **шиит** (*алианин, алевит, казълбаи ...*); 7. Вярващ мюсюлманин; 8. Мюсюлманин; 9. Друг.

Като цяло резултатите говорят за едно амбивалентно, смесено отношение към трайните увреждания и инвалидите, което – на основата на множество изследвания в други страни по света, може да се приеме, че зависи до голяма степен от това, дали се познава човек с увреждане и ако да доколко отблизо е това познание, както и от видимостта и тежестта на увреждането, което манифестира потенциалната полезност на конкретния човек. Етно-религиозните културни наслоявания, формиращи едно или друго отношение към уврежданията и инвалидността в и чрез поколенията, също играят не малка роля.

Представената до тук ситуация с отношенията към увреждането и хората с трайни увреждания и възприетите ценности в тази сфера рефлектира и върху това, какви ценности трябва да бъдат възпитавани в децата.

Таблица 17
Ценности и принципи, които трябва да се възпитават в децата днес
(според респондентите)

| Ценности и принципи, които трябва да се възпитават в децата | Относит. дял | Ранжиране |
|---|--------------|-----------|
| 1. Научен светоглед (вкл. и научен атеизъм) | 9,4 | 9 |
| 2. Религиозност | 29,9 | 4 |
| 3. Етническа и религиозна толерантност и търпимост | 20,9 | 6 |
| 4. Индивидуализъм | 9,2 | 10 |
| 5. Колективизъм | 14,9 | 8 |
| 6. Егоизъм | 1,6 | 11 |
| 7. Уважение към възрастните | 69,9 | 2 |

| | | |
|--|------|----|
| 8. Трудолюбие | 85,2 | 1 |
| 9. Ученолюбие | 60,3 | 3 |
| 10. Приемане като равни на хората с увреждания | 17,1 | 7 |
| 11. Патриотизъм | 22,9 | 5 |
| 12. Друго | 5,1 | 12 |

Данните от табл. 17 показват, че традиционните (патриархални) ценности за България – трудолюбие, уважение към по-възрастните и ученолюбие са най-важните, които трябва да се възпитават в децата днес. Следват религиозност, патриотизъм и етническа и религиозна търпимост. Може да се каже, че индивидуализмът и егоизмът не са на почет сред респондентите – те заемат последните две места.

Тази „идилчна” картина напомня за атмосферата, в която живеят българския селяк и еснаф, описана от И. Хаджийски. Респондентите уважават трудът, учението и зачитането на възрастните хора. Те са религиозни, толерантни към друговеца и обичащи своята родина. В такъв дух смятат, че трябва да се възпитават и децата им. Фактът, че хората с увреждания трябва да се възприемат като равни отразява високото място в ценностната йерархия на здравето и унаследената традиция за болния да се грижи семейството и/или родът.

Тези разсъждения изглеждат по-вероятни за хората на възраст над 40 години и за възрастните – над 66 години, както и по-често за лицата без увреждания, за жените, отколкото за мъжете. Лицата с по-ниско образование (до средно включително) по-често от тези с по-високо (висше) споделят горните ценности. За хората с висше образование най-важни са научния светоглед, религиозната търпимост и толерантност и уважението към възрастните.

4. Аналитични рефлексии и обобщения

Ценностите и социалните отношения към „другостта” под формата на увреждане и/или инвалидност се формират на основата на множество фактори, между които и онези социални норми и стандарти, на които хората с трайни увреждания не могат да отговорят. Тук са закодирани и множество нереалистични социални очаквания спрямо инвалидите – завишени или занижени, разглеждащи уврежданията като наказание за греховете, или като лична трагедия и несправедливост на съдбата. Много често уврежданията пораждаат страх или дори отвращение по време на среща с човек с увреждане, естетична аверсия при наблюдение на увреденото тяло, страх от възникване на подобно състояние. Увреждането води до обобщен образ на хората с

трайни увреждания, на които се приписва по-нисък социален статус, а понякога то се възприема и като напомняне за смъртността на човека.

Днес, когато се изследват и анализират ценностите и социалното отношение към „другостта”, наречена увреждане или инвалидност, винаги трябва да се държи сметка за социално-историческия контекст на възникване и функциониране на тези ценности и социални отношения към уврежданията и инвалидите, както и да се отчита развитието на социалната политика в различните държави. Например в периода след 60-те години на XX век в България започва да доминира липсата на знание за реалните потребности и проблеми на хората с увреждания. Липсващият дискурс на „социалното” знание, е заместен почти изцяло с дискурса на медицинското знание, чийто био-функционални и свързани с нормата идеологеми, продуцирани и конституирани от нея в качеството ѝ на био-физиологичен комплекс от знания, превърнати в институция за социален контрол над живота на пациентите (процес на медикализация на социалния живот), са в основата на формирането на условията на живот на хората с увреждания. Самата социална политика е подчинена от медикализацията и в основата ѝ започва да доминира медицинската рехабилитация и социалното подпомагане, а за някои субкатегории инвалиди сегрегацията и изолацията. До 60-те години на XX век в света също доминират медикалистки ценности и отношения – необходимостта от изграждане на специални институции за инвалидите, които се смятало че им осигуряват необходимите им лечение и рехабилитация.

Несъмнено такива социални отношения имат пряка връзка с доминиращите ценности в обществото. В западните страни това бяха и са свободата, пазарната икономика и полезност, консумативизмът и др. Докато в страните от т.нар. социалистически блок една от основните ценности беше идеологемата за неговото превъзходство над капиталистическия блок, която идеологема в сферата на уврежданията се проявяваше в прикриване на реално съществуващите хора с увреждания. Така обществото постепенно беше „отучено” да се среща и да комуникира (извън затворените или полуотворените медицински институции) с хората с трайни увреждания в рамките на „естетсвените” институции – в предприятията, магазините, културните, в т.ч. образователните, и спортните институции и бази и т.н.

Ето защо резултатите от настоящето изследване могат да се приемат до голяма степен за очаквани.

Известно е, че някои социално-демографски характеристики също участват във формирането на определени ценности и негативни социални отношения към уврежданията и хората с трайни увреждания. Такива са полът, възрастта, социално-икономическия статус, образованието, местоживеенето и др. И за това не случайно настоящият анализ започна именно с тях. Данните показват, че хората с трайни увреждания са с по-нисък социален и здравен статус от хората без увреждания. Те са:

- по-възрастни – с всички произтичащи от това биосоциални последици, характерни за по-високата възраст – например специфични и характерни за по-високата възраст заболяемост и намалена пространствена и социална мобилност, намалена комуникативност и работоспособност и др.;

- по-бедни и/или малоимотни – данните показват, че респондентите с увреждания са с по-ниски доходи и едновременно с това са подложени на по-силен негативен натиск в следствие на доходните неравнества;

- по-често живеят самотно или в двучленни домакинства, което превръща самотата в основен източник на психо-емоционални проблеми и т.н.

По-високата възраст, видимите увреждания, белезите на бедността по външния вид на хората с увреждания и др., формират физическо и емоционално „излъчване”, което най-често се възприема като трагедия, нещастие и отблъсква и поражда съжаление, а понякога и враждебност. Затова не е случайно, че мнозинството от респондентите мислят за хората с увреждания с категориите и ценностите на съжалението и социалните дистанции – увреждането е „лична трагедия”, „жестокост на съдбата”, „наказание за греховете” и т.н. На преден план се изтласква увреденото тяло и проблемите, които пораждат в ежедневието функционалните дефицити. Така „другостта” се превръща в „чуждост”.

Доминирането на отговори, че „инвалидите са зависими от своите семейства” (70% съгласие срещу 8% несъгласие) и са „изолирани в домовете си” (61% съгласие срещу 10% несъгласие) е културна репрезентация на ценности и социални отношения, присъщи на отношение от типа „лична трагедия” – хората с трайни увреждания са безсилни, нуждаещи се от помощ – и затова зависими, което ги прави нещастни, самотни (почти два пъти по-често лицата с увреждания живеят в едночленни и двучленни домакинства в сравнение с тези без увреждания), търпящи лишения – лицата с увреждания живеят много по-често с доходи около и под линията на бедността, подложени са на системна и трайна депривация, която е различна при

отделните етноси – видяхме, че българските домакинства много по-рядко в сравнение с домкинствата на останалите етноси, живеят с доходи под изчислената от КНСБ минимална сума за издръжка на 1 лице за месец март 2010 г., и т.н. Обезценяването и приписването на по-низш статус на хората с увреждания е една от основните причини всяко ординарно събитие в живота им – завършване на някаква степен на образование, постъпване на работа, създаване на семейство, придобиване на нов дом и др.п., да се разглеждат като „велики” или особени постижения на тези хора. Това е особено валидно в една селска среда, която – дори само по географски причини, е по-изолирана и с по-малки комуникативни възможности от градската среда.

Обезценяването, по-низшият статус, съжалението и разглеждането им от патерналистки позиции повишава ролята на благотворителността в процеса на репрезентация на хората с увреждания. Съвсем не е случаен получения резултат – малко над 90% от респондентите смятат, че на инвалидите трябва да им се предоставят помощи – в пари или в натура. В контекста на източниците на доходи, на тежестта на уврежданията и др. показатели, не е изненада, че такова мнение по-често се споделя от по-възрастните респонденти, тези с по-тежки увреждания и т.н. Засилването на благотворителността е в пряка зависимост с засилването на репрезентацията на инвалидите с термините на „личната трагедия” – с цел да се провокира съжаление и съчувствие в потенциалните дарители, хората с увреждания се представят като дълбоко онеправдани и нещастни, т.е. увреждането започва да се конструира като инвалидност, концентрирана в самия човек, а не като социално изключване и социално потискане на категорията. Този процес на конструиране всъщност е процес на етикетиране, стигматизация, маргинализация, дискриминация и в крайна сметка на социално изключване.

Съществува взаимозависимост между социалната политика към хората с увреждания и доминантните в обществото ценности и социални отношения към тях. Разбирането, че хората с увреждания са зависими, изолирани, че не могат да работят и т.н. ги превръща в зависими и нуждаещи се от помощта на специалистите. Така те се превръщат в обекти на социалната политика – например достъпът до която и да било социална услуга за хора с увреждания е основана не върху реалните потребности на човека и осигуряване на условия за развитие на неговите възможности, а върху медицинската експертиза на степента на намалена работоспособност.

Получените резултати за твърдения 1,2,3, 4 и 6, както и разгледаните накратко дотук репрезентации на хората с увреждания потвърждават заложената хипотеза, че социалните отношения към уврежданията/инвалидността и хората с трайни увреждания са доминирани от ценностите, философията, идеологията и практиката на т.нар. индивидуален/медицински модел на увреждането/инвалидността. Освен това в социалната политика също доминират философия, идеология, практики и политики присъщи на този модел.

Видя се, че почти всеки шести (17,3%) респондент смята, че болестта и инвалидността са божие наказание за греховете на хората. За формирането и съществуването на подобни ценности и социални отношения допринасят по-ниското образование, местоживеенето в по-изолирани общности и села, по-високата възраст, етнически самоопределящите се като мохамедани и помаци, и религиозното самоопределение като мюсюлмани. За това в известна степен допринася и доминацията на патриархалните ценности в тези общности – например битови дейности, като готвене (77%), пране (83%), чистене на дома (68%), гледане на дете (31%) и др., се смятат за женска работа. Същевременно сексуалните връзки преди брака (59%), извън барака (77%), съжителството без брак (51%), раждането на извънбрачно дете (77%), абортите (60%) и др., се смятат за морално недопустими.

Посочените данни потвърждават хипотезата за съществуването на религиозния модел на инвалидността – предимно на село, като получените резултати са по-високи от очакваните. Подобни резултати говорят за наличието на социални дистанции и неравенства, основани на увреждане и свързани с такива проблеми като въпросите за „Другия“, „Чуждия“ и за социалната идентичност на лицата с и без увреждане. Тук репрезентацията на инвалидите е като хора, които са грешни, т.е. по-лоши, и затова са наказани от Бог. Една от функциите на този модел е да поддържа противоположната идентичност на „Ние“, „Своите“, „Здравите“ – като лица, които не са толкова грешни, както наказните, „Другите“, „Чуждите“, „Грешниците“, т.е. хората с увреждания.

За разлика от Средновековието, когато някои хора с тежки и видими увреждания, са били изгаряни на кладата като обладани от зли духове, като всъщност тези публични ритуали са били използвани за назидание и за упражняване на социален контрол над народа, то днес този модел и поражданото от него социално отношение служи за заклеймяване, до голяма степен за изолация и сегрегация от мнозинството,

както и за обект на милосърдие (по подобие на Бога), но не толкова в интерес на хората с увреждания, колкото в собствен интерес и с цел поддържане на идентичност, свързана с безгрешност или с желание да се изкупят греховете.

Освен негативно и/или амбивалентно отношение към уврежданията и инвалидите, респондентите демонстрират и елементи на едно позитивно отношение към тези хора. Като цяло повече от една трета (35%) от респондентите смятат, че инвалидите могат да водят пълноценен живот, както всички останали, а почти половината респонденти (48%) са съгласни, че хората с увреждания могат да работят ако им бъдат създадени подходящи условия за това. Нещо повече, почти всеки шести респондент е на мнение, че в децата трябва да се възпитават принципи и ценности, свързани с равнопоставеното отношение към инвалидите.

Подобни нагласи сред част от респондентите показват, че за не малко хора проблемите, пред които се изправят хората с увреждания са свързани не само и не толкова със самото увреждане, колкото с организацията на обществото, с условията на живот, които то създава за своите членове. Подобно отношение може да се приеме за отношение, свързано с ценностите на т.нар. социален модел и моделът на гражданските права. Не е случайно, че то е присъщо малко по-често на жителите на града, отколкото на село, на по-младите и по-образовани хора и т.н.

Наличието на позитивни нагласи сред част от респондентите към хората с увреждания, но и на твърде високи негативни нагласи и отношение, подсказва за съществуването на т.нар. амбивалентно отношение. Какво точно ще бъде то до голяма степен зависи от видимостта и тежестта на увреждането, от степента на близост при и честотата на контактите и др.

* * *

Някои изводи и препоръки

На основата на казаното до тук могат да се направят няколко основни извода и препоръки.

1) Основният извод, който се налага е свързан със следното. Респондентите най-често разбират увреждането и/или инвалидността като медицински проблем, свързан със социалното подпомагане и благотворителността. Отговорите дават основание да се

приеме, че те смятат, че инвалидността има толкова травматично влияние върху човека, че той не е в състояние самостоятелно да се грижи за себе си и да си осигури подходящ стандарт на живот. Така културния код на репрезентация на инвалидите се основава върху принципите на трагедията. Формулирането на инвалидността като лична трагедия внушава, че тя е някакво ужасно, случайно събитие, което се случва на нещастния човек.

2. Сред изследваните общности доминират предимно негативни и амбивалентни нагласи, ценности и отношение към уврежданията и хората с трайни увреждания, присъщи на медицинския модел и подходи към увреждането. По-често такива отношения се свързват с живеещите на село, по-възрастните, самоопределилите се като помаци и мюсюлмани.

3. Твърде висок е относителния дял на изследваните лица, които споделят ценностите на т.нар. морален или религиозен модел, който тотално обезценява хората с увреждания.

4. Ниските доходи и бедността, големите социални неравенства, по-ниското образователно равнище на част от респондентите, както и по-изолирания живот на село, са фактори, които – наред с видимостта и тежестта на увреждането – поддържат разпространените ценности и отношения към хората с увреждания.

5. Между отделните етнически и религиозни общности се откриват съществени различия в ценностите и социалните отношения към увреждането и хората с трайни увреждания. Ето защо успоредно с хармонизацията на българските и европейските ценности е необходимо да се работи и по посока на хармонизация на ценностите между основните общности в страната.

Могат да се направят няколко предложения по посока на подобряване възприемчивостта на хората, живеещи в селата и градовете на страната, на по-позитивни ценности и отношения към хората с увреждания:

1) Действия на социалната политика по посока на увеличаване на видимостта в обществото на хората с увреждания;

2) Задълбочаване на процесите на включено и интегрирано образование при децата с увреждания с цел да се смекчат или неутрализират (доколкото това е възможно) онези ценности и негативни социални отношения към уврежданията, които се унаследяват от децата в процеса на ранната им социализация в рамките на семейството;

3) Постепенен отказ на социалната политика от медикалистките подходи към увреждането и хората с увреждания и преход към ценностите и отношенията, присъщи на социалния модел и моделът на гражданските права;

4) Преход от разглеждането на хората с увреждания като обект на социална политика към ценности и отношения, в които тези лица са субекти на социалната политика;

5) Повишаване на „социалното“ знание за потребностите и възможностите на хората с увреждания и изграждане на политики, свързани с тяхното социално включване във всяка сфера на живота и функционирането на обществото;

6) Непрекъснато изследване – например чрез лонгитуидални емпирични социологически изследвания и/или проучвания на общественото мнение, на динамиката на социалното отношение към уврежданията и хората с трайни увреждания.