

8. Сильков Д. В. Характеристика динамики состояния женской преступности в Российской Федерации и ее федеральных округах // Известия ИГЭА. 2011. № 2 [Электронный ресурс]. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialno-psihologicheskie-harakteristiki-zhenschin-sovershivshih-prestupleniya-po-rezultatam-issledovaniya-v-zhenskoj> (дата обращения: 10.06.2019).

9. Edleson J. Children's witnessing of adult domestic violence // Journal of Interpersonal Violence Volume. 14 iss. Aug. 1. 1999. P. 842 [Electronic resource]. URL: <https://doi.org/10.1177/088626099014008004> (accessed: 02.06.2019).

Рукопись поступила в редакцию 3 июля 2019 г.

УДК 316.356.2 + 316.27 + 314.44-053.2

М. В. Курникова

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА НА СОЦИАЛЬНОЕ САМОЧУВСТВИЕ ЕГО СЕМЬИ С ПОЗИЦИИ СОЦИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ ПЬЕРА БУРДЬЕ

Проблема диагностики и критериев оценки социального самочувствия семьи с ребенком-инвалидом является одной из ключевых в формировании социальной политики государства. В статье предложен способ коррекции и накопления социального капитала данной категории семей через вовлечение в регулярную физическую активность ребенка с особенностями развития. Согласно социологической теории Пьера Бурдьё взаимодействие всех членов семьи с социальным полем, в данном случае — с полем физкультурной деятельности, предполагает расширение репертуара социальных связей родителей. Проведено исследование структуры семейной физической активности и видов семейного отдыха, определена степень вовлеченности родителей в активный образ жизни, в совместные физкультурные занятия с детьми. Выявлены дефицит двигательной активности ребенка-инвалида на фоне низкого уровня бытовой общей физической подготовленности и слабая мотивация родителей к поддержанию семейных форм физкультурной деятельности.

К л ю ч е в ы е с л о в а: социальное самочувствие семьи с ребенком-инвалидом, физическая активность, социальный капитал, Пьер Бурдьё.

Проблема качества жизни, субъективного благополучия, социального самочувствия личности изучается различными науками — социологией, психологией, медициной. В целом эти понятия определяются как субъективное реагирование индивидуума на осознание соотношения испытываемой нужды и своих реальных потребностей [9]. Социальное самочувствие является доминирующим фактором поведения человека и формирует его отношение к условиям жизни. Основу социального самочувствия составляют фундаментальные свойства личности, субъективные представления индивидуума о должном уровне собственного комфорта, которые, в свою очередь, формируют мышление, паттерны бытового интеллекта, образуют матрицу практической деятельности человека и особенности его взаимодействия с другими людьми. В эмпирических исследованиях

по изучению социального самочувствия одним из подходов является измерение показателей удовлетворенности различными аспектами жизни и психологического комфорта (безопасность, отношения в семье, досуг, возможность творческой самореализации, комфортная среда обитания, состояние здоровья и др.). Критерии исследования социального самочувствия содержат три основных компонента: оценку внутреннего настроения человека, оценку внешних объективных условий и индивидуальных перспектив [5].

Социальное самочувствие, по сути, является субъективным отражением образа жизни индивидуума в социальных условиях, оригинальной программой жизненного процесса и зависит от становления, развертывания и реализации потребностей субъекта. Важнейшей потребностью для существования, полноценной деятельности человека является его здоровье и здоровье членов его семьи.

Наличие здоровых и успешных детей традиционно считается критерием качества жизни семьи. Здоровье, психоэмоциональное состояние и физическое развитие ребенка являются важной потребностью, влияющей на социальное самочувствие всех членов семьи. Установление у ребенка особенностей развития и инвалидности всегда инициирует у родителей мощное стрессовое состояние и затрагивает все уровни функционирования семьи — физиологический, личностный, уровень межличностной и социальной интерактивности. Родители испытывают негативные эмоции из-за осознания того, что их ребенок «не такой, как все», что ограничения в его физическом или психическом здоровье не позволят ему вести самостоятельную жизнь в социуме. Современная ситуация в стране по отношению к лицам с инвалидностью не позволяет им быть уверенными в адекватной и достаточной поддержке со стороны государства в перспективе социализации ребенка.

При рассмотрении положения в обществе семьи с ребенком-инвалидом с позиции теории Пьера Бурдьё диагностируются нарушения как в «реальности первого порядка» (материальные ресурсы, престижные социальные блага и ценности), так и в «реальности второго порядка», которая существует в субъективных представлениях, образе мышления, поведения и эмоциональных оценок. Социальное пространство такой семьи будет нарушено во всех полях — экономическом, эмоциональном, интеллектуальном, физическом, и возможность существовать одновременно в нескольких полях будет значительно ограничена, что, в свою очередь, повлечет ограничения в накоплении социального капитала семьи. Социальный капитал семьи реализуется через проявление ценностных ориентаций членов семьи и представляет собой сочетание реальных или потенциальных ресурсов, аффилированных с устойчивой сетью реципрокных отношений знакомства и аддикции, то есть социальными связями. Объем социального капитала, по П. Бурдьё, зависит от размера сети связей, которые семьи (или индивидуум) может эффективно мобилизовать, и от объема капитала (экономического, культурного или символического), которым владеет непосредственное окружение семьи [1].

Воспроизводство социального капитала предполагает непрекращающуюся работу по установлению социальных связей, непрерывные серии обменов, в ходе

которых эти связи постоянно утверждаются и подтверждаются. Это работа, предполагающая затраты времени и сил, которыми не обладает семья с «особым» ребенком из-за концентрации всех имеющихся ресурсов на его реабилитацию. Связи такой семьи обедняются из-за определенного набора экономических и социальных условий, характеристик занимаемой семьей позиции, соответствующего стиля жизни, в итоге в реальности кристаллизуется особый тип габитуса семьи. Габитус, по определению П. Бурдьё, «есть продукт характерологических структур определенного класса условий существования, то есть экономической и социальной необходимости и проявления семейных связей». Он позволяет членам семьи самопроизвольно определяться в социуме и генерировать адекватные реакции на события и ситуации [1, 37]. Так как габитус производится средой, сходные условия могут генерировать сходные габитусы членов группы.

Наличие в семье «особого ребенка» приводит к хроническим деформациям личности членов семьи, формирует специфические семейные отношения и жизненный уклад. Стойкий стресс родителей ведет к их физическому и психологическому истощению, обедняются формы повседневной совместной активности с ребенком, требующие эмоционального вовлечения, постепенно редуцируются обязанности. Формируется особый тип габитуса, характерный для семьи с ребенком-инвалидом, который имеет отличительные признаки и диагностические критерии по специфическим особенностям разделения обязанностей между членами семьи, отношениям к материальным ресурсам, типам потребления, запретов, забот, моральных уроков, конфликтов, вкуса и т. д. Основная ответственность по уходу за «особенным» ребенком чаще всего ложится на мать. Беспокойство вызывают нарушения физического состояния, отставание в сенсомоторном и психическом развитии ребенка. Степень интенсивности переживаний матери, ее личностные особенности нарушают социальное самочувствие семьи в целом. Низкий уровень социального самочувствия семьи приводит к стойким деформациям габитуса семьи, способствует ее изоляции, обеднению социального капитала семьи.

П. Бурдьё отмечает, что насыщенная полиморфная структура габитуса позволяет расширить привычную систему предрасположенностей индивида, совокупность стереотипных рефлексов и ответов на внешние вызовы, тем самым обеспечить широкий репертуар реакций приспособления, умение действовать, реализовывать планы и цели для сохранения или изменения положения в социальном пространстве. Таким образом, увеличивая количество и качество структур определенного класса, условий существования для членов семьи с ребенком-инвалидом, создавая условия необходимости расширения социальных связей, возможно воздействовать на активность членов семьи и изменить стиль жизни. Трансформация стиля жизни, в свою очередь, инициирует уход от негативного восприятия жизненного сценария, образа мышления, поведения и токсичных эмоциональных оценок и может существенно воздействовать на «реальность второго порядка» и социальное самочувствие семьи.

Мы предполагаем, что коррекция социального самочувствия семьи с «особым» ребенком через расширение репертуара социальных связей членов семьи качественно изменит социальный капитал семьи и тем самым позволит

трансформировать условия существования (габитус) в условия, характерные для семьи с «нормотипированным» ребенком. Здоровье и «нормальность» ребенка являются основополагающим критерием, влияющим на уровень социального самочувствия родителей. Надежды на восстановление здоровья ребенка тесно связаны с возможностями медицины и реабилитационных технологий. Данная категория населения находится в прямой зависимости от конкретных мер государственной социальной политики [3] и склонна возлагать ответственность за заботу о себе на государственную медицину [4]. Характер и поведение человека, структура его личности всецело определяются теми социальными условиями, в которых он живет.

В медицинской практике существует понятие «реабилитационный потенциал» — совокупность биологических, психофизиологических характеристик человека, социально-средовых факторов, которые позволяют оценить его потенциальные возможности и предел восстановления нарушенных функций и социальных связей. Фундамент реабилитационного потенциала, или потенциал «первого порядка», состоит из возможностей физического развития, характера заболевания, особенностей личностного и психического развития, то есть индивидуальных компонентов, сохранившихся, несмотря на имеющиеся отклонения в здоровье. Данная основа является доминантой для стратегии индивидуальной программы реабилитации. Потенциал «второго порядка» состоит из социально-средовых факторов: семейного положения, наличия профессии, групп поддержки, правовых или общественных организаций, национально-культурных особенностей, экономического развития региона проживания и др. Они обуславливают возможность реализации реабилитационной программы.

Увеличение реабилитационного потенциала ребенка-инвалида возможно путем воздействия на составляющие «первого порядка», то есть коррекцией физического и психического развития ребенка, и влиянием на составляющие «второго порядка» — социальные связи членов семьи с организациями системы образования, здравоохранения, некоммерческими партнерами и другими социально ориентированными структурами. Данные структуры, согласно концепции Пьера Бурдьё, характеризуются как поля, составляющие социальное пространство семьи. Это поля и места накопления социальных связей семьи.

Необходимо найти фактор, который будет одновременно положительно влиять на физическое и психическое развитие ребенка, способствовать расширению социальных связей членов семьи, увеличивать реабилитационный потенциал ребенка, корректировать потребности членов семьи и, как следствие, повышать социальное самочувствие семьи в целом.

По данным В. П. Мусиной (2009), родители декларируют восстановление физических возможностей своего ребенка-инвалида как основное необходимое условие для его полноценной жизни [7]. Организм человека по своему строению предназначен для разнообразного движения. Двигательная активность обеспечивает энергетическую базу для нормального роста и формирования организма, индуцирует развитие высших психических функций. Мотивы занятий физическими упражнениями разнообразны и имеют как качественный, так

и количественный аспект. Это поддержание здоровья, проведение досуга, формирование положительных эмоций, субъективного чувства безопасности, желание иметь высокую работоспособность, обладать телосложением в соответствии с модными тенденциями и т. д. Физическая культура по своей социальной природе неоднородна, что выражается в ее структуре, составные элементы которой в своем развитии обусловлены разными группами социальных потребностей: элементарными потребностями в социализации, которые удовлетворяются за счет повышения уровня физической работоспособности, устранением гиподинамии; потребностями в творческой деятельности, которые реализуются через занятия разнообразными видами спорта. Благодаря различным формам физической активности удовлетворяются и духовные потребности в общении, познавательные, этические.

Двигательная активность формирует в человеке внутренние механизмы саморегулирования, управления деятельностью и поведением. Приобретенные на тренировках двигательные и психические навыки оказываются весьма пригодными в различных жизненных ситуациях, являются замечательным средством воспитания активности личности [2]. Доминирующей силой, которая регулирует процесс вовлечения индивидуума в регулярную двигательную активность, является микросоциум и отношение к физической активности со стороны членов семьи. Основными факторами, определяющими это отношение, являются социальное положение семьи, ее материально-бытовые условия, система воспитания детей, доступность средств массовой информации для всех членов семьи, наличие свободного времени у родителей и детей. Объективные факторы определяют личностные характеристики членов семьи, от которых зависит их отношение к регулярной физической активности. Критериями формирования данного отношения являются структура мотивационных побуждений, ожидаемый эффект от занятий, степень удовлетворенности занятиями [6].

Среди условий, оказывающих влияние на динамику вовлечения в двигательную активность ребенка-инвалида, помимо уклада семейной жизни, важное значение имеют уровень образования родителей, наличие у них знаний о пользе физических упражнений для человеческого организма, резерв свободного времени у ребенка и родителей, уровень развития системы физического воспитания в образовательном учреждении ребенка, спортивные увлечения ребенка, доступность спортивных сооружений для ребенка, наличие поддержки физкультурному движению инвалидов со стороны государственных институтов и учреждений.

В Российской Федерации разработаны правовая база для организации адаптивной физкультурно-спортивной деятельности, нормативные показатели приема (зачисления) в спортивные секции, нормативы по наполняемости учебных групп, утверждены типовые программы для секций адаптивного спорта. Для обеспечения круглогодичной физической активности детей-инвалидов в дополнение к урокам физической культуры возможны различные формы занятий и тренировок: в спортивном зале, на улице, массовые физкультурно-спортивные фестивали и праздники, выездные физкультурно-рекреационные мероприятия [8]. При этом инициатором и активным организатором вовлечения в регулярную

двигательную активность ребенка с нарушениями развития в необходимом объеме может быть только семья.

Цель нашего исследования — определение отношения к физической активности родителей, уровня регулярной двигательной деятельности ребенка-инвалида, наличия в семье традиций активного отдыха и степени вовлеченности родителей в совместную деятельность с детьми.

Исследование проводилось при содействии Департамента по спорту и молодежной политике Нижнего Новгорода. В анкетировании приняли участие родители детей-инвалидов, $n = 624$, проживающие в Сормовском, Канавинском, Ленинском, Автозаводском, Нижегородском и Приокском районах Нижнего Новгорода, из них родители девочек $n = 267$, родители мальчиков $n = 357$. Средний возраст детей $11,1 \pm 6,7$ года.

Наибольшую часть опрошенных составили родители детей с нарушением интеллекта и с соматическими заболеваниями (35,4 и 29,2 % соответственно). Указали поражение опорно-двигательного аппарата (детский церебральный паралич, ампутация конечностей, травма спинного мозга) как основную причину инвалидности ребенка 15,1 % родителей. Наименьшую часть опрошенных составили родители детей с поражением зрения и слуха (6,4 и 3,2 % соответственно). Не указали нозологическую группу инвалидности своего ребенка 67 человек, что составило 10,7 % опрошенных. Таким образом, основной массив исследуемой группы — родители детей с нарушением интеллекта, с соматическими заболеваниями и с заболеваниями опорно-двигательного аппарата. В опрос была включена Functional Ambulation Classification для определения степени нарушения функции передвижения ребенка, так как ограничения произвольных движений являются лимитирующим фактором физической активности [10].

Полные семьи составили 75,8 % в группе исследования, большинство родителей указали полное высшее и среднее специальное образование, неполное среднее зарегистрировано единично. Две трети детей-инвалидов опрошенных семей не имеют ограничений функции передвижения. В помощи при передвижении различной степени участия нуждаются 18,5 % детей исследуемой группы. Основной формой регулярной двигательной активности для большинства детей являются уроки физкультуры в образовательных учреждениях и тренировки в организованных группах при спортивных учреждениях (56,9 %). Меньшее количество детей (25,4 %) занимаются при активном участии родителей, так как упражнения дома, на уличной спортивной площадке и посещение реабилитационного центра подразумевают совместное времяпрепровождение ребенка и взрослого члена семьи. Совсем не занимаются никакими видами физической активности 17,8 % детей с инвалидностью.

Субъективно оценивая ежедневную бытовую физическую активность ребенка, большинство родителей (76,9 %) считают, что их ребенок ведет малоподвижный образ жизни и его физическое состояние удовлетворительное или слабое. При этом 86,2 % родителей хотят, чтобы их ребенок занимался физической культурой, 70,5 % готовы сопровождать ребенка на систематические тренировки в физкультурно-спортивные учреждения города для занятий спортом в группах для детей

с особенностями развития. Отказались от сопровождения ребенка на занятия по причине отсутствия свободного времени и плотного рабочего графика 27,2 % родителей.

Большинство родителей (68,1 %) положительно относятся к участию своих детей в спортивных соревнованиях. Против высказались 26,1 % семей, так как считают, что соревнования несут в себе опасность для здоровья и вредную стрессовую нагрузку.

Воспитание потребности в регулярной физической активности у детей зависит в весомой степени от личного примера родителей, в связи с этим вызывает тревогу низкий уровень их физической культуры. Большинство родителей не занимались физкультурой и спортом — 79,7 %, не делали утреннюю гимнастику — 78,5 %. Утреннюю гимнастику ежедневно с родителями или самостоятельно делали единицы детей, не делали — большинство детей. Следовательно, родители не демонстрируют здоровьесберегающее поведение и не популяризируют регулярную двигательную активность своим детям вне зависимости от их состояния здоровья.

Летний отдых большинство школьников (87,8 %) проводили за городом или частично за городом. Большинство детей (68,1 %) предпочитали пассивные виды домашнего отдыха (компьютерные игры и просмотр фильмов). Дополнительные малоподвижные занятия с преобладающим интеллектуальным компонентом (иностранные языки, музыка, художественное искусство, освоение компьютерных технологий), которые не способствовали повышению двигательной активности, посещали 33,8 % детей.

Таким образом, выявлены следующие особенности образа жизни, которые можно отнести к «красным флагам» или маркерам специфики взаимодействия с полем физкультурной деятельности и особенностям габитуса данной категории семей:

- низкий уровень бытовой общей физической подготовленности ребенка, дефицит занятий физкультурой и спортом вне школы, редкие прогулки и подвижные игры на улице;
- преобладание в организации семейного отдыха пассивных статических форм проведения досуга;
- безынициативное поведение родителей в отношении своей регулярной двигательной активности (большинство из них не занимались физкультурой и спортом, не делали утреннюю зарядку);
- отсутствие мотивации у четверти родителей к сопровождению и участию в тренировочном процессе своего ребенка.

Выявленные нами особенности в типе габитуса, характерного для семьи с ребенком-инвалидом, формируются из-за ограничений и отказов от посильных форм физической активности, в том числе совместных семейных. Вследствие этого семья лишает себя возможности расширения и укрепления социальных связей, социального обмена в наиболее доступных структурах (рекреационных и физкультурно-оздоровительных), что ведет к обеднению социального капитала и снижению реабилитационного потенциала ребенка. Социальная работа на уровне выявленных «красных флагов» физической активности «особого»

ребенка предполагает формирование особого типа физкультурно-оздоровительных социальных услуг для детей-инвалидов с участием родителей. Объектом таких услуг будет являться не конкретный ребенок или родитель, а процесс совместной деятельности, при котором семья воспринимает и осмысляет достижения своего ребенка, мотивирована на поддержание его двигательной активности, готова реализовать самостоятельные долгосрочные стратегии физического развития ребенка и нести ответственность за их реализацию. Накопление социального капитала за счет трансформации мышления, стереотипов поведения, матрицы собственной практической деятельности родителей, то есть изменений, затрагивающих, согласно теории Пьера Бурдьё, реальность второго порядка, позволит преобразовать социальное пространство и повысить уровень социального самочувствия данной категории семей.

1. *Бурдьё П.* Социология политики : пер. с фр. / сост., общ. ред. и предисл. Н. А. Шматко. М., 1993.

2. *Еремушкин М. А.* Двигательная активность и здоровье: От лечебной гимнастики до паркура. М., 2016.

3. *Жулковская Т.* Некоторые обстоятельства построения идентичности инвалидов // Социология и жизнь. 2015. № 1. С. 89–92.

4. *Истягина-Елисеева Е. А.* Анализ отношения к здоровому образу жизни, физической культуре и спорту в современной России // Историческая и социально-образовательная мысль. 2015. Т. 7, № 3. С. 35–37.

5. *Кученкова А. В.* Социальное самочувствие и субъективное благополучие: соотношение понятий и способов измерения // Вестн. РГГУ. Сер. : Философия. Социология. Искусствоведение. 2016. № 2(4). С. 118–127.

6. Мотивация к занятиям физической культурой и здоровому образу жизни у различных групп населения Российской Федерации, в том числе подрастающего поколения : коллектив. моногр. / Ю. Д. Нагорных, С. П. Евсеев, М. Ю. Щенникова и др.; Мин-во спорта Рос. Федер., Нац. гос. ун-т физ. культуры, спорта и здоровья имени П. Ф. Лесгафта. СПб., 2014.

7. *Мусина В. П.* Формирование активности родителей как фактора развития детей-инвалидов // Учен. зап. Санкт-Петербург. гос. ин-та психологии и социал. работы. 2009. № 2(12). С. 21–26.

8. Реабилитация инвалидов : нац. рук. / под ред. Г. Н. Пономаренко. М., 2018.

9. *Смолева Е. О., Морев М. В.* Удовлетворенность жизнью и уровень счастья: взгляд социолога : моногр. / науч. рук. докт. экон. наук А. А. Шабунова. Вологда, 2016.

10. Clinical gait assessment in the neurologically impaired. Reliability and meaningfulness / M. K. Holden, K. M. Gill et al. // Phys. Ther. 1984. 64(1). P. 35–40.

Рукопись поступила в редакцию 10 октября 2019 г.