

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ФОРМИРОВАНИЮ ТРУДОВОГО ПОТЕНЦИАЛА НАСЕЛЕНИЯ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ

Введение. Выбор направлений и способов решения проблем инвалидности напрямую зависит от установления причин, приводящих к ограничениям жизнедеятельности человека. Однако в научном сообществе, а также среди специалистов-практиков нет единого мнения о сущности инвалидности. Это обусловлено существованием двух концептуальных взглядов на природу инвалидности — суженного (медицинского) и расширенного (социального).

Основная часть. В течение длительного времени медицинская парадигма инвалидности была единственной. В основе медицинского подхода лежит модель, согласно которой устойчивое заболевание материализуется и приводит к нарушению функций органов и систем организма человека. В результате возникших нарушений меняется и ухудшается его способность к жизнедеятельности, появляются ограничения в сферах деятельности. Человек осознает наличие болезни и ее проявления, возникшие ограничения жизнедеятельности могут поставить его в невыгодное положение по отношению к окружающим, болезнь приобретает социальный характер. Таким образом, инвалидность определяется как социальная недостаточность, обусловленная устойчивым нарушением здоровья человека (рисунок 1).

Ограничение жизнедеятельности — это любое ограничение или отсутствие (в результате нарушения) возможности осуществлять деятельность способом или в рамках, которые считают нормальными для человека данного возраста. Социальная недостаточность определяется как социальные последствия нарушения здоровья, вытекающие из нарушения или ограничения жизнедеятельности, при котором человек может выполнять лишь ограниченно или совсем не может выполнять обычную для его положения роль в жизни [1, с. 112].

Медицинская модель рассматривает инвалидность как персональную проблему человека, вызванную непосредственно болезнью, травмой или физическими изменениями здоровья. Поэтому качество медицинской помощи, доступность лечения и реабилитационных мероприятий являются основополагающим аспектом в устранении (снижении) ограничений жизнедеятельности человека.

В социальной модели инвалидности проблема ограничений жизнедеятельности человека представляется как долгосрочное социальное состояние, не поддающееся лечению. Реальные условия жизнедеятельности населения с инвалидностью, их самоощущения, степень вовлеченности в главные сферы жизни зависят от социальной среды, политики государства в отношении инвалидности.

С целью обеспечения согласованности взглядов на составляющие здоровья и некоторые связанные со здоровьем составляющие благополучия (образование, труд и занятость, экономическая жизнь) экспертами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) была разработана расширенная модель взаимодействия между человеком, имеющим изменения здоровья, и социально-средовыми условиями, в которых происходит его функционирование. В 2001 г. ВОЗ представила Международную классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (далее — МКФ) [2, с. 12]. Область применения классификации распространяется на все сферы деятельности человека, такие как образование, здравоохранение, страхование, экономика и др. (рисунок 2).

Представленная модель расширяет понимание инвалидности и позволяет изучить влияние медицинских, индивидуальных и социально-средовых факторов на возникновение ограничений жизнедеятельности человека.

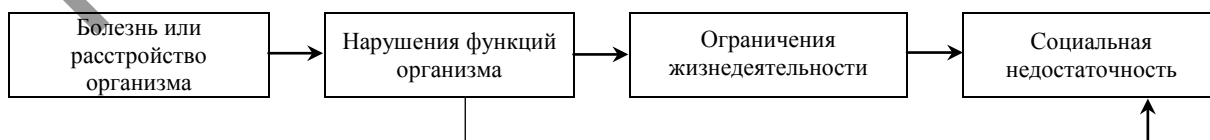


Рисунок 1 — Суженная (медицинская) модель инвалидности [1, с. 112]

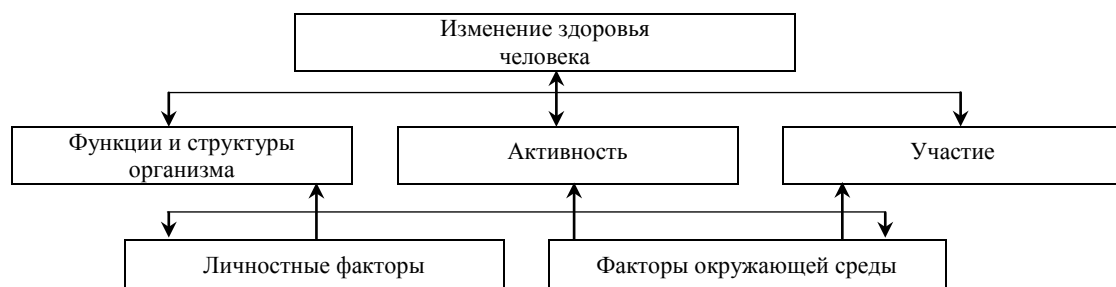


Рисунок 2 — Расширенная модель функционирования человека с измененным здоровьем в контексте факторов окружающей среды и личностных факторов [2, с. 32]

Существенным отличием и преимуществом расширенной модели инвалидности перед медицинской и социальной моделями заключается в том, что описание показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем, проводится с учетом контекстных факторов, представляющих физическую и социальную обстановку, в которой живет и проводит свое время человек. Они включают факторы окружающей среды и личностные факторы, которые могут влиять на функционирование индивида и, соответственно, на возникновение и предотвращение ограничений жизнедеятельности.

В настоящем исследовании будем исходить из того, что ограничения жизнедеятельности человека вызваны индивидуальными и социальными факторами. Инвалидность является результатом взаимодействия, которое происходит между имеющимися нарушениями здоровья людьми и социальными и средовыми барьерами, которые мешают их полному и эффективному участию в жизни общества.

На основе расширенной модели инвалидности предлагается систематизировать процесс включения исследуемой группы населения в трудовую деятельность с помощью таких компонентов, как 1) вид и степень выраженности нарушений функций организма человека; 2) личностные факторы; 3) факторы производственной среды, трудового процесса и производственного пространства (рисунок 3).

При определении возможности участия лица с инвалидностью в сфере общественного производства предлагается учитывать его способности к трудовой деятельности, а также факторы производственной среды, трудового процесса и производственного пространства. В свою очередь способности к трудовой деятельности объединяют такие компоненты системы, как «вид, степень нарушений функций организма» и «личностные факторы». Факторы производственной среды, трудового процесса и производственного пространства включают условия труда в отношении организации рабочего места и производственного пространства, которые могут как способствовать, так и препятствовать включению человека с инвалидностью в сферу общественного производства. Выделенные элементы позволяют не только комплексно рассматривать процесс участия в трудовой деятельности населения с инвалидностью, но и выработать широкий спектр инструментов управления данным процессом.

На основе общих методологических принципов формирования трудового потенциала и предложенной систематизации процесса включения в трудовую деятельность человека, имеющего устойчивые нарушения здоровья, считаем целесообразным детализировать структуру трудового потенциала лиц с инвалидностью выделив четыре взаимосвязанных компонента, образующие совокупные способности к труду исследуемой группы населения (рисунок 4). Это позволит осуществлять его комплексную характеристику, опираясь на данные статистического учета, с помощью системы показателей.

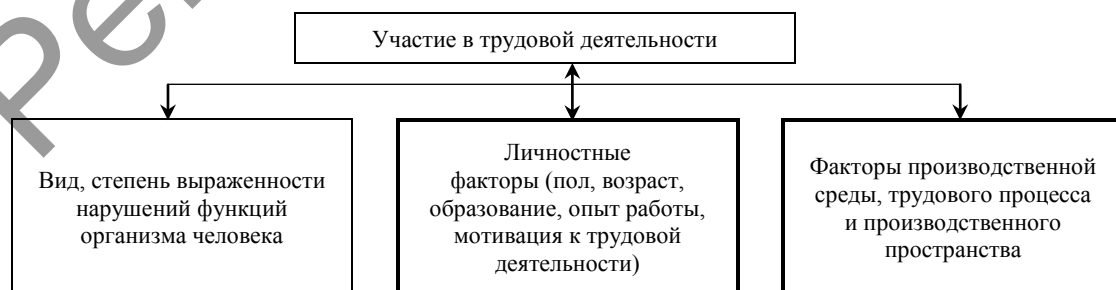


Рисунок 3 — Систематизация процесса включения в трудовую деятельность лиц с инвалидностью

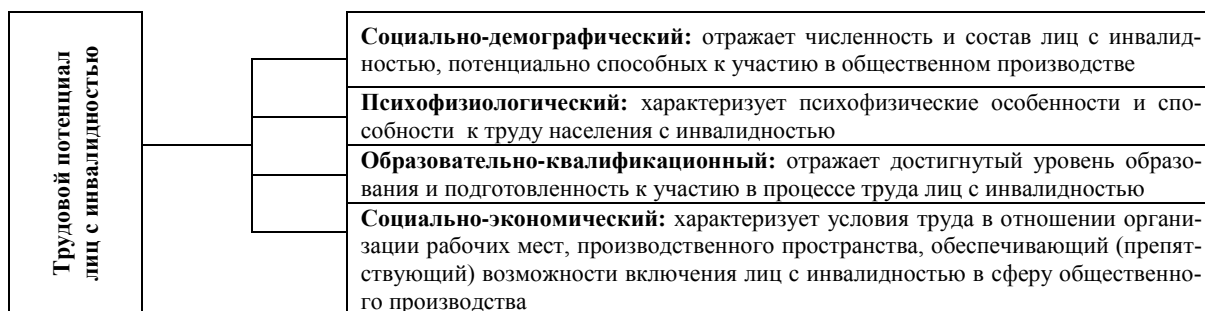


Рисунок 4 — Компонентная структура трудового потенциала лиц с инвалидностью

Выделение социально-демографической слагаемой трудового потенциала обусловлено необходимостью количественной характеристики численности и состава лиц с инвалидностью потенциально способных к участию в общественном труде, что сегодня не позволяет сделать действующая система учета и анализа инвалидности населения. Характеристика психофизиологических особенностей и способностей населения к труду исходит из необходимости учета фактора «состояние здоровья», от которого зависит уровень трудоспособности, работоспособности и психофизической пригодности населения к труду. Особенность объекта оценки трудового потенциала заключается в наличии нарушения здоровья, которое влияет или может повлиять на способность к трудовой деятельности. Личностные факторы, в том числе возраст, образование, профессия и т. д., не являются частью нарушения здоровья и показателями здоровья. В то же время указанные характеристики влияют на способности лиц с инвалидностью к трудовой деятельности. В этой связи считаем целесообразным выделить образовательно-квалификационный компонент в структуре трудового потенциала. Социально-экономическая слагаемая трудового потенциала исключительно важна для анализа воздействия факторов производственной среды и производственного пространства на его формирование, развитие и возможности использования в национальной экономике.

Заключение. Предлагаемая структура трудового потенциала лиц с инвалидностью, включающая социально-демографический, психофизиологический, образовательно-квалификационный и социально-экономический компоненты, позволит дать комплексную количественную и качественную характеристику совокупных способностей к труду исследуемой группы населения.

Список цитируемых источников

1. *Смычек, В. Б.* Современные аспекты инвалидности / В. Б. Смычек. — Минск : БГАТУ, 2012. — 264 с.
2. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: МКФ [Электронный ресурс] // Женева : ВОЗ, 2001. — 342 с. — Режим доступа: <https://convention.mzsr.gov.kz/sites/default/files/MKF.pdf>. — Дата доступа: 25.10.2018.

УДК 343.621

А. Н. Русак

Учреждение образования «Барановичский государственный университет», Барановичи

ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КВАЛИФИКАЦИИ НЕЗАКОННОГО ПРОИЗВОДСТВА АБОРТА

Введение. Многократные трансформации признаков незаконного производства аборта явились результатом возникающих на практике трудностей при юридической оценке отдельных из них. Объектом анализируемого преступления выступают общественные отношения в сфере охраны жизни и здоровья беременной женщины, что обусловлено размещением ст. 156 в системе уголовно-правовых запретов, объединенных в главу 19 «Преступления против жизни и здоровья» Уголовного кодекса Республики Беларусь (далее — УК). Представляется, что авторы, выделяющие в качестве объекта рассматриваемого преступления лишь здоровье женщины [1, с. 316], не учитывают, что в качестве альтернативного последствия как признака объективной стороны состава преступления, предусмотренного ч. 3 ст. 156 УК, называется смерть женщины. Потерпевшей может быть только женщина, находящаяся в состоянии беременности. Срок беременности не влияет на квалификацию содеянного, но должен учитываться при назначении наказания, так как чем больше срок беременности, тем выше опасность аборта для жизни и здоровья