

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 Ивков<sup>1</sup>**

*Въведение<sup>2</sup>*

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”<sup>3</sup>. Всички те са групирани най-общо в съществуващите днес индивидуален (медицински) и социален модел на уврежданията и/или инвалидността.

---

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

<sup>2</sup> 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.)

<sup>3</sup> 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 2004<sup>4</sup> 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 изчисления<sup>5</sup>, 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

---

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> 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.месеčno (2005) Агенция за социално подпомагане, София. [http://asp.mlsp.government.bg/deca\\_s\\_uvrejdania.html](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.

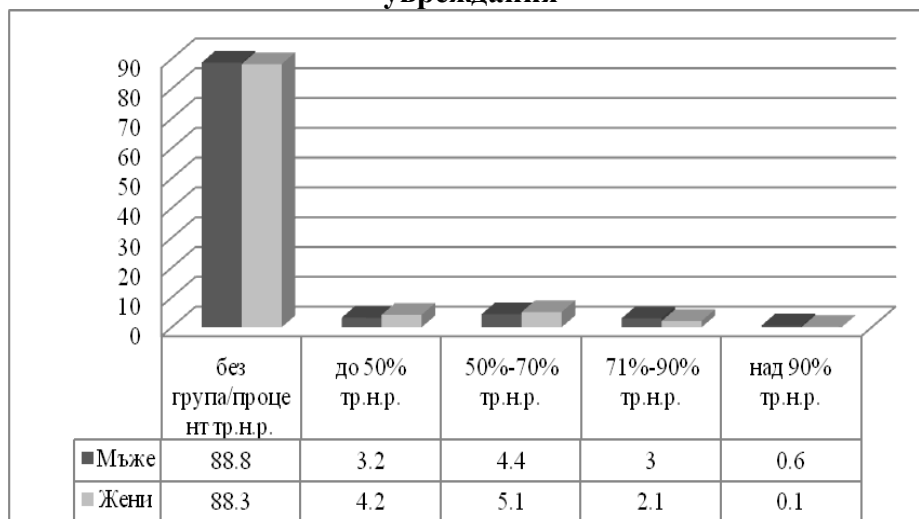
**Таблица 2.**

**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 изследвания<sup>6</sup>, 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*

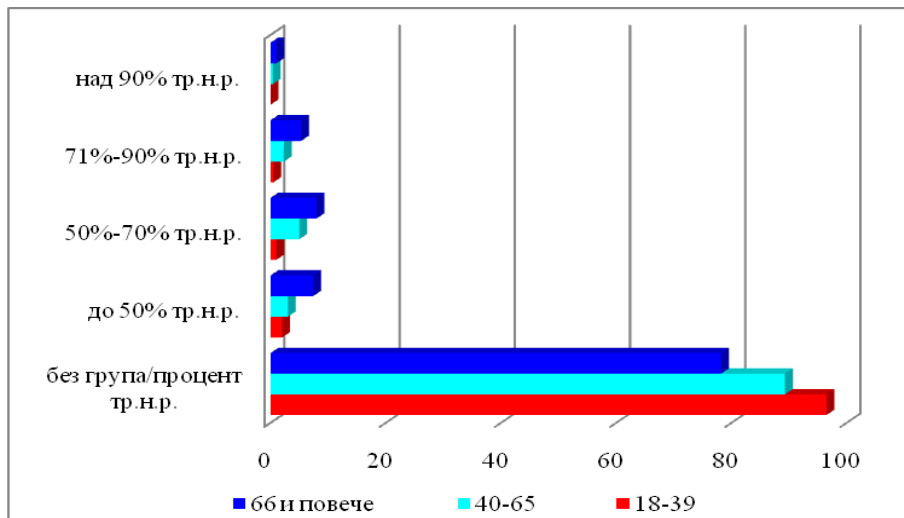
От фиг.2. ясно се вижда тенденцията, че с напредване на възрастта се увеличава не само относителния дял на лицата с трайни увреждания, но и до голяма степен с възрастта нараства и тежестта на тези увреждания. Например лицата с до 50% тр.н.р. са 3,7 пъти повече във възрастовата група на 66 и повече годишните 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**

---

<sup>6</sup> 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).

<sup>7</sup> Коефициент на Крамер.



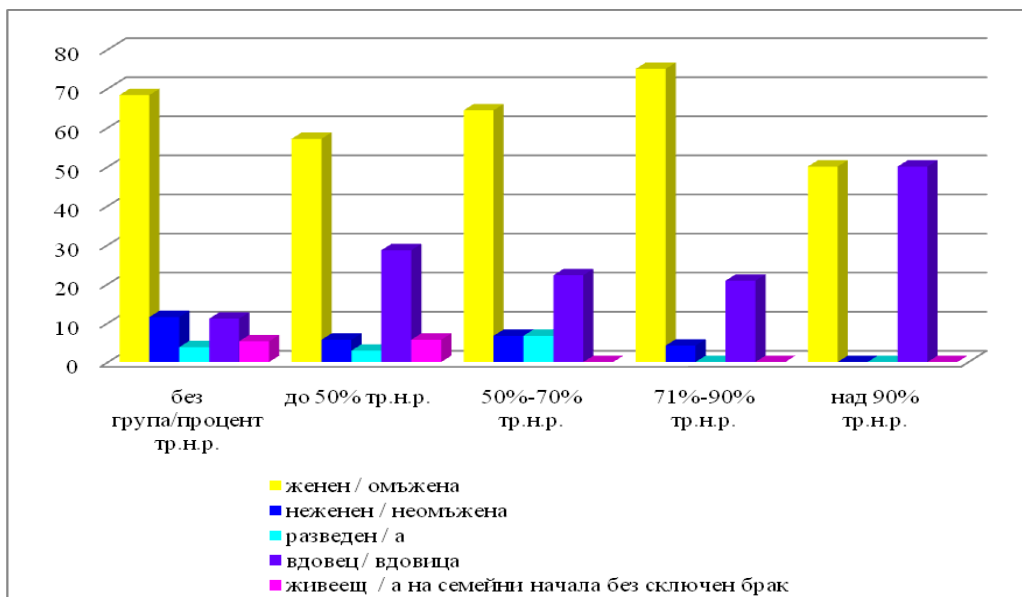
#### 2.4. Местоживеене

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 ромите<sup>8</sup>.

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 изследвания<sup>9</sup>.

<sup>8</sup> 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.

<sup>9</sup> 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-роми<sup>10</sup>, 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

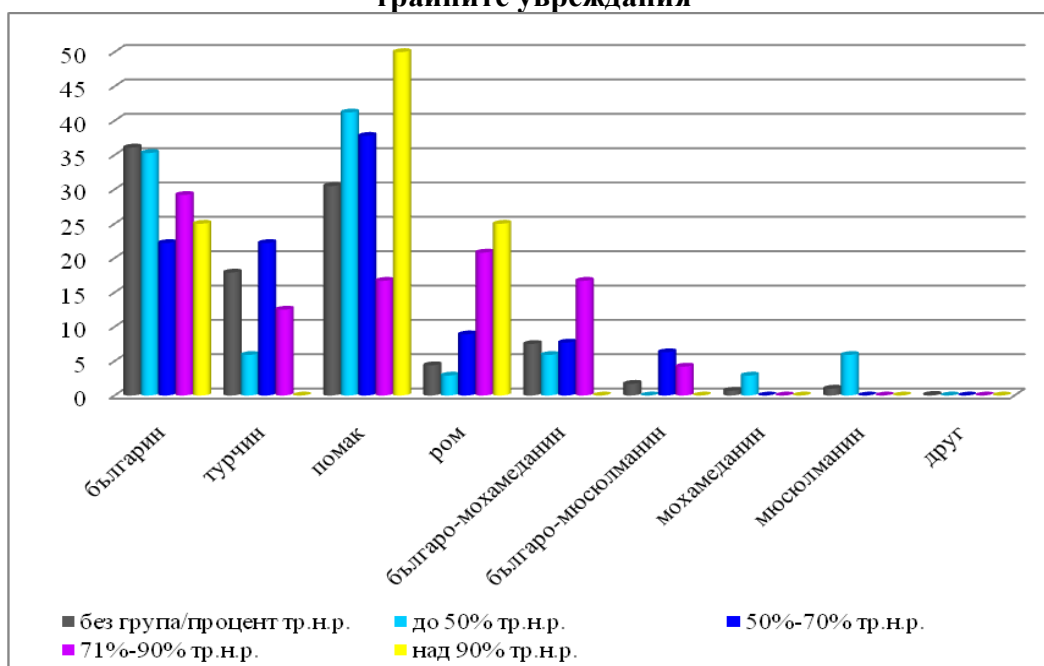
Разпределението на респондентите според тежестта на трайните увреждания и етническото самоопределение потвърждава актуалността на горните изводи, изведени от цитираното тук социологическо изследване. Най-големите относителни дялове на респондентите без увреждания са сред българите, следвани от помаците,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

<sup>10</sup> 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**

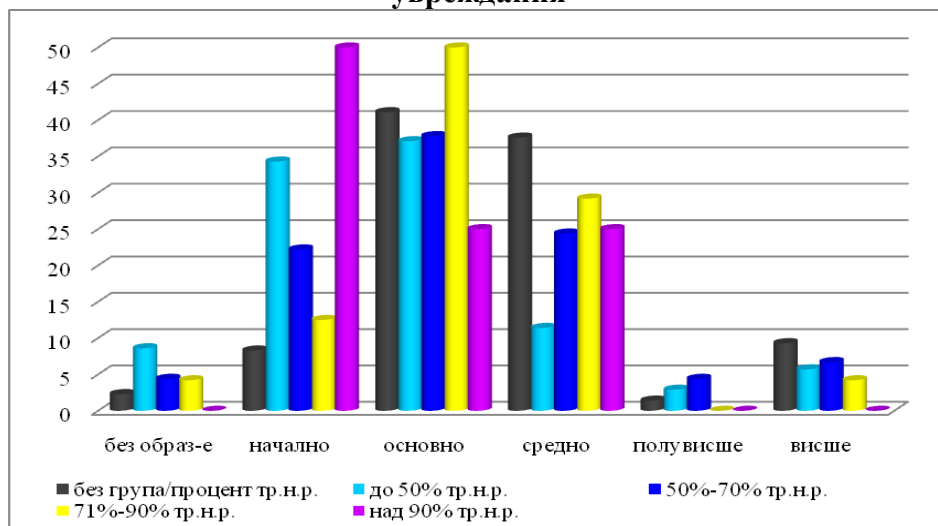
Религиозно самоопределение	Процент трайно намалена работоспособност (тр.н.р.)				
	Без тр.н.р.	До 50%	51%-70%	71%-90%	Над 90%
Атеист, но уважаващ християнските традиции	8,8	5,7	8,9	25,0	25,0
Атеист, но уважаващ ислямските традиции	6,0	0,0	8,9	4,2	0,0
Атеист, но уважаващ всички религиозни традиции	10,5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

---

<sup>11</sup> 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 депривация<sup>12</sup>.

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.

---

<sup>12</sup> 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](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 домакинства<sup>13</sup>. 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

---

<sup>13</sup> 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%
<b>Инвалидите са изцяло зависими от своите семейства</b>					
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
<b>Инвалидите са изолирани в домовете си</b>					
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
<b>Инвалидите не могат да работят</b>					
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
<b>Инвалидите не могат да създават свои семейства</b>					
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
<b>Болестта и инвалидността са божие наказание за греховете на хората</b>					
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-често<sup>14</sup> 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 др<sup>15</sup>. 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

<sup>14</sup> 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.

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

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%)<sup>16</sup> 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%,

<sup>16</sup> 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; V<sup>2</sup> = 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 <sup>2</sup> = 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 <sup>2</sup> = 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 лонгитудални емпирични социологически изследвания и/или проучвания на общественото мнение, на динамиката на социалното отношение към уврежданията и хората с трайни увреждания.