

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное автономное
образовательное учреждение
высшего образования
«Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского»

На правах рукописи

КРАСУЦКАЯ ОЛЬГА ВИКТОРОВНА
**ДОСТУПНОСТЬ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ
ИНВАЛИДОВ (НА ПРИМЕРЕ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ)**

22.00.04 – социальная структура, социальные институты и процессы

Диссертация на соискание учёной степени

кандидата социологических наук

Научный руководитель:
доктор исторических наук, профессор
Саралиева Зарэтхан Хаджи-Мурзаевна

Нижний Новгород – 2018

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
Глава 1. Теоретико-методологические основы анализа доступности социальной реабилитации для инвалидов	14
1.1. Методологические подходы к исследованию социальной реабилитации инвалидов	14
1.2. Доступность социальной реабилитации инвалидов как принцип социального обслуживания	34
Глава 2. Современное состояние и тенденции развития системы социальной реабилитации инвалидов	54
2.1. Социально-демографические характеристики инвалидов	54
2.2. Государственная социальная политика в отношении инвалидов в Российской Федерации	64
2.3. Современное состояние и проблемы функционирования системы социальной реабилитации инвалидов	89
2.4. Анализ процесса социальной реабилитации на основании жизненных стратегий инвалидов	111
Заключение	133
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	139
Приложение 1	158
Приложение 2	170
Приложение 3	171
Приложение 4	173

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования обусловлена изменениями в законодательстве, регулирующем вопросы социальной поддержки инвалидов, послужившими причиной постепенного перехода от медицинской к социальной модели инвалидности. В рамках социальной модели особое внимание уделяется интеграции инвалидов в социальную среду и обеспечению условий для их самостоятельной жизни. Механизмом достижения основных целей социальной модели инвалидности является социальная реабилитация.

В настоящее время в системе социальной реабилитации инвалидов происходит ряд преобразований, включающих изменение порядка реализации индивидуальных программ реабилитации и (или) абилитации инвалида, внедрение новых поставщиков социальных услуг из числа коммерческих и некоммерческих организаций, активное применение информационных и коммуникационных технологий, формирование безбарьерной среды, проведение независимой оценки качества социальных услуг. Указанные изменения достаточно противоречивы, поскольку, с одной стороны, они направлены на повышение доступности социальной реабилитации инвалидов, но согласно оценкам получателей данного вида услуг, эта цель не всегда достигается, а выбранные средства в некоторых случаях осложняют процесс получения услуг социальной реабилитации. Социологами рассматривались проблемы реабилитации инвалидов, но обеспечение доступности социальной реабилитации инвалидов не являлось предметом их изучения и приобретает все большую актуальность.

Степень научной разработанности проблемы. Проблематика инвалидности рассматривалась в рамках различных социологических теорий. Впервые анализ инвалидности был осуществлен Ч.Ломброзо¹, Э.Дюркгеймом² на основе подходов социальной патологии, послуживших

¹ Ломброзо Ч. Гениальность и помешательство, 2012.

² Дюркгейм Э. Социология: ее предмет, метод, предназначение, 2008.

основой для формирования традиционных моделей инвалидности. Наибольшую значимость для диссертационного исследования представляют положения концепции роли больного Т.Парсонса¹, теория стигматизации И.Гофмана², теория социального конструкционизма Дж. Китсьюза, М. Спектора³ и положения ресурсного подхода к социальной структуре П.Бурдье, М.Кастельса, Г.Беккера, Дж.Коулмена⁴. Представитель ресурсного подхода в российской социологии В.В.Радаев рассматривает вопросы конвертации различных форм капитала⁵. Н.Е. Тихонова изучает влияние социального капитала на доступность различных видов ресурсов⁶. З.Х. Саралиева анализирует ресурсность семьи⁷. Ресурсный подход к анализу системы социальной защиты населения представлен в работах З.П. Замараевой, А.В.Рушевой⁸. Оценка реабилитационного потенциала инвалидов осуществлена в исследовании Г.В.Жигуновой и И.Л.Ткаченко⁹.

Проблемы инвалидности с позиций структурного функционализма рассматриваются Т.А.Добровольской и Н.А.Шабалиной, А.Ю. Домбровской, А.В.Фитисовым, М.В.Шимолиной¹⁰.

Исследованию проблемы стигматизации инвалидов посвящены труды А.А.Кузнецовой, С.Г.Головки, М.Н.Реут, Е.В.Воеводиной.¹¹

Концепция независимой жизни инвалидов сформулирована в работах

¹ Парсонс Т. О социальных системах, 2002.

² Гофман И. Стигма: Заметки об управлении испорченной идентичностью, 1963.

³ Спектор, М., Китсьюз Дж. Конструирование социальных проблем, 2001.

⁴ Бурдье П. Формы капитала, 2005; Кастельс М. Информационная эпоха: экономика, общество и культура, 2000; Беккер Г. Человеческий капитал, 1975; Коулман Дж. Капитал социальный и человеческий, 2001.

⁵ Радаев В.В. Понятие капитала, формы капиталов и их конвертация, 2003.

⁶ Тихонова Н.Е. Социальный капитал как фактор неравенства, 2004.

⁷ Саралиева З.Х. Семья – клиент социальной работы, 2003.

⁸ Замараева З.П. Ресурсно-потенциальный подход в системе социальной защиты населения, 2009; Рушева А.В. Ресурсный подход к управлению социальными учреждениями, 2010.

⁹ Жигунова Г.В., Ткаченко И.Л. Ресурсный потенциал инвалидов ювенальной категории, 2014.

¹⁰ Добровольская, Т.А., Шабалина Н.Б. Инвалид и общество: социально-психологическая интеграция, 1991; Домбровская, А. Ю. Социальная адаптация инвалидов, 2011; Фитисов А.В. Влияние трудовой деятельности на социальное самочувствие, уровень социализации и положение инвалидов в обществе, 2012; Шимолина, М.В. Процесс интеграции, инклюзии и эксклюзии в обществе на примере инвалидов-колясочников, 2017.

¹¹ Кузнецова А.А. Пути преодоления стигмации людей с ограниченными возможностями в социальной работе 2000; Головки С.Г. Проблема дискриминации инвалидов в современном обществе, 2008; Реут М.Н. Стигматизация – процесс выделения индивидов, 2008.; Воеводина Е.В. «Инвалид» как социальная стигма и пространство для дискуссий, 2014.

Д. Макдональда и М.Оксфорда¹, Е.Н. Ким², О.С.Дробот³.

Развитие социальной политики в отношении инвалидов анализируется П.В.Романовым и Е.Р.Ярской-Смирновой, В.А.Петросяном, Е.А.Тарасенко, Н.И.Скок, Е.В.Кулагиной, Л.И.Савиновым и А.В.Лебедевой⁴.

Проблематика безбарьерной среды представлена в работах Э.К.Наберушкиной, А.А.Никоновой, А.А.Шабуновой и Л.Н.Фахрадовой⁵.

Изучению вопросов социального обслуживания инвалидов посвящены исследования Е.В.Ильченко, М.В.Корниловой, Д.В.Кулагина, В.Г.Суханова, З.М.Сабанова⁶.

Тема информационной доступности социальных услуг инвалидам разрабатывается В.С.Ткаченко, который анализирует информированность инвалидов о реализуемой в отношении них социальной политики; Т.А.Аймалетдиновым и Л.И.Любимовой, Е.Л. Луценко, рассматривающих возможности применения Интернет-технологий для адаптации и интеграции инвалидов.⁷

Содержание и сущность социальной реабилитации изложены в работах Н.Ф.Деменьтевой и Е.И.Холостовой, описывающих технологии социальной

¹ Макдональд Д., Оксфорд М. История движения независимой жизни инвалидов. Сайт Американских Центров независимой жизни, [http:// www. acils. com/acil/ ilhistor. htm/](http://www.acils.com/acil/ilhistor.htm/)

² Ким Е.Н. Концепция «независимой жизни» в социальной работе с детьми с ограниченными возможностями, 1997.

³ Дробот О.С. Концепция независимой жизни как форма интеграции инвалидов в современном мире, 2011.

⁴ Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. Политика инвалидности: Социальное гражданство инвалидов в современной России, 2006; Петросян В.А. Социальная политика, определяющая интеграцию инвалидов, 2012; Тарасенко Е.А. Социальная политика в области инвалидности: кросскультурный анализ и поиск оптимальной концепции для России, 2004; Скок Н.И. Жизнеобеспечение людей с ограниченными возможностями в современной России, 2003; Кулагина Е.В. Профиль инвалидности: демографический и региональный аспекты, 2016, Савинов Л.И., Лебедева А.В. Социально-правовая защита детей-инвалидов, проживающих в родительской семье: социокультурный аспект, 2016.

⁵ Наберушкина Э.К. Город–проект для жизни, 2012; Никонова А.А. Социологический анализ формирования безбарьерной среды для людей с инвалидностью (на примере категории слабовидящих и незрячих инвалидов, 2016; Шабунова А.А., Фахрадова Л.Н. Доступность городской среды для лиц с ограниченными возможностями, 2014.

⁶ Ильченко Е.В. Институциональные функции социального обслуживания людей с инвалидностью, 2011; Корнилова, М.В. Особенности социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов, 2011; Кулагин Д.В. Институт социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов в современном российском обществе (региональный аспект), 2012; Суханов В.Г. Социолого-управленческая модель реабилитации стомированных инвалидов: монография, 2016; Сабанов З.М. Основные принципы социального обслуживания инвалидов, 2017.

⁷ Ткаченко В.С. Социальное просвещение инвалидов в контексте государственной социальной политики, 2010; Аймалетдинов Т.А., Любимова Л.И. Инновационные возможности Интернет-технологий в социальной адаптации инвалидов, 2012; Луценко Е.Л. Интернет-технология как средство интеграции людей с ограниченными возможностями в социум, 2006.

реабилитации инвалидов с различными ограничениями здоровья; Л.П.Храпылиной, анализирующей способы привлечения некоммерческих организаций в систему социальной реабилитации инвалидов; Э.Н.Деминой, рассматривающей алгоритмы определения реабилитационного потенциала инвалидов и подготовки индивидуальных программ реабилитации; В.И.Лагункиной, характеризующей реабилитацию как механизм преодоления социальной эксклюзии; Е.В.Александровой, рассматривающей адаптивную физическую культуру и спорт как способ социализации, М.Н.Кичеровой, анализирующей востребованность у инвалидов различных видов реабилитационных услуг.¹

На разработку концептуальных основ решения проблем социальной реабилитации инвалидов повлияли работы А.М.Панова², который рассматривает доступность социального обслуживания для разных категорий населения; Е.А.Сергеевой³, изучающей востребованность у клиентов различных видов социальной помощи; И.Н.Бондаренко⁴, анализирующей влияние правовых, экономических и нравственных аспектов на доступность социального обслуживания.

Несмотря на достаточно высокую степень научной разработанности темы социальной реабилитации инвалидов, проблема ее доступности не нашла глубокого отражения в социологических исследованиях.

Объект исследования – система социальной реабилитации инвалидов.

Предмет исследования – доступность социальной реабилитации для инвалидов Нижегородской области.

Цель исследования – определить влияние государственной

¹ Холостова Е.И., Дементьева Н.Ф. Социальная реабилитация: учебное пособие, 2002; Храпылина Л.П. Реабилитация инвалидов, 2006; Демина Э.Н. Социальная реабилитация инвалидов и пожилых граждан, 2007; Лагункина В.И. Реализация современных технологий комплексной реабилитации инвалидов в Московской области, 2013; Александрова Е.В. Основные социализирующие функции адаптивной физической культуры и спорта для людей с нарушениями опорно-двигательной системы, 2014; Кичерова М.Н. Социальная реабилитация инвалидов в современных условиях, 2007.

² Панов А.М. Повышение доступности и качества услуг социального обслуживания: современная ситуация и перспективы решения актуальных проблем, 2006.

³ Сергеева Е.А. Оценка населением потребностей в социальной помощи, 2004.

⁴ Бондаренко И.Н. Доступ граждан пожилого возраста к социальным услугам: правовой, социально-экономический и нравственный аспекты, 2004.

социальной политики в отношении инвалидов, структуры и функций системы социальной реабилитации инвалидов, жизненных стратегий инвалидов на доступность социальной реабилитации.

Цель работы достигается путем решения следующих **исследовательских задач:**

1. Систематизировать социологические подходы к исследованию социальной реабилитации инвалидов;
2. Выявить тенденции государственной социальной политики в отношении социальной реабилитации инвалидов, определяющие реализацию концепции независимой жизни инвалидов;
3. Проанализировать структуру и функции системы социальной реабилитации инвалидов;
4. Определить критерии доступности социальной реабилитации для инвалидов;
5. Описать влияние ресурсности инвалидов на процесс социальной реабилитации;
6. Разработать рекомендации по совершенствованию доступности социальной реабилитации для инвалидов.

5. Гипотеза исследования. Возрастанию доступности социальной реабилитации для инвалидов способствуют согласованная социальная политика государства, некоммерческих и коммерческих организаций; совершенствование организационных, правовых и материальных основ системы социальной защиты данной категории граждан; ориентация их жизненных стратегий в соответствии со своим ресурсным потенциалом на самостоятельную жизнедеятельность, субъектный вид социальной реабилитации, отличающийся от зависимого вида ведущей ролью инвалида в процессе реабилитации.

Теоретико-методологическую основу исследования составили структурно-функционалистский (Т.Парсонс, Р.Мертон) и ресурсный подход (П.Бурдьё, М.Кастельс, Г.Беккер, Дж.Коулмен), позволившие рассмотреть

социальную реабилитацию инвалидов как систему, выявить ее функции, проанализировать деятельность и ресурсный потенциал ее субъектов. Взаимодействие инвалида с представителями системы социальной защиты и обществом в целом рассматривается в рамках концепции стигматизации И.Гофмана. Для анализа проблем предоставления инвалидам услуг социальной реабилитации применяется конструктивистский подход (М.Спектор, Дж.Китсьюз, Е.Р.Ярская-Смирнова). Методами научного исследования, применяемыми в работе, являются системный и сравнительный анализы. Эмпирические методы: экспертное интервью, анкетирование, анализ нарративов.

Эмпирическая база диссертационного исследования:

1. Международные, федеральные и региональные нормативно-правовые акты, программы и государственные стандарты в сфере социальной защиты инвалидов: Конвенция ООН о правах инвалидов (2006 г.); Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (1995 г.); Федеральный закон «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» (2013 г.); постановление Правительства Нижегородской области «О реабилитации инвалидов в Нижегородской области» (2007 г.); государственная программа Российской Федерации «Социальная поддержка граждан» (2014 г.); государственная программа Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2020 гг. (2015 г.); государственная программа «Социальная поддержка граждан Нижегородской области» (2014 г.); национальные стандарты Российской Федерации, регулирующие систему реабилитации инвалидов (2002-2017 гг.).

2. Статистические данные федеральной службы государственной статистики, федерального реестра инвалидов, Министерства труда и социальной защиты населения Российской Федерации, министерства социальной политики Нижегородской области (2014-2018 гг.).

3. Исследования, проведенные автором в 2015-2017 гг. на базе учреждений системы социальной защиты:

– «Механизмы информирования населения по вопросам социального обслуживания: опыт сотрудников социальной сферы» (полуформализованное интервью, 2015-2016 гг., N = 23). Изучены способы информирования инвалидов о социальных услугах и мерах социальной поддержки;

– «Реализация положений Конвенции ООН о правах инвалидов на территории Нижегородской области» (анкетный опрос, 2016 г., N = 3174). Опрошены инвалиды и их законные представители, обратившиеся за услугами в учреждения системы социальной защиты Нижегородской области.

– «Влияние жизненных траекторий инвалидов на процесс их социальной реабилитации» (неформализованное интервью, 2017 г., N = 60). Проведен контент-анализ нарративов инвалидов, описывающих их биографию, личные достижения, институты поддержки.

4. Вторичный анализ результатов социологического исследования: «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации» П.В.Романов, Е.Р.Ярская-Смирнова, С.Вайтфилд, С.Келли, Москва 2008.

Научная новизна диссертационного исследования:

1. Социальная реабилитация инвалидов рассмотрена в совокупности структурно-функционалистского, ресурсного, драматургического и конструктивистского подходов, уточнено содержание понятия «социальная реабилитация» в контексте посттрадиционной модели инвалидности;

2. Выявлены основные тенденции государственной социальной политики в отношении социальной реабилитации инвалидов, воздействующие на реализацию концепции независимой жизни.

3. Определены дисфункции структурных элементов системы социальной реабилитации.

4. Исследованы критерии доступности социальной реабилитации для инвалидов.

5. Проанализировано влияние социально-психологических установок

инвалида на процесс и результат реабилитации, который определяет два вида социальной реабилитации: субъектную и зависимую.

Положения, выносимые на защиту:

1. Социальную реабилитацию инвалидов следует рассматривать в ракурсе посттрадиционных моделей инвалидности, основанных на положениях структурно-функционалистской (Т.Парсонс, Р.Мертон), конструктивистской теории (М.Спектор, Дж.Китсьюз, Е.Р.Ярская-Смирнова) драматургического (И.Гофман) и ресурсного подходов (П.Бурдье, М.Кастельс, Г.Беккер, Дж.Коулмен). Согласно данным моделям, социальную реабилитацию инвалидов необходимо рассматривать как деятельность индивида, общества и государства, направленную на формирование среды, позволяющей инвалиду реализовать свой ресурсный потенциал в различных сферах жизнедеятельности.

2. Внедрение новых форм поддержки инвалидов (обеспечение безбарьерной среды, развитие стационарозамещающих технологий, модернизация системы социальной реабилитации), способствующих формированию условий независимой жизни инвалидов, происходит крайне медленно ввиду превалирования у данной категории граждан базовых потребностей, о чем свидетельствует структура спроса инвалидов Нижегородской области на различные виды помощи, в которой социальные услуги (психологическая и правовая помощь, содействие в трудоустройстве), направленные на формирование субъектности индивида, в совокупности составляют 40% .

3. Дисфункциональность элементов системы социальной реабилитации инвалидов проявляется в низком уровне информированности граждан о порядке установления инвалидности и получения технических средств реабилитации, усложнении процесса получения инвалидами реабилитационных услуг из-за необходимости дополнительного обращения в региональные органы власти, курирующие вопросы социальной реабилитации, для назначения учреждений-исполнителей реабилитационных

мероприятий; отсутствии у некоммерческих организаций возможности предоставления на постоянной основе узкоспециализированных социальных услуг для инвалидов ввиду зависимости от грантового финансирования, частичном обеспечении потребности инвалидов в услугах социального такси, неполном соответствии социального обслуживания инвалидов коммерческими организациями изменившимся нормам социального законодательства.

4. Доступность социальной реабилитации для инвалидов обусловлена следующими критериями: действующей нормативно-правовой базой, географическим, транспортным, физическим, материальным, временным, информационным, социокультурным, а также ресурсностью индивида.

Наибольшее влияние на доступность социальной реабилитации для инвалидов Нижегородской области оказывают физический и транспортный критерии, на втором месте находится информационный критерий, на третьем – действующее законодательство, на четвертом – географический, на шестом – материальный и временной, на седьмом – социокультурный.

5. На основании анализа социальных характеристик инвалида выявлено два вида социальной реабилитации:

- субъектная социальная реабилитация характеризуется достижением инвалидом определенных социальных целей независимой жизни: получение образования, трудоустройство, создание собственной семьи, самореализация в творческой или общественной деятельности, накопление социального капитала и, как следствие, положительное восприятие себя, жизни и общества;

- зависимая социальная реабилитация подразумевает низкий уровень социальных достижений инвалида, уход от решения проблем при помощи творчества и других видов хобби, ориентацию на помощь социальных служб.

Социально-психологические установки инвалида являются одним из важнейших критериев, определяющих вид социальной реабилитации, и зависят от возраста наступления инвалидности, социального окружения,

уровня информированности о реабилитационных услугах.

Теоретическая значимость диссертационного исследования заключается в рассмотрении категории социальной реабилитации в контексте посттрадиционных моделей инвалидности, выявлении критериев, определяющих доступность социальной реабилитации. Полученные эмпирические данные могут использоваться для дальнейшего изучения проблематики инвалидности и социальной реабилитации.

Практическая значимость работы состоит в возможности использовать результаты диссертационного исследования для совершенствования доступности региональной системы социальной реабилитации инвалидов. Представленные выводы могут найти применение в практике работы учреждений системы социальной защиты и в подготовке программы повышения квалификации специалистов социальной сферы. Результаты исследования могут внести вклад в разработку вузовских курсов по социологии социальных проблем, социологии социальной сферы, социологии инвалидности, социальной работе с инвалидами.

Соответствие диссертации требованиям Паспорта научной специальности ВАК. Диссертационное исследование подготовлено в рамках специальности 22.00.04 – Социальная структура, социальные институты и процессы. Тема диссертации соответствует следующим пунктам Паспорта специальностей научных работников ВАК Министерства образования и науки РФ (социологические науки): п.11. «Социальная динамика и адаптация отдельных групп и слоев в трансформирующемся обществе»; п.21. «Роль социальных институтов в трансформации социальной структуры общества»; п.25. «Социальная мобильность в современной России. Различные стратегии адаптационного поведения людей».

Достоверность результатов исследования достигается за счет использования комплекса теоретико-методологических положений, конкретизирующих основные аспекты исследуемой проблемы, релевантных методов эмпирического исследования, включающих количественные и

качественные методы сбора данных, обработанных при помощи статистического аппарата.

Апробация результатов исследования осуществлена на 12 международных, всероссийских и региональных научных конференциях: «Питирим Сорокин и парадигмы глобального развития XXI века» (к 125-летию со дня рождения), 2014, Сыктывкар; «Социальные инновации в развитии трудовых отношений и занятости в XXI веке», 2014, Нижний Новгород; «Становление профессии «социальный работник»: методологии, модели и технологии», 2014, Тамбов; «Девятые Ковалевские чтения. Социология и социологическое образование в России», 2014, Санкт-Петербург; «Специфика профессиональной деятельности социальных работников», 2015, Нижний Новгород; «Шаг навстречу: связь теории и практики социальной работы», 2016 Архангельск; X Международная научная конференция «Сорокинские чтения» «Здоровье российского общества в XXI веке: социологические, психологические и медицинские аспекты», 2016 Москва; «Помогающие профессии: научное обоснование и инновационные технологии», 2016, Нижний Новгород; «Ломоносов-2017», 2017, Москва; «Трансформация человеческого потенциала в контексте столетия», 2017, Нижний Новгород.

Основные положения диссертационного исследования отражены в 17 публикациях общим объемом 6,21 п.л., в том числе в 3 статьях в научных изданиях, рекомендованных ВАК РФ.

Структура работы включает введение, две главы, заключение, список использованной литературы и приложения (Приложение 1. Анкета исследования «Реализация положений Конвенции ООН о правах инвалидов на территории Нижегородской области», Приложение 2. Гайд интервью «Механизмы информирования населения по вопросам социального обслуживания: опыт сотрудников социальной сферы» Приложение 3. Транскрипт интервью специалиста учреждения социальной защиты. Приложение 4. Транскрипт интервью «Влияние жизненных траекторий

инвалидов на процесс их социальной реабилитации»).

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ АНАЛИЗА ДОСТУПНОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ

1.1.Методологические подходы к исследованию социальной реабилитации инвалидов

Инвалидность как социальный феномен может быть рассмотрена с точки зрения различных социологических подходов.

Одним из научных подходов, используемых для анализа инвалидности, является структурный функционализм. Согласно данному подходу, общество определяется как система, включающая в себя множество структурных элементов, определяющих ее устойчивость и воспроизводство. Т.Парсонс рассматривал общество как равновесную систему и в связи с этим анализировал причины, способные вывести систему из равновесия. Одной из таких причин, по мнению Т.Парсонса, является болезнь. Болезнь как форма девиантного поведения приводит к конфликту индивида и общества. Т.Парсонс полагал, что болезнь проявляется вне зависимости от желания индивида, и поэтому тот в свою очередь пытается сделать данное состояние социально приемлемым и для этого обращается к врачу. Концепция роли больного, представленная в работе Т.Парсонса «О социальных системах», позволяет анализировать проблему инвалидности через призму способности индивидов выполнять свои социальные роли, необходимые для нормального функционирования социальной системы¹. Инвалидность рассматривается как одна из причин невыполнения социальных обязанностей. Для преодоления инвалидности необходима система здравоохранения, воспроизводящая роль врача и роль больного. В результате индивид принимает приписываемый ему социальный статус инвалида, под воздействием которого выстраивает взаимодействие внутри своей социальной группы и с обществом в целом.

¹ См.: Парсонс Т. О социальных системах: монография / Под общ. ред. В.Ф. Чесноковой. М.: Академический Проект, 2002. – С. 110.

Роль больного формируется как ответная реакция на приобретенный статус и подкрепляется социальными ожиданиями в отношении инвалидов, освобождая от ответственности, делая объектом заботы и внимания, мотивируя на сохранение этой роли.

Концепция роли больного, положительно оцениваясь социумом, делает инвалидов объектом жалости и благотворительности, акцентируя их несостоятельность, характеризуя как беспомощных, лишенных возможности вести полноценную жизнь¹.

Общение инвалида с представителями социальных или медицинских учреждений выстраивается на передаче ими ответственности за собственное благополучие государству ценой признания за ним права контролировать их жизнь.

Таким образом, роль врача или специалиста, которая, по мнению Т. Парсонса, направлена не только на поддержание баланса социальной системы, но и мотивацию индивида к изменению положения в обществе, не исполняется в современных реалиях.

Изменение социального статуса инвалида может быть достигнуто в результате реабилитации. Однако, результат реабилитационного процесса во многом определяется не только профессионализмом специалистов, задействованных в данном процессе, но и мотивацией индивида. В связи с этим интересно обратиться к определению мотивации и ее структуры. Т.Парсонс определял мотивацию как ориентацию относительно улучшения баланса удовлетворение – неудовлетворение действующего лица и выделял в ней три модуса ориентации:

- когнитивная (познавательная) ориентация, которая предполагает учет расположения физических и социальных объектов, определение их специфики, в особенности их функций в контексте цели, поставленной индивидом;

¹ Красуцкая О.В. Категории инвалидности и реабилитации в различных социологических концепциях // Вестник Пермского национального исследовательского политехнического университета. Социально-экономические науки. – 2017. – № 3. – С. 133-134.

- катектическая (эмоциональная) ориентация проявляется в положительной или отрицательной установке по отношению к тому или иному объекту, в эмоциональной тяге к удовлетворению конкретных потребностей;

- оценочная ориентация предполагает выбор из множества альтернатив, чтобы оптимизировать свои усилия по удовлетворению потребностей.¹

Данная структура позволяет проанализировать факторы, влияющие на мотивацию инвалида к реабилитации, в качестве которых можно выделить доступность системы социального обслуживания, информированность индивида о различных мерах поддержки, страх или стыд обращаться за помощью, выбор модели независимой жизни.

Изучить взаимодействие системы реабилитации инвалидов с индивидом и социумом в целом позволяет разработанная Т.Парсонсом функциональная сетка AGIL. Согласно четырехфункциональной парадигме, система для того, чтобы быть жизнеспособной, должна соответствовать четырем требованиям: адаптация (adaptation), целедостижение (goal attainment), интеграция (integration), латентность (latency) – удержание образца². Данные требования можно разделить на две группы, первая из которых характеризует взаимодействие системы с внешней средой, а другая предоставляет возможность рассмотреть процесс взаимодействия внутри социальной системы. В соответствии с основными положениями четырехфункциональной парадигмы система реабилитации разделяется на несколько самостоятельных социальных систем, каждая из которых выполняет основные функции. Функция адаптации выполняется учреждениями системы социальной защиты, которые помогают инвалиду изучить услуги, предоставляемые всеми агентами реабилитации и выстроить необходимую для получения помощи последовательность действий.

¹ См.: Парсонс Т. Система координат действия и общая теория систем действия: культура, личность и место социальных систем. М.: ИНИОН РАН, 1994. – С. 65.

² См.: Парсонс Т. О структуре социального действия. – М.: Академический Проспект, 2000. – 880 с.

В сферу обязанностей бюро медико-социальной экспертизы входит определение сроков, видов и результатов реабилитации, таким образом, данная подсистема выполняет функцию целедостижения.

Роль интегратора выполняют региональные министерства социальной политики, ответственные за организацию системы реабилитации в субъекте федерации. Указанный орган исполнительной власти выстраивает внутриведомственное и межведомственное взаимодействие для получения информации о работе каждой из подсистем в целях регулирования и контроля их деятельности.

Идеи структурного функционализма для анализа проблемы инвалидности используются современными исследователями Т.А.Добровольской, Н.А.Шабалиной¹, которые рассматривали вопросы интеграции инвалидов; А.Ю. Домбровской², изучающей объективные и субъективные критерии социальной адаптации инвалидов с позиции концепции установления равновесия системой / личностью в процессе социальной адаптации; Г.В.Жигуновой, анализирующей влияние инвалидности на повседневную жизнь индивида.

Г.В. Жигунова полагает, что набор качеств, которые включает в себя роль больного, определяется обществом в зависимости от исторического периода. Представления об инвалидности закрепляются и отражаются в символике и атрибутах (например, инвалидные коляски, костыли), выработанном языке социальной коммуникации (язык жестов), внутренней культуре (субкультура), что отделяет инвалидов от других членов общества³.

Данный социокультурный контекст приводит к стигматизации инвалидов. И. Гофман применял термин «стигма» для описания негативного

¹ См.: Добровольская, Т.А., Шабалина Н.Б. /Т.А. Добровольская, Н.Б.Шабалина // Инвалид и общество: социально-психологическая интеграция // Социологические исследования. – 1991. – № 5. – С.3

² См.: Домбровская, А. Ю. Социальная адаптация инвалидов /А. Ю. Домбровская // Социологические исследования. – 2011. – № 11. – С. 71-75.

³ Жигунова, Г.В. Исполнение роли «больного» инвалидами в повседневной жизни / Г.В. Жигунова // Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. Изд-во: ООО Издательство «Грамota». – Тамбов, 2015. – № 3-1 (53). – С. 92-96.

свойства индивида, при этом характер данного свойства устанавливается доминирующей социальной группой и полностью зависит от системы ее ценностей¹.

Согласно концепции И. Гофмана, инвалиды в процессе взаимодействия с другими индивидами постоянно подвергаются влиянию стигматизации, которая представляет собой двусторонний процесс. Таким образом, стереотипы в отношении инвалидов существуют как в общественном сознании, так и сознании самих инвалидов.

Инвалиды неодинаково относятся к социальной стигматизации. Е.В. Воеводина выделяет два типа поведения: принятие или сопротивление². Принятие прослеживается в пассивном соответствии приписываемому образу, в желании достичь выгоды от имеющегося социального статуса. Сопротивление выражается в компенсаторном поведении, стремлении устранить стигматизирующий фактор либо через противопоставление себя навязанному социальному портрету, используя положительную или отрицательную девиации. Отрицательная девиация представляет собой агрессивность, непринятие и непонимание себя, самоизоляцию. Положительная девиация связана с попытками индивида с инвалидностью приобрести высокий социальный статус, а именно стать успешным в карьере, спорте, творчестве.

Выбранный тип поведения будет определять самопрезентацию индивида, анализ которой важен при определении механизма реабилитации инвалида, поскольку позволяет выявить истинные мотивы, установки и ценности человека.

Основываясь на концепции И.Гофмана, М.Н. Реут полагает, что проблема инвалидности имеет динамический характер и катализируется

¹ Гофман И. Стигма: Заметки об управлении испорченной идентичностью. Часть 1. Стигма и социальная идентичность. Часть 2. Контроль над информацией и социальная идентичность (главы 3-6) // Пер. М.С. Добряковой. [Электронный ресурс]. – URL: <http://ecsocman.hse.ru/text/17687311/> (дата обращения: 10.05.2017).

² Воеводина Е.В. «Инвалид» как социальная стигма и пространство для дискуссий / Е.В. Воеводина // Человек. Общество. Инклюзия. – 2014. – № 4 (20). – С.13.

социальной средой, поэтому во взаимодействии с данной категорией граждан на первое место должно ставиться не физиологическое нарушение, а самооценку индивида, его личностные качества. Избавиться от ярлыка инвалидности возможно с позиций социального конструкционизма¹.

Основоположники конструкционистской теории Дж. Китсьюз и М. Спектор определяли социальную проблему как формулирование недовольства и выдвижение утверждений-требований индивидами или группами². Утверждения, представляющие собой обращения, жалобы, и протестные митинги, получают оценку со стороны социума, на основании которой делается вывод, признавать явление проблемой или нет. Исходя из этого, признание лица инвалидом зависит от мнения общества, которое может быть отличным и от самоопределения индивида со стойкими нарушениями здоровья, и от оценки экспертного сообщества.

Согласно теории конструкционизма, инвалид, как и каждый человек, попавший в трудную жизненную ситуацию, – это индивид, находящийся в условиях, определяемых большинством людей как отклонение от одной или нескольких важных для них социальных норм. Трудная жизненная ситуация рассматривается как интерпретация объективного условия, предполагающая, что инвалидность становится угрозой для определенных значимых для людей ценностей. Таким образом, инвалидами являются те, кого общество считает таковыми.

П.В.Романов, Е.Р.Ярская-Смирнова полагают, что лица с инвалидностью конструируются как адресаты социальной политики, объекты заботы, уход за которыми ложится на плечи семьи, общества и государства³.

По мнению данных авторов, инвалидность может по-разному восприниматься как самим человеком, так и его окружением и иметь разные

¹ См.: Реут, М.Н. Стигматизация – процесс выделения индивидов /М.Н. Реут// Власть. – 2008. – № 9. – С. 50-52.

² Спектор, М., Китсьюз Дж. Конструирование социальных проблем // Контексты современности-2: хрестоматия. – Казань, 2001. – С.161.

³ Романов, П.В., Ярская-Смирнова Е. Р. Политика инвалидности: Социальное гражданство инвалидов в современной России. – Саратов: Изд-во «Научная книга», 2006. – С.17.

последствия для участников взаимодействия. Инвалидность не является характеристикой индивида, а имеет социальное происхождение. В качестве подтверждения данной идеи можно привести исследование Джейна Мерсера, направленное на изучение социализации лиц с ментальной инвалидностью. После прохождения курса реабилитационных мероприятий в специализированном интернате часть пациентов возвращалась домой, а другая часть оставалась в интернате. В интернате оставались те клиенты, чьи семьи обладали высоким социальным статусом, а домой возвращались представители бедных, малообразованных семей. В результате те, кто возвращался в семью, впоследствии создавали свои семьи, устраивались на работу. Причины, объясняющие данный факт, состоят в том, насколько определение умственной отсталости родственниками совпадает с официальным диагнозом, и кому принадлежит инициатива поместить родственника в интернат – специалисту, врачу или семье.

Подобное отношение к инвалидам приводит к социальному исключению данной группы, что становится причиной бедности и маргинализации. Социальная эксклюзия анализируется как неблагоприятное положение индивида, с позиций его образовательных, профессиональных, финансовых и жилищных ресурсов, невысокого уровня вероятности доступа к социальным институтам, предоставляющих жизненные блага, долговременности периода данных ограничений.

Согласно мнению социологов, социальная эксклюзия в большей мере сосредоточена на процессе, что позволяет увидеть изменение положения индивида в структуре общества.

Некоторые исследователи выделяют объективную и субъективную социальную эксклюзию, полагая, что объективная социальная эксклюзия представляет собой совокупность барьеров, существующих и воспроизводимых в обществе, которые препятствуют предоставлению лицам с инвалидностью равных социальных возможностей.

Субъективная социальная эксклюзия – ощущение исключенности из

различных сфер жизни или ощущение наличия меньших возможностей реализации своего потенциала по сравнению с другими людьми¹.

Э.К. Наберушкина рассматривает социальную эксклюзию инвалидов в ракурсе доступности окружающей среды. Основным здесь становится понятие «социальных ловушек», которое применяется для описания физических барьеров, возникающих при осуществлении лицами с инвалидностью повседневной деятельности. «Социальной ловушкой» может быть невозможность выйти из собственной квартиры, посещать образовательные, культурные, социальные учреждения. Происходит геттоизация инвалидов – сосредоточение данной группы в определенном месте проживания, а именно в домах-интернатах, специализированном жилье для инвалидов, изоляция в квартирах домов, не оборудованных в соответствии с требованиями безбарьерной среды². Недоступность социальной среды тоже является причиной расположения инвалидов на нижних ступенях стратификационной социальной лестницы.

Сторонник конструкционистского подхода В.А.Петросян полагает, что положение инвалидов в социальной структуре определяется как реально существующими причинами, обусловленными заболеванием индивида, так и социальным конструктом инвалидности, который формируется в результате существования социально-средовых и социокультурных барьеров. Социолог полагает, что данный подход применим для анализа социального статуса и уровня интеграции инвалидов в общество, а также социальной политики в отношении данной категории граждан. В качестве основного инструмента интеграции инвалидов в общество В.А.Петросян рассматривает систему

¹ Коржук, С.В. Преодолевая социальную эксклюзию: стратегии людей с инвалидностью // Исследования молодых учёных: экономическая теория, социология, отраслевая и региональная экономика: сб. ст. / под ред. О.В. Тарасовой, А.А. Горюшкина. – ИЭОПП СО РАН - Новосибирск, 2015. - С.139.

² Наберушкина, Э.К. Город для всех: социологический анализ доступности городского пространства для инвалидов /Э.К. Наберушкина // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2011. – Т.XIV. № 3. (56). – С. 119.

социального обслуживания, включающую в себя систему реабилитации¹.

Реабилитация инвалидов как процесс и результат может быть проанализирована в рамках ресурсного подхода, поскольку она во многом определяется ресурсным потенциалом индивида.

Основы ресурсного подхода к социальным проблемам изложены в концепциях П.Бурдье, М.Кастельса, Г.Беккера. В качестве основного понятия данных концепций выступали ресурсы или капиталы. В целях определения ресурсного потенциала инвалидов рассмотрим понятия «человеческий капитал» и «ресурс».

Категория «человеческий капитал» стала широко использоваться в социологической литературе после выхода в 1964 году книги Г.Беккера «Человеческий капитал». Автор использовал данную концепцию для обоснования необходимости инвестиций в образование, медицинское обслуживание, социальное страхование граждан для повышения экономического роста.

Продолжил изучение данной категории П.Бурдье, который выделил три формы капитала: экономический, культурный, социальный, а также выделил основное свойство капитала – конвертируемость². Культурный капитал Бурдье – это и особенности поведения, и способность к обучению, и многие другие особенности, вытекающие из условий социализации каждого конкретного индивида, отражающие его труд по освоению культурного наследия. Согласно П.Бурдье, социальный капитал является групповым ресурсом и не может быть измерен на индивидуальном уровне, а также его объем и структура зависит от капитала людей, входящих в сеть связей данного индивида. Он соединяет все виды капитала.

По мнению Дж.Коулмена, социальный капитал представляет собой способность индивидов распоряжаться ограниченными ресурсами благодаря

¹ См.: Петросян, В.А. Социальная политика, определяющая интеграцию инвалидов /В.А.Петросян // Ученые записки Забайкальского государственного университета. – 2012. – №4. – С.173–175.

² Бурдье, П. Формы капитала. / Пер. М.С.Добряковой, науч. ред. В.В.Радаев // Экономическая социология. – 2005. – №3. – Том.6. – С.60.

членству в определенной социальной сети. Способность к накоплению социального капитала не является индивидуальной характеристикой личности, а особенностью той сети отношений, которую выстраивает индивид. Социальный капитал является продуктом включенности человека в социальную структуру.

Рассматривая инвалидность с точки зрения данного определения, следует отметить, что большинство инвалидов включены в узкую сеть социальных контактов и в результате не могут обладать значительным социальным капиталом. Вместе с этим включенность в небольшое количество социальных групп становится причиной снижения человеческого капитала индивида.

По мнению Дж.Коулмена, социальный капитал является значимым источником получения информации: «Человек не очень интересующийся текущими событиями, но желающий быть в курсе всего самого важного, может сэкономить время на чтении газеты, общаясь с людьми, уделяющими этому вопросу больше внимания»¹.

Социальный и человеческий капитал определяют ресурсный потенциал инвалида, который характеризует возможность индивида вернуться к общественно полезной деятельности.

Сторонник ресурсного подхода Н.Е.Тихонова полагает, что социальный капитал не только обеспечивает доступ к ресурсам других индивидов, но и помогает более эффективно использовать собственные ресурсы. Данный капитал может измеряться с помощью изучения включенности в неформальное общение, участия индивидов в общественных ассоциациях и сообществах, наличия знакомых, относящихся к высоким стратам общества, за помощью к которым можно обратиться в случае необходимости. Исследователь подчеркивает, что социальный капитал может конвертироваться в экономический, избавляет от финансовых издержек.

¹ Коулман Дж. Капитал социальный и человеческий / Дж. Коулман // Общественные науки и современность. – 2001. – № 3. – С. 121-139. – С. 128.

Социальный капитал позволяет упростить получение малодоступных ресурсов, а также избежать стигматизации¹.

Н.Е. Тихонова полагает, что ресурсы представителей социальных групп обладают тремя уровнями актуализации: ресурсный потенциал, реальный ресурс/актив, капитал. В случае если ресурс переходит в статус актива у индивида появляется возможность изменения жизненной ситуации².

Г.В.Жигунова выделяет измеримые индикаторы ресурсного потенциала инвалидов:

- показатели, характеризующие способности (к обучению, профессиональной и бытовой трудовой деятельности, творчеству, самообслуживанию, коммуникации);
- индикаторы, определяющие уровень реализации потребностей и степени удовлетворенности в процессе самореализации;
- индикаторы, позволяющие определить характер ценностных ориентаций, целей, идентичности;
- показатели, позволяющие определить степень вовлеченности индивидов в общественную жизнь, характер взаимодействий с людьми;
- показатели самооценки уровня здоровья³.

Ресурсный потенциал индивида во многом зависит от ресурсности его семьи. З.Х. Саралиева характеризует ресурсность семьи как совокупность потенциалов, необходимых для формирования и удовлетворения потребностей семьи⁴.

З.Х. Саралиева выделяет следующие ресурсы семьи:

- ресурс родственных связей и поддержки: родители; родственники;
- ресурсы чувств: любви; доверия; уважения, взаимопонимания;

¹ Тихонова, Н.Е. Социальный капитал как фактор неравенства /Н.Е.Тихонова// Общественные науки и современность. – 2004. –№ 4. – С.25-34.

² Тихонова, Н.Е. Социальная стратификация в современной России: опыт эмпирического анализа / Н.Е. Тихонова. – М.: Институт социологии РАН, 2007.– С. 218.

³ Ресурсный потенциал инвалидов ювенальной категории: монография / Г.В.Жигунова, И.Л.Ткаченко. – М. – Берлин: Директ-Медиа, 2014 – С.116.

⁴ Саралиева, З.Х. Семья – клиент социальной работы: Учебное пособие / З.Х. Саралиева. – Нижний Новгород: ННГУ, 2003. – С. 79.

- ресурс психологического равновесия: принятие и амортизация перемен, освоение новых семейных ролей, толерантность;
- физические ресурсы, здоровье;
- статусный ресурс: сохранение, вертикальная мобильность;
- человеческие ресурсы: количество членов семьи; личностный потенциал членов семьи;
- адаптационный ресурс: освоение новых внесемейных ролей, перемен во внесемейном пространстве;
- коммуникативно-информационные ресурсы: образование, профессия, коммуникабельность, источники информации, среда общения;
- финансовые, материальные ресурсы: доход, собственность, сбережения;
- интеллектуальный ресурс членов семьи;
- креативный ресурс семьи в целом и её членов;
- ресурс социальных связей: коллеги, друзья, группы взаимопомощи, соседи, социальные институты¹.

Ресурсный потенциал семьи может по-разному расположить семью и ее членов в системе социальной реабилитации: в качестве пассивного клиента или активного участника реабилитационного процесса.

Ресурсная семья является наиболее функциональной и реабилитирующей средой.

В нормативных правовых актах, а также специалистами в сфере медико-социальной экспертизы наиболее часто употребляется понятие реабилитационный потенциал инвалида. Э.Н.Демина определяет реабилитационный потенциал как комплекс биологических, психофизиологических и социально-психологических характеристик человека, а также социально-средовых факторов, позволяющих в той или

¹ Саралиева, З.Х. Семья – клиент социальной работы: Учебное пособие / З.Х. Саралиева. – Нижний Новгород: ННГУ, 2003. – С. 80.

иной степени реализовать его потенциальные возможности¹.

Автор выделяет несколько составляющих реабилитационного потенциала:

- социально-бытовой потенциал – возможность улучшения способности к самообслуживанию и самостоятельному проживанию инвалида;
- социальный потенциал – возможность восстановления социального статуса или формирования нового социального статуса;
- социально-средовой потенциал – возможность адаптации инвалида к условиям общественной жизни².

Ресурсный подход может применяться не только для анализа ресурсной обеспеченности индивида, но и для анализа ресурсности системы реабилитации, которая включает в себя несколько уровней: государственной политики, социальных представлений, сети учреждений.

Исследователи определяют ресурсы сферы социального обслуживания как совокупность материальных и нематериальных сил и средств из различных источников, которые могут использоваться и которые применяют в своей деятельности социальные учреждения как экономические субъекты для решения трудной жизненной ситуации и удовлетворения потребностей своих клиентов и/или групп населения, для оказания социальных услуг³.

Оценка ресурсности учреждения включает анализ всех видов ресурсов организации, к которым относят финансовые, человеческие, материальные, технологические и информационные ресурсы организации.

Понимание уровней системы реабилитации, ресурсности ее элементов, а также ресурсного потенциала клиента позволяет оценить доступность данной системы.

¹ Демина Э.Н., Танюхина Э.И., Шестаков В.П., Свинцов А.А. Социальная реабилитация граждан пожилого возраста и инвалидов: Методические рекомендации. – СПб., 2004. – С.4.

² Там же. – С. 5.

³ Рушева, А.В. Ресурсный подход к управлению социальными учреждениями/ А.В.Рушева // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. – 2010. – № 3 (19). – С.57.

Социальную реабилитацию инвалидов целесообразно рассмотреть в качестве социальной услуги. Исходя из определения социальной услуги в Федеральном законе от 28.12.2013 №442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», мероприятия по социальной реабилитации можно отнести к категории социальных услуг, поскольку они направлены на расширение возможностей индивида самостоятельно обеспечивать свои потребности.

Сопоставив Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» с ГОСТ Р 53059-2014 «Социальное обслуживание населения. Социальные услуги инвалидам» и ГОСТ Р 54738-2011 «Реабилитация инвалидов. Услуги по социальной реабилитации инвалидов», следует отметить, что виды реабилитации, указанные в законе трудно соотносятся с видами социальных услуг инвалидам и услуг по социальной реабилитации инвалидов, перечисленными в стандартах (табл. 1).

Таблица 1.

**Сопоставление видов реабилитации, видов социальных услуг
инвалидам и услуг по социальной реабилитации инвалидов на основе
нормативных правовых актов**

Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»	ГОСТ Р 54738- 2011 Реабилитация инвалидов. Услуги по социальной реабилитации инвалидов	Федеральный закон «О социальном обслуживании граждан в Российской Федерации»	ГОСТ Р 53059-2014 Социальное обслуживание населения. Социальные услуги инвалидам
Социально-средовая реабилитация	услуги по социально- средовой реабилитации (обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации и транспортными средствами, обучение инвалида и членов его семьи	социально- бытовые услуги (направлены на поддержание жизнедеятельно- сти получателей социальных услуг в быту)	социально-бытовые услуги (оснащение занимаемых инвалидами жилых помещений специальными средствами и приспособлениями в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида, помощь в

Продолжение таблицы 1.

Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»	ГОСТ Р 54738-2011 Реабилитация инвалидов. Услуги по социальной реабилитации инвалидов	Федеральный закон «О социальном обслуживании граждан в Российской Федерации»	ГОСТ Р 53059-2014 Социальное обслуживание населения. Социальные услуги инвалидам
	пользованию техническими средствами реабилитации, рекомендации по адаптации жилья к потребностям инвалида с учетом ограничения его жизнедеятельности.		осуществлении гигиенических процедур, предоставление транспорта для поездки инвалидов к местам лечения, обучения, участия в культурно-досуговых мероприятиях, обучение использованию технических средств реабилитации и др.)
Социально- педагогическая реабилитация	услуги по социально- педагогической реабилитации (социально- педагогическая диагностика; социально- педагогическое консультирование; педагогическая коррекция; коррекционное обучение; педагогическое просвещение; социально- педагогический патронаж и поддержку)	социально- педагогические услуги (направленные на профилактику отклонений в поведении и развитии личности получателей социальных услуг, формирование у них позитивных интересов (в том числе в сфере досуга), организацию их досуга, оказание помощи семье в воспитании детей)	социально- педагогические услуги (организация получения образования инвалидами с учетом их физических возможностей, услуги, связанные с социально-трудовой реабилитацией, организация досуга, педагогическая коррекция и др.)

Продолжение таблицы 1.

Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»	ГОСТ Р 54738-2011 Реабилитация инвалидов. Услуги по социальной реабилитации инвалидов	Федеральный закон «О социальном обслуживании граждан в Российской Федерации»	ГОСТ Р 53059-2014 Социальное обслуживание населения. Социальные услуги инвалидам
Социально- психологическая реабилитация	услуги по социально- психологической реабилитации (психологическое консультирование, психологическая диагностика, психологическая коррекция; психотерапевтичес- кая помощь; социально- психологический тренинг; психологическая профилактика; социально- психологический патронаж)	социально- психологические услуги (оказание помощи в коррекции психологического состояния получателей социальных услуг для адаптации в социальной среде)	социально- психологические (социально- психологическое консультирование, психологическая коррекция, психологический тренинг, социально- психологический патронаж и др.)
Социокультурная реабилитация	услуги по социокультурной реабилитации (обучение инвалида навыкам проведения отдыха, досуга, проведение мероприятий, удовлетворяющих социокультурные и духовные запросы инвалидов, содействие в обеспечении доступности для инвалидов посещений театров, музеев, кинотеатров, библиотек)	социально- педагогические услуги	социально- педагогические услуги (организация досуга)

Продолжение таблицы 1.

Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»	ГОСТ Р 54738-2011 Реабилитация инвалидов. Услуги по социальной реабилитации инвалидов	Федеральный закон «О социальном обслуживании граждан в Российской Федерации»	ГОСТ Р 53059-2014 Социальное обслуживание населения. Социальные услуги инвалидам
Социально-бытовая адаптация	услуги по социально-бытовой адаптации (обучение инвалида навыкам личной гигиены, самообслуживания, в том числе с помощью технических средств реабилитации)	социально- бытовые услуги	социально-бытовые услуги (помощь в приготовлении пищи, уборке помещения и др.)
		социально- медицинские услуги (направлены на поддержание и сохранение здоровья получателей социальных услуг путем организации ухода, оказания содействия в проведении оздоровительных мероприятий, систематического наблюдения за получателями социальных услуг для выявления отклонений в состоянии их здоровья)	социально- медицинские (содействие в оказании бесплатной медицинской помощи, обеспечение ухода с учетом состояния здоровья (обтирание, обмывание, гигиенические ванны, стрижка ногтей, причесывание и др.), содействие в проведении медико- социальной экспертизы и др.)

Окончание таблицы 1.

Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»	ГОСТ Р 54738-2011 Реабилитация инвалидов. Услуги по социальной реабилитации инвалидов	Федеральный закон «О социальном обслуживании граждан в Российской Федерации»	ГОСТ Р 53059-2014 Социальное обслуживание населения. Социальные услуги инвалидам
		социально- трудовые услуги (направлены на оказание помощи в трудоустройстве и в решении других проблем, связанных с трудовой адаптацией)	социально- экономические (содействие в получении материальной помощи, консультирование по вопросам самообеспечения)
		социально- правовые (направлены на оказание помощи в получении юридических услуг, в том числе бесплатно, в защите прав и законных интересов получателей социальных услуг)	социально-правовые (консультирование по вопросам социального обслуживания, оказание помощи в подготовке и подаче жалоб на социальные службы, оказание помощи в оформлении документов, в том числе удостоверяющих личность; оказание помощи в пенсионном обеспечении и предоставлении других социальных выплат и др.)
		услуги в целях повышения коммуникативног о потенциала получателей социальных услуг	социально- психологические (проведение занятий в группах взаимоподдержки, клубах общения)
		срочные социальные услуги	социально- психологические (экстренная психологическая помощь), социально- бытовые.

Перечень и описание услуг по реабилитации инвалидов полностью раскрывают содержание конкретного вида реабилитации. Следует отметить, что услуги по социальной реабилитации инвалидов трудно соотносятся с видами социальных услуг, поскольку предоставление одного вида услуг по социальной реабилитации может осуществляться за счет нескольких видов социальных услуг ввиду разницы в дефинициях, а также за счет того, что социальные услуги, более детализированные и включают в себя больший спектр мероприятий. По результатам анализа стандартов, следует отметить, что и в том, и другом стандартах некоторые мероприятия дублируют друг друга и могут относиться к двум разным видам услуг по реабилитации и социальных услуг.

Социальная реабилитация инвалидов представляет собой частный случай социальной услуги, в связи с тем, что направлена на помощь индивиду с нарушениями здоровья в восстановлении его социального статуса и возможности вести независимый образ жизни.

Нормативно-правовой аспект социальной реабилитации представлен в ряде работ.

В.Г.Суханов анализирует законодательные барьеры (длительные сроки присвоения статуса «инвалид», низкие размеры компенсации за самостоятельно приобретаемые технические средства реабилитации), препятствующие социальной реабилитации инвалидов, отсутствие которой становится причиной социальной эксклюзии инвалидов¹.

Э.Н. Демина выявляет основные принципы и содержание индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов².

М.Н.Кичерова полагает, что система социальной реабилитации инвалидов должна в первую очередь опираться на семью как социальный институт и малую социальную группу, а только затем на систему

¹ См.: Суханов В.Г. Социолого-управленческая модель реабилитации стомированных инвалидов: монография. / В.Г. Суханов. — М.: КНОРУС: ООО «Квант Медиа», 2016. — С.18.

² См.: Демина, Э.Н. Основные принципы и содержание мероприятий при разработке социального компонента индивидуальной программы реабилитации и абилитации //Э.Н.Демина // Профилактическая и клиническая медицина. — 2016. — №2 (59). — С. 44-48.

специализированных учреждений. В связи с этим программы реабилитации инвалида должны быть направлены не на оказание материальной поддержки, а на активизацию ресурсов инвалида и его семьи. Данные программы должны проходить оценку со стороны экспертного сообщества, представителями которого являются инвалиды¹.

Суть и механизмы социальной реабилитации могут быть рассмотрены с позиции существующих форм взаимодействия с нетипичными людьми, среди которых Т.И.Черняева выделяет нормализацию (мейнстриминг), включение (инклюзия), интеграция.

Нормализация предполагает, что общество предоставляет возможности инвалидам приблизиться к нормальной жизни в такой степени, в какой это возможно. Для достижения данной цели широко применяются ассистивные технологии. Они представляют собой все виды оборудования, информационных материалов, помогающих индивиду компенсировать недостатки и развить функциональные возможности организма. Ассистивные технологии – это не только оборудование, но и особый тип услуг, позволяющий индивидам жить в рамках социальной нормы здоровья.

Инклюзия рассматривается как легитимация статуса инвалида в социальном пространстве, включенность индивида в деятельность малых социальных групп. Идея социального включения связана с теорией семейных систем, согласно которой семья становится главным ресурсом реабилитации индивида. В качестве технологии работы используется ранняя интервенция, включающая семейный тренинг, консультирование, наблюдения на дому, специальный инструктаж, психологические и медицинские услуги. Ранняя интервенция рассматривается автором как практика вложения социального капитала в семью инвалида, в результате которого минимизируется вероятность помещения инвалидов в специализированные учреждения и максимизируется их потенциал независимой жизни в обществе.

¹ Кичерова, М.Н. Социальная реабилитация инвалидов в современных условиях /М.Н.Кичерова// Вестник СамГУ. –2007. – 5/1 (55). – С. 141.

Интеграция предполагает включение инвалида в макроструктуру общества. Интеграция направлена на создание ситуации, обеспечивающей полное участие и социальную активность индивида. Технологией интеграции является кейс-менеджмент, осуществляемый командой специалистов, где каждый ее представитель является носителем соответствующих институциональных ценностей и ресурсов, применимых для решения проблемы индивида¹.

Интеграция может быть рассмотрена как результат комплексной реабилитации инвалида, поскольку реабилитация как система имеет несколько направлений, включая медицинскую реабилитацию, профессиональную ориентацию, социальную реабилитацию, физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт.

Представленные методологические подходы позволяют проанализировать различные аспекты социальной реабилитации инвалидов, определяющие доступность данной услуги для инвалидов.

1.2. Доступность социальной реабилитации инвалидов как принцип социального обслуживания

Доступность – один из основополагающих принципов социального обслуживания, определенный Федеральным законом Российской Федерации от 28.12.2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»². На основании статей указанного нормативно-правового акта можно установить, что данный принцип выражается в государственной гарантии прав граждан на основные виды социального обслуживания и возможности получения бесплатного и частично оплачиваемого социального обслуживания в государственной системе

¹Черняева, Т.И. Социальная реабилитация «нетипичных детей» /Т.И. Черняева //Социологические исследования. – 2005 –.№6. – С. 88-91.

² Федеральный закон «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» от 28.12.2013 г. № 442 – ФЗ (с изменениями на 21.07.2014) // [Электронный ресурс]: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_166044/

социальных служб, а также в коммерческих и социально ориентированных некоммерческих организациях. Следует отметить, что доступность характеризуется равенством прав на социальное обслуживание, которыми обладают как граждане Российской Федерации, так и постоянно проживающие в стране иностранные граждане, а также государственным обеспечением прав граждан на получение в системе социальных служб бесплатной информации о возможностях, видах, порядке и условиях социального обслуживания. Другое проявление указанного принципа – это возможность получения социального обслуживания как на дому, так и в полустационарных, стационарных учреждениях социального обслуживания. Доступность также рассматривается как приближенность поставщиков социальных услуг к месту жительства получателей социальных услуг, достаточность количества поставщиков социальных услуг для обеспечения потребностей граждан в социальном обслуживании, достаточность финансовых, материально-технических, кадровых и информационных ресурсов у поставщиков социальных услуг¹.

В целях определения оптимальной укомплектованности штата социальных учреждений специалистами Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации совместно с ФГБУ «Научно-исследовательский институт труда и социального страхования» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации подготовлены методические рекомендации по определению норм нагрузки социального работника в сфере социального обслуживания². Данный документ позволяет определить годовую норму нагрузки социального работника – нормативное количество получателей социальных услуг,

¹ Красуцкая О.В. Правовые аспекты доступности мероприятий по социальной реабилитации и абилитации для инвалидов // X Международная научная конференция «Сорокинские чтения» «Здоровье российского общества в XXI веке: социологические, психологические и медицинские аспекты»: сборник материалов. М.: Изд-во Московского университета, 2016. – С. 485

² Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 15.10.2015 №725 «Об утверждении Методических рекомендаций по определению норм нагрузки социального работника в сфере социального обслуживания» // [Электронный ресурс]: <https://rosmintrud.ru/docs/mintrud/orders/438/>

которым специалист должен предоставить помощь в течение года. Этот показатель варьируется в зависимости от формы социального обслуживания, а также территориальных условий предоставления услуги (город / село). Методические рекомендации определяют типовые нормы времени на социальные услуги, формулы расчета трудоемкости оказания социальных услуг, штатной численности социальных работников.

По мнению Е.А. Коваленко, декларируемое в нормативных правовых документах равенство индивидов само по себе не означает, что услуги становятся в равной степени доступными для всех¹. Степень равенства в доступе к социальным программам зависит от множества причин. С точки зрения А.М. Панова, причинами, ограничивающими доступ отдельных категорий граждан к услугам сферы социального обслуживания, можно считать значительную численность потенциальных потребителей услуг, монополизацию сферы социального обслуживания государственными поставщиками социальных услуг, неравномерность развития системы социального обслуживания в различных регионах, отличия в объёме и качестве предоставляемых отдельными учреждениями услуг, вызванные разницей располагаемых ресурсов, и недостаточной ориентацией на конечный результат². Также одним из наиболее важных обстоятельств низкого уровня доступности социальных услуг является то, что социальное обслуживание в большинстве случаев осуществляется по заявительному принципу, который не позволяет учитывать индивидов, не обращающихся за помощью ввиду различных причин, хотя и нуждающихся в ней. Это приводит к занижению данных о численности граждан, которые нуждаются в социальном обслуживании, что в дальнейшем может отразиться на количестве учреждений подобного профиля и усугубить проблему доступа населения к социальному обслуживанию. Кроме того, существуют и другие

¹ См.: Модели организации адресной социальной помощи: метод. пособие / Е.А. Коваленко, Е.Л. Строкова, О.А. Феоктистова. – М.: Фонд «Институт экономики города», 2009. – С.126.

² См.: Панов, А.М. Повышение доступности и качества услуг социального обслуживания: современная ситуация и перспективы решения актуальных проблем / А.М. Панов // Отечественный журнал социальной работы. – 2006. – № 4. – С. 10.

причины, на основании которых можно выделить различные виды доступности:

- географическая доступность – близость учреждений социальной защиты по отношению к потенциальным получателям услуг;
- транспортная доступность – возможность использования общественного транспорта и средств передвижения, принадлежащих социальным службам и другим организациям, для обращения в учреждения, предоставляющие социальное обслуживание;
- физическая доступность – оснащённость организаций специальными приспособлениями для лиц, имеющих проблемы с передвижением;
- материальная доступность – наличие денежных средств на оплату некоторых видов социального обслуживания или на затраты, косвенно связанные с получением услуг, например, расходы на транспорт, ксерокопию;
- временная доступность – наличие ресурсов времени для обращения за услугой;
- доступность, формируемая под воздействием социокультурных причин – социальные и психологические характеристики человека, способствующие обращению в учреждения социальной защиты населения, а также отношение общества к получателям социальных услуг;
- информационная доступность – распространенность информации о программах социального обслуживания, позволяющая гражданам реализовывать свои права на получение различных видов социальных услуг¹.

Географическая доступность учреждений социальной защиты определяется наличием в регионе развитой сети учреждений социального обслуживания. Для расчета потребности субъектов Российской Федерации в развитии сети организаций социального обслуживания подготовлены

¹Красуцкая О.В. Возможности применения информационных технологий для обеспечения доступности социальных услуг // Становление профессии «социальный работник»: методологии, модели и технологии: материалы IV Международной научно-практической Интернет-конференции. 20-24 октября 2014 г. / отв. ред. Н.В. Гарашкина. Тамбов: Изд-во ТГУ им. Г.Р. Державина, 2014. - С.273.

методические рекомендации, утвержденные приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 24.11.2014 №934н. Указанный нормативный правовой акт позволяет определить необходимое количество всех видов учреждений социального обслуживания в зависимости от количества населения различных социально-демографических групп, которые могут являться потенциальными получателями социальных услуг того или иного вида учреждения. Например, количество мест в домах-интернатах для престарелых и инвалидов устанавливается исходя из расчета 30 мест на 10 тысяч населения старше 18 лет. Аналогичные выкладки приведены для каждого вида учреждений.¹

Проблема материальной доступности услуг по социальной реабилитации для инвалидов амбивалентно изложена в законодательстве.

Реабилитационные мероприятия, указанные в индивидуальной программе реабилитации и абилитации инвалида, оказываются и на платной, и на бесплатной основе. Инвалид освобождается от оплаты только тех реабилитационных мероприятий, прописанных в индивидуальной программе реабилитации и абилитации инвалида, которые предусмотрены Федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденным распоряжением Правительства Российской Федерации от 30.12.2005 №2347-р. Мероприятия по социальной реабилитации в данный перечень не включены, а значит, отсутствует основание для их бесплатного предоставления. Однако, если рассматривать мероприятия по социальной реабилитации в качестве социальной услуги, то для ответа на вопрос относительно их оплаты следует обратиться к Федеральному закону от 28.12.2013 №442-ФЗ. В соответствии со статьей 31 данного закона, гражданин имеет право на бесплатное получение социальных услуг, если его

¹ Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 24.11.2014 №934н «Об утверждении методических рекомендаций по расчету потребности субъектов Российской Федерации в развитии сети организаций социального обслуживания» // [Электронный ресурс]: <https://rosmintrud.ru/docs/mintrud/orders/330>.

среднедушевой доход ниже предельной величины или равен предельной величине среднедушевого дохода для предоставления социальных услуг бесплатно, установленного в регионе.

Таким образом, для того чтобы гражданин бесплатно мог получить мероприятия по социальной реабилитации должны быть соблюдены два условия: рекомендации к данным мероприятиям в индивидуальной программе реабилитации и абилитации инвалида и наличие среднедушевого дохода, уровень которого ниже или равен среднедушевому доходу, установленному для получения социальных услуг¹.

Проблемы физической и транспортной доступности подробно рассматриваются в работах Э.К.Наберушкиной. Социолог полагает, что общество создает новые барьеры для инвалидов вместо обеспечения доступности социального пространства. К городским барьерам относятся плохое состояние тротуаров, наличие лестниц, высоких бордюров и порогов, скользких покрытий, отсутствие поручней, звуковых светофоров, пандусов. Невозможность пользоваться общественным транспортом определяется непригодностью транспортных средств для нужд инвалидов, нетерпимым отношением водителей и пассажиров, страхом передвигаться без поводыря². Исследователь в качестве способа решения проблемы доступности социального пространства, определяемой как возможность использования городской инфраструктуры инвалидами, видит универсальный дизайн. Согласно Конвенции ООН о правах инвалидов, универсальность дизайна определяется через максимально возможную степень пригодности для использования всеми людьми предметов, обстановок, программ и услуг без их специальной адаптации. Универсальный дизайн в некоторых аспектах противопоставляется

¹ Красуцкая О.В. Правовые аспекты доступности мероприятий по социальной реабилитации и абилитации для инвалидов // X Международная научная конференция «Сорокинские чтения» «Здоровье российского общества в XXI веке: социологические, психологические и медицинские аспекты»: сборник материалов. М.: Изд-во Московского университета, 2016. – С.486

² Наберушкина, Э.К. Доступность городской среды для инвалидов / Э.К.Наберушкина // Социологические исследования. – 2010. - № 9. – С. 58-65.

доступной среде, поскольку он направлен на удовлетворение потребностей всех граждан, в то время как доступная среда формируется за счет применения специальных приспособлений. Использование средств, компенсирующих различные физические ограничения инвалидов, по мнению автора, лишь отчасти позволяют решить проблему доступной среды, поскольку не способствуют нормализации жизни инвалидов, а наоборот, закрепляют дискриминацию и особый статус инвалида. Создание доступной среды вместо применения принципа универсального дизайна сводится к набору мероприятий для наиболее незащищенных представителей данной социальной группы, а именно к наполнению домов-интернатов реабилитационной техникой, строительству реабилитационных центров с учетом нормативов доступности, проведению развлекательных мероприятий для инвалидов. Автор предлагает для решения проблемы доступности сосредотачиваться не на инвалидности, а на условиях окружающей среды¹.

Анализируя доступность, формируемую под воздействием социокультурных причин, Н.Ф.Дементьева выделяет эмоциональный и коммуникативный барьеры. Эмоциональный барьер формируется в результате отрицательных эмоциональных реакций со стороны социума по отношению к инвалиду – насмешек, неловкости, любопытства, гиперопеки, страха, чувства вины, негативных эмоций инвалида: недоброжелательность по отношению к окружающим, жалость к себе, ожидание повышенного внимания, желание обвинить кого-то в своих проблемах, стремление к изоляции. Данная психологическая ситуация затрудняет процесс взаимодействия инвалида с социальной средой, и в результате индивид с ограниченными возможностями и его ближайшее окружение остро нуждаются в нормализации эмоционального фона их взаимодействия с окружающим миром.

Эмоциональный барьер тесно связан с коммуникативным барьером, в

¹ Наберушкина, Э.К. Перспективы создания доступной среды / Э.К.Наберушкина // Вестник СГТУ. – 2012. - № 1 (63). – С. 205-208.

основе которого лежит расстройство общения, являющегося следствием физических ограничений и выступающего психологической защитой¹.

Е.В.Ильченко рассматривает доступность социальных услуг как показатель структурного критерия институционального анализа социального обслуживания, по которому определяется соответствие структуры социального обслуживания государственным стандартам, устанавливающим минимальные требования к объему и качеству социальных услуг. Наряду с данным показателем социолог выделяет такие, как достаточность учреждений социального обслуживания и структурных подразделений для обеспечения соответствующих потребностей индивидов, соответствие «мощности» учреждений нормам предоставления услуг социального обслуживания. Вместе с этим используется критерий функциональности, позволяющий количественно оценить реализацию основных функций института социального обслуживания. К индикаторам критерия функциональности автор относит:

- осведомленность индивидов о праве получения социального обслуживания;
- осведомленность системы, предоставляющей социальные услуги, о потребностях их получателей;
- своевременность предоставления клиентам информации о предоставляемых социальных услугах;
- соответствие функций системы социального обслуживания потребностям клиентов;
- деятельность системы социального обслуживания по выявлению потребностей клиентов;
- влияние социального обслуживания на поведение индивидов².

На наш взгляд, вышеперечисленные критерии и индикаторы влияют на

¹ Холостова Е.И., Дементьева Н.Ф. Социальная реабилитация: Учебное пособие. / Е.И.Холостова, Н.Ф.Дементьева // М. – 2002. –С.40.

² Ильченко, Е.В. Критерии институционального анализа социального обслуживания людей с инвалидностью / Е.В.Ильченко // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. – 2011. - № 3. – С. 320-321.

доступность социальных услуг.

Автор подчеркивает высокую значимость информационного аспекта предоставления социальных услуг.

Обеспечение доступности информации о социальном обслуживании регулируется органами государственной власти различного уровня. В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 28.12.2013 N 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» к полномочиям федерального органа государственной власти в сфере социального обслуживания относится утверждение порядка размещения информации о поставщике социальных услуг на официальном сайте поставщика социальных услуг в сети Интернет. В свою очередь органы государственной власти субъектов Российской Федерации обязаны обеспечить бесплатный доступ к информации о поставщиках социальных услуг, предоставляемых ими социальных услугах, сроках, порядке и условиях их предоставления, в том числе через средства массовой информации, включая обязательное размещение информации на официальных сайтах.

К обязанностям социальных служб относится бесплатное, в доступной для клиентов форме предоставление информации об их правах и обязанностях в сфере социального обслуживания; использование информации о получателях социальных услуг в соответствии с требованиями о защите персональных данных; предоставление уполномоченному органу субъекта Российской Федерации информации для формирования регистра получателей социальных услуг.

Соблюдение поставщиком социальных услуг своих прав и обязанностей является залогом его информационной открытости, под которой понимается формирование общедоступных информационных ресурсов, содержащих информацию о деятельности поставщика, обеспечение доступа к данным ресурсам с помощью размещения их на информационных стендах в помещениях поставщиков социальных услуг, в средствах массовой

информации, в сети Интернет, в том числе на официальном сайте организации социального обслуживания.

Перечислим некоторые пункты, указанные в Федеральном законе Российской Федерации №442-ФЗ, относительно которых поставщик социальных услуг должен предоставлять полную и доступную информацию: дата государственной регистрации, учредитель, место нахождения, график работы, контактный телефон, адрес электронной почты; структура и органы управления организации социального обслуживания; форма социального обслуживания, виды социальных услуг, порядок и условия их предоставления, тарифы на социальные услуги; численность получателей социальных услуг по формам социального обслуживания и видам социальных услуг за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации и в соответствии с договорами за счет средств физических лиц и (или) юридических лиц.

Информационная открытость организаций социального обслуживания позволяет клиентам выбирать поставщика социальных услуг, отстаивать свои интересы.

Информация о социальных учреждениях представляется в реестре поставщиков социальных услуг. Данный реестр включает в себя сведения об общем количестве мест, предназначенных для предоставления социальных услуг, о наличии свободных мест, в том числе по формам социального обслуживания, информация об условиях предоставления социальных услуг, об опыте работы поставщика социальных услуг за последние пять лет, о результатах проведенных проверок и т.д.

Доступность социальных услуг для инвалидов может быть рассмотрена как совокупность показателей оценки региональной системы реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, включающей:

- сформированность комплексного подхода к организации региональной системы реабилитации в субъекте Российской Федерации;
- укомплектованность организаций, предоставляющих

реабилитационные / абилитационные мероприятия специалистами соответствующего профиля исходя из потребности;

- сформированность региональной информационной базы, учитывающей информацию о потребностях инвалидов в реабилитационных / абилитационных мероприятиях.

Комплексный подход к организации региональной системы реабилитации подразумевает совокупность взаимосвязанных мер, охватывающих основные направления реабилитации, предоставляемых учреждениями различных сфер деятельности (здравоохранение, образование, социальная защита, физическая культура и спорт, культура, труд и занятость, информация и связь), регламентированных региональной нормативно-правовой и методической базой¹.

Согласно «Стандартным правилам обеспечения равных возможностей для инвалидов», реабилитация представляет собой процесс, имеющий целью помочь инвалидам достигнуть оптимального физического, интеллектуального, психического и/или социального уровня деятельности и поддерживать его, предоставив им тем самым средства для изменения их жизни и расширения рамок их независимости. Реабилитация может включать меры по обеспечению и/или по восстановлению функций или компенсации утраты или отсутствия функций или функционального ограничения. Процесс реабилитации не предполагает лишь оказание медицинской помощи. Он включает в себя широкий круг мер и деятельности, начиная от начальной и более общей реабилитации и заканчивая целенаправленной деятельностью, например, восстановлением профессиональной трудоспособности².

Содержание социальной реабилитации определяется в соответствии с теоретическими и практическими подходами к рассмотрению инвалидности.

¹ Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 30.06.2017 N 545 «Об утверждении методики оценки региональной системы реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов»// [Электронный ресурс]: <https://rosmintrud.ru/docs/mintrud/orders/635>.

² Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов (приняты Генеральной Ассамблеей ООН 20.12.1993) // [Электронный ресурс]: http://www.kgmu.kcn.ru/files/miftahova89/Standartnie_pravila_obespechenia.pdf

Модели инвалидности представляют собой основные установки общества в отношении лиц с инвалидностью.

Е.А.Тарасенко была предложена классификация, включающая двенадцать моделей инвалидности, в основе которых лежат две парадигмы инвалидности: традиционная, или медицинская и посттрадиционная, или социальная. В число традиционных моделей входят: религиозная, медицинская, экономическая, реабилитационная и модель функциональной ограниченности. Данные модели рассматривают инвалидность как ограничения, вызванные состоянием здоровья индивида. К посттрадиционным моделям автор относит британские и американские модели инвалидности, которые обращали внимание на взаимодействие инвалидов с окружающей средой.¹

В рамках религиозной модели инвалидность рассматривается как результат божьего промысла, изменить который не может ни сам индивид, ни его социальное окружение. В связи с этим в русле данной концепции реабилитация инвалида не представляется возможной.

Согласно медицинской модели, инвалидность рассматривается как болезненное состояние человека, ввиду которого индивид не может выполнять свои социальные функции на том же уровне, что и другие представители социума. Медицинская модель инвалидности предполагает лишь один вид реабилитации – медицинскую, включающую реконструктивную хирургию, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение. Основная задача данной модели – максимально возможное восстановление утраченной функции организма. Медицинская реабилитация направлена на то, чтобы помочь инвалиду войти или вернуться в благоприятную среду, изменяя его таким образом, чтобы он был более физически приспособлен жить в неизменном, неприспособленном мире. Это и остается важнейшей частью реабилитационного процесса, особенно на

¹ Тарасенко, Е.А. Социальная политика в области инвалидности: кросскультурный анализ и поиск оптимальной концепции для России /Е.А. Тарасенко // Журнал исследований социальной политики. – 2004. – Т.2, №1. – С.9-10.

ключевых этапах, когда еще не известно, в какой степени человек, ставший инвалидом, сможет восстановить физические функции. Однако цель достижения максимального уровня физического функционирования может иметь для индивида непредвиденные психологические последствия. Десятилетия назад Э. Райт выявил, что усилия, сосредоточенные только на помощи людям достичь максимального уровня физического функционирования, могут вызвать чувство стыда за наличие инвалидности, усугубляемое пониманием того, что их ограниченные возможности не приемлемы в современном мире и должны быть преодолены¹.

Экономическая, реабилитационная и модель функциональной ограниченности являются продолжением медицинской модели, рассматривая инвалидность как ограничение физических, психических и социальных функций индивида, вызванных нарушением здоровья. Реабилитация в данных моделях рассматривается как помощь инвалиду существовать в соответствии с действующими социальными нормами, восстанавливать утраченные функции. Данные модели находят отражение в современном законодательстве. В качестве примера можно привести представленное в Федеральном законе «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» определение медико-социальной экспертизы – «признание лица инвалидом и определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма»².

Социальные модели инвалидности, истоки которых заложены в концепции стигматизации, конструкционистской теории и теории социальной эксклюзии, делают акцент на социальной реабилитации,

¹ Beaulaurier, R.L., Taylor S.H. Dispelling fears about aging with a disability: Lessons from the disability rights community. /R.L. Beaulaurier, S.H. Taylor// Journal of Gerontological Social Work. – 2001. – 35(2). – P.23.

² Федеральный закон от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ (ред. от 29.12.2015) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» // [Электронный ресурс]: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/

создании безбарьерной среды. Особое значение для данной модели инвалидности имеет концепция независимой жизни инвалидов, возникшая в результате деятельности представителей объединений инвалидов по защите своих прав. Основоположниками данной концепции являлись Ж. Деджон, Д. Макдональд, Е. Ким, Г. Делонг. Независимая жизнь рассматривается с двух ракурсов: как право инвалида принимать участие во всех сферах общественной жизни и как обеспечение доступа ко всем объектам социальной инфраструктуры. Одним из важнейших положений данной концепции является не только восприятие инвалидности как результата психологических и физических барьеров, выстраиваемых социальной средой, но и необходимость индивидуальной активности и ответственности при определении и осуществлении своих потребностей со стороны инвалида¹. Сторонники социальной модели говорят о том, что необходимо не столько изменить индивида, сколько изменить нормы и структуру, которые ограничивают его полноценное участие в жизни общества. Барьеры как физические, так и психологические рассматриваются как дискриминационные. Нормативным правовым актом, большинство положений которого соответствуют идеям социальных моделей инвалидности, является Постановление правительства Российской Федерации от 01.12.2015 №1297 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2020 годы». К числу задач данной программы относятся: формирование доступной среды для инвалидов и других маломобильных групп населения, системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов; совершенствование системы профессионального образования и занятости инвалидов, а также системы медико-социальной экспертизы. Для реализации данных задач разработаны три подпрограммы:

- «Обеспечение условий доступности приоритетных объектов и услуг в

¹ К независимой жизни. – [Электронный ресурс]. – Доступ через: <http://perspektiva-inva.ru/userfiles/publication/k-nezavisimoizhizni.pdf>

приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения»;

- «Совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов»;
- «Совершенствование государственной системы медико-социальной экспертизы».

Рассмотрим более подробно первую и вторую подпрограммы. Первой подпрограммой предусмотрены меры для обеспечения беспрепятственного доступа инвалидов и других маломобильных групп населения к объектам и услугам в сфере социальной защиты, здравоохранения, культуры, образования, спорта. Индикаторами и показателями данной подпрограммы являются: наличие в регионе актуальных карт доступности объектов и услуг; доли объектов, доступных для инвалидов в сфере социальной защиты, здравоохранения, культуры, образования, спорта в общем количестве объектов в данных сферах; доля парка общественного транспорта, оборудованного для перевозки маломобильных групп населения; количество книг, фильмов, телевизионных передач, адаптированных с учетом потребностей инвалидов.

Вторая подпрограмма направлена на повышение уровня обеспеченности инвалидов реабилитационными и абилитационными услугами, а также уровня профессионального развития и занятости инвалидов. Для оценки результатов ее реализации используются следующие индикаторы: наличие в регионе комплексной системы реабилитации и абилитации инвалидов; доля инвалидов, обеспеченных техническими средствами реабилитации (услугами); число занятых инвалидов, трудоустроенных при поддержке общественных организаций инвалидов и др.

В нормативно-правовых актах, регулирующих сферу социальной защиты инвалидов, понятие реабилитация трактуется одинаково, как система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к

бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности^{1,2}. Однако в Национальном стандарте Российской Федерации ГОСТ Р 53874-2017 «Реабилитация и абилитация инвалидов. Основные виды реабилитационных и абилитационных услуг», 2017 года в качестве видов реабилитационных услуг выделяются: услуги по медицинской реабилитации, услуги по профессиональной реабилитации. В то время как Федеральным законом «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ предусмотрено большее разнообразие направлений реабилитации, к которым относятся медицинская реабилитация, реконструктивная хирургия, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение; профессиональная ориентация, общее и профессиональное образование, профессиональное обучение, содействие в трудоустройстве (в том числе на специальные рабочие места), производственная адаптация; социально-средовая, социально-педагогическая, социально-психологическая и социокультурная реабилитация, социально-бытовая адаптация; физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт. Содержание данных направлений реабилитации в законодательных актах не раскрывается, за исключением «медицинской реабилитации» и «санаторно-курортного лечения»³. Конкретизация данных направлений реабилитации приводится в национальных стандартах Российской Федерации (табл.2).

¹ Федеральный закон от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ (ред. от 29.12.2015) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» // [Электронный ресурс]: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/

² Приказ Росстандарта от 31.10.2017 N 1618-ст «Об утверждении национального стандарта Российской Федерации» // [Электронный ресурс]: <http://docs.cntd.ru/document/555863664>

³ Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // [Электронный ресурс]: <http://base.garant.ru/12191967/>

Таблица 2.

**Национальные стандарты Российской Федерации, регулирующие
систему реабилитации инвалидов**

Номер стандарта	Наименование стандарта
ГОСТ Р 53874-2010	Реабилитация инвалидов. Основные виды реабилитационных услуг (Документ утрачивает силу с 1 января 2019 года в связи с изданием Приказа Росстандарта от 31.10.2017 N 1618-ст. Взамен вводится в действие ГОСТ Р 53874-2017.)
ГОСТ Р 53874-2017	Реабилитация и абилитация инвалидов. Основные виды реабилитационных и абилитационных услуг (документ в силу не вступил)
ГОСТ Р 52877-2007	Реабилитация инвалидов. Услуги по медицинской реабилитации инвалидов. Основные положения.
ГОСТ Р 53873-2010	Реабилитация инвалидов. Услуги по профессиональной реабилитации инвалидов.
ГОСТ Р 54738-2011	Реабилитация инвалидов. Услуги по социальной реабилитации инвалидов.
ГОСТ Р 53872-2010	Реабилитация инвалидов. Услуги по психологической реабилитации инвалидов.
ГОСТ Р 55138-2012	Реабилитация инвалидов. Качество реабилитационных услуг. Основные положения. (Документ утрачивает силу с 1 января 2019 года в связи с изданием Приказа Росстандарта от 17.11.2017 N 1774-ст. Взамен вводится в действие ГОСТ Р 55138-2017).
ГОСТ Р 55138-2017	Реабилитация и абилитация инвалидов. Качество реабилитационных и абилитационных услуг. Основные положения (документ в силу не вступил).
ГОСТ Р 55637-2013	Реабилитация инвалидов. Услуги по трудовой адаптации инвалидов вследствие боевых действий и военной травмы.
ГОСТ Р 54734-2011	Реабилитация инвалидов. Учетно-отчетная документация учреждений реабилитации инвалидов.
ГОСТ Р 54736-2011	Реабилитация инвалидов. Специальное техническое оснащение учреждений реабилитации инвалидов.
ГОСТ Р 52876-2007	Реабилитация инвалидов. Услуги организаций реабилитации инвалидов вследствие боевых действий и военной травмы. Основные положения.
ГОСТ 32613-2014	Туристские услуги. Услуги туризма для людей с ограниченными физическими возможностями. Общие требования.
ГОСТ Р 53059-2014	Социальное обслуживание населения. Социальные услуги инвалидам.
ГОСТ Р 52884-2007	Социальное обслуживание населения. Порядок и условия предоставления социальных услуг гражданам пожилого возраста и инвалидам.
ГОСТ Р 53348-2014	Социальное обслуживание населения. Контроль качества социальных услуг инвалидам.

Если мы обратимся к действующему национальному стандарту Российской Федерации ГОСТ Р 53874-2010 «Реабилитация инвалидов. Основные виды реабилитационных услуг», то увидим еще одно противоречие Федеральному закону «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ. В стандарте присутствует понятие «социальная реабилитация», которого нет в Федеральном законе. Более того услуги по социальной реабилитации, обозначенные в стандарте, включают в себя все услуги по социально-средовой, социально-педагогической, социально-психологической и социокультурной реабилитации, социально-бытовой адаптации; физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт, обозначенные в Федеральном законе как отдельные направления. Также следует обратить внимание на определение услуг по социальной реабилитации, приведенное в национальном стандарте. Согласно данному документу, услуги по социальной реабилитации – это комплекс мер, направленных на устранение или возможно полную компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалида, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций его организма, обеспечение ему оптимального режима общественной и семейно-бытовой деятельности в конкретных социально-средовых условиях. Таким образом, в соответствии с действующим законодательством понятие «реабилитация» и «социальная реабилитация» близки по смыслу.

Обратимся к определениям реабилитации, представленным в научных источниках. Н.В. Веденеева определяет реабилитацию как систему мер, совокупность процессов и социальной деятельности, направленной на восстановление возможностей и способностей человека¹. Автор определения подчеркивает, что реабилитация представляет собой функцию общества в целом, а не отдельных его подсистем, таких как социальная защита и

¹ Веденеева Н.В. Социальные аспекты реабилитации инвалидов в Российской Федерации. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата социологических наук. – Москва. – 2004. – С.11.

здравоохранение. Существует и другой подход к определению реабилитации, в котором основное внимание уделяется индивидуальным характеристикам инвалида и в особенности его мотивации к реабилитации. Представителем такого подхода является С.Г. Головкин, который определяет реабилитацию как адаптацию к физическим изменениям в организме и телесности, ресоциализацию, интеграцию в кровнородственные и социальные связи и отношения, выработку устремлений к самореализации¹.

Определение реабилитации, соответствующее положениям структурного функционализма, представлено в работе А.В.Иванова, который определяет реабилитацию инвалидов как совокупность социальных действий и взаимодействий людей, направленных на восстановление статуса людей с ограниченными возможностями здоровья, на выполнение ролевых реабилитационных функций в соответствии с нормами и ценностями, принятыми в обществе по отношению к инвалидам и их реабилитации².

Характеризуя социальную реабилитацию, социологами делается акцент на ее общественной природе, на активном участии социума в данном процессе.

М.Н.Кичерова рассматривает социальную реабилитацию как многоуровневый сложный процесс, объединяющий несколько самостоятельных процессов: адаптации / дезадаптации, социализации / ресоциализации, социального исключения / интеграции, которые находятся под влиянием социальных институтов и субъективных характеристик инвалидов. Социолог считает, что любой вид реабилитации – медицинская, психологическая, профессиональная является социальной по своей сути³.

Проанализировав научные источники, отметим, что понятия

¹ Головкин С.Г. Реабилитация инвалидов как направление региональной социальной политики Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата социологических наук. – Кемерово. – 2009. – С.11.

² Иванов, А.В. Инновационные процессы в системе реабилитации инвалидов и модель ее дальнейшего развития /А.В Иванов // Отечественный журнал социальной работы. – 2011. – №3. – С.79.

³ Кичерова, М.Н.. Социальная реабилитация инвалидов в современных условиях /М.Н.Кичерова // Вестник Самарского университета. – 2007. – 5-1(55) – С.135

«реабилитация» и «социальная реабилитация» схожи по содержанию. Социальная реабилитация является одной из составляющих реабилитации. В рамках диссертационного исследования социальная реабилитация будет рассматриваться в двух аспектах:

1. как система мер, принимаемых государством и обществом, для восстановления и формирования социальных функций и связей инвалида, включающая в себя мероприятия по социально-средовой, социально-педагогической, социально-психологической и социокультурной реабилитации, социально-бытовой адаптации.

2. как результат деятельности всех субъектов реабилитации, включая индивида, семью, учреждения системы социальной защиты, некоммерческие организации, местные сообщества, группы самопомощи, по восстановлению и формированию социальных функций и связей инвалида.

Таким образом, для изучения социальной реабилитации в данных аспектах наиболее применимы структурно-функционалистский и ресурсный подходы, поскольку они позволяют детально описать систему социальной реабилитации и проанализировать вовлеченность в процесс социальной реабилитации всех ее субъектов.

ГЛАВА 2. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

2.1. Социально-демографические характеристики инвалидов

По данным Федеральной службы государственной статистики общая численность инвалидов в Российской Федерации на 1 января 2018 года составила 12 111 тыс. человек (8% населения Российской Федерации), из которых наибольшее количество составляют инвалиды второй группы (табл.3).

Таблица 3¹

Общая численность инвалидов по группам инвалидности
(на 1 января года)

Год.	2014	2015	2016	2017	2018
Всего инвалидов, тыс. человек.	12946	12924	12751	12261	12111
В том числе:					
I группы	1451	1355	1283	1309	1466
II группы	6595	6472	6250	5921	5552
III группы	4320	4492	4601	4395	4442
Дети-инвалиды	580	605	617	636	651
Общая численность инвалидов, приходящаяся на 1000 человек населения	90,1	88,4	87,0	83,5	82,5

Основными причинами инвалидизации в 2016-2017 гг. стали в первую очередь злокачественные новообразования, на втором месте – болезни системы кровообращения, затем болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, психические расстройства.

В 2017 году в Российской Федерации 661 715 человек впервые признаны инвалидами среди них: 216 089 человек в качестве основного вида стойких нарушений функций организма имеют нарушение функций системы

¹ Федеральная служба государственной статистики. Положение инвалидов. – [Электронный ресурс]. – Доступ через: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/disabilities/#

крови и иммунной системы, 167 618 человек – нарушение нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций, среди которых 31 093 человека обладают нарушениями, вызывающими необходимость использования при передвижении кресла-коляски; 113 833 человека – нарушение функций сердечно-сосудистой системы; 48 141 – нарушение психических функций; 36 998 человек – нарушение сенсорных функций, в том числе 20 497 человек – нарушение зрения, 13 794 человека – нарушение слуха; 851 человек – одновременное нарушение и слуха и зрения (табл.4).

Таблица 4¹

Распределение впервые признанных инвалидами по преимущественным основным видам стойких нарушений функций организма человека

Наименование	2015	2016	2017
Всего, человек	694977	666434	661715
в том числе:			
нарушение психических функций	47256	47276	48141
нарушение языковых и речевых функций	4114	3547	3637
нарушение сенсорных функций	37342	36248	36998
из них:			
нарушение слуха	5871	11430	13794
нарушение зрения	9841	20650	20497
одновременное нарушение слуха и зрения	25	336	851
нарушение нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций	185396	173525	167618
из них нарушения, вызывающие необходимость использования при передвижении кресла-коляски	28894	29438	31093
нарушение функций сердечно-сосудистой системы	128250	118466	113833
нарушение функций дыхательной системы	28646	27806	25981
нарушение функций пищеварительной системы	25419	22583	20100
нарушение функций эндокринной системы и метаболизма	17731	15245	14059
нарушение функций системы крови и иммунной системы	196997	206703	216089
нарушение функций мочевыделительной системы	15364	13509	13238
нарушение функции кожи и связанной с ней систем	994	876	875
нарушения, обусловленные физическим внешним уродством	731	644	1145

¹ Федеральная служба государственной статистики. Положение инвалидов. – [Электронный ресурс]. – Доступ через: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/disabilities/#

Среди инвалидов как социально-демографической группы преобладают люди старше трудоспособного возраста, преимущественно женщины.

Количество женщин в данной социально-демографической группе превышает количество мужчин примерно в 1,5 раза. Однако распределение мужчин и женщин отличается в зависимости от возрастной когорты указанной социально-демографической группы. Среди детского населения количество представителей женского пола в 1,5 раза меньше чем мужского. Для трудоспособного населения характерно примерно такое же соотношение мужчин и женщин, как и для детского – количество мужчин-инвалидов превышает количество женщин в 1,7 раза. Для когорты «старше трудоспособного возраста» характерно обратное распределение мужчин и женщин. Количество женщин в этой когорте превышает количество мужчин в 2 раза.

Таблица 5¹

**Распределение инвалидов по полу и возрасту
(на 1 января года)**

	2016			2017			2018		
	всего ²	мужчины	женщины	всего	мужчины	женщины	всего	мужчины	женщины
Всего инвалидов по основным возрастным группам, тыс. человек	12538	5329	7209	12314	5264	7050	12111	5210	6901
Дети в возрасте до 18 лет	613	347	265	628	357	271	651	370	281
Трудоспособного возраста	3741	2349	1392	3651	2293	1358	3561	2232	1329

¹ Федеральная служба государственной статистики. Положение инвалидов. – [Электронный ресурс]. – Доступ через: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/disabilities/#

² Общая численность инвалидов на 1 января 2016, 2017 гг. в таблице № 5 отличается от общей численности инвалидов в эти же годы, указанной в таблице № 3, поскольку в таблице № 3 в общую численность инвалидов включаются лица, состоящие на учете и получающие пенсию в системе Пенсионного фонда Российской Федерации, Министерстве обороны Российской Федерации, Министерстве внутренних дел Российской Федерации, Федеральной службе безопасности Российской Федерации и Федеральной службе исполнения наказаний Минюста России, а также данные за 2018 год на основе федеральной государственной информационной системы «Федеральный реестр инвалидов». Таблица № 5 составлена только по данным Пенсионного фонда Российской Федерации и на основе федеральной государственной информационной системы «Федеральный реестр инвалидов».

Окончание таблицы 5.

	2016			2017			2018		
	всего	мужчины	женщины	всего	мужчины	женщины	всего	мужчины	женщины
Старше трудоспособного возраста	8184	2633	5552	8035	2614	5421	7899	2608	5291

По данным Комплексного наблюдения условий жизни населения, проведенного в 2014 году¹ 43,9% домохозяйств, состоящих только из инвалидов, оценивают свое материальное положение следующим образом: «на еду денег хватает, но покупать одежду и оплачивать жилищно-коммунальные услуги затруднительно». 43,6% данных домохозяйств отмечают, что «денег хватает на еду и одежду, но не можем позволить себе покупать необходимые товары длительного пользования (телевизор, холодильник и т.д.). Финансовое положение домохозяйств, включающих кроме инвалида других лиц, незначительно лучше: 34,9% домохозяйств ответили, что денег хватает только на еду, 45,9% – денег хватает на еду и одежду.

Располагаемый денежный доход домохозяйства, состоящего только из инвалидов, в 2014 году составил 23 675,9 руб. в месяц, где доход от трудовой деятельности составил 2 155,3 руб. в месяц, социальные выплаты – 21 001,1 руб. в месяц. Данный показатель в 2016 году составил 27 066,0 руб. в месяц, где доход от трудовой деятельности – 2 946,6 руб. в месяц, социальные выплаты – 23 933,1 руб. в месяц².

Указанное распределение денежных доходов является одной из причин низкого уровня занятости представителей данной социально-

¹ Федеральная служба государственной статистики. Положение инвалидов. – [Электронный ресурс]. – Доступ через: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/invalid/tab3-8.htm

² Федеральная служба государственной статистики. Положение инвалидов. – [Электронный ресурс]. – Доступ через: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/invalid/tab3-4.htm

демографической группы в возрасте 15-72 лет, который составил в 2014 году 12,1%, в 2015 году – 11,9%, в 2016 году – 12,5%, в 2017 году – 11,8%.

Другой причиной неактивного участия в трудовой деятельности является состояние здоровья представителей социально-демографической группы инвалидов. В 2014 году 47,1% респондентов из числа инвалидов в возрасте от 15 лет и более оценили свое физическое состояние как плохое, в 2016 году данный показатель составил 45%¹. Подобная оценка состояния своего здоровья влияет на участие инвалидов в социальной жизни. В 2014 году 87% инвалидов в возрасте 15 лет и более ответили, что не могут вести активный образ жизни, поскольку не позволяет здоровье и возраст (в 2016 году – 89,1%)². Для представителей данной социально-демографической группы характерен низкий уровень участия в деятельности общественных организаций. В 2014 году членами благотворительных движений являлись 2,8% инвалидов, в 2016 – 2,9%³.

Несмотря на то, что инвалидов как социально-демографическую группу можно отнести к категории социально уязвимых, процент нуждаемости в социальной помощи не высок. По данным 2017 года, 74,7% домохозяйств одиноко проживающих инвалидов трудоспособного возраста и 74,0% домохозяйств одиноко проживающих инвалидов старше трудоспособного возраста не нуждаются в социальной помощи (табл.6).

¹Федеральная служба государственной статистики. Положение инвалидов. – [Электронный ресурс]. – Доступ через: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/invalid/tab2-19.htm

² Федеральная служба государственной статистики. Положение инвалидов. – [Электронный ресурс]. – Доступ через: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/invalid/tab7-1.htm

³ Федеральная служба государственной статистики. Положение инвалидов. – [Электронный ресурс]. – Доступ через: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/invalid/tab7-2.htm

**Нуждаемость в получении социальной помощи в 2017 году
(%)**

	Все домохозяйства	Из них домохозяйства одиноко проживающих инвалидов		Домохозяйства, имеющие в своем составе детей-инвалидов
		Трудоспособного возраста	Старше трудоспособного возраста	
Все домохозяйства	100	100	100	100
Из них, нуждающиеся в помощи для решения вопросов:				
Пенсионного обеспечения	4,4	14,5	8,1	13,4
Оформления льгот и субсидий	6,1	24,3	17,7	24,7
Реабилитации инвалидов	0,7	1,3	4,1	18,2
Социальное обслуживание	0,8	1,2	6,9	5,4
Помощь не требовалась	88,1	74,7	74,0	55,2

Наиболее востребованными видами помощи для социально-демографической группы инвалидов являются оказание содействия в получении пенсионного обеспечения, льгот и пособий. Потребность в получении реабилитационных услуг и социального обслуживания крайне низкая, особенно среди инвалидов трудоспособного возраста.

В качестве причины невысокой заинтересованности в получении реабилитационной помощи среди инвалидов можно предположить отсутствие у инвалидов доверия к государственной системе реабилитации, низкую оценку ее эффективности, а также низкий уровень информированности представителей данной социальной группы о том, что входит в состав реабилитационных услуг и способах их получения. Отсутствие потребности в социальном обслуживании можно также объяснить перечисленными выше причинами, но при этом, отметив, что

¹ Федеральная служба государственной статистики. Положение инвалидов. – [Электронный ресурс]. – Доступ через: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/invalid/tab2-28.htm

большинство инвалидов имеют вторую группу инвалидности, при которой сохраняется возможность самообслуживания, а также возможным наличием семьи и родственников, которые оказывают помощь.

В большинстве случаев инвалиды трудоспособного возраста проживают в семье либо со своими родителями, либо у них есть супруг (а). Большинство инвалидов пенсионного возраста проживают отдельно от детей, вдвоем с супругом либо одиноко. В когортах 60- и 70-летних среди супружеских пар увеличивается доля семей, где оба супруга имеют инвалидность. Доля домашних хозяйств, состоящих полностью из инвалидов, достигает в этих возрастах 40 и 50% соответственно. В самой старшей возрастной группе от 80 лет и старше растет процент инвалидов, проживающих совместно со взрослыми детьми. Дети осуществляют уход за пожилыми родителями и оказывают всевозможную помощь.

Инвалиды, проживающие одиноко или с супругом, не испытывают дефицита общения со своими детьми. Инвалиды, имеющие детей, проживающих отдельно от них, в 80% случаев получают помощь детей в виде ухода во время болезни, бытовой помощи, покупок продуктов или финансовой помощи. Среди причин того, что поддержка от детей не поступает, чаще всего выступает отсутствие потребности в ней¹.

Согласно данным Федерального реестра инвалидов, общая численность инвалидов в Нижегородской области на 1 января 2018 года составила 307948 человек (9,5% населения Нижегородской области, что выше общероссийского показателя на 1,5%), среди которых наиболее многочисленными являются инвалиды второй группы, как и в целом по стране (табл.7).

¹ Инвалидность и социальное положение инвалидов в России / Под ред. Т. М. Малевой. – М.: Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2017. – С.96.

**Общая численность инвалидов по группам инвалидности в
Нижегородской области**
(на 1 января года)

	2016	2017	2018
Всего инвалидов, человек.	317360	315865	307948
В том числе: I группы	30273	30101	29529
II группы	181769	180513	171354
III группы	93563	95507	95097
Дети-инвалиды	11753	11744	11968

Структура первичной инвалидизации по формам болезни в Нижегородской области в 2016-2017 гг. несколько отличается от общероссийской, на первом месте находятся болезни системы кровообращения, на втором месте – злокачественные новообразования, на третьем – психические расстройства, на четвертом – болезни костно-мышечной системы, на пятом – болезни нервной системы, на шестом – болезни глаза и его придаточного аппарата, затем болезни уха и сосцевидного отростка. Таким образом, самыми малочисленными группами инвалидов являются инвалиды по слуху и инвалиды по зрению, что соответствует общефедеральной статистике².

Подобное распределение представителей различных категорий инвалидов сохраняется среди клиентов учреждений системы социальной защиты Нижегородской области, за исключением инвалидов-колясочников. Согласно данным автоматизированной информационной системы

¹Федеральный реестр инвалидов. Статистика. – [Электронный ресурс]. – Доступ через: <https://sfri.ru/stat/>

² Статистический ежегодник. 2017: Стат.сб. / Нижегородстат. – Нижний Новгород, 2017. – С.128.

«Социальная помощь» в 2016-2017 гг. среди инвалидов, обратившихся за мерами социальной поддержки, инвалиды колясочники составляют 1,6%, инвалиды по зрению 2%, инвалиды по слуху 1%.

В Нижегородской области среди инвалидов наиболее многочисленные возрастные группы 51-60 лет и свыше 60 лет, преимущественно женщины (62%) (табл.8).

Таблица 8¹

Распределение инвалидов по возрасту в Нижегородской области
(на 1 января года)

	2016 г.	2017 г.	2018 г.
Всего инвалидов по основным возрастным группам, человек	317360	315865	307948
Дети в возрасте до 18 лет	11753	11744	11968
18-30 лет	10849	10805	10227
31-40 лет	13989	13985	14056
41-50 лет	18679	18606	18784
51-60 лет	46069	45696	43359
Свыше 60 лет	216021	215029	209554

Учитывая высокую представленность людей пожилого возраста среди инвалидов, не удивителен тот факт, что по данным Комплексного наблюдения условий жизни населения, проведенного в 2016 году, 47,2% инвалидов в возрасте от 15 лет и старше оценивают состояние своего здоровья как плохое, 44,3% – как удовлетворительное, 8% – как очень плохое². Состояние здоровья и возраст не позволяет 90% инвалидов вести активный образ жизни, 7,3% представителей данной категории не имеют к этому интереса и

¹ Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Нижегородской области. Социальная сфера. – [Электронный ресурс]. – Доступ через: http://nizhstat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/nizhstat/ru/statistics/sphere/

² Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Нижегородской области. Уровень жизни. – [Электронный ресурс]. – http://nizhstat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/nizhstat/ru/statistics/standards_of_life/

желания.

В качестве показателей, свидетельствующих о низкой социальной активности инвалидов Нижегородской области, можно выделить членство в общественных организациях и занятость. В 2016 году лишь 3,6% инвалидов в возрасте 15 лет и более принимали участие в деятельности общественных организаций¹. Уровень занятости инвалидов в Нижегородской области в 2016 году составил 1%. Однако, если рассмотреть группу инвалидов трудоспособного возраста, то данный показатель значительно выше (на январь 2018 года составил 24,3 %)². Таким образом, для инвалидов, проживающих в Нижегородской области, основным источником доходов остаются социальные трансферты, позволяющие обеспечить достаточно скромный уровень жизни. В 2016 году 45% домохозяйств Нижегородской области, состоящих только из инвалидов, оценили свое питание как удовлетворительное, 29,7% данных домохозяйств не имеют возможности купить новую верхнюю одежду, 67,3% - не имеют возможности заменить пришедшую в негодность мебель³.

Наличие финансовых и физических ограничений не оказывает сильного влияния на субъективную оценку нуждаемости в социальном обслуживании. По данным 2016 года, 83,4% инвалидов Нижегородской области социальное обслуживание не требуется. Данный факт может быть объясним тем, что 81,3 % домохозяйств, состоящих из инвалидов, имеют близких родственников, которые постоянно или периодически оказывают помощь в повседневных делах. Среди инвалидов Нижегородской области, которые заинтересованы в получении социального обслуживания, наиболее востребованными является социально-медицинские услуги, помощь в оформлении льгот, субсидий и пенсионного обеспечения.

¹ Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Нижегородской области. Уровень жизни. – [Электронный ресурс]. – http://nizhstat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/nizhstat/ru/statistics/standards_of_life/

² Федеральный реестр инвалидов. Статистика. – [Электронный ресурс]. – <https://sfri.ru/stat/>

³ Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Нижегородской области. Уровень жизни. – [Электронный ресурс]. – http://nizhstat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/nizhstat/ru/statistics/standards_of_life/

Социально-демографическое положение инвалидов Нижегородской области не имеет резких отличий от положения представителей данной группы в социальной структуре в целом по стране. Инвалидность в Нижегородской области характеризуется преобладанием женского населения старше трудоспособного возраста, располагающего низким уровнем дохода, ориентированного на получение социальной помощи в виде социально-медицинских и консультационных услуг. Анализ социально-демографических характеристик и потребностей инвалидов позволяет планировать меры государственной социальной политики в отношении данной категории граждан.

2.2. Государственная социальная политика в отношении инвалидов в Российской Федерации

Существующая в Российской Федерации государственная социальная политика в отношении инвалидов имеет патерналистские черты, что проявляется в наличии разветвленной сети специализированных учреждений для инвалидов, широкого спектра льгот и пособий. Однако в настоящее время социальная политика в отношении инвалидов отчасти берет направление на реализацию концепции независимой жизни, что проявляется в расширении мер по адаптации физической среды в соответствии с правилами универсального дизайна, создании доступной информационной среды, формировании положительного отношения в обществе к людям с ограниченными возможностями. Роберт Дрейк полагает, что в основе социальной политики в отношении инвалидов лежат нормы и ценности, отражающие интересы большинства представителей общества, к которому инвалиды не относятся. Исследователь выделяет несколько моделей политики в отношении инвалидов:

- негативная модель – государство активно отрицает гражданские и общечеловеческие права инвалидов;
- модель невмешательства – государство играет минимальную роль в

жизни инвалидов;

- мозаичная модель – государство бессистемно и поверхностно реагирует на инвалидность ввиду социально-экономических причин, отсутствуют попытки внедрения целостной, спланированной стратегии;

- максимальная политика – стратегический подход государства, направленный на определение и решение комплекса проблем, вызываемых инвалидностью. Недостаток этой модели заключается в том, что государство рассматривает инвалидность как результат индивидуальных нарушений, а не конфигурации общества, в результате чего фокус политики остается на изменении физиологии инвалидов, создании сети услуг, нацеленных на излечение и улучшение условий индивидов, что зачастую приводит не к интеграции инвалидов в общество, а, наоборот, к их сегрегации;

- модель социальных и средовых изменений – государство понимает инвалидность как результат действий общества и окружения, созданного не-инвалидами для инвалидов, и в связи с этим проводит мероприятия, направленные на реализацию инвалидами равных прав в сфере образования, занятости, культуры, спорта.

П.В.Романов и Е.Р.Ярская-Смирнова полагают, что для России характерна модель максимальной политики в отношении инвалидов¹. Мы разделяем точку зрения данных исследователей, однако следует отметить, что в настоящее время социальная политика в отношении инвалидов приобретает черты модели социальных и средовых изменений, что проявляется в реализации программ по созданию безбарьерной среды.

Государственная социальная политика в отношении инвалидов основывается на федеральном и региональном законодательстве. Согласно Федеральному закону «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (1995 г.), целью государственной политики является не только оказание помощи инвалидам, но и обеспечение для них равных

¹ Романов П. В., Ярская-Смирнова Е. Р. Политика инвалидности: Социальное гражданство инвалидов в современной России. – Саратов: Изд-во «Научная книга», 2006. – С.21-22.

возможностей участия в социальной жизни. В связи с этим реабилитация инвалидов может быть рассмотрена как одна из основных задач государственной политики в отношении инвалидов.

Основные цели в сфере реабилитации инвалидов раскрываются в Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, рассматривающей реабилитацию и социальную интеграцию инвалидов как приоритетное направление долгосрочной политики и поддержки населения. В данном стратегическом документе цели в сфере реабилитации сформулированы следующим образом:

- организационное и институциональное совершенствование систем медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов;
- повышение уровня социальной интеграции инвалидов и реализация мероприятий по обеспечению доступности для инвалидов жилья, объектов социальной инфраструктуры, транспорта;
- создание инфраструктуры реабилитационных центров, обеспечивающих комплексную реабилитацию инвалидов и их возвращение к полноценной жизни в обществе, формирование индустрии по выпуску современных технических средств реабилитации;
- укрепление материально-технической базы учреждений медико-социальной экспертизы, реабилитационных учреждений и протезно-ортопедических предприятий¹.

Указанные цели отражают основные проблемы, существующие в сфере реабилитации инвалидов, одним из механизмов решения которых являются государственные целевые программы.

Государственная программа Российской Федерации «Социальная поддержка граждан»² в качестве приоритетных направлений поддержки

¹ Распоряжение Правительства Российской Федерации от 17.11.2008 N 1662-р «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года». – [Электронный ресурс]. – Доступ через: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_82134/76d2c4f28231fbc0c89031fc110b1e59d24a1ebd/

² Постановление Правительства Российской Федерации от 15.04.2014 N 296 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Социальная поддержка граждан». – [Электронный ресурс]. – Доступ через: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_162171/

инвалидов выделяет обеспечение потребности инвалидов в социальном обслуживании, улучшение инфраструктуры стационарных учреждений социального обслуживания инвалидов, развитие стационарозамещающих технологий, расширение сети поставщиков социальных услуг за счет привлечения коммерческих и социально ориентированных некоммерческих организаций, добровольцев. Направления данной программы отчасти соответствуют целям реабилитации, обозначенным в Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года. Редуцирование направлений поддержки инвалидов в данной программе можно объяснить тем, что в рамках этого документа инвалиды не выделяются как особая категория получателей социальных услуг, требующая специализированных мер поддержки, поскольку основными целями программы являются повышение доступности социального обслуживания населения, создание условий для роста благосостояния граждан - получателей мер социальной поддержки.

Единственной специализированной программой, направленной на улучшение социального положения инвалидов, является государственная программа Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2020 годы.

Цель этой программы определена как создание правовых, экономических, институциональных условий, способствующих интеграции инвалидов в общество и повышению уровня их жизни. Механизм достижения поставленной цели сформулирован в перечне основных мероприятий программы, содержащем 16 пунктов, включающих:

- нормативно-правовое и организационно-методическое обеспечение реализации мероприятий в области формирования доступной среды;
- мероприятия по обеспечению доступности приоритетных объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения;
- реализация мероприятий, направленных на расширение использования русского жестового языка;

- обеспечение информационной доступности для инвалидов;
- организация социологических исследований и просветительских кампаний в сфере формирования доступной среды для инвалидов и других маломобильных групп населения;
- нормативно-правовое и организационно-методическое обеспечение реализации мероприятий, направленных на совершенствование комплексной реабилитации и абилитации инвалидов;
- предоставление государственных гарантий инвалидам;
- повышение квалификации специалистов в сфере реабилитации и абилитации инвалидов;
- оказание государственной поддержки общественным организациям инвалидов и иным некоммерческим организациям;
- формирование современной отечественной отрасли производства товаров для инвалидов, в том числе средств реабилитации;
- формирование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов;
- совершенствование организации и проведения медико-социальной экспертизы;
- организация и проведение пилотных проектов в субъектах Российской Федерации;
- обеспечение деятельности учреждений медико-социальной экспертизы;
- укрепление материально-технической базы учреждений медико-социальной экспертизы¹.

Все перечисленные мероприятия прямо или косвенно направлены на совершенствование системы реабилитации инвалидов и затрагивают ее наиболее проблемные области.

Согласно данным министерства социальной политики Нижегородской

¹ Постановление Правительства Российской Федерации от 01.12.2015 N 1297 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011 - 2020 годы». – [Электронный ресурс]. – Доступ через: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_189921/

области, полученным в результате анализа обращений граждан за 2017 год, наиболее актуальными для инвалидов Нижегородской области являются вопросы, связанные с процедурой прохождения медико-социальной экспертизы и назначения инвалидности, далее следуют вопросы, касающиеся обеспечения техническими средствами реабилитации, затем – получение льгот и пособий, оформление индивидуальной программы реабилитации и абилитации, получение реабилитационных услуг, вопросы доступности среды, предложения о поддержке общественных организаций инвалидов (табл.9).

Таблица 9¹

**Тематика обращений граждан, затрагивающих проблемы
инвалидов
(за период 2017 года)**

Тема	Количество, шт	%
Процедура прохождения медико-социальной экспертизы и назначения инвалидности (уточнение порядка, сроков, перечня необходимых документов, возможности прохождения на дому, процедуры переосвидетельствования, жалобы на организацию данной процедуры, вопросы обжалования результатов экспертизы).	922	32
Обеспечение техническими средствами реабилитации (далее – ТСР) (уточнение порядка, сроков, перечня необходимых документов, жалобы на неудовлетворение потребности в ТСР, жалобы на низкое качество ТСР, длительные сроки обработки заявки на обеспечение ТСР).	721	25

¹ Составлена на основании данных, предоставленных министерством социальной политики Нижегородской области.

Окончание таблицы 9.

Тема	Количество, шт	%
Получение льгот и пособий (вопросы консультационного характера о том, что положено инвалиду конкретной группы, порядок оформления, жалобы на процесс оформления льгот, вопросы санаторно-курортного лечения и лекарственного обеспечения, оформление ежемесячной денежной выплаты, материальной помощи на конкретные нужды).	519	18
Оформление индивидуальной программы реабилитации или абилитации, получение реабилитационных услуг (далее – ИПРА) (вопросы консультационного характера, жалобы на процесс оформления ИПРА и предоставления реабилитационной помощи).	375	13
Доступность среды (жалобы на несоблюдение требований обеспечения доступности объектов социальной инфраструктуры, вопросы, связанные с работой социального такси).	259	9
Предложения о поддержке общественных организаций инвалидов (вопросы оказания финансовой, информационной, транспортной поддержки общественным объединениям, просьбы предоставить помощь конкретным проектам).	87	3
Итого	2883	100

В отличие от других регионов Приволжского федерального округа (Оренбургской, Самарской, Ульяновской, Саратовской областей, Удмуртской Республики, Республики Башкортостан, Республики Мордовия) в Нижегородской области нет отдельной целевой программы, направленной на

обеспечение мер социальной поддержки инвалидов и обеспечения доступности окружающей среды. Данные задачи решаются в рамках государственной программы «Социальная поддержка граждан Нижегородской области»¹, содержащей подпрограмму 1 «Формирование доступной для инвалидов среды жизнедеятельности в Нижегородской области на 2015-2020 годы». Цель подпрограммы – повысить уровень доступности объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения в Нижегородской области значительно уже, чем цель федеральной государственной программы «Доступная среда» на 2011-2020 годы. В связи с этим перечень основных мероприятий программы включает всего 6 пунктов, предполагающих меры по адаптации учреждений социальной защиты, здравоохранения, культуры, образования, спорта с учетом доступности, формирование позитивного отношения к проблемам инвалидности и доступной среды, оснащение кинотеатров необходимым оборудованием для осуществления кинопоказов с подготовленным субтитрованием и тифлокомментированием. Если отсутствие в подпрограмме мероприятий по совершенствованию процедуры медико-социальной экспертизы и предоставлению технических средств реабилитации на территории Нижегородской области можно объяснить тем, что Федеральное казенное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Нижегородской области» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации и Государственное учреждение – Нижегородское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации находятся в федеральном ведении и не являются соисполнителями программы, то отсутствие мероприятий по совершенствованию системы реабилитации инвалидов в Нижегородской области не обоснованно. Отчасти вопросы реабилитации затронуты в других

¹ Постановление Правительства Нижегородской области от 30.04.2014 № 298 «Об утверждении государственной программы «Социальная поддержка граждан Нижегородской области». – [Электронный ресурс]. – Доступ через: <http://docs.cntd.ru/document/465510874>

подпрограммах программы «Социальная поддержка граждан Нижегородской области» и касаются полустационарного и стационарного социального обслуживания, улучшения инфраструктуры учреждений социального обслуживания.

Вместе с этим следует отметить, что в федеральной государственной программе «Доступная среда» на 2011-2020 гг. каждое из 16 основных мероприятий содержит алгоритм конкретных действий, которые необходимо совершить для реализации этого мероприятия. В региональной подпрограмме «Формирование доступной для инвалидов среды жизнедеятельности в Нижегородской области на 2015-2020 годы» подобный алгоритм отсутствует.

Детализация мероприятий указанной выше подпрограммы представлена в Плане мероприятий («дорожной карты») по повышению значений показателей доступности для инвалидов объектов и услуг Нижегородской области. Данный документ содержит показатели доступности для инвалидов объектов и услуг, транспортной инфраструктуры, дифференцированные в зависимости от нарушения функции здоровья, а также мероприятия по совершенствованию информационной доступности государственных и муниципальных услуг, по приведению нормативных правовых актов в соответствие с Федеральным законом от 01.12.2014 №419-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов»¹. Данный федеральный закон создал правовую платформу для реализации прав инвалидов во всех сферах жизнедеятельности, внося изменения в 40 законов, регулирующих оказание инвалидам услуг в сферах транспорта, культуры, информации, здравоохранения, связи, жилищно-коммунального хозяйства². Данные

¹ Распоряжение Правительства Нижегородской области от 30.09.2015 г № 1826-р «Об утверждении Плана мероприятий («дорожной карты») по повышению значений показателей доступности для инвалидов объектов и услуг Нижегородской области». – [Электронный ресурс]. – Доступ через: <http://docs.cntd.ru/document/465527470>

² Специальный доклад о состоянии доступной среды для инвалидов в субъектах Российской Федерации. – Хабаровск, 2017. – С.11.

поправки определили нормы доступности жизненно важных для инвалидов объектов и услуг применительно к каждой отрасли и в зависимости от нарушенных у инвалида функций организма. В числе важных изменений, внесенных данным федеральным законом, стоит выделить введение федерального регистра инвалидов, позволяющего вести учет всех представителей данной категории, необходимый для планирования мер социальной поддержки (ранее велся только ведомственный учет, данные о количестве инвалидов противоречили друг другу), а также разграничение понятий абилитации и реабилитации инвалидов, которое изначально предложено в Конвенции ООН о правах инвалидов.

Ратификация Российской Федерацией в 2012 году Конвенции о правах инвалидов обозначила ее готовность соблюдать основные принципы международной политики в отношении инвалидов. Суть Конвенции о правах инвалидов заключается в признании главной причиной инвалидности состояние общества, создающее барьеры, препятствующие реализации прав и свобод граждан с нарушениями здоровья. Ратификация государством Конвенции означает уход от медицинских моделей инвалидности и формирующейся в соответствии с ними социальной политики, обращение к социальным моделям инвалидности. Указанный международный документ обязует государства обеспечивать реализацию прав инвалидов во всех сферах социальной жизни. Для оценки воплощения положений Конвенции в жизнь государства берут на себя обязательства по разработке и применению системы мониторинга инвалидности.

Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации разработаны методические рекомендации субъектам Российской Федерации по докладу о мерах, принятых для осуществления обязательств по Конвенции ООН о правах инвалидов. Данный доклад основывается на результатах ежегодного мониторинга исполнения положений Конвенции в регионе. Мониторинг включает в себя следующие разделы:

- правовой анализ соответствия законодательства положениям

Конвенции;

- статистический анализ данных различных ведомств, касающихся вопросов реализации прав инвалидов в различных сферах жизнедеятельности (система региональных показателей);

- социологический анализ положения инвалидов и родителей детей-инвалидов, проведенный методом анкетного опроса с использованием единого для всех субъектов опросника, приведённого в данных методических рекомендациях;

- анализ динамики финансовой обеспеченности мер по реализации статей Конвенции;

- анализ структуры полномочий и функций органов государственной власти субъектов Российской Федерации и сети учреждений, обеспечивающих выполнение статей Конвенции;

- анализ взаимодействия с институтами гражданского общества в сфере соблюдения прав инвалидов;

- анализ эффективности деятельности государственных, в том числе правоохранительных и судебных органов, по защите нарушенных прав инвалидов¹.

Автор диссертационного исследования принимала участие в проведении в 2016 году социологического мониторинга соблюдения прав инвалидов в рамках Конвенции ООН о правах инвалидов на территории Нижегородской области.

Объект мониторинга – реализация прав инвалидов Нижегородской области.

Предмет мониторинга – соответствие условий жизни инвалидов Нижегородской области статьям Конвенции ООН о правах инвалидов.

Цель мониторинга – выявить мнение инвалидов относительно соответствия условий их жизни нормам Конвенции ООН о правах инвалидов.

¹ Методические рекомендации субъектам Российской Федерации по докладу о мерах, принятых для осуществления обязательств по Конвенции ООН о правах инвалидов. – [Электронный ресурс]. – Доступ через: http://irkobl.ru/sites/society/mrv/konvencia_OON/12.2013_metod.posobie.Konven.pdf

Задачи:

- определить степень информированности инвалидов о своих правах;
- выявить мнение инвалидов о соответствии условий жизнедеятельности принципам Конвенции ООН о правах инвалидов;
- определить уровень социальной активности инвалидов в реализации своих прав;
- оценить работу органов исполнительной власти Нижегородской области по созданию условий для интеграции инвалидов в общество.

Метод исследования – анкетный опрос инвалидов или их законных представителей. Опрос проводился в учреждениях системы социальной защиты населения в период с февраля по май 2016 года.

Размер выборочной совокупности составил 3174 человека. Вид выборки – кластерная. В качестве кластеров выделялись муниципальные районы и городские округа Нижегородской области. В рамках кластеров отбор респондентов осуществлялся по методу квотной выборки. Квотными признаками выступали пол, возраст, группа инвалидности. Опрошены инвалиды всех муниципальных районов и городских округов Нижегородской области с сохранением соотношения численности инвалидов по полу, возрасту и группе инвалидности.

Таблица 10

Характеристика выборки

Муниципальный район / городской округ	Численность инвалидов, чел.	Выборка чел.
Ардатовский район	1884	19
Арзамасский район	3344	33
Балахнинский район	6128	61
Богородский район	5448	54
Большеболдинский район	894	9
Большемурашкинский район	774	8
Бутурлинский район	1089	11
Вадский район	1156	12
Варнавинский район	990	10
Вачский район	1419	14
Ветлужский район	1187	12

Продолжение таблицы 10.

Муниципальный район / городской округ	Численность инвалидов, чел.	Выборка чел.
Вознесенский район	1245	12
Володарский район	5804	58
Воротынский район	1479	15
Воскресенский район	1580	16
Гагинский район	1119	11
городской округ г. Арзамас	10454	105
городской округ г. Бор	12184	122
городской округ г. Выкса	8265	83
городской округ г. Дзержинск	24203	242
городской округ г. Кулебаки	4873	49
городской округ Навашинский	2251	23
городской округ г. Нижний Новгород	126952	1270
городской округ г. Первомайск	1665	17
городской округ Перевозский	1594	16
городской округ г. Саров	9506	95
городской округ Семеновский	4786	48
городской округ Сокольский	1313	13
городской округ г. Чкаловск	2018	20
городской округ г. Шахунья	3621	36
Городецкий район	8809	88
Дальнеконстантиновский район	2114	21
Дивеевский район	1590	16
Княгининский район	1185	12
Ковернинский район	1859	19
Краснобаковский район	2178	22
Краснооктябрьский район	1001	10
Кстовский район	11963	120
Лукояновский район	2989	30
Лысковский район	3834	38
Павловский район	9528	95
Пильнинский район	1981	20
Починковский район	2858	29

Окончание таблицы 10.

Муниципальный район / городской округ	Численность инвалидов, чел.	Выборка чел.
Сергачский район	2863	29
Сеченовский район	1432	14
Сосновский район	1811	18
Спасский район	969	10
Тонкинский район	790	8
Тоншаевский район	1887	19
Уренский район	2873	29
Шарангский район	1183	12
Шатковский район	2438	24
ИТОГО	317360	3174

Таблица 11

Социально-демографические характеристики респондентов

Социально- демографические характеристики	Инвалиды	
	чел.	%
Пол		
мужской	1206	38
женский	1968	62
Возраст		
Дети до 18 лет	127	4
18-30 лет	96	3
31-40 лет	127	4
41-50 лет	190	6
51-60 лет	476	15
Свыше 60 лет	2158	68
Группа инвалидности		
I группы	318	10
II группы	1809	57
III группы	920	29
Дети-инвалиды	127	4

Результаты исследования можно сгруппировать по следующим

направлениям:

- оценка инвалидами федерального и регионального законодательства на предмет наличия гарантий соблюдения их прав;
- соблюдение прав инвалидов в повседневной жизни;
- доступность среды и услуг.

Рассмотрим результаты исследования, посвященные оценке инвалидами действующего законодательства.

Согласно результатам исследования, 49% инвалидов осведомлены о принятии Россией Конвенции ООН о правах инвалидов, 72% считают, что федеральное законодательство позволяет соблюдать права инвалидов в различных сферах жизни, 17% - ответили отрицательно, 11% - затруднились ответить. 79-83% респондентов из числа положительно оценивающих возможности федерального законодательства гарантировать соблюдение прав инвалидов отмечают, что их общегражданские права и свободы полностью соблюдаются (право на жизнь, равенство перед законом, доступ к правосудию, свобода и личная неприкосновенность, свобода от пыток, свобода от эксплуатации, насилия, свобода передвижения, свобода выражения мнений и убеждений, неприкосновенность частной жизни). Несколько ниже оценка эффективности федерального законодательства в сфере прав на образование, здоровье, прав на абилитацию и реабилитацию, труд и занятость, достаточный жизненный уровень и социальную защиту.

Таблица 12

**Оценка инвалидами Нижегородской области возможности
федерального законодательства обеспечивать соблюдение прав
инвалидов в различных сферах жизни, % (N =3174)**

Права гражданина	Полностью позволяет	Скорее позволяет	Скорее не позволяет	Не позволяет	Затрудняюсь ответить
Право на образование	63	13	19	5	0
Право на здоровье	58	15	21	6	0

Окончание таблицы 12.

Права гражданина	Полностью позволяет	Скорее позволяет	Скорее не позволяет	Не позволяет	Затрудняюсь ответить
Право на абилитацию и реабилитацию	54	17	21	5	3
Право на труд и занятость	53	21	19	6	1
Право на достаточный жизненный уровень и социальную защиту	51	26	17	3	3

Аналогичная ситуация с отношением респондентов к региональному законодательству. Мнения по отношению к региональному законодательству в сфере общегражданских прав и свобод, образования, здравоохранения, реабилитации и абилитации, труда и занятости, социальной защиты распределены практически таким же образом, как и в отношении федерального законодательства.

Анализ результатов исследования позволяет отметить, что 17-21% респондентов считают, что действующее федеральное и региональное законодательство не позволяет им реализовывать свои права в различных сферах жизнедеятельности. Можно предположить, что данный показатель обосновывается низким уровнем правовой грамотности респондентов или полученным негативным опытом при обращении за образовательными, медицинскими, социальными, реабилитационными услугами и услугами в сфере труда и занятости. При этом, 62% инвалидов оценивают уровень своих знаний о гарантированных правах и возможностях их защитить как средний, 33% – как низкий, 5% – как высокий. Данные показатели правовой информированности сопоставимы с результатами, полученными в рамках социологического исследования «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации», проведенного в 2008 году в четырех субъектах Российской Федерации: Костромской, Московской, Саратовской областях и г.Санкт-Петербурге АНО

«Центр социальной политики и гендерных исследований», выборка – 2400 инвалидов и 1200 жителей населенных пунктов¹. Десять лет назад 35% инвалидов оценивали свою осведомленность о правах и законных льготах как достаточную, 49% – как низкую, 4,5% – как высокую. В течение данного временного периода уровень информированности инвалидов о своих правах повысился.

Немногие инвалиды способны легко ориентироваться в повседневном информационном потоке. Недостаток информации о социальных услугах, возможностях реабилитации становится причиной невозможности получить необходимые ресурсы. Информация об изменениях в законодательстве, регулирующем права инвалидов, может долго оставаться без внимания данной категории граждан ввиду отсутствия достаточного количества каналов коммуникации между представителями системы социальной защиты и клиентами из числа инвалидов. Внедрение новых нормативно-правовых актов и реализация действующего законодательства, регулирующего социальную защиту инвалидов, не имеет необходимой информационной поддержки, структурированной разъяснительной кампании о правах и возможностях инвалидов, что в результате депривирует их от социально значимой активности².

В 2015-2016 гг. на базе учреждений системы социальной защиты Нижнего Новгорода было проведено авторское социологическое исследование, позволяющее изучить условия и перспектив использования различных механизмов, применяемых специалистами социальной сферы, в целях информирования населения о социальных услугах (N=23). Материалы экспертных интервью со специалистами системы социальной защиты продемонстрировали, что в практике работы данных учреждений используется широкий спектр способов информирования населения о

¹ Социологическое исследование проблем инвалидности и реабилитации в Российской Федерации. Анализ основных результатов исследования. / П.Романов, Е.Ярская-Смирнова, С.Вайтфилд, С.Келли. – Москва, 2009. – С.11.

² Наберушкина, Э.К. Инвалидность и право на независимую жизнь / Э.К.Наберушкина //Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология. – 2009. – №4. – С.130-131.

социальных услугах, включающий в себя размещение информации на Интернет-сайтах учреждений, стендах, публикации в средствах массовой информации, консультирование по телефону и на личном приеме граждан. В качестве примера приведем ответ специалиста управления социальной защиты населения: *В нашем учреждении развешаны информационные стенды, в отделе приема граждан раздают листовки и брошюры, не реже одного раза в месяц публикуются статьи в районной газете, специалисты обзванивают и консультируют граждан по телефону, а также у нас есть сайт.*

Наиболее часто информирование граждан осуществляется посредством консультирования по телефону и на личном приеме: *Чаще всего обзваниваем граждан по спискам из Пенсионного фонда, органов ЗАГС, бюро медико-социальной экспертизы. Также бывают случаи, что клиент в своем заявлении указал не все пособия и услуги, на которые он/его семья имеет право, – звоним и консультируем.*

В качестве вспомогательных источников информирования специалисты отмечают сайты и информационные стенды учреждений.

Объяснить подобный выбор позволяет анализ проблем, возникающих в процессе информирования о социальных услугах.

Одной из наиболее острых проблем, отмеченных специалистами, является нехватка кадров. Согласно мнению респондентов, в связи с недостатком специалистов информирование отнимает много времени у сотрудников, а также повышает их нагрузку. Сотрудник министерства социальной политики Нижегородской области отмечает следующее: *С учетом дефицита и текучести кадров в системе социальной защиты сложно выстроить модель информирования, как и решить другие вопросы. Постоянно меняющиеся кадры не позволяют системе развиваться, данная проблема касается всех направлений, включая информационную составляющую.*

В связи с этим отметим следующее противоречие: испытывая

«кадровый голод», учреждения системы социальной защиты должны искать способы оптимизации работы, в вопросе информирования населения это выражается в снижении степени вовлеченности специалистов в данный процесс посредством использования таких механизмов информирования, как Интернет-сайт, информационные стенды, средства массовой информации, печатная продукция (буклеты, листовки). Несмотря на это, специалистами учреждений системы социальной защиты применяется наиболее трудоемкий способ информирования – консультирование.

В качестве причин данного явления можно рассмотреть финансовые и технические проблемы, осложняющие процесс информирования населения.

В качестве финансовых проблем респондентами обозначены ограниченные возможности размещения информации, а именно с помощью уличной рекламы, радио и телевидения (на социальную рекламу отводится меньшее количество эфирного времени, чем на коммерческую); высокие затраты на разработку специализированных электронных сервисов.

Под техническими проблемами специалисты подразумевают трудности, связанные с отсутствием доступа в Интернет как у специалистов, так и клиентов, недоступность адресатов вследствие смены телефонного номера или адреса электронной почты.

Одним из наиболее веских аргументов в пользу выбора консультирования как способа информирования являются указанные специалистами особенности восприятия и получения информации разными типами клиентов: *Из-за сниженных когнитивных способностей представителям старшей возрастной группы и лицам с ограниченными возможностями легче получать информацию от специалиста, чем искать ее самостоятельно.*

Однако другим специалистом высказано мнение, что многие клиенты имеют трудности с усвоением услышанной информации, поэтому необходимо применять одновременно несколько способов информирования.

Одной из таких категорий клиентов являются инвалиды, для которых

доступность информации определяется видом и степенью тяжести нарушений функций организма.

По данным исследования, проведенного в Нижегородской области при участии автора, источниками информации о социальных услугах, реабилитации, мерах социальной помощи для инвалидов являются телевидение (85% респондентов используют данный источник), пресса (60%), соседи, друзья, знакомые (56%), социальные работники (47%), работники здравоохранения (36%), радио (33%), социальная реклама на улице, в транспорте (23%), брошюры, буклеты, книги, издаваемые общественными организациями (23%), Интернет (20%).

Рассмотрим, как респонденты оценивают реализацию гарантированных законодательством прав в повседневной жизни. В целом гражданские и иные права инвалидов не нарушаются. В подавляющем большинстве случаев респондентов не принуждали менять место жительства (99,7%), проживать в интернатных учреждениях (99,7%), не подвергали эксплуатации (99,8%), различным формам насилия (99,8%).

При ответе на вопрос о том, становилась ли инвалидность препятствием для чего-либо, 2,3% респондентов ответили, что испытывали трудности при вступлении в брак, 14% – при планировании и рождении детей, 8% – при оформлении опекунов, попечительства, усыновления детей. 1,5% респондентов отметили, что были случаи, когда конфиденциальная информация об их жизни разглашалась без их согласия. Права инвалидов в сфере труда и занятости (право на доступ к программам профессиональной ориентации, службам трудоустройства, на безопасные и здоровые условия труда, на равные условия в оплате труда, профсоюзные права) по мнению 83% инвалидов, не нарушаются. 79% респондентов имеют доступ к получению образования без дискриминации по признаку инвалидности.

Однако, если рассматривать соблюдение прав инвалидов в более широком контексте, включая ситуации взаимодействия с представителями

различных структур и учреждений, то, согласно данным исследования 2008 года, 49% инвалидов сталкивались с какими-либо формами притеснения. Наиболее часто инвалиды сталкивались с негативным отношением к себе в медицинских учреждениях и общественном транспорте.

Таблица 13¹

В каких именно учреждениях Вы испытывали унижение и обиду?

Вид учреждения:	Всего, %
Больницы, медицинские учреждения	44
Общественный транспорт	37
Торговые предприятия	29
Милиция, органы власти	21
Органы социального обслуживания	16
Банки, страховые компании	16
По месту работы	14
Учреждения образования и переподготовки	15
В службе занятости	6

Некорректное поведение представителей различных учреждений по отношению к инвалидам негативно сказывается на доступности услуг.

Наиболее востребованными видами помощи для инвалидов Нижегородской области являются: медицинское обслуживание (79%), санаторно-курортное лечение (44%), материальная помощь (44%), услуги социальных работников (27%), психологическая помощь (20%), натуральная помощь (16%), правовая помощь (10%), помощь в трудоустройстве (7%).

Каждый второй респондент пользуется услугами помощников или социальных работников: из них постоянно пользуются 32%, периодически 14%, редко 54%.

Среди организаций, предоставляющих помощь респондентам, на первом месте находятся районные центры социальной защиты населения

¹ Социологическое исследование проблем инвалидности и реабилитации в Российской Федерации. Анализ основных результатов исследования. / П.Романов, Е.Ярская-Смирнова, С.Вайтфилд, С.Келли. – Москва, 2009. – С.19.

(82%), на втором – органы государственной власти, местная администрация (34%), на третьем – общественные организации, объединения инвалидов, члены их семей (15%).

Практически в каждом муниципальном районе / городском округе действуют учреждения социальной защиты, оказывающие социальную помощь инвалидам (91%). Услугами данных учреждений пользуются 73% респондентов. Уровень удовлетворенности оказываемыми услугами можно охарактеризовать, как средний – 53% опрошенных скорее удовлетворены услугами, чем нет, 18% – полностью удовлетворены, 21% – скорее не удовлетворены, 8% – не удовлетворены услугами.

Доступность социальной помощи, включая услуги по социальной реабилитации, определяется состоянием безбарьерной среды. В Нижегородской области только 34% инвалидов могут самостоятельно передвигаться по населенному пункту. Наиболее физически не приспособленными к особенностям инвалидов являются жилые дома, тротуары, больницы, поликлиники, почта.

Таблица 14

**Объекты муниципальных районов / городских округов
Нижегородской области, не оборудованные пандусами, подъемниками и
другими приспособлениями, необходимыми для инвалидов**

Вид объекта:	Всего, %
Жилые дома	74
Тротуары	63
Больницы, поликлиники	43
Почта, телеграф	41
Учреждения социальной защиты	38
Библиотеки	33
Учебные заведения	31

Окончание таблицы 14.

Вид объекта:	Всего, %
Театры, кинотеатры, дома культуры	31
ЖЭКи	28
Здания органов государственной и местной власти	28
Банки	24
Парки	23
Железнодорожные и автовокзалы	16

Большинство инвалидов Нижегородской области (78%) отмечают, что здания, тротуары, переходы и дороги частично оборудованы в соответствии с требованиями доступной среды, однако этого бывает недостаточно для их комфортного использования.

Согласно отчетам о реализации государственной программы «Социальная поддержка граждан Нижегородской области» на 2015-2020 годы, опубликованным на официальном сайте министерства социальной политики Нижегородской области, в 2015 году количество доступных для инвалидов и других маломобильных групп населения приоритетных объектов социальной, транспортной, инженерной инфраструктуры в Нижегородской области составило 153 учреждения, в 2016 году – 202 учреждения, в 2017 году этот показатель не изменился¹.

Самостоятельно использовать городской транспорт могут 34% инвалидов, среди которых большинство (84%) не встречались с отказом водителя оказывать им услуги по их перевозке из-за инвалидности.

В связи с этим актуальными являются услуги социального такси, возможность использовать которое имеют только 32% респондентов. Данное обстоятельство объясняется тем, что в Нижегородской области функционирует 14 служб «Социальное такси», каждая из которых располагает одним специализированным транспортным средством. Данные

¹ Отчет о реализации государственной программы «Социальная поддержка граждан Нижегородской области» за 2016 год. – [Электронный ресурс]. – Доступ через: <http://www.minsocium.ru/official/2045-of189>

службы функционируют в 8 районах г.Нижнего Новгорода (Автозаводский, Канавинский, Ленинский, Московский, Нижегородский, Приокский, Советский (2 службы), Сормовский), г.Арзамас, г.Бор, г.Городец, г.Кстово, г.Шахунья. Услуги службы «Социальное такси» предоставляются инвалидам с нарушениями опорно-двигательного аппарата, инвалидам по зрению, имеющим первую группу инвалидности, инвалидам Великой Отечественной войны, детям-инвалидам, гражданам старше 70 лет, имеющим проблемы с самостоятельным передвижением. Три раза в месяц данные услуги оказываются по льготной стоимости 5 рублей 70 копеек за 1 км пробега, а затем за полную стоимость в размере 11 рублей 40 копеек. Служба «Социальное такси» является дополнительной мерой поддержки, реализуемой лишь в ряде городов и регионов Российской Федерации, к числу которых помимо Нижегородской области относятся г.Москва, г.Санкт-Петербург, г.Красноярск, Хабаровский край, Новосибирская область, Республика Башкортостан.

По данным исследования 2008 года, наиболее негативно доступность социальной инфраструктуры оценивают респонденты с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата: почти 60% из них вынуждены преодолевать барьеры при пользовании общественным транспортом, 48% – при посещении магазинов, 57% – в государственных учреждениях, 58% – в учреждениях культуры. Реабилитационные учреждения тоже не отличаются высоким уровнем доступности – наличие в них труднопреодолимых барьеров отмечают 60% респондентов с инвалидностью по зрению, 35% респондентов с инвалидностью по слуху и 45% опрошенных инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата¹.

В результате исследования 2008 года выявлена корреляция между оценкой уровня доступности окружающей среды и степенью участия инвалида в общественной жизни, уровнем материального благосостояния,

¹ Социологическое исследование проблем инвалидности и реабилитации в Российской Федерации. Анализ основных результатов исследования. / П.Романов, Е.Ярская-Смирнова, С.Вайтфилд, С.Келли. – Москва, 2009. – С.25.

занятостью и оценкой качества жизни. Респонденты, оценивающие свои жилищные условия как неудовлетворительные, негативно относятся к доступности различных объектов социальной инфраструктуры, независимо от функционального типа инвалидности. Вместе с этим респонденты, испытывающие большое количество проблем с доступностью, как правило, оценивают уровень своего достатка как низкий. Учащиеся или работающие инвалиды в целом более высоко оценивают уровень доступности среды жизнедеятельности, чем незанятые. Уровень доступности окружающей среды значительно определяет возможность индивида участвовать в социальной жизни, а также влияет на степень материального благосостояния.

Взаимосвязь между уровнем доступности среды и уровнями занятости и материального достатка была установлена и в результате исследования, проведенного в Нижегородской области.

Возможность инвалидов работать и самостоятельно себя обеспечивать отражает уровень реализации их прав и социальной реабилитации. Действующее федеральное и региональное законодательство, сформированное с учетом положений Конвенции ООН о правах инвалидов, гарантирует данной категории граждан соблюдение их прав во всех сферах жизни общества. Согласно результатам исследования, проведенного в Нижегородской области при участии автора, большинство инвалидов положительно оценивают возможности законодательства всех уровней обеспечивать их общегражданские права. Данная положительная оценка объясняется тем, что большинство инвалидов могут самостоятельно выбирать место жительства, вступать в брак, планировать рождение детей, реализовывать свои права в сфере труда и занятости. Однако, возможность нормативно-правовых актов защищать права инвалидов в сфере образования, здравоохранения, занятости, реабилитации, социальной защиты оценивается ниже, чем возможность отстаивать их общегражданские права. Низкий уровень положительных оценок законодательства в данных сферах объясняется негативным опытом, полученным инвалидами при попытках

реализовать свои права, обусловленный проблемами доступности среды для инвалидов, включающей такие ее виды, как физическая, транспортная, временная, материальная, информационная, географическая, доступность, формируемая под воздействием социокультурных причин.

2.3. Современное состояние и проблемы функционирования системы социальной реабилитации инвалидов

Правовую основу функционирования системы социальной реабилитации составляют ряд нормативных правовых актов, включающий Конвенцию ООН о правах инвалидов, Федеральный закон от 24 ноября 1995 года №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 13 июня 2017 года №486н «Об утверждении порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых Федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм», Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 15 октября 2015 года №723н «Об утверждении формы и порядка предоставления органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления и организациями независимо от их организационно-правовых форм информации об исполнении возложенных на них индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида и индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида мероприятий в федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы». Данные нормативно-правовые акты определяют условия и порядок получения услуг по социальной реабилитации, указывают полномочия органов исполнительной власти и учреждений, функционирующих в сфере реабилитации, конкретизируемые в региональном законодательстве.

Региональную правовую базу системы социальной реабилитации составляют: постановление Правительства Нижегородской области от 24 января 2007 года №24 «О реабилитации инвалидов в Нижегородской области», постановление Правительства Нижегородской области от 7 июня 2012 года №333 «Об утверждении порядка формирования и ведения реестра учреждений, участвующих в реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов (детей-инвалидов) в Нижегородской области», приказ министерства социальной политики Нижегородской области от 30 мая 2016 года №301 «О порядке взаимодействия при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида по разделу «Мероприятия социальной реабилитации или абилитации».

Вход в систему социальной реабилитации обеспечивается за счет индивидуальной программы реабилитации и/или абилитации инвалида, разрабатываемой учреждениями бюро медико-социальной экспертизы. Индивидуальная программа реабилитации и/или абилитации инвалида определяет комплекс мероприятий, необходимых для восстановления инвалида, предоставляет возможность получения технических средств реабилитации и реабилитационных услуг на бесплатной основе.

В 2017 году принят новый нормативно-правовой акт, усложнивший получение инвалидами реабилитационных услуг. Ранее при наличии индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалид мог напрямую обращаться за помощью в профильные учреждения, предоставляющие реабилитационные услуги. В настоящее время для получения реабилитационных услуг инвалид первоначально должен обратиться с письменным заявлением в региональные органы исполнительной власти, курирующие конкретные виды реабилитации. Таким образом, количество учреждений, который инвалид должен посетить для получения реабилитационных услуг, увеличивается как минимум в два раза, что значительно ограничивает их доступность.

Система социальной реабилитации включает в себя: учреждения бюро медико-социальной экспертизы, учреждения фонда социального страхования, учреждения системы социальной защиты, учреждения культуры, учреждения образования, коммерческие и некоммерческие организации.

Система социальной реабилитации по линии органов социальной защиты включает:

- 45 домов-интернатов для престарелых и инвалидов общего типа;
- 10 психоневрологических интернатов;
- 1 специальный дом-интернат для граждан пожилого возраста и инвалидов (ГБУ «Лукояновский специальный дом-интернат для престарелых и инвалидов»);
- 2 социально-реабилитационных центра (ГБУ «Центр социальной реабилитации инвалидов и ветеранов боевых действий «Витязь», ГБУ «Пансионат ветеранов войны и труда «Зеленый город»);
- 3 санаторно-реабилитационные центры (ГБУ «Санаторно-реабилитационный центр инвалидов «Красный Яр», ГБУ «Санаторно-реабилитационный центр «Пушкино» для инвалидов с патологией органов дыхания», ГБУ «Сявский санаторно-реабилитационный центр для инвалидов»);
- 1 областной реабилитационный центр для инвалидов (ГБУ «Нижегородский областной реабилитационный центр»);
- профессиональное училище для инвалидов (ГБПОУСО «Нижегородское училище-интернат»);
- 3 детских дома-интерната для умственно отсталых детей, (ГБУ «Автозаводский детский дом-интернат», ГБУ «Арзамасский детский дом-интернат для умственно отсталых детей», ГБУ «Замятинский детский дом-интернат для умственно отсталых детей»);
- 5 реабилитационных центров для детей и подростков с ограниченными возможностями (ГБУ «Реабилитационный центр для детей и

подростков с ограниченными возможностями «Дом» Сормовского района города Нижнего Новгорода», ГБУ «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями города Арзамаса», ГБУ «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями Городецкого района», ГБУ «Областной реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями города Дзержинска», ГБУ «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями Павловского района»);

- 25 социально-реабилитационных центра для несовершеннолетних;
- 13 центров помощи семье и детям;
- 59 комплексных центров социального обслуживания населения / центров социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов.

Первичным звеном, предоставляющим реабилитационные услуги для инвалидов с высоким реабилитационным потенциалом, являются комплексные центры социального обслуживания населения и центры социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов.

В структуру комплексных центров социального обслуживания населения входят 586 отделений девяти типов:

- социально-бытового обслуживания на дому – 288 отделений;
- социально-медицинского обслуживания на дому – 100 отделений;
- срочного социального обслуживания – 60 отделений;
- социально-консультативной помощи – 54 отделения;
- дневного пребывания – 46 отделений;
- социального обслуживания семьи и детей – 28 отделений;
- специализированный жилой дом для граждан пожилого возраста и инвалидов – 7 отделений;
- социально-реабилитационных – 2 отделения;
- стационарных отделений санаторного типа – 1 отделение.

Специализированный жилой дом представляет собой альтернативную

форму стационарного обслуживания. Право воспользоваться услугами данного подразделения комплексных центров социального обслуживания населения имеют граждане пожилого возраста и инвалиды 1 и 2 группы, сохранившие полностью или частично способность к самообслуживанию. Основными функциями данного отделения являются социально-бытовое обслуживание граждан, оказание доврачебной медицинской помощи, проведение мероприятий по социально-бытовой адаптации и социокультурной реабилитации. Специализированный жилой дом состоит из одно- и двухкомнатных квартир, медпункта, помещений для творческой деятельности, комнаты отдыха и библиотеки. В Нижегородской области специализированные жилые дома, рассчитанные на 266 квартир функционируют в Балахнинском районе (60 квартир), Богородском районе (47 квартир), Городецком районе (59), Ковернинском районе (16), Краснобаковском районе (36), Шарангском районе (27), Шахунском районе (21).

На базе комплексных центров социального обслуживания населения также действуют:

- 59 школ ухода за маломобильными гражданами;
- 58 мобильных бригад;
- 67 компьютерных классов для граждан пожилого возраста и инвалидов (в 2017 году прошли обучение компьютерной грамотности 3 118 человек. Всего обучено за время работы компьютерных классов более 18 000 граждан);
- 59 пунктов проката технических средств реабилитации по социально низким ценам (в 2017 год обслужено 4 336 человек).

В 2017 году контингент, проживающий в интернатных учреждениях всех типов, составил 7436 человек, из них 81% являются инвалидами. В структуре 16 учреждений стационарного обслуживания для инвалидов и граждан пожилого возраста функционируют отделения реабилитации на 1060 человек. Данными отделениями ведется работа по двум направлениям:

- комплексная реабилитация инвалидов, имеющих средний уровень реабилитационного потенциала, с целью восстановления физических и социальных функций;
- адаптационные мероприятия для инвалидов, имеющих низкий уровень реабилитационного потенциала, с целью полной или частичной компенсации ограничений жизнедеятельности.

Реабилитационными отделениями оказываются услуги по медицинской реабилитации (медикаментозная и немедикаментозная восстановительная терапия), профессиональной ориентации, социальной реабилитации (социально-бытовой адаптации, социально-средовой ориентации, социокультурной реабилитации).

Нижегородская область относится к небольшому числу регионов (г.Санкт-Петербург, Владимирская область, Вологодская область, Забайкальский край, Красноярский край), в которых предпринимаются попытки внедрения стационарозамещающих технологий для инвалидов психоневрологического профиля, к числу которых относится сопровождаемое проживание. Сопровождаемое проживание представляет собой комплексную услугу, направленную на организацию самостоятельного проживания инвалида в домашних условиях, включая быт, досуг, занятость, взаимодействие с окружающими. Услуга сопровождаемого проживания для молодых инвалидов оказывается государственным бюджетным учреждением «Городецкий психоневрологический интернат» в форме:

- проживания в общежитии для молодых людей с инвалидностью (по состоянию на 1 октября 2018 года в общежитии проживало 7 человек);
- проживание в квартире социального назначения – «опекаемое жильё» (по состоянию на 1 октября 2018 года социальными работниками интерната оказывалось сопровождение 9 человекам с психофизическими нарушениями на дому).

Проживать в общежитии для молодых инвалидов могут клиенты отделения реабилитации учреждения в состоянии длительной ремиссии,

обладающие навыками самообслуживания, трудоустроенные, не склонные к асоциальному поведению. Основной функцией данной формы обслуживания является повышение уровня социально-бытовой и социально-психологической адаптации инвалидов. В ходе бытовой деятельности клиенты обучаются самостоятельному приготовлению пищи, ведению личного бюджета, оплате различных счетов и покупок. Организация досуговой деятельности инвалидов направлена на формирование потребности и умения инвалидов посещать культурно-досуговые учреждения.

В отличие от общежития для молодых инвалидов, целью организации которого является подготовка инвалидов к самостоятельной жизни, квартира с сопровождаемым проживанием представляет собой модель интеграции в социум инвалидов с ментальными нарушениями, предоставляя им возможность самостоятельно проживать вне интерната. Общежитие для молодых инвалидов является структурным подразделением интерната, в то время как квартира с сопровождаемым проживанием представляет собой жилое помещение, расположенное за пределами интерната и предназначенное для постоянного проживания 1-2 клиентов интерната, находящихся в состоянии длительной ремиссии, имеющих высокий уровень социально-бытовых, социально-коммуникативных навыков, умеющих организовать свой досуг, официально трудоустроенных не менее 1 года, обладающих уровнем дохода, позволяющим проживать самостоятельно. Инвалиды, которые могут воспользоваться услугами квартиры с сопровождаемым проживанием, не имеют потребности в постоянном уходе, но нуждаются в социальном сопровождении. Инвалидам, проживающим в «опекаемом жилье», так же как и инвалидам, проживающим в общежитии, предоставляются услуги по социальной реабилитации. Инвалиды, проживающие в «опекаемом жилье», самостоятельно своевременно оплачивают расходы, связанные с содержанием квартиры, соблюдают санитарно-гигиенические и противопожарные нормы, предоставляют

специалистам интерната возможность посещения жилого помещения, проходят плановые медицинские осмотры, при необходимости производят косметический ремонт квартиры за счет личных средств. Таким образом, условия проживания в «опекаемом жилье» максимально приближены к самостоятельному проживанию индивида. Основной задачей сотрудников интерната является оказание поддержки инвалидам, проживающим в «опекаемом жилье», только в случае, если они в этом объективно нуждаются, не подменяя своей помощью самостоятельную деятельность инвалидов.

Социальная реабилитация инвалидов осуществляется также на базе государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения социального обслуживания «Нижегородское училище-интернат». Основная цель данного учреждения – обучение инвалидов по адаптированным основным профессиональным образовательным программам среднего профессионального образования, а также осуществление медицинских, социальных и психолого-педагогических мероприятий. Однако, деятельность реабилитационного отделения в основном направлена на социально-психологическое сопровождение инвалидов в процессе обучения. Особенностью данного учреждения является то, что образовательные и социальные услуги предоставляются не только лицам, которым официально установлена инвалидность, а также лицам, имеющим патологии развития, но не проходившим медико-социальную экспертизу, и гражданам, с которых была снята инвалидность. Общее количество обучающихся в 2017 году составило 110 человек, из них большинство (88 человек) составляют граждане, которым установлена инвалидность.

Организационно-методические функции по реабилитации инвалидов Нижегородской области осуществляются государственным бюджетным учреждением «Нижегородский областной реабилитационный центр для инвалидов».

Данное учреждение реализует мероприятия комплексной реабилитации, сочетая социальную реабилитацию с медицинскими восстановительными мероприятиями. Социальная реабилитация, включая социально-средовую, социально-психологическую, социально-культурную реабилитацию, социально-бытовую адаптацию инвалидов, осуществляется в стационарной и полустационарной формах. Специалистами учреждения для каждого клиента составляется индивидуальный план реабилитации, учитывающий назначения индивидуальной программы реабилитации и/или абилитации, а также состояние здоровья клиента. В зависимости от специфики и результатов восстановительного процесса данный план корректируется.

Социально- и санаторно-реабилитационные центры представляют собой загородные учреждения, особое внимание уделяющие оздоровлению и отдыху неработающих инвалидов. К числу основных задач данных учреждений относится осуществление социальной и медицинской реабилитации в соответствии с индивидуальной программой реабилитации и/или абилитации.

Система социальной реабилитации инвалидов по линии органов социальной защиты включает 168 учреждений различных видов, полностью соответствующих номенклатуре учреждений социального обслуживания, предусмотренной для данной категории граждан, что сопоставимо с количеством учреждений в Республике Татарстан (121 уч.)¹ и Самарской области (179 уч.)² и почти в три раза превышает количество учреждений в Кировской (60 уч.)³, Пензенской областях (48 уч.)⁴ и Удмуртской Республики

¹ Министерство труда, занятости и социальной защиты Республики Татарстан. Мониторинг осуществления социального обслуживания граждан. – [Электронный ресурс]. – http://mtsz.tatarstan.ru/rus/file/pub/pub_1288819.pdf

² Министерство социально-демографической и семейной политики Самарской области. Мониторинг осуществления социального обслуживания граждан. – [Электронный ресурс]. – <http://minsocdem.samregion.ru/sites/default/files/files/Мониторинг%20%20квартал%202016.pdf>

³ Портал социальных услуг Кировской области. Реестр поставщиков социальных услуг. – [Электронный ресурс]. – <http://www.socialkirov.ru/social/root/uson/registry.htm>

⁴ Министерство труда, социальной защиты и демографии Пензенской области. Конвенция о правах инвалидов. – [Электронный ресурс]. – <http://archivetrud.pnzreg.ru/konv>

(58 уч.)¹. Количественный состав учреждений, оказывающих реабилитационные услуги инвалидам в субъектах Приволжского федерального округа, зависит от численности инвалидов, проживающих на территории субъекта.

В результате анализа сети учреждений социальной защиты Нижегородской области следует отметить, что социальная реабилитация инвалидов осуществляется посредством оказания социально-бытовых, социально-медицинских, социально-психологических, социально-педагогических, социально-трудовых, социально-правовых услуг, а также услуг в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в стационарной, полустационарной и надомной формах обслуживания. Комплексными центрами социального обслуживания граждан, центрами помощи семье и детям, социально-реабилитационными центрами для несовершеннолетних оказываются услуги, способствующие социальной реабилитации инвалидов, но в большинстве случаев имеющие общесоциальный, неспецифический характер и востребованные среди других категорий населения. Более специализированные услуги по социальной реабилитации инвалидов предоставляются на базе стационарных учреждений для инвалидов, санаторно-реабилитационных и социально-реабилитационных центров для инвалидов, а также областного центра социальной реабилитации инвалидов. Однако следует отметить, что социальная реабилитация инвалидов в данных учреждениях осуществляется в связке с медицинской реабилитацией, что свидетельствует о тяготении большинства учреждений к медицинским моделям инвалидности. В качестве одной из главных характеристик действующей системы социальной реабилитации на базе государственных учреждений социальной защиты следует отметить отсутствие узкопрофильных реабилитационных отделений

¹ Министерство социальной политики и труда Удмуртской Республики. – [Электронный ресурс]. – http://minsoc18.ru/ministry/branch_structure

/ учреждений для инвалидов с определенным видом функциональных нарушений. Вместе с этим система социальной реабилитации инвалидов Нижегородской области характеризуется недостаточным количеством специализированных реабилитационных отделений для молодых инвалидов и инвалидов трудоспособного возраста. По результатам независимой оценки качества работы организаций социального обслуживания в 2017 году выявлена необходимость совершенствования доступности территорий, зданий и помещений учреждений социальной защиты населения, укрепления материально-технической базы учреждений, внедрения новых социально-реабилитационных методик, а также активизации информационной работы с клиентами по вопросам социального обслуживания.

В целях совершенствования системы социальной реабилитации инвалидов Нижегородской области может быть применен опыт Самарской области, в которой функционируют реабилитационные центры, профилирующиеся на предоставлении услуг инвалидам с психическими нарушениями, инвалидам-колясочникам, инвалидам, имеющим нарушения зрения, слуха и речи, молодым инвалидам. Вместе с этим возможно использование опыта Самарского региона в сфере повышения информационной доступности социальных услуг инвалидам посредством создания Интернет-ресурса «Реабилитация инвалидов в Самарской области»¹.

Система социальной реабилитации инвалидов Нижегородской области не ограничивается учреждениями системы социальной защиты граждан.

Важную роль в функционировании системы социальной реабилитации инвалидов Нижегородской области играет государственное учреждение – Нижегородское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации, поскольку за данным учреждением закреплены полномочия по обеспечению инвалидов техническими средствами

¹ Тимошенко А.В. Развитие системы реабилитации инвалидов в Самарской области /А.В.Тимошенко // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2018. – № 6 (июнь). – С.1-4.

реабилитации, без которых невозможна социально-средовая реабилитация инвалидов.

В 2017 году показатель обеспеченности инвалидов Нижегородской области техническими средствами реабилитации составил 85,9%, что незначительно выше, чем в среднем по стране (84,6%). Наибольшую потребность инвалиды Нижегородской области испытывают в следующих средствах реабилитации:

- трости опорные – 31,5% (по РФ – 30,4%);
- абсорбирующее белье – 20,4 % (по РФ – 19,2%);
- кресла-коляски комнатные – 16,7% (по РФ – 14,8%);
- аппараты нижних конечностей – 12,7% (по РФ – 11,6%);
- противолежневые матрасы – 9,5% (по РФ – 8,7%);
- кресла-стулья с санитарным оснащением – 7,1% (по РФ – 3,3%);
- средства по уходу за стомой – 6,9% (по РФ – 5,8%);
- сигнализаторы при нарушении слуха – 6,4% (по РФ – 3,5%)¹.

В процессе социальной реабилитации инвалидов принимают участие профессиональные образовательные организации и организации высшего образования. В 2017 году выпускниками профессиональных образовательных организаций стали 387 инвалидов. В целях организации обучения и реабилитации инвалидов в регионе на базе государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения «Нижегородский Губернский колледж» создан центр инклюзивного образования, обеспечивающий деятельность системы инклюзивного среднего профессионального образования инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья. Данным центром разработаны адаптированные образовательные программы для обучающихся, имеющих нарушения слуха, зрения, опорно–двигательного аппарата.

¹ Данные предоставлены Нижегородским региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации.

Ресурсным учебно-методическим центром по обучению инвалидов и лиц с ограниченными возможностями в организациях высшего образования выступает Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Нижегородский государственный педагогический университет имени Козьмы Минина». Деятельность центра направлена на методическое сопровождение организации в высших учебных заведениях инклюзивного образования, увеличение числа инвалидов, ориентированных на получение высшего образование, повышение числа инвалидов, освоивших образовательные программы высшего образования.

Федеральным государственным бюджетным образовательным учреждением высшего образования «Нижегородский государственный лингвистический университет им. Н.А. Добролюбова» разработан план мероприятий на 2018 год, проводимых совместно с ресурсным учебно-методическим центром по обучению инвалидов и лиц с ограниченными возможностями в организациях высшего образования. Указанный план включает мероприятия по повышению квалификации сотрудников по вопросам психолого-педагогического сопровождения образования студентов с инвалидностью и ограниченными возможностями, семинары по подготовке студентов с инвалидностью к обучению в условиях образовательной организации высшего образования.

В федеральном государственном автономном учреждении высшего образования «Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н.И.Лобачевского» создан центр инклюзивного образования, основными целями которого является обеспечение доступности образования и создание условий для социальной реабилитации студентов университета, имеющих инвалидность. Мероприятия по социальной реабилитации включают в себя помощь в адаптации к условиям обучения, вовлечение в культурно-массовые университетские мероприятия, оказание поддержки со стороны представителей волонтерского движения университета. Структурным

элементом данного подразделения является тифлоинформационный центр, основанный в 1999 году, и ставший первой в России университетской специализированной службой для инвалидов по зрению, разрабатывающей методики использования тифлокомпьютерных технологий в образовательном процессе.

Мероприятия по социальной реабилитации, реализуемые профессиональными образовательными организациями и организациями высшего образования, выступают вспомогательным инструментом в организации обучения.

Обеспечение социокультурной реабилитации инвалидов во многом реализуется за счет мероприятий, организуемых учреждениями культуры. В Нижегородской области действуют две специализированные библиотеки для инвалидов по зрению. Объем специализированного фонда для лиц с нарушениями зрения в общедоступных библиотеках области – 164,5 тыс.экз. (книги по Брайлю, «Говорящие книги» и др.). Нижегородская государственная областная специальная библиотека для слепых является областным методическим центром по работе с инвалидами и выступает в качестве организатора широкой сети пунктов выдачи специальных форматов книг для слепых и слабовидящих граждан при централизованных библиотечных системах области, местных территориальных организациях Всероссийского общества слепых

Библиотеки организуют свою работу в рамках программ и проектов, реализуемых совместно с организациями инвалидов. Всего в библиотеках области организована работа 89 клубов, созданных для граждан с инвалидностью.

Музеи Нижнего Новгорода и Нижегородской области ведут активную деятельность по привлечению инвалидов. В музеях ведется работа со всеми категориями инвалидов, для них адаптируются музейные программы и экскурсии.

Организация досуга инвалидов осуществляется в муниципальных культурно-досуговых учреждениях и учреждениях дополнительного образования. Муниципальным бюджетным учреждением социальной поддержки «Комплексный центр по работе с детьми и молодежью «Молодежные инициативы» города Дзержинска ведется работа по развитию творческого потенциала молодежи с ограниченными возможностями, а также реализуются проекты по обучению молодежи с инвалидностью навыкам самообслуживания.

Государственная система социальной реабилитации инвалидов дополняется услугами, оказываемыми некоммерческими организациями. В 2017 году в реестр некоммерческих организаций, реализующих на территории Нижегородской области общественно полезные (социальные) проекты (программы), включены 37 организаций, основной деятельностью которых является оказание помощи инвалидам.

С 2012 года по настоящее время Нижегородским региональным отделением общероссийской общественной организации инвалидов «Всероссийское общество глухих» реализуется проект, в рамках которого функционирует Нижегородская региональная телефонная диспетчерская служба для инвалидов по слуху. Основная задача службы – обеспечение взаимодействия клиента, имеющего нарушения слуха, и специалиста учреждения. Данная служба функционирует для обеспечения человеку с нарушением слуха возможности получать услуги социальных и других государственных служб.

Для предоставления услуг в телефонной диспетчерской службе работают два диспетчера-переводчика русского жестового языка. Контакт с диспетчером-переводчиком люди с нарушением слуха могут осуществлять двумя способами: при помощи переписки (факс, sms-сообщения, электронная почта) и с использованием жестового языка (web-камера и видеотелефонная связь).

Для организации видеотелефонной связи в управлениях социальной защиты населения г. Арзамаса, г. Дзержинска, г. Кстово, г. Бор, г. Богородска, г. Выксы, г. Павлова, а также управлениях социальной защиты Автозаводского, Сормовского и Приокского районов г. Нижнего Новгорода установлены видеофоны.

Гражданину необходимо отправить текстовое сообщение или жестовым языком сообщить диспетчеру свое имя и фамилию, а также содержание сообщения. Ответ заявителю осуществляется по тому же каналу связи, по которому он обратился. В случае взаимодействия посредством web-камеры оператор-переводчик жестового языка будет передавать сообщение клиента слышащему абоненту и обратно в режиме реального времени. Данная служба позволяет решать социально-бытовые проблемы лиц с ограниченными возможностями, способствует их интеграции в социум¹.

Нижегородская региональная общественная организация родителей детей-инвалидов по зрению «Перспектива» разработала и реализовала проект «Путевка в самостоятельную жизнь», направленный на социальную реабилитацию молодых инвалидов по зрению и слабовидящих людей в возрасте от 18 до 30 лет. Проектом предусмотрена информационная, правовая и психологическая помощь, формирование компетенций, необходимых для самостоятельной жизни. Работа с участниками проекта была организована в форме индивидуальных консультаций и тренингов. За период функционирования проекта с 2016 по 2017 год была оказана помощь 100 молодым людям с инвалидностью. Продолжением данной практики помощи является проект «Навигатор для самостоятельной жизни», действие которого продлится до 2019 года. Основными задачами проекта являются развитие у молодых инвалидов по зрению навыков самостоятельной жизни, помощь в преодолении социально-психологических барьеров, интеграция

¹ Красуцкая О.В. Доступность социальных услуг для инвалидов: информационный аспект // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. – 2018. – №1 (49). – С.113.

инвалидов в молодежную среду посредством организации инклюзивных мероприятий. Возраст целевой аудитории проекта увеличен до 35 лет.

Социальная реабилитация молодых людей с ограниченными возможностями здоровья также осуществляется Нижегородской региональной общественной организацией поддержки детей и молодежи «Верас». В 2010 году данной организацией создана служба сопровождаемого учебного проживания, целью которой является подготовка молодых людей с инвалидностью к самостоятельной жизни. Курс самостоятельного учебного проживания реализуется на базе трехкомнатной квартиры жилого дома и составляет два месяца. В соответствии с графиком в квартире проживают по два человека, сопровождаемые социальными работниками и педагогами. В 2017 году курс самостоятельного учебного проживания прошли 12 человек. Для каждого участника курса разрабатываются рекомендации для дальнейшего формирования навыков самообслуживания в домашних условиях. В настоящее время реализуется пилотный проект по предоставлению услуг постоянного сопровождаемого проживания для 4 молодых людей с ограниченными возможностями здоровья на базе квартир в микрорайоне «Бурнаковский», приобретенных за счет родителей, а также средств, привлеченных данной организацией. Вместе с этим Нижегородской региональной общественной организацией поддержки детей и молодежи «Верас» оказывается помощь членам семей, воспитывающих молодых людей с инвалидностью, для повышения уровня информированности и знаний о возможностях развития, формирования коммуникации, навыков самообслуживания их взрослых детей.

Другой проект, направленный на поддержку инвалидов, реализуется Общероссийской общественной организацией инвалидов «Всероссийское ордена Трудового Красного Знамени общество слепых». Основной задачей проекта является организация мероприятий в сфере социокультурной, социально-бытовой, спортивной и профессиональной реабилитации для инвалидов по зрению, а также повышение квалификации специалистов,

занимающихся работой по социальной адаптации и комплексной реабилитации инвалидов по зрению.

В целях решения проблемы информационной доступности услуг по социальной реабилитации некоммерческими организациями реализуется ряд проектов, направленных на повышение социально-правовой грамотности. Одним из таких проектов является мобильная общественная приемная ветеранов и инвалидов боевых действий Нижегородской области, организованная Нижегородской региональной организацией Общероссийской общественной организации инвалидов войны в Афганистане и военной травмы «Инвалиды войны».

В рамках проекта создана мобильная общественная приемная для ветеранов и инвалидов, проживающих в районах области. Технической основой мобильной общественной приемной является 7-местный автомобиль, который оснащен специальным оборудованием и оргтехникой, а также имеющий в наличии видео- и аудиоматериалы социально-правового характера, юридическую и методическую литературу. Мобильный комплекс используется при выездах в населенные пункты области с участием специалистов органов социальной защиты для осуществления на местах консультаций ветеранов, инвалидов и членов их семей по социально-правовым вопросам.

Информационная доступность социальной реабилитации также достигается посредством повышения компьютерной и юридической грамотности инвалидов. Нижегородская региональная благотворительная общественная организация «Забота» выступает координатором проекта «Статус: Онлайн», направленного на преодоление информационной и социальной эксклюзии инвалидов. Проектом предусмотрены практические занятия, посвященные обучению навыкам работы с компьютером, использованию различных Интернет-ресурсов и электронных сервисов, а также культурно-развлекательные мероприятия. С 2013 года по настоящее время слушателями данной программы стали более 2000 граждан пожилого

возраста и лиц с ограниченными возможностями.

Для преодоления социокультурных барьеров, ограничивающих социальную реабилитацию инвалидов, служит фестиваль русского жестового языка «Ы». Данный фестиваль проводился в г.Нижнем Новгороде в 2016 и 2017 году в целях знакомства слышащих с культурой глухих, преодоления барьеров в общении и популяризации жестового языка. В ходе фестиваля были проведены лектории о культуре глухих, основах гармоничного взаимодействия между глухими и слышащими, а также организована площадка возможностей, где глухим предлагалась работа или образование.

Функционирование некоммерческих организаций, предоставляющих реабилитационные услуги инвалидам, так же, как и деятельность государственных учреждений системы социальной реабилитации инвалидов, осложнено проблемами информационной доступности. Для многих некоммерческих организаций характерно отсутствие собственных сайтов, что существенно затрудняет поиск информации об их деятельности. По мнению сотрудников некоммерческих организаций, данный факт – это одна из самых серьезных проблем для некоммерческих организаций, такой ответ выбрали почти две трети респондентов.(63%)¹. Кроме того, деятельность некоммерческих организаций затруднена множеством стереотипов, большая часть из них имеет информационную природу – то есть, предубеждения возникли в результате незнания. Вокруг благотворительных организаций постоянно формируется обывательское представление о злоупотреблениях, использовании фондов в целях личного обогащения сотрудников – консерватизм получателей социальных услуг (доверяют только государственным структурам 34% респондентов отметили это). Потребители не считают некоммерческие организации достаточно профессиональными – 23%.² Ситуация усугубляется тем, что население недостаточно осведомлено о некоммерческих организациях в целом – это существенно ограничивает их

¹ Перспективы НКО в качестве поставщиков общественной пользы. Сводный аналитический отчет. – М: Циркон. – 2013. – С.21.

² Там же. – С.25.

возможности по привлечению граждан.

В качестве одного из механизмов повышения доверия населения к деятельности некоммерческих организаций можно рассмотреть включение их в реестр поставщиков социальных услуг, который ведется органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации и публикуется на их официальных сайтах. По состоянию на февраль 2018 года, в реестр поставщиков социальных услуг включены 4 некоммерческие организации (в 2016 году – 2), что может свидетельствовать как о низком уровне информированности некоммерческих организаций об относительно новой форме государственной поддержки, так и о том, что немногие некоммерческие организации соответствуют требованиям, предъявляемым к поставщикам социальных услуг, включенным в реестр. Представителями некоммерческих организаций Нижегородской области в ходе работы круглого стола «Опыт вхождения СО НКО в систему оказания социальных услуг: лучшие практики, проблемы, пути решения», который состоялся 20 октября 2017 года, обозначен ряд проблем, не позволяющих войти в реестр поставщиков социальных услуг, к числу которых относятся:

- жесткость стандартов социальных услуг, не предусматривающих вариативности оказания конкретной социальной услуги. Согласно стандартам, клиенту должна предоставляться комплексная социальная услуга, включающая все виды социальных услуг, что не под силу обеспечить большинству некоммерческих организаций;

- низкие подушевые нормативы финансирования социальных услуг, не позволяющие некоммерческим организациям полностью возместить затраты на оказание услуг за счет бюджетных средств;

- отсутствие плана совместных мероприятий с государственными учреждениями системы социальной защиты населения.

Следует отметить, что, с одной стороны, некоммерческие организации позволяют лицам с ограниченными возможностями получать социальные услуги, которые не предоставляются государственными учреждениями

системы социальной защиты, а, с другой стороны, дублируют социальные услуги, оказываемые государственными учреждениями. Однако, несмотря на то, что государственными и некоммерческими организациями предоставляются одинаковые виды социальных услуг, нельзя говорить об их конкуренции на рынке социальных услуг. Некоммерческие организации, предоставляющие социальные услуги инвалидам, усиливают сложившуюся систему социальной реабилитации данной категории граждан, поскольку позволяют увеличить количество предоставляемых социальных услуг, а значит и их доступность.

Анализ реестра поставщиков социальных услуг Нижегородской области свидетельствует о том, что в систему социальной реабилитации инвалидов постепенно включаются коммерческие организации различных форм собственности. По состоянию на февраль 2018 года их количество составило 9 организаций. Данными организациями предоставляются все виды социальных услуг в надомной, полустационарной и стационарной формах обслуживания. Охват получателей социальных услуг коммерческими организациями крайне низок, во втором полугодии 2017 года ими были оказаны услуги 196 гражданам (государственными учреждениями социальной защиты за этот же период оказаны услуги 224646 гражданам).

Одной из форм участия бизнеса в системе социальной реабилитации инвалидов является корпоративное волонтерство, а также организация конкурсов на финансирование благотворительных проектов. Примером корпоративного волонтерства служит организация ООО «Белла Волга» ежегодного турнира благотворительной Международной Футбольной Лиги по мини-футболу для инвалидов SENI CUP. Данный проект реализуется на территории Нижегородской области на протяжении десяти лет и представляет собой не только спортивные соревнования, но площадку для общения и развития творческих способностей лиц с ограниченными возможностями.

Финансирование благотворительных проектов по поддержке инвалидов

бизнес-структурами может быть продемонстрировано на примере деятельности ПАО «МегаФон». В декабре 2017 года данная компания вручила сертификат Нижегородскому областному центру реабилитации инвалидов по зрению «Камерата» на реализацию проекта «Универсальный мобильный помощник». Программа состоит из образовательных мероприятий для слабовидящих и слепых людей и включает очные и дистанционные занятия по невизуальному использованию компьютерной и мобильной техники¹.

Коммерческие организации расширяют спектр услуг по социальной реабилитации инвалидов, однако необходимость оплаты данной помощи согласно рыночной стоимости делает их недоступными для большинства категорий инвалидов. Бесплатное предоставление услуг инвалидам осуществляется небольшим количеством коммерческих организаций, вошедших в реестр поставщиков социальных услуг. Участие инвалидов в мероприятиях, способствующих социальной реабилитации, на бесплатной основе возможно в рамках корпоративного добровольчества, однако данные мероприятия могут иметь бессистемный характер, поскольку основными целями корпоративного волонтерства нередко являются поддержание собственного положительного имиджа и повышение внутренней лояльности.

Формирование доступности социальной реабилитации для инвалидов осуществляется посредством принятия государством законодательных норм, устанавливающих общие требования к обеспечению данного процесса, описывающих конечный результат. В связи с тем, что в отношении большинства нормативных документов отсутствует четкий инструментарий их реализации, а также ввиду различного уровня ресурсности субъектов в регионах и муниципалитетах, существуют различные механизмы обеспечения требуемых норм доступности. В действующем законодательстве нет четко сформулированных критериев доступности социальной

¹ Реализация проекта «Универсальный мобильный помощник» в Нижнем Новгороде – [Электронный ресурс]. – Доступ через: <http://nn.ict-online.ru/news/n139588/>

реабилитации, выявить их можно при анализе совокупности нормативно-правовых актов, регулирующих социальную сферу, а также индикаторов государственных программ.

Учитывая, что среди инвалидов Нижегородской области численно преобладают женщины старше трудоспособного возраста, государственными учреждениями системы социальной реабилитации инвалидов предоставляется широкий спектр услуг, направленный на продление активного долголетия граждан, который дополняется мероприятиями некоммерческих и коммерческих организаций.

В Нижегородской области формирование доступности социальной реабилитации для инвалидов осуществляется в соответствии с государственными программами, направленными на поддержку инвалидов, при активном содействии некоммерческих организаций.

2.4. Анализ процесса социальной реабилитации на основании жизненных стратегий инвалидов

Социальная реабилитация представляет собой сложный многоаспектный процесс, определяемый социально-демографическими характеристиками инвалидов и влияющий на их жизненную траекторию. Для изучения социальной реабилитации нами применен метод контент-анализа нарративов инвалидов, полученных в ходе неформализованного интервью. Выборка составила 60 нарративов, имеющих общий объем словаря 33 390 слов, на основе которого составлены 164 семантические цепочки, необходимые для анализа проблематики социальной реабилитации. В ходе исследования нами выявлено 14 факторов (группа инвалидности, возраст наступления инвалидности, образование, трудовая деятельность, досуг и увлечения, родительская семья и родственные отношения, брачно-семейные отношения, социальный капитал (друзья, коллеги, соседи и т.д.), взаимодействие с социальными службами, восприятие себя и инвалидности, отношение к жизни и обществу, социально-психологические установки,

религиозность, роль НКО), которые легли в основу двух типов социальной реабилитации инвалидов: субъектной и зависимой.

Одним из наиболее значимых факторов социальной реабилитации является родительская семья и родственные отношения. Исследователи выделяют три формы отношения семьи к инвалидности: негативная, фатальная, совладания¹.

Негативная форма представляет собой отторжение семьей родственника с инвалидностью, члены семьи отрицательно относятся к инвалиду, пессимистично смотрят на жизнь, не заинтересованы в создании условий для эффективной реабилитации индивида, ищут виновного в проблеме, перекладывают ответственность на социальные учреждения. Итогом данной стратегии становится формирование у инвалида агрессивного восприятия окружающего мира, замкнутости, иждивенческих настроений.

Фатальная форма отношения к инвалидности – это пассивная позиция семьи, вера в судьбу, божью кару, невозможность перемен. Данная стратегия формирует терпение и смирение, формирует пассивность в отношении лечения и взаимодействия с социумом, приводит к закрытому, замкнутому образу жизни.

Форма совладания, или переживания основывается на том, что семья принимает инвалидность, произошедшие изменения и обстоятельства, пытается проанализировать ситуацию, привлечь и использовать все ресурсы для преодоления произошедших изменений². Для данной формы характерно объединение внутрисемейных ресурсов для поддержки своего ребенка с инвалидностью, происходит приспособление членов семьи к возникшим проблемам и, в частности, взаимная адаптация мужа и жены к внутрисемейному ролевому поведению и распределению социально-бытовых

¹ Барина, Г.В. Человек с инвалидностью в системе семейных отношений /Г.В.Барина// Вестник Московского государственного областного университета. Серия: философские науки. – 2015. – №3. – С.28-29.

² Там же. – С.28-29.

функций внутри семьи¹.

Многие респонденты благодарны своим родителям за то, что они посвятили свою жизнь их лечению и реабилитации. Уровень образования родителей влияет на их восприятие инвалидности ребенка. Родители с высшим образованием склонны считать, что инвалидность – это не приговор, и руководствуясь данной установкой, ищут все возможные способы лечения:

в 80-е годы была проблема со спортивным инвентарем для детей-инвалидов. Папа, чтобы у меня дома был свой спортивный уголок, ездил в Нижегородский цирк посмотреть, как делаются батут, рольганг, кольца для батута. Папа в то время работал инженером. Он задерживался на работе, чтобы сделать для меня домашний спортивный уголок. И все это дало отличный результат. Родители на достигнутом не остановились и продолжали бороться с моей болезнью. Меня возили ежегодно лечиться на море, проходила лечение у Валентина Дикуля (из интервью женщины 35 лет, образование высшее, 2ая группа инвалидности).

Важную роль в процессе восстановления ребенка-инвалида играют развивающие занятия, самостоятельно проводимые родителями, помогающие ребенку быстрее освоить необходимые навыки:

папа, пока мама доучивалась в институте, очень много со мной занимался, учил меня считать с губ, читать, писать. Помню заметки и таблички, исписанные его рукой и развешанные по всей квартире. (из интервью женщины, 29 лет, образование среднее профессиональное, 2ая группа инвалидности).

Благодаря установкам и мерам, предпринимаемым родителями, дети с инвалидностью могут вести обычный образ жизни, свойственный их возрасту. Вот как описывает свое детство, девушка имеющая вторую группу инвалидности по слуху:

в детстве я ходила в обычный детский сад, посещала музыкальную школу, училась танцам – балету, была отъявленной «пацанкой» – обожала гонять мяч во дворе с мальчишками.

¹ Савинов Л.И., Лебедева А.В. Социально-правовая защита детей-инвалидов, проживающих в родительской семье: социокультурный аспект / Л.И.Савинов, А.В.Лебедева // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). – 2016. – № 7(63). – С. 216.

Родители, имеющие начальное профессиональное образование или среднее профессиональное образование, также стараются поддержать своих детей в трудной жизненной ситуации, но их помощь в большей степени направлена не на излечение болезни и преодоление инвалидности, а на то, чтобы помочь ребенку приспособиться жить с инвалидностью: обеспечить доступность жилья с учетом удобства ребенка, разнообразить его досуг, помочь получить посильные трудовые навыки: *мои родители – простые работяги, поэтому каких-то особых путей для моего лечения они не искали. Я стал инвалидом-колясочником первой группы. Бабушка научила меня шить на швейной машинке, отец научил меня читать топографические карты, электрические схемы, строительные чертежи. Отец привил мне любовь к технике, мы постоянно пропадали с ним в гараже, ремонтируя наш старый запорожец. В 2008 году мне купили компьютер, за три дня я его самостоятельно освоил до уровня простого пользователя и стал общаться по Интернету* (из интервью мужчины, 33 года, образование среднее, 1ая группа инвалидности).

Многие семьи склонны к гиперопеке по отношению к ребенку-инвалиду, которая приводит к сужению круга общения ребенка только до членов семьи, отсутствию навыков самостоятельного обслуживания, формированию выученной беспомощности: *мне на тот момент было 29 лет, я абсолютно не был подготовлен к самостоятельной жизни: не мог самостоятельно передвигаться, готовить себе пищу, питаться, мыться, пользоваться туалетом, нуждался в постоянной помощи окружающих. Все заботы после смерти родителей легли на плечи брата, которому на тот момент исполнилось 21 год и он только вернулся из армии* (из интервью мужчины, 42 года, образование среднее, 1ая группа инвалидности).

Преодоление состояния выученной беспомощности нелегко дается инвалидам, сопровождаясь сопротивлением, обидами и непониманием. В большинстве случаев инициаторами перемен становятся родственники, на которых ложится ответственность по уходу за инвалидами: *он решил, что не*

будет таскать на себе всю жизнь больного брата, решил, что мне нужно учиться жить самостоятельно. Сначала он достал кресло-коляску и начал обучать меня ею пользоваться. Мои руки не слушались, ноги не сгибались, мне было тяжело сидеть, но брат упорно продолжал приучать меня к коляске, чтобы я мог самостоятельно передвигаться по дому. Делал мне массаж, занимался со мной гимнастикой. Кормить меня с ложечки, как это делала мама, он тоже не стал. Давал мне картофелину вареную в мундире или неочищенное яйцо и говорил: «Хочешь есть – чисти сам». Мне казалось, что брат нарочно заставляет меня страдать. Теперь я понимаю, что брат мой страдал не меньше меня, ему тоже было меня жалко, но все это было продиктовано только братской любовью и желанием помочь мне. Сейчас я живу один, по дому передвигаюсь самостоятельно, пусть и с тростью, но сам могу приготовить себе еду (из интервью мужчины, 42 года, образование среднее, 1ая группа инвалидности).

Мотивация инвалидов к социальной реабилитации в некоторых случаях обусловлена осознанием необходимости жить самостоятельно, пониманием того, что со временем родители не смогут осуществлять помощь в уходе: родители всю жизнь со мной не будут, они «не вечны», нужно пытаться жить самостоятельно (из интервью мужчины, 28 лет, образование среднее, 2ая группа инвалидности).

Стремление к социальной реабилитации может быть вызвано и травмирующими ситуациями, такими как потеря или болезнь близких: мама слегла. И тогда в моих мыслях произошёл переворот. Заставила себя подняться, сесть в ненавистную инвалидную коляску и начать ухаживать за мамой. Она таяла на глазах, и вскоре её не стало. Я осталась одна. Именно в тот период жизни поняла, что мне все под силу. И впредь стала придерживаться данной установки (из интервью женщины, 32 года, образование среднее, 2ая группа инвалидности).

Трудности, испытываемые семьей в результате инвалидности одного из ее членов, усугубляются его поведением, провоцирующим отрицательную

реакцию близких по отношению к нему: *несмотря на мои больные выходки, защитной стеной встала моя семья. Они не запаниковали, не спрятались, не отвернулись, они поддерживали меня, настраивали на борьбу и почему-то сразу на победу, искали средства помощи* (из интервью женщины, 37 лет, образование среднее профессиональное, 1ая группа инвалидности). Не каждая семья может справиться с ситуацией инвалидности ее членов, что становится причиной распада семьи. В результате возрастает экономическая нагрузка на монородительскую семью, изменяются семейные цели и взаимоотношения, снижаются шансы успешной социальной реабилитации члена семьи, имеющего инвалидность, повышается риск семейного неблагополучия.

Неблагополучие в семье служит причиной раннего взросления ребенка, который усваивает негативные паттерны взаимодействия взрослых, а затем транслирует их в свою семью. Злоупотребление алкоголем, приводящее к неконтролируемому поведению и дракам, становится причиной инвалидизации: *до 16 лет я жила в семье: мама, младший братишка и отчим. «Жила» - это громко сказано. Семья наша была неблагополучная: болезнь брата, от которой он умер в детстве, пьянство, ругань, драки родителей и постоянная нужда. В 16 лет я познакомилась с замечательным человеком, мы стали жить вместе, но именно в тот момент случилось самое страшное событие в жизни. Во время конфликта со своим отцом был убит мой любимый человек, а сама я получила тяжелую черепно-мозговую травму, в результате которой меня парализовало, пропала речь, нарушилось сознание* (из интервью женщины, 29 лет, образование среднее, 2ая группа инвалидности).

В случае семейного неблагополучия наиболее реабилитирующей средой становятся учреждения системы социальной защиты, которые, с одной стороны, предоставляют комплекс необходимых услуг, а с другой стороны, устанавливая свои правила поведения и проживания, в какой-то мере ограничивают поведение клиента, в результате чего у него появляется

желание вернуться к самостоятельной жизни: *до 13 лет я проживал в многодетной неблагополучной семье, убегал из дома, бродяжничал, школу не посещал, в связи с чем был направлен в Замятинский детский дом инвалидов для умственно отсталых детей, лишен дееспособности. Именно тогда восстановление дееспособности и стало моей несбыточной мечтой на многие годы. До тех пор, когда меня перевели в Кузьмийрский психоневрологический интернат. Мне повезло. Здесь я познакомился с людьми, которые помогли мне измениться, изменить свое отношение к жизни* (из интервью мужчины, 39 лет, образование среднее, 2ая группа инвалидности).

Процесс социальной реабилитации в значительной степени определяется взаимоотношениями со специалистами системы социальной защиты. Значение имеет не только исполнение специалистом своих обязанностей, но и личностные качества (чуткость, внимательность, ответственность, отзывчивость, толерантность), морально-психологическая поддержка, доброе отношение к клиенту: *трудолюбивый, добрый, порядочный мастер Игорь Константинович всегда поддерживал мои старания, помогал и добрым словом, и делом. Был требователен и хвалил, когда у меня получалось. С ним я научился работать и быть ответственным. В будущем это мне очень пригодилось, когда мы стали ремонтировать свою квартиру* (из интервью мужчины, 39 лет, образование среднее, 2ая группа инвалидности).

Многие респонденты отмечают высокую результативность занятий по социально-бытовой адаптации, позволяющих восстановить или обрести навыки самообслуживания: *специалисты реабилитационного отделения проводили со мной занятия по социально-бытовой адаптации и трудотерапии. Я заново училась восстановлению утраченных в результате полученной травмы навыков: уборке помещений, стирке белья, глажке, приготовлению пищи, умению планировать бюджет, правилам поведения в общественных местах. В интернате я приобрела необходимые навыки:*

умение пользоваться гаджетами, современной бытовой техникой, оплачивать услуги, в том числе коммунальные, посредством интернета, общению в социальных сетях (из интервью женщины 39 лет, образование среднее, 2ая группа инвалидности).

Для восстановления навыков самостоятельной жизни важно сочетание психологической и физической готовности индивида к социальной реабилитации. В связи с этим учреждениями системы социальной защиты оказывается комплекс услуг, включающий медицинские и физкультурно-оздоровительные мероприятия: большую благодарность выражаю неврологам ГБУ «Нижегородский областной реабилитационный центр для инвалидов». Они назначают необходимые процедуры и наблюдают за их воздействием на больного и строго следят, чтобы не навредить, дают рекомендации для дальнейшего лечения по месту жительства. В борьбе с недугом вместе со мной проходят мой путь реабилитации инструктор ЛФК, массажисты. На первом осмотре они строго оценивают физические возможности больного и на сеансах увеличивают их в разы. Сначала кажется все сложно, где-то тяжело, даже невозможно, но все получается, приходит радость и реальная надежда на то, что все ещё возможно (из интервью женщины, 51 год, образование высшее, 2ая группа инвалидности).

В целях совершенствования навыков самостоятельного проживания в некоторых учреждениях системы социальной защиты населения используются стационарозамещающие технологии: в 2016 году я поняла, что готова к самостоятельной жизни, и решила попробовать свои силы в пилотном проекте «Жилье, опекаемое социальными работниками». Когда получила разрешение, радости моей не было предела! Самым большим успехом на данный момент я считаю свое участие в этом проекте. Мне была выделена однокомнатная квартира в поселке, которую я в течение года с помощью сотрудников интерната и моего молодого человека отремонтировала и обставила мебелью (из интервью женщины, 29 лет, образование среднее, 2ая группа инвалидности).

Психологическая поддержка со стороны специалистов учреждений системы социальной защиты помогает изменить восприятие инвалидности, принять сложившуюся ситуацию: *сотрудники интерната окружили меня заботой и вниманием, нашли ко мне подход, вселили надежду в то, что все еще можно исправить, если много и упорно работать над собой, поверили в меня. Благодаря им я преодолела страх к знакомству и общению с новыми людьми, научилась снова доверять людям. У меня появились друзья, которые мне дороги и близки, которые всегда помогут советом, поддержат в трудную минуту* (из интервью женщины, 34 года, образование среднее, 2ая группа инвалидности).

Выстраивание комфортных взаимоотношений с сотрудниками социальной защиты тоже важно, потому что часть инвалидов вынуждены быть постоянными клиентами социальной работы на протяжении всей жизни: *с 1998 года сначала только я, потом вместе с сыном, получаем помощь социального работника и медицинской сестры – сотрудников центра социального обслуживания Московского района города Нижнего Новгорода. Их ежедневная поддержка в течение многих лет во всех вопросах бытового устройства, медицинского обеспечения, юридических и психологических, педагогических консультаций, вопросах оказания нам всех видов помощи, сопровождение в различные учреждения и организации позволяют мне жить полноценной жизнью* (из интервью женщины, 43 года, образование среднее профессиональное, 2ая группа инвалидности).

Учреждения системы социальной защиты позволяют индивиду расширить круг общения, найти друзей, встретить любимого человека, что становится фактором успешной социальной реабилитации. Романтические отношения благоприятно влияют на социальные установки, помогают активизировать ресурсный потенциал инвалида: *поселившись в интернате, я вскоре встретил Таню, она проживала в этом же учреждении. Я сразу почувствовал родственную душу. С ней и я стал более спокойным, доброжелательным и терпеливым. Ее друзья стали и моими друзьями.*

Благодаря Таниной настойчивости, целеустремленности я поверил в то, что могу изменить свою жизнь к лучшему. Вместе мы мечтали о том, что когда-нибудь мы сможем жить вдвоем, самостоятельно вести хозяйство, вместе готовить ужин, принимать гостей, завести кошку. Но для людей недееспособных это очень трудно. И я стал делать все для ее восстановления (из интервью мужчины, 39 лет, образование среднее, 2ая группа инвалидности).

Создание собственной семьи и рождение детей описывается инвалидами как одно из самых важных достижений: сейчас у нас растут две маленькие дочки 4 и 3 годика. Они абсолютно здоровые и жизнерадостные дети – наши помощницы. Мы водим их в садик, посещаем развивающие кружки. Почти всё наше время мы отдаем воспитанию дочек, учитывая, что Лилия получила высшее образование как дошкольный педагог-психолог и то, что мы можем уделять своим детям чуть больше времени, чем работающие родители, все это дает мне надежду, что наши дети вырастут умными и честными людьми, уважающими старших и слабых (из интервью мужчины, 38 лет, образование среднее профессиональное, 2ая группа инвалидности).

Во многих случаях лица с инвалидностью удовлетворяют свою потребность в родительстве, несмотря на серьезные угрозы для собственной жизни: на шестом месяце беременности рождается моя доченька, весом всего 1 килограмм 148 граммов. Наши с ней жизни были обе на тонкой грани перед смертью – она слабенькая крошечка в областной больнице, и я в коме без признаков к выздоровлению. Но и тут посланное Богом, испытание разрешается чудом. Мы наконец-то вместе. Я безумно боялась осуществить еще одну мечту – родить второго ребенка. Страх, что все повторится, и пугающие слова многих врачей, что я не должна рожать, что не выживу и оставлю сиротой дочь и вдовцом мужа, останавливал меня. Но Бог послал на моем пути людей, которые помогли мне поверить в то, что у нас все получится. И ровно в день девятой годовщины свадьбы я

дарю своему мужу вторую дочь (из интервью мужчины, 38 лет, образование высшее, 2ая группа инвалидности).

Достигнуть определенных социальных высот, таких как высшее образование, трудоустройство, собственная семья, рождение детей, самостоятельное проживание, достижения в спорте и творчестве помогают положительные социально-психологические установки такие, как вера в себя, уверенность, что все будет хорошо: *«инвалидность – это не приговор»*, *«мир невозможно сделать таким, как хочешь, но можно к этому миру приспособиться»*, *«главное ограничение и препятствие всегда находится в нашей голове»*, *«надо учиться жить в любом физическом состоянии»*.

Инвалиды идентифицируют себя как обычных людей, ничем не отличающихся от других в случае, если с детства они воспитывались в семье, депроблематизирующей инвалидность: *я была обычной для своих родителей и друзей, которых было много, и всегда знала, что они меня поддержат и помогут. В школу пошла вместе с родителями, как и все девчонки-первоклашки, с большим белым бантом и букетом цветов* (из интервью женщины, 33 года, образование среднее профессиональное, 2ая группа инвалидности).

Влияние на формирование социально-психологических установок в первую очередь оказывают родители, а затем педагоги и врачи: *кроме лечения доктор со мной много разговаривал про веру в лечение, про выздоровление и просто про жизнь. Мне запомнились его слова, что даже если нервные клетки не восстанавливаются, то природой человеку дан огромный запас таких клеток, что из нескольких миллиардов этих клеток работает у нас только один миллион, и поэтому наша задача заставить работать второй миллион, переложив на него функции поврежденных клеток* (из интервью женщины, 43 года, образование высшее, 1ая группа инвалидности).

Социально-психологические установки родителей, передаваемые детям-инвалидам, влияют на их уровень образования, а значит и на

перспективы дальнейшей занятости. Большинство инвалидов в среднем звене школы или старших классах переходят на домашнее обучение, оканчивают среднюю школу (9 или 11 классов), поступают в специализированное училище для инвалидов или больше не повышают уровень своего образования. В случае, если родители детей инвалидов ориентированы на инклюзивное образование, то ребенок продолжает свое обучение в обычной школе и рассматривает перспективы получения высшего образования: *когда моим родителям предложили отправить меня в специальную школу для глухих людей, они отказались от этой идеи, и основной их аргумент – я могу и должна учиться наравне со всеми, в обычной массовой школе. Первые шаги в учебной деятельности давались сложно, но я не сдавалась, старалась учиться изо всех сил, и у меня это получилось* (из интервью женщины 35 лет, образование высшее, 2ая группа инвалидности).

Причиной выбора индивидуального обучения могут быть плохие взаимоотношения в школе: *в 8 классе я перешел на индивидуальное обучение, так как не мог подружиться с одноклассниками, которые издевались надо мной* (из интервью мужчины 28 лет, образование высшее, 2ая группа инвалидности).

Отношение педагогов к ребенку с инвалидностью во многом определяет его образовательные перспективы. Негативные установки учителей по отношению к таким детям препятствуют не только инклюзивному обучению, но и обучению в целом: *я учился на дому до третьего класса, потом учителя сказали: «Читать и считать научили, а дальше учить его нет смысла. Руки не работают, перспективы у него нет».* (из интервью мужчины, 29 лет, образование среднее, 1ая группа инвалидности).

Инвалиды отмечают высокую значимость для них образовательного, воспитательного и реабилитационного компонента обучения. В качестве примера, описывающего положительную практику реализации перечисленных компонентов в процессе обучения инвалидов, приводится

деятельность специалистов ресурсного центра дистанционного обучения детей-инвалидов города Нижнего Новгорода, функционирующего на базе ГКОУ «Нижегородская областная специальная (коррекционная) школа-интернат для слепых и слабовидящих детей». Работа центра направлена на предоставление качественного образования, предполагающего углубленное изучение отдельных предметов, помощь в профориентации, и построена с учетом индивидуальных особенностей обучающихся.

Особо остро инвалидами отмечалась проблема получения высшего образования, поскольку свое право на него им приходилось отстаивать, а реализовывать его было возможно только при поддержке родителей и друзей: *как всегда пришлось пробивать стену из непонимания, отказов в желании получить высшее образование. Большие месяца я с подружкой ходила в приемную комиссию юридического института и с жаром доказывала, что я смогу у них учиться. И ура! У меня приняли документы, я сдала вступительные экзамены, и началась безумная студенческая жизнь. На лекции я ходила с мамой. Она меня привозила, а по окончании забирала домой* (из интервью женщины 35 лет, образование высшее, 2ая группа инвалидности).

Дополнительным источником моральной поддержки для инвалидов зачастую становятся преподаватели в сфере дополнительного образования, тренеры, которые влияют на формирование социально-психологических установок, а при потере или отсутствии родных становятся наиболее значимыми людьми, помогающими адаптироваться к сложившейся ситуации: *жил с мамой, которая помогала мне во всем. Пять лет назад я остался один, жизнь круто изменилась. Жить в одиночестве трудно и психологически, и финансово. Мне пришлось искать новые «якоря», учиться жить самостоятельно. Мой учитель рисования показала мне, что кисти и краски могут раскрасить мир в яркие цвета, даже если жизнь кажется пустой и ненужной* (из интервью мужчины, 51 год, образование высшее, 1ая группа инвалидности).

Увлечения могут выступать как технология восстановления утраченных навыков: лепка – моторика, сценическая речь – умение говорить, спорт – восстановление двигательных навыков: *детям с ДЦП различной тяжести необходимо заниматься именно легкой атлетикой. Она лучше всего исправляет главный симптом этой болезни – нарушение координации движения* (из интервью мужчины, 28 лет, образование среднее, 2ая группа инвалидности).

В качестве увлечений и досуга особенно стоит отметить спорт, который согласно, ответам большинства респондентов является одним из самых распространенных видов хобби. Для некоторых инвалидов спорт становится профессией. Высокая заинтересованность различными видами спорта объясняется тем, что данный вид деятельности выступает компенсаторным механизмом, позволяющим преодолевать физические ограничения. Для многих это способ доказать обществу свою состоятельность. Вместе с этим некоторые рассматривают занятие спортом как исполнение определенной социальной функции, направленной на формирование образца мужества, силы духа и результативности, необходимого современному обществу. Данный тезис подтверждается результатами современных исследований, которыми установлено, что спорт способствует удовлетворению потребности личности в самореализации, позволяет сопоставить свои способности со способностями других людей, обладающих сходными проблемами со здоровьем. Спорт позволяет чувствовать себя полноценным членом общества, испытывать гордость от достигнутых результатов: *теперь люди не смотрят на меня с сожалением, а восхищаются мной и моими заслугами. Я доказал себе и окружающим, что после травмы жизнь не заканчивается, просто надо найти в себе силы, перебороть стереотипы общества и свой страх и стать лучше многих людей, имеющих здоровье, но в то же время теряющих себя, спивающихся, употребляющих наркотики, занимающихся воровством* (из интервью мужчины, 28 лет, образование среднее, 2ая группа инвалидности).

Спорт выступает одним из способов социальной реабилитации, поскольку представляет собой модель социального взаимодействия, основанную на определенных правилах и нормах: спортивные регламенты, правила игры, порядок соревнований. Институт спорта требует от индивида принятия и исполнения определенных правил, что служит основой для выработки навыков, необходимых в обычной жизни¹. Необходимость постоянно ездить на соревнования и сборы, жить вдали от дома тоже стимулирует потребность в социальной реабилитации: *тренировки проходят совместно со здоровыми спортсменами, и это подстегивает нас как нельзя лучше. Соревнования, в которых мы постоянно принимаем участие, являются самым лучшим критерием наших тренировок и, даже можно сказать, репетицией перед главным боем – паралимпийскими играми* (из интервью мужчины, 24 года, образование среднее, 1ая группа инвалидности).

Зачастую хобби и увлечения становятся источником доходов инвалида: *больше всего мне понравилось шить, инструктор швейной мастерской научила меня ремонтировать и шить одежду, делать интересные поделки, вышивать. В настоящее время я принимаю заказы от жителей поселка и шью на дому, что является моим дополнительным заработком. Сейчас я уже работаю на штатной должности в интернате швеей* (из интервью женщины, 43 года, образование начальное профессиональное, 2ая группа инвалидности).

Занятость улучшает качество жизни инвалидов, позволяет им вести активный образ жизни, расширять круг общения, почувствовать свою независимость: *вскоре я получила приглашение работать на постоянной основе в одном из салонов нашего города. Я почувствовала, что жизнь наконец-то вновь начинает приобретать для меня смысл. Я стала слышать искреннюю благодарность тех, кому мне удалось помочь. Я снова почувствовала себя человеком, находящимся в одном измерении с обычными*

¹ Евсеев, С.П., Абалян, А.Г. Спорт как фактор самореализации и повышения качества жизни лиц с ограниченными возможностями /С.П.Евсеев, А.Г.Абалян // Вестник спортивной науки. – 2016. – № 2. – С.50-51.

людьми, которые окружали меня повсюду. Через несколько лет я прошла курсы повышения квалификации и приняла, наконец, решение открыть свой собственный массажный кабинет. Я работаю в нем по сегодняшний день и чувствую себя абсолютно «нечужим» человеком в этом мире (из интервью женщины, 39 лет, образование среднее профессиональное, 2ая группа инвалидности).

Возможность трудоустройства инвалида в некоторой степени зависит от опыта взаимодействия с окружающими. Если инвалид имел негативный опыт общения в прошлом, он более осторожно выстраивает социальные отношения, выбирает более толерантную среду. Примером служит работа в учреждениях системы социальной защиты: *устроился на официальную работу в комплексный центр системным администратором. Позже еще на одну в дом престарелых с такой же должностью. С коллегами по работе я общаюсь вежливо, и все приятно ко мне относятся, с пониманием и это замечательно (из интервью мужчины, 28 лет, образование высшее, 1ая группа инвалидности).* Положительный опыт работы в социальных учреждениях становится основой для трудоустройства за пределами социальной сферы.

Восприятие индивидом своей инвалидности и социальная реабилитация обуславливаются возрастом наступления инвалидности. В подростковом и зрелом возрасте инвалидность воспринимается особенно остро: *ходить перестала лет в 14-15, поэтому жизнь на ногах помню отчетливо. У меня всегда было много друзей и подруг. Но вот ноги начали все больше слабеть, и я уже не могла выходить одна на улицу, меня перевели на домашнее обучение. Началась депрессия. Все виделось в черном свете (из интервью женщины 39 лет, образование среднее профессиональное, 1ая группа инвалидности).* Пример восприятия инвалидности в зрелом возрасте: *жить не хотелось. Разве такой я представлял свою жизнь?! Я молодой, некогда крепкий и активный мужчина, работающий в строительной бригаде, теперь навсегда был прикован к инвалидной коляске, ноги не*

слушались, как я ни пытался заставить их работать (из интервью мужчины, 53 года, образование среднее профессиональное, 1ая группа инвалидности). В первом случае ситуация обостряется кризисом пубертатного периода, а во втором тем, что индивид, находящийся на пике своей социальной активности и воспринимает инвалидность как завершение активной жизни. В данных возрастах затягивается период маргинальности, когда индивид ощущает себя находящимся между двумя социальными группами, характеризующимися разным образом жизни. Индивиды молодого и зрелого возраста отмечают, что инвалидность разделила их жизнь на два периода: «до» и «после». Инвалиды с сожалением вспоминают тот период, когда они были здоровы. Особенно остро переживается утрата работы, привычного образа жизни: *с работы на «Скорой помощи», разумеется, пришлось уволиться и без работы проводить однообразные дни в квартире, без возможности выйти на улицу самостоятельно, один на один с гнетущими мыслями. Это в прямом смысле слова убивало. Оставалось одно, находиться только «внутри себя», только наедине со своей бедой* (из интервью мужчины, 42 года, образование среднее профессиональное, 2ая группа инвалидности). Негативное восприятие инвалидности, наступившей в зрелом возрасте, осложняется отсутствием поддержки со стороны родственников и перетекает в депрессивные состояния, порой в алкоголизм: *год я прожил у сестры, а в 2007 году я написал заявление с просьбой поместить меня в Кулебакский дом-интернат для граждан пожилого возраста и инвалидов, где я и проживаю в настоящее время. Но тут новая напасть! На меня навалилась депрессия – страшная, тоскливая и засасывающая в трясины алкоголизма. Мне было всего 44 года, и я был полон сил и жизненной энергии, а тут такое. От меня, нормального и здорового человека, отвернулась семья, стали игнорировать так называемые друзья и знакомые* (из интервью мужчины, 59 лет, образование среднее, 1ая группа инвалидности).

Инвалидность воспринимается индивидом легче, если она наступила в

детстве или в пожилом возрасте. Проживая ситуацию инвалидности с детства, индивид постепенно адаптируется к данному состоянию, не имеет других образцов поведения и воспринимает данную ситуацию в соответствии с тем, как на нее реагировали его родители. Облегчить восприятие инвалидности в пожилом возрасте помогают социально-психологические установки, в соответствии с которыми индивид рассуждает, что большая часть жизни уже прожита, и что он достиг большинства своих целей, рассматривает инвалидность как глубокую болезнь, которая нормальна для данного возраста.

Инвалидность сопровождается чувством страха и неуверенности в себе: *я с ужасом осознал, что являюсь замкнутым и зажатым в своем мире человеком. Я боюсь выехать один на своей коляске за ворота. Как будут смотреть на меня люди? Что я буду делать, если сломается коляска?! Все эти и подобные мысли сковывали меня и держали словно на цепи, не давая сделать и двух шагов от дома* (из интервью мужчины, 39 лет, образование среднее, 1ая группа инвалидности).

В случае крайне негативного восприятия индивидом своей инвалидности происходит сужение социального пространства. Комплексы становятся причиной ограничения социальных контактов: *каково было мне, шестнадцатилетней девочке, как я комплексовала по поводу своей внешности. Мало того, что я инвалид-колясочник, но ещё я не могла носить красивые платья и юбки, я стеснялась мальчиков и боялась знакомиться с людьми. Иногда надо мной смеялись, показывали пальцем. Меня не так смущала моя коляска, как то, как я выгляжу. Мне было грустно и стыдно. Стыдно за свою внешность. Я не хотела так жить* (из интервью женщины, 28 лет, образование среднее, 1ая группа инвалидности).

Негативное восприятие инвалидности обусловлено нежеланием создавать проблемы своим близким: *сначала я испытала шок, страх за свою дальнейшую бытность. Много плакала, переживала за своих родных, за то,*

что создала им столько проблем (из интервью женщины, 31 год, образование высшее, 1ая группа инвалидности).

Тяжесть принятия своей инвалидности усиливается трудностями, связанными с получением медицинских и социальных услуг: *мысль о том, что я стал никчемным инвалидом, въелась в мои мысли, но понимание этого пришло не сразу. Скитался по больницам, натерпелся всяческих обид и унижений, карабкался из пропасти отчаяния, открыв для себя главное – я человек без судьбы* (из интервью мужчины, 54 года, образование среднее профессиональное, 2ая группа инвалидности).

Переоценить свое положение, пересмотреть взгляды на жизнь инвалидам позволяет общение на Интернет-форумах, изучение сайтов, посвященных тематике инвалидности: *когда появился еще и Интернет, я стал читать форумы об отношении между людьми. И прочитав это все, я понял, что мои изъязны не являются такими уж большими проблемами. Я стал стараться не комплексовать по этому поводу!* (из интервью мужчины, 32 года, образование среднее, 2ая группа инвалидности). Интернет позволяет знакомиться с людьми, имеющими сходные проблемы, делиться своим опытом преодоления трудностей.

Некоторым принять инвалидность помогает смирение и вера в бога, высшие силы, судьбу. Треть респондентов склонны рассматривать улучшение своего состояния, поддержку квалифицированных специалистов как результат божьей помощи: *я теперь точно уверена, что этот врач мне был послан богом. Несмотря на достаточно молодой возраст, она грамотно разбиралась в моих проблемах со здоровьем, всегда поддерживала меня* (из интервью женщины, 35 лет, образование высшее, 2ая группа инвалидности). Индивиды рассматривают инвалидность как особенный жизненный путь, предназначение, определенное свыше: *«сегодня, оглядываясь назад, понимаю, что такой путь мне выпал не случайно, наверное, мне нужно было его пройти», «бог дает людям инвалидность и этим призывает их делать добро для других людей»*. Некоторые инвалиды

воспринимаю заболевание как расплату за грехи: *я не знаю, за какие мои грехи и грехи моих предков я расплачиваюсь в моей жизни* (из интервью женщины, 46 лет, образование среднее, 1ая группа инвалидности). Данные установки демонстрируют, что сознание людей все еще находится под влиянием религиозной модели инвалидности, которая является одной из первых моделей, не предусматривающей возможности реабилитации.

Процесс реабилитации определяется желанием инвалида вернуться к полноценной жизни: *огромное желание вернуться к нормальной жизни, жить за пределами интерната, самостоятельно организовывать свой быт, не зависеть от кого-либо, создать свою семью, устроиться на работу, все это стало моей целью. Но для этого мне предстояло учиться всему заново* (из интервью мужчины, 38 лет, образование среднее, 2ая группа инвалидности).

Одним из способов восстановить или приобрести социальные навыки, необходимые для активной жизни, является участие в общественной деятельности. Инвалиды участвуют в комиссиях по обследованию доступности зданий и сооружений города, рассматривая это как способ помощи другим людям с инвалидностью и механизм повышения доступности среды. Участие в общественных объединениях продиктовано желанием помогать другим, приносить пользу обществу, отвлечься от своих проблем, организовать досуг, расширить круг общения. Общественная деятельность, с одной стороны, позволяет вести активный образ жизни, почувствовать свою значимость, а с другой стороны, переключиться с решения своих проблем на помощь другим, что также является одним из вариантов избегания трудностей. Некоторые инвалиды отмечают, что их участие в общественных объединениях обосновано необходимостью получить поддержку именно со стороны людей, имеющих сходные проблемы со здоровьем.

Членам общественных организаций важно не только помогать и активизировать людей, имеющих инвалидность, но также и ощущать свою

значимость, результаты своей работы, подтверждение своих способностей, проявляющееся в формировании личного круга деловых партнеров, увеличение числа членов организации.

Общественная деятельность выступает и одним из способов построения карьеры: достижение должностей председателя организации, создание собственной некоммерческой организации, наращивание социального капитала, позволяющего получить работу в коммерческих организациях, оказывающих спонсорскую помощь.

Активная общественная жизнь, наряду с получением образования, трудоустройством, созданием собственной семьи, выстраиванием хороших взаимоотношений с родительской семьей, самореализацией в творческой и иной деятельности, формированием дружеских отношений, положительным восприятием себя, жизни и общества, является проявлением субъектной социальной реабилитации.

Субъектная социальная реабилитация характеризуется ведущей ролью инвалида в процессе реабилитации, предполагающей его участие в выборе специалистов и учреждений, оказывающих необходимые услуги, осознание своей ответственности за результат реабилитационных мероприятий, потребность в восстановлении или формировании утраченных функций. Данный тип социальной реабилитации характерен для инвалидов, воспитанных в полных семьях, где родители имели высшее образование, и воспринимающих инвалидность как состояние, которое возможно преодолеть. В большинстве случаев к субъектной социальной реабилитации склонны инвалиды второй или третьей группы, имеющие положительный опыт взаимодействия с семьей, родными и другими малыми группами. Социальный капитал указанных групп позволяет инвалиду получать дополнительное социальное или медицинское обслуживание, упростить процесс образования и трудоустройства. Субъектная социальная реабилитация возможна, если инвалид имеет позитивные социально-

психологические установки, а также при наступлении инвалидности в детском возрасте.

Индивиды, склонные к зависимой социальной реабилитации, обладают меньшими социальными, экономическими ресурсами, а самое главное – меньшим ресурсом здоровья (первая группа инвалидности). В связи с этим основным источником помощи становятся социальные службы¹.

Ориентация на зависимую социальную реабилитацию определяется наступлением инвалидности в молодом или зрелом возрасте, отсутствием психологических механизмов адаптации к данному явлению, потерей профессии, привычного образа жизни. Инвалиды, характеризующиеся зависимым типом социальной реабилитации, зачастую обладают иждивенческими социально-психологическими установками, негативным восприятием инвалидности. Для данной группы инвалидов характерно воспитание в неблагополучных или низкоресурсных семьях, напряженные отношения со сверстниками и учителями в детстве, отсутствие возможности продолжить обучение в юности.

Зависимую социальную реабилитацию можно описать как низкий уровень социальных достижений инвалида, уход от решения проблем при помощи творчества и других видов увлечений и в некоторых случаях попадание в алкогольную зависимость.

Анализ данных типов реабилитации позволяет определить ресурсы инвалида, которые могут быть задействованы в процессе реабилитации, определить, что станет главной поддерживающей силой в осуществлении данного процесса, подобрать соответствующие методики социальной реабилитации.

¹ Красущая О.В. Социальная реабилитация в контексте жизненных траекторий инвалидов // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия Социология. Политология. – 2018. – Т18. – № 3. С.303.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Социальная реабилитация представляет собой многоаспектный процесс, направленный на интеграцию инвалидов в социальную среду. В основе диссертационного исследования находится анализ социальной реабилитации, выстроенный с учетом положений структурно-функционалистского и ресурсного подходов.

Применение структурно-функционалистской теории позволило изучить положение инвалидов в социальной структуре; рассмотреть социальную реабилитацию как функцию общества в целом и составляющую его подсистем: социальной защиты, здравоохранения, занятости, образования, культуры, спорта; проанализировать характер взаимодействия индивидов с системой социальной реабилитации инвалидов.

Использование ресурсного подхода к анализу системы социальной реабилитации выявило главных субъектов реабилитационного процесса, их влияние на результаты реабилитации, роль социального и человеческого капиталов инвалида, соотношение понятий ресурсный потенциал и реабилитационный потенциал инвалида.

Одним из основных субъектов системы социальной реабилитации инвалидов выступает сеть учреждений социальной защиты, функционирующая согласно основным направлениям государственной социальной политики в отношении инвалидов. Данная политика характеризуется сочетанием патерналистского отношения к инвалидам, проявляющегося в предоставлении разнообразия льгот, пособий, услуг стационарных учреждений данной категории граждан, и попыток внедрения концепции независимой жизни, предполагающей наличие универсального дизайна социального пространства, информационной доступности среды, положительного восприятия инвалидности обществом.

Отношение инвалидов к государственной политике в сфере реабилитации выражается в оценке возможности федерального и регионального законодательства обеспечивать права инвалидов.

Большинство инвалидов согласны с тем, что действующее законодательство гарантирует соблюдение их общегражданских прав и свобод. Возможности реализации своих прав в сфере образования, здравоохранения, социальной защиты, занятости, учреждения которых входят в систему социальной реабилитации, оцениваются ниже, чем возможности реализации общегражданских прав.

Состояние нормативно-правовой базы наряду с географическим, транспортным, материальным, физическим, информационным, временным и социокультурным критериями определяет доступность социальной реабилитации для инвалидов, что подтверждает гипотезу диссертационного исследования. Показателями доступности социальной реабилитации инвалидов являются: соответствие количества учреждений, оказывающих услуги социальной реабилитации инвалидов, численности инвалидов; наличие учреждений системы социальной реабилитации в каждом муниципальном образовании; оснащенность городского транспорта приспособлениями для перевозки инвалидов; наличие служб «Социальное такси» в каждом муниципальном образовании региона; предоставление бесплатных или частично оплачиваемых реабилитационных услуг; оснащенность учреждений и территорий согласно требованиям безбарьерной среды; наличие информации о социальной реабилитации в различных видах СМИ; количество времени затрачиваемого специалистом учреждения на предоставление услуги по социальной реабилитации; гибкость графиков работы учреждений системы социальной реабилитации, восприятие инвалидов специалистами учреждений социальной реабилитации, соблюдение ими профессиональной этики.

Согласно данным диссертационного исследования, для инвалидов Нижегородской области наиболее острой является проблема физической, транспортной и информационной доступности социальной реабилитации.

Обеспечить доступность социальной реабилитации инвалидам способствует организация работы системы реабилитации, учитывающая

социально-демографические характеристики инвалидов и их потребность в различных видах услуг. Социально-демографический профиль инвалидов Нижегородской области преимущественно представлен женщинами старших возрастных групп 51-60 лет и старше 60 лет, негативно оценивающих состояние здоровья, характеризующихся низким уровнем социальной активности и дохода. Инвалиды Нижегородской области испытывают наибольшую потребность в социально-медицинских услугах, санаторно-курортном лечении, материальной помощи и консультационных услугах.

Структура системы социальной реабилитации инвалидов представлена учреждениями бюро медико-социальной экспертизы, фонда социального страхования, системы социальной защиты, культуры, образования, коммерческие и некоммерческие организации. Одним из наиболее ресурсных элементов данной структуры является сеть учреждений социальной защиты, включающая 168 организаций, предоставляющих все виды социальных услуг. Ресурсность данного элемента определяется не только количественными характеристиками (в том числе количество организаций, число сотрудников), широтой спектра оказываемых услуг, но и тем, что этот структурный элемент выполняет функцию посредника между инвалидом и всей системой социальной реабилитации, помогая выстраивать взаимодействие индивида с ее различными элементами. Учреждениям бюро медико-социальной экспертизы принадлежит функция целедостижения, поскольку они определяют сроки, виды и результаты реабилитации. Остальные элементы структуры системы социальной реабилитации инвалидов выполняют узко профильные функции, необходимые для достижения полноценного результата социальной реабилитации инвалида.

Коммерческие и некоммерческие организации увеличивают количество и разнообразие социальных услуг для инвалидов, но ввиду низких подушевых нормативов финансирования социальных услуг, жестких стандартов предоставления данных услуг, в большинстве случаев не могут рассчитывать на государственное финансирование, а значит оказывать

реабилитационные услуги на бесплатной основе. Платный характер услуг приводит к ограничению материальной доступности услуг данных организаций для инвалидов.

Доступность системы социальной реабилитации инвалидов во многом определяется ресурсностью индивида, зависящей от группы инвалидности, возраста наступления инвалидности, образования, трудовой занятости, увлечений и способа проведения досуга, родительской семьи и родственных связей, брачно-семейных отношений, социального капитала, восприятия своей инвалидности, отношения к жизни, социально-психологических установок, религиозности, общественной деятельности.

Наиболее значимыми факторами, определяющими ресурсность инвалида, является возраст наступления инвалидности и взаимоотношения с родительской семьей. Наиболее драматично инвалидность воспринимается в подростковом и зрелом возрасте, поскольку индивид психологически не готов к принятию паталогического состояния, приводящего к изменению образа жизни и круга общения. Инвалиды с детства и инвалиды пожилого возраста спокойнее переживают состояние инвалидности, поскольку в первом случае индивид не знает другого способа функционирования, а во втором – воспринимает это как социальную норму.

Отношение родительской семьи к инвалиду определяет его социально-психологические установки, восприятие себя и жизни, что оказывает прямое воздействие на возможности получения образования, трудоустройства, создания собственной семьи, выстраивания дружеских связей.

Структура семьи, образование родителей влияют на то, как семья относится к инвалидности ребенка, предпринимаемые ими меры. Воспитание в полной семье, где один или оба родителя имеют высшее образование, является залогом успешности социальной реабилитации.

На основе анализа процессов и результатов социальной реабилитации инвалидов нами выделено два типа реабилитации: субъектная и зависимая. Они различаются в зависимости от характера достигнутых результатов

реабилитации и ориентации на собственные или внешние ресурсы при достижении целей.

Субъектная социальная реабилитация подразумевает, что главным актором процесса реабилитации выступает сам инвалид, в полной мере осознающий свою ответственность за результат данного процесса. В данном случае результатом социальной реабилитации выступает достижение благоприятного социального положения, характеризующегося получением высшего образования, построением карьеры, созданием собственной семьи, жизненным обустройством.

Зависимая социальная реабилитация ориентирована на помощь извне, в основном со стороны государственных учреждений системы социальной защиты. Инвалиды, склонные к данному типу реабилитации, обладают иждивенческими установками и желанием переложить ответственность за свою жизнь на плечи третьих лиц. Для представителей данной группы не характерно стремление к достижению социальных ценностей, предпочтителен выбор стратегии избегания решения проблем. Среди инвалидов Нижегородской области преобладают индивиды, ориентированные на зависимый вид социальной реабилитации.

Разработанная типология видов реабилитации позволяет охарактеризовать ресурсы инвалида, необходимые для реабилитационного процесса и определить основные источники помощи.

По итогам диссертационного исследования предлагаются рекомендации по совершенствованию доступности социальной реабилитации инвалидов:

- разработать единый региональный информационный ресурс, освещающий вопросы реабилитации инвалидов, предоставляющий возможность Интернет-консультирования инвалидов, имеющих различные функциональные ограничения;
- расширение перечня приоритетных объектов социальной инфраструктуры для организации доступной среды, привлечение ресурса

коммерческих и некоммерческих организаций для обеспечения универсального дизайна зданий и территорий;

- использование опыта некоммерческих организаций по созданию служб сопровождаемого учебного проживания для инвалидов и диспетчерской службы для инвалидов по слуху, по формированию толерантного отношения общества к инвалидам, обучению навыкам активизации ресурсов инвалида и его семьи;

- введение дополнительного количества транспортных маршрутов, оснащенных в соответствии с требованиями доступности среды, увеличение количества служб «Социальное такси» и повышение уровня их обеспеченности транспортными средствами;

- внедрение в практику системы социальной реабилитации методик работы, направленных на повышение социальной субъектности инвалида.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов (приняты Генеральной Ассамблеей ООН 20.12.1993). – [Электронный ресурс] – Доступ через: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_12211/
2. Конвенция ООН о правах инвалидов (принята Генеральной Ассамблеей ООН 13.12.2006). – [Электронный ресурс] – Доступ через: <http://base.garant.ru/2565085/>
3. Федеральный закон «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» от 28.12.2013 г. № 442 – ФЗ (с изменениями на 21.07.2014). – [Электронный ресурс] – Доступ через: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_166044/
4. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» – [Электронный ресурс] – Доступ через: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/
5. Федеральный закон от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ (ред. от 29.12.2015) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» – [Электронный ресурс] – Доступ через: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/
6. Постановление Правительства Российской Федерации от 01.12.2015 N 1297 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2020 годы». – [Электронный ресурс]. – Доступ через: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_189921/
7. Постановление Правительства Российской Федерации от 15.04.2014 N 296 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Социальная поддержка граждан». – [Электронный ресурс]. – Доступ через: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_162171/
8. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 17.11.2008 N 1662-р «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года». – [Электронный ресурс]. –

Доступ через:
http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_82134/76d2c4f28231fbc0c89031fc110b1e59d24a1ebd/

9. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 15.10.2015 №725 «Об утверждении Методических рекомендаций по определению норм нагрузки социального работника в сфере социального обслуживания» // [Электронный ресурс]: <https://rosmintrud.ru/docs/mintrud/orders/438/>
10. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 24.11.2014 №934н «Об утверждении методических рекомендаций по расчету потребности субъектов Российской Федерации в развитии сети организаций социального обслуживания» // [Электронный ресурс]: <https://rosmintrud.ru/docs/mintrud/orders/330>.
11. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 30.06.2017 N 545 «Об утверждении методики оценки региональной системы реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов»// [Электронный ресурс]: <https://rosmintrud.ru/docs/mintrud/orders/635>.
12. Постановление Правительства Нижегородской области от 30.04.2014 № 298 «Об утверждении государственной программы «Социальная поддержка граждан Нижегородской области». – [Электронный ресурс]. – Доступ через: <http://docs.cntd.ru/document/465510874>
13. Распоряжение Правительства Нижегородской области от 30.09.2015 г № 1826-р «Об утверждении Плана мероприятий («дорожной карты») по повышению значений показателей доступности для инвалидов объектов и услуг Нижегородской области». – [Электронный ресурс]. – Доступ через: <http://docs.cntd.ru/document/465527470>
14. ГОСТ 32613-2014 Туристские услуги. Услуги туризма для людей с ограниченными физическими возможностями. Общие требования. – [Электронный ресурс] – Доступ через: <http://docs.cntd.ru/document/1200110999>

15. ГОСТ Р 52876-2007 Реабилитация инвалидов. Услуги организаций реабилитации инвалидов вследствие боевых действий и военной травмы. Основные положения. – [Электронный ресурс] – Доступ через: <http://docs.cntd.ru/document/1200065282>
16. ГОСТ Р 55637-2013 Реабилитация инвалидов. Услуги по трудовой адаптации инвалидов вследствие боевых действий и военной травмы. – [Электронный ресурс] – Доступ через: <http://docs.cntd.ru/document/1200108280>
17. ГОСТ Р 52884-2007 Социальное обслуживание населения. Порядок и условия. – [Электронный ресурс] – Доступ через: <http://docs.cntd.ru/document/1200061326>
18. ГОСТ Р 53059-2014 Социальное обслуживание населения. Социальные услуги инвалидам. – [Электронный ресурс] – Доступ через: <http://docs.cntd.ru/document/1200112654>
19. ГОСТ Р 53348-2014 Социальное обслуживание населения. Контроль качества социальных услуг инвалидам. – [Электронный ресурс] – Доступ через: <http://docs.cntd.ru/document/1200112658>
20. ГОСТ Р 53872-2010 Реабилитация инвалидов. Услуги по психологической реабилитации инвалидов. – [Электронный ресурс] – Доступ через: <http://docs.cntd.ru/document/1200087808>
21. ГОСТ Р 53873-2010 Реабилитация инвалидов. Услуги по профессиональной реабилитации инвалидов. – [Электронный ресурс] – Доступ через: <http://docs.cntd.ru/document/1200087809>
22. ГОСТ Р 53874-2010 Реабилитация инвалидов. Основные виды реабилитационных услуг. – [Электронный ресурс] – Доступ через: <http://docs.cntd.ru/document/1200087810>
23. ГОСТ Р 53874-2017 Реабилитация и абилитация инвалидов. Основные виды реабилитационных и абилитационных услуг. – [Электронный ресурс] – Доступ через: <http://docs.cntd.ru/document/1200157615>

24. ГОСТ Р 54734-2011 Реабилитация инвалидов. Учетно-отчетная документация учреждений реабилитации инвалидов. – [Электронный ресурс] – Доступ через: <http://docs.cntd.ru/document/1200094369>
25. ГОСТ Р 54736-2011 Реабилитация инвалидов. Специальное техническое оснащение учреждений реабилитации инвалидов. – [Электронный ресурс] – Доступ через: <http://docs.cntd.ru/document/1200095907>
26. ГОСТ Р 54738-2011 Реабилитация инвалидов. Услуги по социальной реабилитации инвалидов. – [Электронный ресурс] – Доступ через: <http://docs.cntd.ru/document/1200093162>
27. ГОСТ Р 55138-2012 Реабилитация инвалидов. Качество реабилитационных услуг. Основные положения. – [Электронный ресурс] – Доступ через: <http://docs.cntd.ru/document/1200100287>
28. ГОСТ Р 55138-2017 Реабилитация и абилитация инвалидов. Качество реабилитационных и абилитационных услуг. Основные положения предоставления социальных услуг гражданам пожилого возраста и инвалидам. – [Электронный ресурс] – Доступ через: <http://docs.cntd.ru/document/1200157810>
29. Аймалетдинов, Т.А., Любимова, Л.И. Инновационные возможности Интернет-технологий в социальной адаптации инвалидов /Т.А.Аймалетдинов, Л.И. Любимова // Социология медицины. – 2012. –№1 (20). –С.51-55.
30. Александрова, Е.В. Основные социализирующие функции адаптивной физической культуры и спорта для людей с нарушениями опорно-двигательной системы / Е.В.Александрова // Историческая и социально-образовательная мысль. – 2014. – № 3. – С 167-170.
31. Барина, Г.В. Человек с инвалидностью в системе семейных отношений /Г.В.Барина// Вестник Московского государственного областного университета. Серия: философские науки. – 2015. – №3. – С.23-31.
32. Беккер, Г.С. Человеческое поведение: экономический подход. Избранные труды по экономической теории / Г.С. Беккер. – М.: ГУ ВШЭ, 2003. – 672 с. – ISBN 5-7598-0173-2.

33. Беккер, Г.С. Экономический анализ и человеческое поведение / Г.С. Беккер // THESIS. – 1993. – Вып. 1. – С. 24 – 40.
34. Бондаренко, И.Н. Доступ граждан пожилого возраста к социальным услугам: правовой, социально-экономический и нравственный аспекты / И.Н. Бондаренко // Отечественный журнал социальной работы. – 2004. – № 4. – С. 42-50.
35. Бурдьё, П. Социальное пространство: поля и практики / Пер. с фр. Н.А. Шматко. – М.: Институт экспериментальной социологии; СПб.: Алетейя, 2007. – 576 с. – ISBN 978-5-903354-03-0.
36. Бурдьё, П. Социология социального пространства / Пер. с фр. Н.А. Шматко. – М.: Институт экспериментальной социологии; СПб.: Алетейя, 2007. – 288 с. – ISBN 978-5-903354-05-4.
37. Бурдьё, П. Формы капитала. / Пер. М.С.Добряковой, науч. ред. В.В.Радаев // Экономическая социология. – 2002. – №5. – Том.3. –С.60-74.
38. Быков, А. Маршруты доступности / А. Быков // Социальная защита. – 2012. - № 12. – С. 35 – 39.
39. Васильева Е.Н., Зубанова Ф.Г., Леонтьева С.С. Мотивация инвалидов и детей-инвалидов с ментальными нарушениями / Е.Н. Васильева, Ф.Г. Зубанова, С.С. Леонтьева // Социальное обслуживание семей и детей: научно-методический сборник. – 2018. – №13. – С.122-126.
40. Веденеева, Н.В. Социальные аспекты реабилитации инвалидов в Российской Федерации. – автореферат диссертации на соиск. уч. ст. к. с.н. – Москва, 2004. – 27 с.
41. Веденеева, Н.В. Социальные аспекты реабилитации инвалидов в Российской Федерации. – автореферат диссертации на соиск. уч. ст. к. с.н. – Москва, 2004. – 27 с.
42. Воеводина, Е.В. «Инвалид» как социальная стигма и пространство для дискуссий / Е.В. Воеводина // Вестник Московского государственного гуманитарно-экономического института. – 2014. – № 4 (20). – С.10-15.

43. Галахова, А.В. Социальный капитал семей с детьми-инвалидами в свете ключевых социологических теорий /А.В.Галахова //Вестник Саратовского государственного технического университета. – 2009. –Т. 2. – № 1. –С.251-257.
44. Головкин С.Г. Реабилитация инвалидов как направление региональной социальной политики. – автореферат диссертации на соиск. уч. ст. к. с. н.. – Кемерово, 2009. – 25 с.
45. Головкин, С.Г. Проблема дискриминации инвалидов в современном обществе / С.Г. Головкин // Омский научный вестник. – 2008. – №5(72). – С.82-84.
46. Гофман И. Стигма: Заметки об управлении испорченной идентичностью. Часть 1. Стигма и социальная идентичность. Часть 2. Контроль над информацией и социальная идентичность (главы 3-6) // Пер. М.С. Добряковой. [Электронный ресурс]. – URL: <http://ecsocman.hse.ru/text/17687311/> (дата обращения: 10.05.2017).
47. Дарган А.А. Критерии социального самочувствия людей с инвалидностью / А.А.Драган // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 1 Регионоведение философия, история, социология, юриспруденция, политология, культурология. – 2011. – № 4. – С. 1–7.
48. Демина Э.Н., Портова Л.З., Ходякова Т.В Мероприятия социальной реабилитации инвалидов в индивидуальной программе реабилитации и абилитации / Э.Н.Демина, Л.З.Портова, Т.В.Ходякова // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2016. – №4. – С.37-42.
49. Демина, Э.Н. Основные принципы и содержание мероприятий при разработке социального компонента индивидуальной программы реабилитации и абилитации /Э.Н.Демина // Профилактическая и клиническая медицина. – 2016. – №2 (59). – С. 44-48.
50. Демина, Э.Н. Социальная реабилитация инвалидов и пожилых граждан. Методические рекомендации. /Э.Н. Демина. – СПб., 2007. – 68 с.
51. Демина, Э.Н., Танюхина, Э.И., Шестаков, В.П., Свинцов, А.А. Социальная реабилитация граждан пожилого возраста и инвалидов: Методические

- рекомендации. /Э.Н. Демина Э.И.Танюхина, В.П.Шестаков, А.А.Свинцов–СПб., 2004. – 104 с.
52. Дмитриева Л.В. Развитие социально-психологической помощи для инвалидов допенсионного возраста с нетяжелой формой психического заболевания (социальный проект)/ Л.В.Дмитриева // Социальное обслуживание. – 2009. – № 1. – С 54-58.
 53. Добровольская, Т.А., Шабалина, Н.Б. /Т.А. Добровольская, Н.Б.Шабалина // Инвалид и общество: социально-психологическая интеграция // Социологические исследования. – 1991. – № 5. – С.3-8
 54. Домбровская, А. Ю. Социальная адаптация инвалидов /А. Ю. Домбровская // Социологические исследования. – 2011. – № 11. – С. 71-75.
 55. Дробот О.С. Концепция независимой жизни как форма интеграции инвалидов в современном мире /О.С.Дробот // Ученые заметки ТОГУ. – 2011. –Т. 2. – № 1. – С. 22-27
 56. Евсеев, С.П., Абалян, А.Г. Спорт как фактор самореализации и повышения качества жизни лиц с ограниченными возможностями /С.П.Евсеев, А.Г.Абалян // Вестник спортивной науки. – 2016. – № 2. – С.49-51.
 57. Егорова С.В. Социальное конструирование в структуре современных представлений об инвалидности / С.В.Егорова// Вестник Самарского Государственного Университета. – 2002. – №. 3. – С. 5–10.
 58. Жигунова, Г.В. Исполнение роли «больного» инвалидами в повседневной жизни / Г.В. Жигунова // Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. Изд-во: ООО Издательство «Грамота». – Тамбов, 2015. – № 3-1 (53). – С. 92-96.
 59. Замараева, З.П. Ресурсно-потенциальный подход в системе социальной защиты населения /З.П.Замараева. – Пермь.: Перм. гос. ун-т., 2009. – 181 с.
 60. Иванов, А.В. Инновационные процессы в системе реабилитации инвалидов и модель ее дальнейшего развития /А.В Иванов // Отечественный журнал социальной работы. – 2011. – №3. – С.78-85.

61. Ильченко Е.В. Институциональные функции социального обслуживания людей с инвалидностью // Вестник Северо-Кавказского государственного технического университета. – 2011. – №3 (28) – С.122-126.
62. Ильченко Е.В. Социальное обслуживание инвалидов в Ставропольском крае // Сборник научных трудов Северо-Кавказского государственного технического университета. Серия «Гуманитарные науки», 2010. №8. 293 с.
63. Ильченко, Е.В. Критерии институционального анализа социального обслуживания людей с инвалидностью / Е.В.Ильченко // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. – 2011. - № 3. – С. 319-321.
64. Инвалидность и социальное положение инвалидов в России / Под ред. Т. М. Малевой. – М.: Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2017. – 256 с.
65. К независимой жизни. – [Электронный ресурс]. – Доступ через: <http://perspektiva-inva.ru/userfiles/publication/k-nezavisimoizhizni.pdf>
66. Карпова, Г.Г. Инвалиды и культурная политика: проблемы доступности /Г.Г.Карпова // Социологические исследования. – 2010. –№. 10. – С. 74–80.
67. Кастельс, М. Информационная эпоха: экономика, общество и культура / М.Кастельс. – М.: ГУ ВШЭ, 2000. – 608 с.
68. Кетова Н.А., Мясникова К.А. Влияние стилей семейного воспитания на реабилитацию ребенка-инвалида /Н.А. Кетова, К.А. Мясникова // Коллекция гуманитарных исследований. – 2017. – № 3(6). – С. 81-87.
69. Ким Е.Н. Концепция «независимой жизни» в социальной работе с детьми с ограниченными возможностями. – диссертация на соиск. уч. ст. к. с.н. – Москва, 1997. – 193 с.
70. Кичерова, М.Н. Социальная реабилитация инвалидов в современных условиях /М.Н.Кичерова // Вестник Самарского университета. – 2007. – 5-1(55) – С.13-142.
71. Коржук, С.В. Преодолевая социальную эксклюзию: стратегии людей с инвалидностью // Исследования молодых учёных: экономическая теория, социология, отраслевая и региональная экономика: сб. ст. / под ред. О.В.

- Тарасовой, А.А. Горюшкина. – ИЭОПП СО РАН - Новосибирск, 2015. - С.137-143.
72. Корнилова, М.В. Особенности социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов /М.В.Корнилова// Социологические исследования. – 2011. – № 8 (328). –С.94-97.
73. Коулман, Дж. Капитал социальный и человеческий / Дж. Коулман // Общественные науки и современность. – 2001. – № 3. – С. 121-139.
74. Красуцкая О.В. Влияние инклюзивного волонтерства на доступность социальных услуг для инвалидов //Трансформация человеческого потенциала в контексте столетия / Под общей редакцией З.Х. Саралиевой: В 2 т. Т 2. Н.Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2017. С.142-146.
75. Красуцкая О.В. Влияние моделей инвалидности на систему социальной защиты лиц с ограниченными возможностями // Материалы Международного молодежного научного форума «ЛОМОНОСОВ-2017» / Отв. ред. А.И. Алешковский, А.В. Андриянов, Е.А. Антипов. [Электронный ресурс]. 2017. С. 1-3.
76. Красуцкая О.В. Возможности исследовательской практики для изучения информационного пространства учреждений социальной защиты // Надежды: Сборник научных статей студентов / Научный редактор З.Х. Саралиева. Вып. 8. Н.Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2014. С.61-68.
77. Красуцкая О.В. Возможности применения информационных технологий для обеспечения доступности социальных услуг // Становление профессии «социальный работник»: методологии, модели и технологии: материалы IV Международной научно-практической Интернет-конференции. 20-24 октября 2014 г. / отв. ред. Н.В. Гарашкина. Тамбов: Изд-во ТГУ им. Г.Р. Державина, 2014. С.273-277.
78. Красуцкая О.В. Доступность социальных услуг для инвалидов: информационный аспект // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. – 2018. – №1 (49). – С.111-116.

79. Красуцкая О.В. Доступность социальных услуг как элемент оценки качества социального обслуживания // Социальные инновации в развитии трудовых отношений и занятости в XXI веке / Под общей редакцией З.Х. Саралиевой. Н.Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2014. С. 808-812.
80. Красуцкая О.В. Интернет-сайт как способ информирования клиентов о социальной помощи // Девятые Ковалевские чтения / Материалы научно-практической конференции 14-15 ноября 2014 года / Отв. редактор: Ю.В.Асочаков. СПб:Скифия-принт, 2014. С.1515-1517.
81. Красуцкая О.В. Информационная доступность социального обслуживания: механизмы обеспечения // Специфика профессиональной деятельности социальных работников / Под общей редакцией З.Х. Саралиевой. Н.Новгород: изд- во НИСОЦ, 2015. С.663-667.
82. Красуцкая О.В. Информационно-справочная служба как механизм обеспечения информационной доступности для инвалидов // Шаг навстречу: связь теории и практики социальной работы: материалы научно-практической конференции с международным участием / Архангельск: [б.и.]. М.: Изд-во «Перо», 2016. С.207-211.
83. Красуцкая О.В. Информационные и коммуникационные технологии в социальной работе // Социальные науки: Реферативный сборник / Составитель и научный редактор З.Х. Саралиева. Вып. 9. Н.Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2014. С. 29-50.
84. Красуцкая О.В. Категории инвалидности и реабилитации в различных социологических концепциях // Вестник Пермского национального исследовательского политехнического университета. Социально-экономические науки. – 2017. – № 3. – С. 132-141.
85. Красуцкая О.В. Направления социальной работы с семьёй и детьми в Великобритании в XX начале XXI века // Надежды: Сборник научных статей студентов / Научный редактор З.Х. Саралиева. Вып. 8. Н.Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2014. С. 68-76.

86. Красуцкая О.В. Правовые аспекты доступности мероприятий по социальной реабилитации и абилитации для инвалидов // X Международная научная конференция «Сорокинские чтения» «Здоровье российского общества в XXI веке: социологические, психологические и медицинские аспекты»: сборник материалов. М.: Изд-во Московского университета, 2016. С. 485-487.
87. Красуцкая О.В. Практика социальной работы с инвалидами в эпоху прав инвалидов // Социальные науки: Реферативный сборник / Составитель и научный редактор З.Х.Саралиева. Вып. 10. Н.Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2017. С. 114-127.
88. Красуцкая О.В. Применение информационных технологий в профессиональной деятельности специалистов по социальной работе // Надежды: Сборник научных статей студентов / Научный редактор З.Х. Саралиева. Вып. 9. Н.Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2015. С.79-88.
89. Красуцкая О.В. Роль некоммерческих организаций в обеспечении доступности социальных услуг для инвалидов // Помогающие профессии: научное обоснование и инновационные технологии / Под общей редакцией З.Х. Саралиевой. Н.Новгород: изд- во НИСОЦ, 2016. С. 282-286.
90. Красуцкая О.В. Социальная реабилитация в контексте жизненных траекторий инвалидов // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия Социология. Политология. – 2018. – Т.18. – № 3. С.300-306.
91. Красуцкая О.В. Социальные услуги: кара или награда? // Сборник трудов международной научной конференции «Питирим Сорокин и парадигмы глобального развития XXI века» (к 125-летию со дня рождения) / Научный редактор И.Е. Фадеева. Сыктывкар: СыктГУ, 2014. С. 350-356.
92. Кузнецова, А.А. Пути преодоления стигмации людей с ограниченными возможностями в социальной работе /А.А.Кузнецова // Отечественный журнал социальной работы. – 2000. – №1. С.53-60.
93. Кулагин, Д.В. Институт социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов в современном российском обществе (региональный

- аспект) /Д.В.Кулагин// Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Общественные науки. – 2012. – № 4 (24). – С.80-90.
94. Кулагина, Е.В. Профиль инвалидности: демографический и региональный аспекты / Е.В.Кулагина// Региональная экономика: теория и практика. – 2016. – № 11. – С.103-119.
95. Лагункина, В.И. Реализация современных технологий комплексной реабилитации инвалидов в Московской области /В.И.Лагункина // Социальная политика и социология. – 2013. – №.4-1(96) – С.7-12.
96. Лагункина, В.И. Жизнь без барьеров // Социальная защита Подмосковья. – 2012. – № 4. – С. 2–4.
97. Луценко, Е.Л. Интернет-технология как средство интеграции людей с ограниченными возможностями в социум / Е.Л.Луценко // Вестник ВГУ. – 2006. – №2. – С.95-98.
98. Макдональд Д., Оксфорд М. История движения независимой жизни инвалидов. – [Электронный ресурс]. – Доступ через: [http:// www. acils. com/acil/ ilhistor. htm/](http://www.acils.com/acil/ilhistor.htm/)
99. Министерство социально-демографической и семейной политики Самарской области. Мониторинг осуществления социального обслуживания граждан. – [Электронный ресурс]. – <http://minsocdem.samregion.ru/sites/default/files/files/Мониторинг%202%20квартал%202016.pdf>
- 100.Министерство социальной политики и труда Удмуртской Республики. – [Электронный ресурс]. –http://minsoc18.ru/ministry/branch_structure
- 101.Министерство труда, занятости и социальной защиты Республики Татарстан. Мониторинг осуществления социального обслуживания граждан. – [Электронный ресурс]. – http://mtsz.tatarstan.ru/rus/file/pub/pub_1288819.pdf
- 102.Министерство труда, социальной защиты и демографии Пензенской области. Конвенция о правах инвалидов. Отчет. – [Электронный ресурс]. – <http://archivetrud.pnzreg.ru/konv>

103. Методические рекомендации субъектам Российской Федерации по докладу о мерах, принятых для осуществления обязательств по Конвенции ООН о правах инвалидов. – [Электронный ресурс]. – Доступ через: http://irkobl.ru/sites/society/mrv/konvencia_OON/12.2013_metod.posobie.Konven.pdf
104. Наберушкина, Э.К. Город для всех: социологический анализ доступности городского пространства для инвалидов / Э.К. Наберушкина // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2011. – Т. XIV. № 3. (56). – С. 119-138.
105. Наберушкина, Э.К. Город–проект для жизни / Э.К. Наберушкина // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – №. 2. С. 408-416.
106. Наберушкина, Э.К. Доступность городской среды для инвалидов / Э.К. Наберушкина // Социологические исследования. – 2010. – № 9. – С. 58-65.
107. Наберушкина, Э.К. Инвалидность и право на независимую жизнь / Э.К. Наберушкина // Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология. – 2009. – №4. – С. 128-137.
108. Наберушкина, Э.К. Перспективы создания доступной среды / Э.К. Наберушкина // Вестник СГТУ. – 2012. - № 1 (63). – С. 205-208.
109. Никонова А.А. Социологический анализ формирования безбарьерной среды для людей с инвалидностью (на примере категории слабовидящих и незрячих инвалидов. – автореферат диссертации на соиск. уч. ст. к. с.н. – Казань, 2016 – 22 с.
110. Новикова, И.А. Совершенствование системы социальной реабилитации инвалидов в учреждениях медико-социальной реабилитации / И.А. Новикова // Вестник ВолГУ. – Серия 9. – Вып. 9. – 2011. – С. 128-129.
111. Опрос Фонда общественного мнения «Отношение к инвалидам» (22–23 сентября 2012г.) – [Электронный ресурс]. – Доступ через: <https://fom.ru/obshchestvo/10898>.

- 112.Ореховская Н.А. Инклюзия – путь к толерантности и равным возможностям / Н.А.Ореховская // Человек. Общество. Инклюзия. – 2015. – № 4 (24). – С.38-41.
- 113.Отчет о реализации государственной программы «Социальная поддержка граждан Нижегородской области» за 2016 год. – [Электронный ресурс]. – Доступ через: <http://www.minsocium.ru/official/2045-of189>
- 114.Панов, А.М. Повышение доступности и качества услуг социального обслуживания: современная ситуация и перспективы решения актуальных проблем / А.М. Панов // Отечественный журнал социальной работы. – 2006. - № 4. – С. 4-12.
- 115.Парсонс Т. О структуре социального действия / Т.Парсонс. – М.: Академический Проспект, 2000. – 880 с.
- 116.Парсонс, Т. О социальных системах: монография / Под общ. ред. В.Ф. Чесноковой. – М.: Академический Проект, 2002. – 832 с.
- 117.Парсонс, Т. Система координат действия и общая теория систем действия: культура, личность и место социальных систем / Т.Парсонс. – М.: ИНИОН РАН, 1994. – 65 с.
- 118.Перспективы НКО в качестве поставщиков общественной пользы. Сводный аналитический отчет. – М: Циркон. – 2013. – 88 с.
- 119.Петросян В.А. Социальная интеграция инвалидов в общество: социологический анализ. / В.А.Петросян. – М.: ИПК ДСЗН, 2010. – 240 с.
- 120.Петросян, В.А. Социальная политика, определяющая интеграцию инвалидов /В.А.Петросян // Ученые записки Забайкальского государственного университета. – 2012. – №4. – С.173–175.
- 121.Подлесная, М.А., Мельникова, В.В. Религиозная община в жизни инвалидов / М.А.Подлесная, В.В.Мельникова // Социологические исследования. – 2015. – № 10. – С. 145-151.
- 122.Портал социальных услуг Кировской области. Реестр поставщиков социальных услуг. – [Электронный ресурс]. – <http://www.socialkirov.ru/social/root/uson/registry.htm>

- 123.Пыхтин, С. Как сделать поддержку доступнее / С. Пыхтин // Социальная защита. – 2012. - № 3. – С. 3-8.
- 124.Радаев, В.В. Понятие капитала, формы капиталов и их конвертация /В.В.Радаев // Общественные науки и современность. – 2003. – №2. – С.20-31.
- 125.Реализация проекта «Универсальный мобильный помощник» в Нижнем Новгороде – [Электронный ресурс]. – Доступ через: <http://nn.ict-online.ru/news/n139588/>
- 126.Ресурсный потенциал инвалидов ювенальной категории: монография / Г.В.Жигунова, И.Л.Ткаченко. – М. Берлин: Директ-Медиа, 2014 – 221 с.
- 127.Реут, М.Н. Стигматизация – процесс выделения индивидов /М.Н. Реут// Власть. – 2008. – №9. – С19-25.
- 128.Романов, П. В., Ярская-Смирнова Е. Р. Политика инвалидности: Социальное гражданство инвалидов в современной России / П.В.Романов, Е.Р.Ярская-Смирнова. – Саратов: Изд-во «Научная книга», 2006. – 260 с.
- 129.Рушева, А.В. Ресурсный подход к управлению социальными учреждениями/ А.В.Рушева // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. – 2010. – № 3 (19). – С.56-62.
- 130.Рытов А.Г. Социальная реабилитация инвалидов трудоспособного возраста в ракурсе стратегий адаптации к инвалидности /А.Г.Рытов// Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2008. - №3. - С. 29-32.
- 131.Рябова, Е.Н. Маркетинговые технологии в социальной работе / Е.Н. Рябова // Вестник Мордовского университета. – 2010. - № 2. – С. 117-120.
- 132.Сабанов, З.М. Основные принципы социального обслуживания инвалидов. / З.М.Сабанов //Азимут научных исследований: педагогика и психология. – Тольятти, 2017. – Т.6. – № 2 (19). – С. 326-329.
- 133.Сабанов, З.М. Региональные особенности развития социокультурной реабилитации инвалидов в Российской Федерации (на примере РСО-Алания). / З.М.Сабанов // Вестник ВЭГУ. – 2017. – № 5 (91). – С. 98-104.
- 134.Савинов Л.И., Лебедева А.В. Социально-правовая защита детей-инвалидов, проживающих в родительской семье: социокультурный аспект / Л.И.Савинов,

- А.В.Лебедева // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). – 2016. – № 7(63). – С. 214-231.
- 135.Савинов Л.И., Харитонов О.А. Методика исследования проблемы отказов отцов от ребенка-инвалида в Республике Мордовия / Л.И. Савинов, О.А.Харитонов // материалы VII заочной научно-практической конференции с международным участием «Социальная защита семьи, материнства, отцовства и детства в современной России» / Под общей редакцией Л. И. Савинова. Саранск, 2016. С.73-80.
- 136.Саралиева, З.Х. Семья – клиент социальной работы: Учебное пособие / З.Х. Саралиева. – Нижний Новгород: ННГУ, 2003. –286 с.
- 137.Сергеева Е.А. Оценка населением потребностей в социальной помощи / Е.А. Сергеева // Отечественный журнал социальной работы. – 2004. – № 4. – С. 14-18.
- 138.Скок Н.И. Биосоциальный потенциал лиц с ограниченными возможностями и социальные механизмы его регуляции / Н.И.Скок // Социологические исследования. – 2005. – №. 4. – С. 124-127.
- 139.Соловьева Н.А., Корешкова И.С. Социальное сопровождение как один из факторов независимой жизни инвалидов с ограничениями по зрению / Н.А.Соловьева, И.С.Корешкова //Вестник социально-политических наук. – 2017. – № 16. – С.45-48.
- 140.Соловьева Н.А., Терентьева Ю.В., Албегов Ф.Г. /Н.А.Соловьева, Ю.В.Терентьева, Ф.Г. Албегов //Добровольчество и его роль в приобщении инвалидов по зрению к визуальному искусству // Вестник социально-политических наук. 2016. № 15. С. 41–44.
- 141.Социологическое исследование проблем инвалидности и реабилитации в Российской Федерации. Анализ основных результатов исследования. / П.Романов, Е.Ярская-Смирнова, С.Вайтфилд, С.Келли. – Москва, 2009. – 60 с.
- 142.Спектор, М., Китсьюз Дж. Конструирование социальных проблем // Контексты современности-2: хрестоматия. – Казань, 2001. – С.160-163.

- 143.Специальный доклад о состоянии доступной среды для инвалидов в субъектах Российской Федерации. – Хабаровск, 2017. – 96 с.
- 144.Статистический ежегодник. 2017: Стат.сб. / Нижегородстат. – Нижний Новгород, 2017. –366 с.
- 145.Суханов, В.Г. Социолого-управленческая модель реабилитации стомированных инвалидов: монография. / В.Г. Суханов. – М.: КНОРУС : ООО «Квант Медиа», 2016. – 280 с.
- 146.Сухих В.Г. Региональные модели реабилитации // Социологические исследования. – 2011. – № 8. – С.98-101.
- 147.Тарасенко, Е.А. Социальная политика в области инвалидности: кросскультурный анализ и поиск оптимальной концепции для России /Е.А. Тарасенко // Журнал исследований социальной политики. – 2004. – Т.2, №1. – С.7-28.
- 148.Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Нижегородской области. Социальная сфера. – [Электронный ресурс]. – Доступ через:
http://nizhstat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/nizhstat/ru/statistics/sphere/
- 149.Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Нижегородской области. Уровень жизни. – [Электронный ресурс]. – http://nizhstat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/nizhstat/ru/statistics/standards_of_life/
- 150.Тимошенко А.В. Развитие системы реабилитации инвалидов в Самарской области /А.В.Тимошенко // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2018. – № 6 (июнь). – С.1-5.
- 151.Тихонова, Н.Е. Социальная стратификация в современной России: опыт эмпирического анализа / Н.Е. Тихонова. – М.: Институт социологии РАН, 2007.– 320 с.
- 152.Тихонова, Н.Е. Социальный капитал как фактор неравенства /Н.Е.Тихонова// Общественные науки и современность. – 2004. –№ 4. – С.24-35.

- 153.Ткаченко, В.С. Инвалидность как состояние социальной дезадаптированности (социофункциональный аспект) / В.С.Ткаченко // Личность. Культура. Общество. – 2006. – Т. 8. – Вып. 2 (30). – С. 318–330.
- 154.Ткаченко, В.С. Социальное просвещение инвалидов в контексте государственной социальной политики / В.С.Ткаченко // Социальная политика и социология. – 2010. – №1. – С.180-193.
- 155.Федеральная служба государственной статистики. Положение инвалидов. – [Электронный ресурс]. – Доступ через:http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/disabilities/#
- 156.Федеральный реестр инвалидов. Статистика. – [Электронный ресурс]. – Доступ через: <https://sfri.ru/stat/>
- 157.Фитисов А.В. Влияние трудовой деятельности на социальное самочувствие, уровень социализации и положение инвалидов в обществе / А.В. Фитисов // Социально-гуманитарные знания. Научно-образовательное издание. Человек и общество – Москва –2012. – № 9 – С. 131 – 137 –
- 158.Холостова Е.И., Дементьева Н.Ф. Социальная реабилитация: Учебное пособие. / Е.И.Холостова, Н.Ф.Дементьева. – М, 2002. – 308 с.
- 159.Холостова Е. И. Социальная работа с инвалидами: Учебное пособие. / Е.И.Холостова – М, 2006. – 240 с.
- 160.Храпылина, Л.П. Реабилитация инвалидов / Л.П.Храпылина. – Экзамен, 2006 – 388 с.
- 161.Черняева, Т.И. Социальная реабилитация «нетипичных детей» /Т.И. Черняева //Социологические исследования. – 2005 –.№6. – С.85-94.
- 162.Шабунова, А.А., Фахрадова, Л.Н. Доступность городской среды для лиц с ограниченными возможностями /А.А.Шабунова, Л.НФахрадова //Вопросы территориального развития. – 2014. – Вып. 3(13). – С.3-17.
- 163.Шимолина М.В. Маломобильные группы населения в современной России: аспекты социального неравенства / М.В. Шимолина // Современные проблемы науки и образования (электронный журнал) . – 2015. – №1-1. – С.1491-1501.

- 164.Шимолина М.В. Процессы интеграции, инклюзии и эксклюзии в обществе на примере инвалидов-колясочников / М.В. Шимолина // Человек. Общество. Инклюзия. – 2017. – №1 (29). – С. 197 - 203.
- 165.Beaulaurier, R.L., Taylor S.H. Dispelling fears about aging with a disability: Lessons from the disability rights community. /R.L. Beaulaurier, S.H. Taylor// Journal of Gerontological Social Work. – 2001. – 35(2). – P.23-31.
166. Beaulaurier, R.L., Taylor S.H. Social Work Practice with People with Disabilities in the Era of Disability Rights /R.L. Beaulaurier, S.H. Taylor// Social Work in Health Care – 2001. – 32(4). – P.67-91.
- 167.Coe, S.,Wapling, L. Practical lessons from four projects on disability-inclusive development programming./S.Coe, L.Wapling// Development in Practice. – 2010. – 20(7). – P/ 879-886.
- 168.Cohen C., Nizza A., Rock B., Smith M. The Evolution of a Social Work Information System / C. Cohen, A. Nizza, B. Rock, M. Smith // Computers in Human Servicesю – 2008. – № 4:3-4. – P. 259-275.
- 169.Hemingway, L., Priestly, M. Natural hazards, human vulnerability and disabling societies: A disaster for disabled people? /L. Hemingway, M. Priestly // The Review of Disability Studies: An International Journal. – 2006. – 2(3). – P. 57–67.

Приложение 1.

Анкета исследования «Реализация положений Конвенции ООН о правах инвалидов на территории Нижегородской области»

По заказу Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации проводится опрос, в связи с чем обращаемся к Вам с просьбой ответить на вопросы анкеты, цель которой – выяснить, насколько соответствуют права инвалидов в регионах Российской Федерации нормам и принципам Конвенции «О правах инвалидов». Опрос анонимный, его результаты будут использованы в обобщенном виде.

Прочтите вопросы и возможные ответы на них и обведите номер того варианта, который соответствует Вашему мнению, либо напишите сами в графе «другое». Заранее благодарим за помощь и за Ваши искренние ответы!

1. Вам известно о ратификации (принятии) Россией Конвенции о правах инвалидов, принятой в 2006 году Генеральной Ассамблеей ООН?

1. Да
2. Нет

2. Как Вы считаете, насколько федеральное законодательство позволяет соблюдать права инвалидов в различных сферах жизни? (ответьте по каждой строке).

п/п	Название статьи Конвенции	Позволяет полностью	Скорее позволяет, чем не позволяет	Скорее не позволяет, чем позволяет	Не позволяет	Затрудняюсь ответить
1	Равенство и недискриминация					
2	Соблюдение прав инвалидов, в т.ч. женщин-инвалидов					
3	Соблюдение прав детей инвалидов					
4	Просветительно-воспитательная работа с обществом					
5	Доступность наравне с другими (возможность вести независимый образ жизни)					
6	Право на жизнь					
7	В ситуации риска и чрезвычайных гуманитарных					

	ситуаций					
8	Равенство перед законом					
9	Доступ к правосудию					
10	Свобода и личная неприкосновенность					
11	Свобода от пыток и жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания					
12	Свобода от эксплуатации, насилия и надругательства					
13	Защита личной целостности					
14	Свобода передвижения и гражданство					
15	Самостоятельный образ жизни и вовлеченность в местное сообщество					
16	Индивидуальная мобильность					
17	Свобода выражения мнения и убеждений и доступ к информации					
18	Неприкосновенность частной жизни					
19	Уважение дома и семьи					
20	Право на образование					
21	Право на здоровье					
22	Право на абилитацию и реабилитацию					
23	Право на труд и занятость					
24	Право на достаточный жизненный уровень и социальную защиту					
25	Право на участие в политической и общественной жизни					

3. Как Вы считаете, насколько законы в вашем регионе позволяют соблюдать права инвалидов в различных сферах жизни? (ответ по каждой строке).

п/п	Название статьи Конвенции	Позволяет полностью	Скорее позволяет, чем не позволяет	Скорее не позволяет, чем позволяет	Не позволяет	Затрудняюсь ответить
1	Равенство и недискриминация					
2	Соблюдение прав инвалидов, в т.ч. женщин-инвалидов					
3	Соблюдение прав детей инвалидов					
4	Просветительно-воспитательная работа с обществом					
5	Доступность наравне с другими (возможность вести независимый образ жизни)					
6	Право на жизнь					
7	В ситуации риска и чрезвычайных гуманитарных ситуаций					
8	Равенство перед законом					
9	Доступ к правосудию					
10	Свобода и личная неприкосновенность					
11	Свобода от пыток и жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания					
12	Свобода от эксплуатации, насилия и надругательства					
13	Защита личной целостности					
14	Свобода передвижения и гражданство					
15	Самостоятельный					

	образ жизни и вовлеченность в местное сообщество					
16	Индивидуальная мобильность					
17	Свобода выражения мнения и убеждений и доступ к информации					
18	Неприкосновенность частной жизни					
19	Уважение дома и семьи					
20	Право на образование					
21	Право на здоровье					
22	Право на абилитацию и реабилитацию					
23	Право на труд и занятость					
24	Право на достаточный жизненный уровень и социальную защиту					
25	Право на участие в политической и общественной жизни					

4. Из каких источников Вы получаете важную для Вас информацию (о своих правах, социальных услугах, каких-либо возможностях)?

(выберите все возможные варианты ответов)

1. Телевидение
2. Радио
3. Пресса (газеты, журналы)
4. Интернет
5. Брошюры, буклеты, книги, издаваемые общественными организациями
6. Социальная реклама на улице, в транспорте и т.д.
7. Соседи, друзья, знакомые
8. Социальные работники
9. Работники здравоохранения
- 10 Другое (укажите) _____

5. Какие виды связи доступны для Вас?

(выберите все возможные варианты ответов)

1. Почта, телеграф
2. Стационарная телефонная связь
3. Мобильная телефонная связь
4. Интернет
5. Телевизионная связь

6. Радиоточка (УКВ)
7. Радио (ФМ)
8. Недоступно ничего из перечисленного

Обсудим, насколько свободно Вы можете перемещаться.

6. Вы можете самостоятельно передвигаться по Вашему населенному пункту?

1. Да
2. Нет

7. Выберите из перечисленных ниже те объекты Вашего населенного пункта, которые не оборудованы пандусами, подъемниками и другими приспособлениями, необходимыми для инвалидов?

1. Тротуары
2. Жилые дома
3. Больницы
4. Поликлиники
5. Учебные заведения (школы и др.)
6. Библиотеки
7. Театры, кинотеатры, концертные залы, Дома культуры
8. Парки (в том числе Культуры и отдыха)
9. Банки
10. Почта, телеграф
11. Железнодорожные и автовокзалы
12. Здания органов государственной и местной власти
13. ЖЭКи
14. Другое _____

8. Оборудованы ли в Вашем населенном пункте необходимыми для Вас указателями здания, тротуары, переходы и дороги?

1. Да, оборудованы достаточно
2. Частично оборудованы
3. Нет, совсем не оборудованы

9. В Вашем населенном пункте есть возможность вызвать социальное такси?

1. Да
2. Нет

10. Вы можете самостоятельно пользоваться общественным транспортом?

1. Да
2. Нет

11. Вы сталкивались с отказом водителя общественного транспорта возить Вас по причине вашей инвалидности?

- 1- Да
2. Нет

Теперь несколько вопросов о социальной помощи инвалидам

12. Какие виды помощи Вам нужны?

(выберите все возможные варианты ответов)

1. Медицинское обслуживание
2. Оздоровление в санатории,
3. Психологическая помощь
4. Материальная помощь
5. Натуральная помощь
6. Услуги социальных работников
7. Правовая помощь (адвокат, юридическая консультация)
8. Получение образования
9. Помощь в трудоустройстве
10. Другое _____

13. Какие организации оказывают Вам помощь?

1. Органы государственной власти, местная администрация (*губернатор, мэр*)
2. Районный центр социальной защиты населения
3. Общественная организация, объединяющая инвалидов или членов их семей
4. Благотворительные организации, фонды
5. Религиозные организации
6. Другое (укажите) _____

14. Вы пользуетесь услугами помощников и социальных работников?

1. Пользуюсь постоянно
2. Пользуюсь периодически
3. Пользуюсь редко
4. Не пользуюсь, так как не нуждаюсь в их услугах
5. Услуги помощников и социальных работников недоступны

15. Есть ли в вашем районе Центр социальной защиты населения, работающий с инвалидами?

1. Да
2. Нет (*переход к вопросу №18*)
3. Не знаю (*переход к вопросу №18*)

16. Вы пользуетесь его услугами?

1. Да
2. Нет (*переход к вопросу №18*)

17. Насколько Вы удовлетворены оказываемыми услугами?

1. Полностью удовлетворен
2. Скорее удовлетворен, чем не удовлетворен
3. Скорее не удовлетворен, чем удовлетворен
4. Полностью не удовлетворен

18. Были ли случаи, когда Вам отказывали в помощи в чрезвычайных ситуациях (внезапное ухудшение самочувствия, ДТП, пожар, наводнение, землетрясение и т.д.)?

1. Да, мне отказывали в помощи
2. Нет, мне помогли
3. Я не сталкивался с такими ситуациями

19. Насколько Вам доступны услуги государственных и муниципальных медицинских учреждений в вашем населенном пункте?

1. Доступны все виды медицинских услуг
2. Доступно большинство видов медицинских услуг
3. Доступны только некоторые виды услуг (районный терапевт, фельдшер и т.д.)
4. Медицинские услуги недоступны

Теперь поговорим, как соблюдаются гражданские права инвалидов

20. Нарушаются ли следующие Ваши гражданские права?

		Никогда	Иногда	Часто
20.1.	Право получать документы, удостоверения личности			
20.2.	Право на приобретение и изменение гражданства			
20.3.	Право выбора места жительства			
20.4.	Право свободно покидать страну			

21. Сталкивались ли Вы со случаями нарушения Ваших прав? (ответ по каждой строке).

	Да	Нет
Незаконное лишение свободы		
Незаконное лишение имущества		
Нарушение прав владения и наследования имущества		
Невозможность управления собственными финансовыми делами		
Отказ в получении банковских ссуд, ипотечных кредитов		
Отказ в помощи адвоката, правового консультанта		
Отказ в приеме должностными лицами либо отказ в рассмотрении дела		
Отказ в приеме заявления в суд		
Отказ в помощи полиции		

22. Вас принуждали вопреки Вашему желанию менять местожительства?

1. Да (Каким образом?)
2. Нет

23. Вас принуждали проживать в каких-либо определенных условиях (интернаты, приюты т.п.)?

1. Да
2. Нет

24. Были ли в Вашей жизни ситуации, когда по причине Вашей инвалидности встречали препятствия:

	Да	Нет
При вступлении в брак		
При планировании и рождении детей		
При оформлении опекуна, попечительства, усыновления детей		
В выполнении своих обязанностей по воспитанию детей (например, Вас пытались разлучить)		

25. Были ли случаи, когда конфиденциальная информация о Вашей жизни разглашалась без Вашего согласия (о личности, состоянии здоровья и реабилитации, финансовом состоянии и т.д.)?

- 1-Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

26. Как Вы можете оценить уровень Ваших знаний о своих правах и возможностях их защиты?

1. Высокий
2. Средний
3. Низкий

27. Подвергались ли Вы эксплуатации:

	Да	Нет
27.1. Трудовой		
27.2. Сексуальной		

28. Подвергались ли Вы насилию:

	Да	Нет
Физическому		
Психологическому		
Сексуальному		
Экономическому		

Теперь обсудим, как соблюдаются права инвалидов на труд

29. Какая у Вас трудовая рекомендация МСЭК?

- 29.1. Профессиональная ориентация
- 29.2. Профессиональное обучение и переобучение
- 29.3. Содействие в трудоустройстве
- 29.4. Производственная адаптация

30. Характеристика занятости

1. Работаю на предприятии, в организации (работа временного характера)

2. Работаю на предприятии, в организации на постоянной основе
3. Работаю на дому
4. Имею собственное дело
5. Безработный (состою на учете в службе занятости)
6. Безработный (не состою на учете в службе занятости)
7. Не работаю, так как моложе 16 лет (*переход к вопросу № 33*)
8. Не работаю, получаю пенсию по возрасту или за выслугу лет (*переход к вопросу № 33*)
9. Не работаю, так как нахожусь на иждивении родственников (*переход к вопросу № 33*)

31. Нарушаются ли Ваши права в сфере занятости?

	Никогда	Иногда	Часто
31.1 Право на доступ к программам профессиональной ориентации, службам трудоустройства			
31.2. Право на равные условия в приеме на работу (при заключении трудового договора)			
31.3. Право на безопасные и здоровые условия труда			
31.4.Право на равные условия в оплате труда			
31.5.Право на равные условия при увольнении			
31.6. Профсоюзные права наравне с другими			
31.7.Право на доступ к профессиональному и непрерывному обучению			

32. Оказывалась Вам необходимая помощь при:

	Да	Нет	Не было необходимости
Поиске, получении, сохранении и возобновлении работы			
Обеспечении разумного приспособления рабочего места			
Для индивидуальной трудовой деятельности, предпринимательства и организации собственного дела			

Теперь поговорим, как соблюдаются Ваши права на образование.

33. Есть ли у Вас необходимость в получении образования в любых формах?

1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

34. Имеете ли Вы доступ к получению образования без дискриминации по признаку инвалидности?

	Да	Нет
34.1. К общему среднему образованию		
34.2. К среднему профессиональному образованию		
34.3. К высшему образованию		
34.4. Образованию для взрослых (курсы, повышение квалификации, переподготовка)		

35. Имеете ли Вы возможность сдать единый государственный экзамен?

1. Да
2. Нет

36. Во время обучения получали ли Вы необходимую поддержку для облегчения эффективного обучения в связи с ограниченными возможностями?

1. Да
2. Нет

Теперь вопросы о Вашем досуге

37. Есть ли у Вас возможность посещать места досуга в вашем населенном пункте (дома культуры, концертные залы, кинотеатры, парки, кафе и т.д.)?

1. Да
2. Нет

38. Принимаете ли Вы участие в деятельности общественных организаций или политических партий?

1. Да
2. Нет, так как нет интереса
3. Нет, так как нет возможности (не добраться)
4. Нет, по состоянию здоровья
5. Нет, по другим причинам _____ (напишите)

Теперь, в заключении нашего опроса,

39. Как Вы в целом можете оценить соблюдение прав инвалидов в Российской Федерации (по каждой строке)?

Дайте оценку по 5-ти балльной шкале, где «1» означает, что права инвалидов совсем не соблюдаются, «5» – соблюдаются полностью. По каждой строке.

39.1 Базовые права (право на жизнь, личную свободу, свободу слова и т.д.)	12345
39.2 Политические права (право выбирать и быть избранным, участвовать в политической жизни страны и местного сообщества)	12345
39.3 Социально-экономические права (право на труд, на достаточный уровень жизни, социальную защиту и т.п.)	12345
39.4 Культурные права (право на признание и поддержку особой	12345

культурной и языковой самобытности инвалидов, включая жестовые языки и культуру глухих, а также этнической культуры)	
39.5 Экологические права (право на благоприятную окружающую среду)	12345

Несколько вопросов о Вас

40. Пол: 1. Мужской 2. Женский

41. Возраст:

1. до 14 лет
2. от 14 до 18 лет
3. от 18 до 29 лет
4. от 30 до 55 (женщины) - 60 лет (мужчины)
5. от 55-60 до 79 лет
6. 80 лет и старше

42. Образование:

1. Начальное
2. Среднее общее неполное
3. Среднее общее полное
4. Среднее специальное, среднее техническое
5. Высшее
6. Ученая степень

43. Вид семьи:

1. проживает один (одна)
2. проживает с супругом (супругой,
3. полная малодетная
4. полная многодетная,
5. неполная многодетная
6. неполная малодетная
7. проживает с иным родственником, родственниками, опекунами

44. Характеристика обеспеченности жильем:

1. Социальное жилье (квартира)
2. Собственная квартира
3. Частный собственный дом
4. Коммунальная квартира
5. Общежитие
6. Дом инвалидов, интернат
7. Аренда чужого жилья
8. Жилье отсутствует

45. Потребность и перспективы в улучшении жилищных условий:

1. Потребности в улучшении жилищных условий нет
2. Потребность есть, стоит в очереди на получение социального жилья
3. Потребность есть, в семье планируется покупка лучшего жилья
4. Потребность есть, планируется переезд в интернат

5. Потребность есть, но нет никаких перспектив улучшения жилищных условий

46. Оцените Ваше материальное положение по следующей шкале:

1. Мы с трудом сводим концы с концами. Денег не хватает даже на продукты.
2. На продукты денег хватает, но на всем другом приходится экономить.
3. Денег хватает на продукты и одежду. Покупка вещей длительного пользования (телевизора, холодильника и др.), поездки в дальнее зарубежье, отпуск затруднительны.
4. Живем в достатке, но не можем себе позволить достаточно дорогостоящие вещи (квартиру, дачу, дом) в кредит.
5. Можем позволить себе взять в кредит дорогостоящие вещи (квартиру, дом, дачу).
6. Можем позволить себе без кредита приобретение достаточно дорогостоящих вещей.

47. Вид поселения:

1. Город свыше 1 млн. чел.
2. Город 500 тыс.- 1 млн чел.
3. Город 250-500 тыс.
4. Город 100-250 тыс.,
5. Город от 50-100 тыс.,
6. Город до 50 тыс. человек,
7. Сельское поселение (10 тыс. и более)
8. Сельское поселение (5-10 тыс.)
9. Сельское поселение (3-5 тыс.)
10. Сельское поселение (1-2 тыс.)
11. Сельское поселение (До 1 тыс. жителей)
12. Сельское поселение (До 100 жителей)

48. Основной тип ограничения жизнедеятельности:

1. Слух
2. Зрение
3. Опорно-двигательный аппарат
4. Нарушения психического здоровья
4. Общее заболевание
5. Другое (укажите) _____

49. Способность к самообслуживанию:

1. Сохранена
2. Снижена
3. Утрачена

50. Группа инвалидности:

1. I
2. II
3. III

Благодарим Вас за участие!

Приложение 2.**Гайд интервью «Механизмы информирования населения по вопросам социального обслуживания: опыт сотрудников социальной сферы»**

1. Какие способы информирования населения по вопросам социального обслуживания используете Вы / Ваши коллеги / специалисты подведомственного учреждения?
2. Какой способ информирования населения Вы применяете наиболее часто?
3. С какими трудностями Вы сталкиваетесь в процессе информирования населения по вопросам социального обслуживания? (финансовые, технические, кадровые и т.д.?)
4. Какие мероприятия по обеспечению информационной открытости учреждения в рамках Федерального закона от 28.12.2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» предпринимаются в вашем учреждении / подведомственных учреждениях?
5. Каким образом информационная открытость учреждения может повлиять на доступность социальных услуг для населения?
6. Существует ли в вашем учреждении / подведомственных учреждениях возможность подачи электронной заявки для получения социального обслуживания?
7. Как Вы считаете, какие социальные услуги возможно перевести в электронный вид?
8. Как Вы считаете, какие этапы оформления социальных услуг возможно перевести в электронный вид?
9. Как Вы оцениваете возможности Интернет-сайта по обеспечению информирования населения о социальном обслуживании?
10. Каковы критерии информативности Интернет-сайта учреждения? Каковы, на Ваш взгляд, основные функции Интернет-сайта учреждения?

Приложение 3.**Транскрипт интервью специалиста социальной сферы**

1. Какие способы информирования населения по вопросам социального обслуживания используете Вы / Ваши коллеги?

Личный прием, средства печати, интернет-сайт учреждения

2. Какой способ информирования населения Вы применяете наиболее часто?

Личный прием

3. С какими трудностями Вы сталкиваетесь в процессе информирования населения по вопросам социального обслуживания? (финансовые, технические, кадровые и т.д.?)

Способность усваивать услышанную информацию клиентом

4. Какие мероприятия по обеспечению информационной открытости учреждения в рамках Федерального закона от 28.12.2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» предпринимаются в вашем учреждении / подведомственных учреждениях?

Написала статью в профессиональный журнал «Социальный работник», постоянно отправляю информацию о проведенных мероприятиях для пополнения сайта учреждения для ответственного по сайту.

5. Каким образом информационная открытость учреждения может повлиять на доступность социальных услуг для населения?

Основная масса клиентов – не активные пользователи Интернета, информацию получают по привычке - «ОБС» - «Одна Бабушка Сказала».

6. Существует ли в вашем учреждении / подведомственных учреждениях возможность подачи электронной заявки для получения социального обслуживания?

Нет, только личный приём, в идеале, наверное, можно...но...это нужен отдельный специалист, который будет постоянно выходить в Интернет. Сейчас у нас времени не хватает даже на бумаги, не до электронных услуг.

7. Как Вы считаете, какие социальные услуги возможно перевести в электронный вид?

При правильной организации можно подавать заявление на обслуживание, но...клиентура-то у нас «старая», не активны они в большинстве случаев...Если только лет через 10 будут другие пенсионеры, тогда другое дело.

8. Как Вы считаете, какие этапы оформления социальных услуг возможно перевести в электронный вид?

Никакие пока

9. Как Вы оцениваете возможности Интернет-сайта по обеспечению информирования населения о социальном обслуживании?

На оценку «3», даже министерский сайт, не говоря уже об учреждении...не доносит всей необходимой информации.

10. Каковы критерии информативности Интернет-сайта учреждения?

Мне сложно ответить...не знаю

11. Каковы, на Ваш взгляд, основные функции Интернет-сайта учреждения?

Информационная.

12. Укажите, пожалуйста, Вашу должность

Сотрудник КЦСОН.

Приложение 4.**Транскрипт интервью «Влияние жизненных траекторий инвалидов на процесс их социальной реабилитации»**

Мне 34 года, и из всей своей жизни самым счастливым я могу назвать только последний год. До 16 лет я жила в семье: мама, младший братишка и отчим, «жила» – это громко сказано. Семья наша была неблагополучная: болезнь брата, от которой он умер в детстве, пьянство, ругань, драки родителей и постоянная нужда. С шестнадцати лет я была вынуждена жить самостоятельно, найти хоть какую-нибудь работу, имея только 9 классов образования. Несмотря на это я, как считала, нашла свое счастье, познакомилась с замечательным человеком, мы стали жить вместе, но именно в тот момент случилось самое страшное событие в жизни, которое навсегда разделило ее на «до» и «после». Во время конфликта со своим отцом был убит мой любимый человек, а сама я получила тяжелую черепно-мозговую травму. В результате травмы меня парализовало, я лишилась двух пальцев на левой руке, перенесла несколько операций на голове, вследствие чего у меня пропала речь, нарушилось сознание и долгое время пришлось провести в больнице на лечении. В 2005 году мне оформили 1 группу инвалидности.

С этого момента начался самый тяжелый период в моей жизни – период восстановления после полученных травм. Сначала меня поместили в Строчковский дом-интернат для граждан пожилого возраста и инвалидов, потом для прохождения реабилитации в Решетихинский психоневрологический дом-интернат. От отчаяния, думая, что нормальной жизнью мне уже не жить, я начала курить, злоупотреблять алкоголем, вести аморальный образ жизни, деградировать как личность. Но с 2007 года, когда меня перевели в Кузьмийрский психоневрологический интернат, я поняла, что еще не все потеряно. Сотрудники интерната окружили меня заботой и вниманием, нашли ко мне подход, вселили надежду в то, что все еще можно исправить, если много и упорно работать над собой, поверили в меня.

Благодаря им я преодолела страх к знакомству и общению с новыми людьми, научилась снова доверять людям. У меня появились друзья, которые мне дороги и близки, которые всегда помогут советом, поддержат в трудную минуту.

Огромное желание вернуться к нормальной жизни, жить за пределами интерната, самостоятельно организовывать свой быт, не зависеть от кого-либо, создать свою семью, устроиться на работу – все это стало моей целью. Но для этого мне предстояло учиться всему заново. В первое время было очень трудно восстанавливать речь, разрабатывать плохо слушающиеся меня руки, я нервничала, отчаивалась, много раз хотелось все бросить и пустить все на самотек. Но понемногу, шаг за шагом, в результате огромных усилий и моих, и медицинских работников, сотрудников реабилитационного отделения я стала постепенно возвращаться к жизни. Значительно улучшилось мое здоровье, снизилось количество эпилептических приступов, уменьшились головные боли, тревожность, бессонница. В связи с течением заболевания и положительной динамикой в 2009 году была проведена повторная медико-социальная экспертиза, в результате которой мне была установлена вторая группа инвалидности.

Чтобы достигнуть своей цели, я стала активно посещать различные кружки: по тестопластике, вышивке, кройки и шитья, сценической речи. Сначала мне удавались только самые элементарные действия, позже стали получаться и более сложные элементы. Больше всего мне понравилось шить, инструктор швейной мастерской научила меня ремонтировать и шить одежду, делать интересные поделки, вышивать. В настоящее время я принимаю заказы от жителей поселка и шью на дому, что является моим дополнительным заработком. Сейчас я уже работаю на штатной должности в интернате швеей, кроме того посещаю кружок по вышивке бисером и лентами, мои работы в этом году были отправлены на областной конкурс декоративно-прикладного искусства и народного творчества, уже дважды выставлялись на ярмарке в поселке Воротынец и даже на международной

ярмарке в Нижнем Новгороде. Также я регулярно принимаю участие в областных соревнованиях по шашкам, в этом году заняла 2ое призовое место среди женщин. Еще мне очень нравятся зимние виды спорта, особенно лыжные гонки. Ни одно мероприятие, проходящее в интернате, теперь не обходится без моего участия: концерты, викторины, литературные и музыкальные вечера, везде я в той или иной мере активно вношу свою лепту: украшаю зал, оформляю стенды, так как во мне, оказалось, дремал еще и художник; участвую в разнообразных конкурсах, сценках и сценариях. Это помогает мне развивать речь, тренировать память, что немаловажно для моего заболевания.

Кроме кружковых и спортивных мероприятий специалисты реабилитационного отделения проводили со мной занятия по социально-бытовой адаптации и трудотерапии. Я заново училась восстановлению утраченных в результате полученной травмы навыков домоводства: по уборке помещений, стирке белья, глажке, приготовлению пищи, умению планировать бюджет, правилам поведения в общественных местах и т.д. На уроках домоводства меня научили правильно сервировать стол, печь пироги, готовить салаты, первые и вторые блюда. Также я регулярно принимала участие в субботниках, в озеленении территории, училась выращивать и ухаживать за овощами и ягодами на приусадебном участке и в саду интерната. В интернате я приобрела необходимые навыки: умение пользоваться гаджетами, современной бытовой техникой, оплачивать услуги, в том числе коммунальные, посредством интернета, общению в социальных сетях.

В 2016 году я поняла, что готова к самостоятельной жизни и решила попробовать свои силы в пилотном проекте «Жилье, опекаемое социальными работниками». Когда получила разрешение, радости моей не было предела! Самым большим успехом на данный момент я считаю свое участие в этом проекте. Мне была выделена однокомнатная квартира в поселке, которую я в течение года с помощью сотрудников интерната и моего молодого человека

отремонтировала, вставила пластиковые окна, поменяла двери, обставила ее мебелью, приобрела различную кухонную технику, стиральную машину. Кроме того, я купила небольшой приусадебный участок, на котором впервые за свою жизнь самостоятельно выращивала различные овощи и зелень. Это позволило мне питаться экологически чистыми продуктами со своего огорода все лето и даже сделать запасы на зиму, а также принимать гостей на своем участке. Я снова ощутила себя полноценным человеком, обрела уверенность в своих силах, почувствовала себя нужной друзьям и близким мне людям, самостоятельной и полезной обществу.