

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ПЕРМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

На правах рукописи

ГРИГОРЬЕВА Милана Игоревна

**ФОРМИРОВАНИЕ СОВРЕМЕННОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ
СРЕДЫ ИНВАЛИДА В РОССИЙСКОМ РЕГИОНЕ**

Специальность 22.00.04 – «Социальная структура,
социальные институты и процессы»

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата социологических наук

Научный руководитель:
доктор социологических наук, доцент
Замараева Зинаида Петровна

Нижний Новгород – 2022 г.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ СОВРЕМЕННОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ СРЕДЫ ИНВАЛИДА В РОССИЙСКОМ РЕГИОНЕ.....	19
1.1. Исследование проблемы инвалидности в социологии	19
1.2. Реабилитационная среда инвалида в социологической науке...	39
1.3. Факторы, влияющие на формирование реабилитационной среды инвалида в российском регионе.....	60
ГЛАВА 2. ОЦЕНКА СФОРМИРОВАННОСТИ СОВРЕМЕННОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ СРЕДЫ ИНВАЛИДА В РОССИЙСКОМ РЕГИОНЕ.....	72
2.1. Современные особенности, этапы и тенденции сформированности реабилитационной среды инвалида регионов Российской Федерации.....	72
2.2. Состояние реабилитационной среды инвалида (на основе эм- пирических данных социологического исследования в Пермском крае)	109
2.3. Основные направления развития реабилитационной среды ин- валида в российском регионе	129
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	141
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	148
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	177

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования обусловлена высоким уровнем численности инвалидов в регионах Российской Федерации и недостаточностью условий для проведения их своевременной реабилитации. Современное состояние ситуации с инвалидностью продиктовано социально-экономическими и политическими причинами, возникшими еще в начале 90-х гг. XX века. Данные трансформационные изменения, как следствие, оказали существенное влияние на жизненные условия инвалидов. В настоящее время численность инвалидов в России составляет 9,09 % населения¹.

Государственными органами власти, как на федеральном, так и региональном уровнях принимались меры, направленные на решение проблем инвалидности. В настоящее время все большая часть полномочий передается на уровень региона, что требует формирования своих территориальных подходов. Система реабилитации инвалидов в регионе характеризуется совокупностью разных элементов, направленных на создание возможностей удовлетворения индивидуальных потребностей и запросов человека с инвалидностью на получение реабилитационных услуг. На федеральном уровне закладываются организационные, правовые и методологические основы, обеспечивается информационно-методическое сопровождение. Региональный уровень представлен развитием системы с учетом региональной специфики. Очевидна взаимосвязь федерального и регионального уровней в данной области.

В то же время необходимо отметить противоречие, при котором, несмотря на достаточные усилия органов власти субъектов Российской Федерации и мер, направленных на формирование современной реабилитационной среды инвалида в российском регионе, вопросы результативности системы по-прежнему остаются актуальными и нуждаются в разработке новых подходов на уровне теоретического осмысления и сфере социальной практики.

¹ По данным Федерального реестра инвалидов на 01.12.2021 г. [Электронный ресурс]. URL: <https://sfri.ru/analitika/chislennost/chislennost/chislennost-po-polu> (дата обращения 20.12.2021 г.)

Степень научной разработанности проблемы:

Проблема инвалидности и инвалидизации рассматривалась многими учеными, но в течение довольно длительного периода считалось, что в науке она является чисто медицинской темой, со временем научные акценты в ее исследовании изменились. Изучение инвалидности в социологии начинается с работ классиков (Э. Дюркгейма, А. Шюца, Т. Парсонса, Р. Мертона, И. Гофмана, Н. Лумана, П. Бергера и Т. Лукмана).¹ В западной науке данные категории были рассмотрены учеными Р. Анспахом², К. Барнсом и М. Оливером³, Г.К. Беккером⁴, Г. де Йонгом⁵, Е. Лемертом⁶, Х. Осмондом и М. Сиглер⁷, С. Сафилиос-

¹ Дюркгейм Э. Социология. Ее предмет, метод, предназначение/ пер. А.Б. Гофман. М.: Изд-во Юрайт, 2019. 307 с.; Шюц А. Смысловая структура повседневного мира: очерки по феноменологической социологии. М., Издательство: Институт Фонда «Общественное мнение», 2003. 336 с.; Parsons T. Illness and the Role of the Physician: a Sociological Perspective. [Электронный ресурс]. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1939-0025.1951.tb00003.x> (дата обращения 01.02.2021); Парсонс Т. О социальных системах/ под ред. В.Ф. Чесноковой, С.А. Белановского. М.: Академический проект, 2002. 832 с.; Парсонс Т. Понятие общества: компоненты и их взаимоотношения// THESIS. 1993, вып. 2. С. 94–122 [Электронный ресурс]. URL: http://ecsocman.hse.ru/data/876/582/1217/2_2_1pars.pdf (дата обращения 20.12.2020); Парсонс Т. Функциональная теория измерения//Американская социологическая мысль: Тексты/ под ред. В.И. Добренкова. М.: Изд-во МГУ, 1994. С.464–481; Гофман И. Стигма: Заметки об управлении испорченной идентичностью /пер. с англ. М.С. Добряковой. [Электронный ресурс] URL: <http://ecsocman.hse.ru/text/17687311/> (дата обращения: 10.05.2021); Мертон Р. Социальная теория и социальная структура. М.: АСТ М.: Хранитель, 2006. 873 с.; Луман Н. Введение в системную теорию/ под ред. Д. Беккера; пер. с нем. К. Тимофеевой. М. Логос, 2007. 360 с.; Бергер П., Лукман Т. Социальное конструирование реальности: Трактат по социологии знания, 1995. 323 с.

² Anspach R.R. From stigma to identity politics: Political activism among the physically disabled and former mental patients// Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology. Vol. 13. 1979. P. 765–773. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0271712379901238> (дата обращения 15.02.2021).

³См.: Barnes C. Disability, Work and Welfare. [Электронный ресурс]. URL: <https://disability-studies.leeds.ac.uk/wp-content/uploads/sites/40/library/Disability-Work-and-Welfare.pdf> (дата обращения 26.02.2021); Barnes C., Oliver M. Disability: A Sociological Phenomenon Ignored by Sociologists [Электронный ресурс]. URL: <https://disability-studies.leeds.ac.uk/wp-content/uploads/sites/40/library/Barnes-soc-phenomenon.pdf> (дата обращения 01.02.2021); Oliver M. Capitalism, Disability and Ideology: a Materialist Critique of the Normalization Principle. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.independentliving.org/docs3/oliver99.pdf> (дата обращения 05.06.2021);

⁴ Becker H.S. Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance, New York: The Free Press, 1963. [Электронный ресурс]. URL:https://monoskop.org/images/2/2b/Becker_Howard_Outside rs_Studies_In_The_Sociology_Of_Deviance_1963.pdf (дата обращения: 10.01.2021).

⁵ De Jong, G.The Independent Living Model of Personal Assistance in National Long-Term-Care Policy [Электронный ресурс]/ G. De Jong, A.I. Batavia, and L.B. McKnew. URL: https://www.jstor.org/stable/44877066?read-now=1&refreqid=excelsior%3A4c0297ad2e831ef2c55cbb6a4110ee11&seq=1#page_scan_tab_contents (дата обращения 05.06.2021).

⁶ Lemert E. Human Deviance: Social Problems and Social Control. New Jersey: Englewood Cliffs, N. J. Prentice-Hall. 1967. [Электронный ресурс]. URL: <https://archive.org/details/humandeviancesoc00leme/page/n3/mode/2up> (дата обращения: 10.01.2021).

⁷ См.: Crown S. Models of Madness, Models of Medicine. By Mirlam Siegler and Humphry Osmond. London: Collier MacMillan Publishers.1974 // British Journal of Psychiatry. № 126(6). P. 583–584. DOI:10.1192/bjp.126.6.583-a [Электронный ресурс]. URL: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/abs/models-of-madness-models-of-medicine-by-mirlam-siegler-and-humphry-osmond-london-collier-macmillan-publishers-1974-pp-xxi280-index-7-pp-price-895/5CF38FE374B4E74E37D4024C2C075D72> (дата обращения 01.02.2021).

Ротшильд¹, Х. Ханом². В настоящее время проблема инвалидности продолжает разрабатываться такими российскими учеными, как Е.Ю. Бабенко, Л.С. Деточенко, С.В. Егорова, И.В. Калашникова, О.Б. Колпашиков, О.В. Котова, В.С. Ткаченко, Е.А. Тарасенко, А.А. Тринадцатко, Е.Р. Ярская-Смирнова³.

Вопросы современного толкования инвалидности и инвалидизации нашли свое отражение у А.М. Бекарева и Г.С. Пак, Г.Л. Воронина и А.Д. Крамер, В.И. Добрынина и А.И. Колодиной, В.П. Козырькова, Э.К. Наберушкиной, З.Х. Саралиевой, С.А. Судьина.⁴

Научные представления об инвалидах отметим в работах Е.В. Воеводиной и Д.С. Райдугина, Г.А. Кабакович и К.В. Полежаевой, Н.В. Крятовой и

¹ См.: Stevenson J. The Sociology and Social Psychology of Disability and Rehabilitation by Constantina Safilios-Rothschild: Reviewed Work [Электронный ресурс]. URL: https://www.jstor.org/stable/27722715?read-now=1&reqid=excelsiorPercentage3A72928587b9598a0daf201ea22b6f5fd0&seq=2#page_scan_tab_contents (дата обращения 11.03.2021);

² Hahn N. Toward a Politics of Disability: Definitions, Disciplines and Policies // Unpublished paper University of Southern California. 1994. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.independentliving.org/docs4/hahn2.html> (дата обращения 05.06.2021).

³ Бабенко Е.Ю. Научные подходы к изучению социальных аспектов инвалидности // Известия вузов. Северо-Кавказский регион. Общественные науки. 2013. № 3. С. 13–18; Деточенко Л.С. Социализационные траектории инвалидов: от традиционной модели к инклюзивной // Человек. Общество. Инклюзия. 2019. № 4 (40). С. 40–46; Егорова С.В. Социальное конструирование в структуре современных представлений об инвалидности // Вестник СамГУ. 2002. №3. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.ssu.samara.ru/~vestnik/gum/2002web3/social/200230702.html> (дата обращения 10.05.2021); Калашникова И.В., Тринадцатко А.А. Эволюция социальных моделей инвалидности // Вестник ТОГУ. Сер.: Социология. 2017. № 3(46). С. 277–288; Колпашиков О.Б. Экстрабилити людей с инвалидностью в инклюзивном социальном проектировании // Экстрабилити как феномен инклюзивной культуры: матер. Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием (Екатеринбург, 12 декабря 2018 г.). Екатеринбург: Изд-во Уральского университета, 2019. С. 31–42; Котова О.В. Современные модели интеграции инвалидов в социум // Социальная политика и социология. 2010. С. 209–218; Ткаченко В.С. Интеграция в российском обществе людей с инвалидностью: автореф. дис. ... д-ра социол. наук. Ставрополь, 2007. 54 с.; Тарасенко Е.А. Социальная политика в области инвалидности: кросскультурный анализ и поиск оптимальной концепции для России // Журнал исследований социальной политики [Электронный ресурс]. URL: https://www.civisbook.ru/files/File/Tarasenko_Sotsialnaya.pdf (дата обращения 20.02.2021); Ярская-Смирнова Е.Р. Социокультурный анализ нетипичности. Саратов: Саратовский государственный технический университет, 1997. 272 с.

⁴ Бекарев А.М., Пак Г.С. Инвалидизация общества как проблема техноэтики // Инвалиды – инвалидность – инвалидизация; под общ. ред. проф. З.Х. Саралиевой. Н. Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2018. С. 796–798; Воронин Г.Л., Крамер А.Д. Влияние инвалидности на социальное положение индивида: по результатам RLMS-HSE 2003–2017 гг. // Социальная среда и социальная политика: новые подходы и инновационные технологии: матер. междунар. науч.-практ. конф. Нижний Новгород, 28–29 марта 2019 года / под ред. С.В. Рязанцева, Т.К. Ростовской, З.Х. Саралиевой. Н. Новгород: Изд-во «Экон-Информ», 2019. С. 84–89; Добрынина В.И., Колодина А.А. Особенности процесса инвалидизации в разрезе возрастных когорт населения России // Инвалиды – инвалидность – инвалидизация. С. 594–598; Козырьков В.П. Инвалидность в социокультурном контексте: ретроспектива и перспектива // Там же. С. 814–818; Наберушкина Э.К. Эволюция дискурса безбарьерной городской среды // Там же. С. 799–803; Саралиева З.Х. Инвалидизация: макрофакторы и микропрактики // Там же. С. 577–584; Судьин С.А. Семья как фактор психической инвалидизации // Там же. С. 271–275.

М.А. Павленко, М.Н. Кичеровой, Е.В. Лотаревой, М.Н. Реут, М.В. Шимолиной, Е.Р. Ярской-Смирновой.¹

Направления социальной реабилитации и адаптации в социологии описаны Т. Парсонсом², *реабилитация инвалидов как процесс раскрыта* С.Г. Головки, Н.Ф. Дементьевой, О.М. Кирилук, М.Н. Кичеровой, Л.П. Храпылиной³. *Комплексный подход к реабилитации* людей с инвалидностью отметим у Т.В. Зозули⁴. *Междисциплинарный аспект реабилитации* инвалидов рассматривается А.Н. Анцутой, Д.В. Лифинцевым⁵.

Отдельные категории, используемые для характеристики особенностей реабилитационной среды, рассмотрены Дж. Мидом (социальное взаимодействие), А. Шюцем (социальная реальность), Т. Парсонсом (социальная структура, уровни), Р. Мертоном (социальные функции), Н. Луманом (социальная система), Я. Щепаньским (социальный институт), П. Бергером и Т. Лукманом (конструирование социальной реальности).⁶ Среди современных социологов

¹Воеводина Е.В., Райдугин Д.С. Инвалидность как социальная проблема и объект специальной отрасли социологии// Вестник Московского государственного гуманитарно-экономического института. 2013. № 2 (15). С.16–26; Кабакович Г.А., Полежаева К.В. Влияние социальных и правовых барьеров на роль и место инвалидов в обществе// Вестник Башкирского университета. 2015. Т. 20. №2. С.635–644; Крятова Н.В., Павленко М.А. Определение места инвалидов в социальной структуре// Вестн. Волгогр. гос. ун-та. Сер. 7: Филология. 2011. № 1 (13). С.162–166; Кичерова М.Н. Социальная реабилитация инвалидов в Западносибирском регионе: основные подходы, пути развития: автореф. дис. ... канд. социол. наук. Тюмень, 2009. 22 с.; Лотарева Е.В. Особенности социокультурной адаптации незрячих людей в российском обществе: дис...канд. социол. наук. М., 2010. 169 с.; Реут М.Н. Комплексный подход к понятию инвалидности // Власть. 2008. №7. С.94–96; Шимолина М.В. Процесс инклюзии инвалидов-колясочников как социальной группы в современном российском обществе: автореф.дис. ... канд. социол. наук. Хабаровск, 2017. 19 с.; Ярская-Смирнова Е.Р. Социокультурный анализ нетипичности. Саратов: Саратовский государственный технический университет, 1997. 272 с.

² Парсонс Т. О социальных системах/ под ред. В.Ф. Чесноковой, С.А. Белановского. М.: Академический проект, 2002. 832 с.

³Головки С.Г. Реабилитация инвалидов как направление региональной социальной политики: автореф. дис...канд. социол. наук. Кемерово, 2009. 25 с.; Дементьева Н.Ф. Методологические аспекты реабилитации // Материалы научных годовичных чтений факультета социальной работы, педагогики и ювенологии (27 января 2007 г.). М.: РГСУ. С.4–5; Кирилук О.М. Система реабилитации инвалидов в Санкт-Петербурге: социологический анализ: автореф. дис. ... канд. социол. наук. СПб., 2007. 22 с.; Кичерова М.Н. Социальная реабилитация инвалидов в Западносибирском регионе: основные подходы, пути развития: автореф. дис. ... канд. социол. наук. Тюмень, 2009. 22 с.; Храпылина Л.П. Приоритеты модернизации системы предоставления социальных услуг инвалидам и лицам пожилого возраста в современной России // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2011. Т. 14. №1. С. 3–6; Храпылина Л.П. Реабилитация инвалидов. М., 2006. 415 с.

⁴Комплексная реабилитация инвалидов/ Т.В. Зозуля, Е.Г. Свиштунова, В.В. Чешихина и др.; под ред. Т.В. Зозули. М. 2005. 304 с.

⁵ Лифинцев Д. В., Анцута А. Н. Социальная реабилитация в контексте биопсихосоциальной модели здоровья//Вестник ПСТГУ. IV: Педагогика. Психология.2013. Вып. 4 (31). С. 50–60.

⁶Мид Дж. Интернализированные другие и самость/ пер. с англ. А. Гараджи // Американская социологическая мысль. М., 1994. С. 224–227; Шюц А. Смысловая структура повседневного мира: очерки по феноменологической социологии. Изд-во: Институт Фонда «Общественное мнение», 2003. 336 с.; Парсонс Т. Понятие общества: компоненты и их взаимоотношения// THESIS. 1993. Вып. 2. С. 94–122 (Электронный ресурс). URL:

назовем О.М. Кирилук¹. Реабилитационная среда в рамках категориального подхода представлена Л.М. Мухарямовой и Ж.В. Савельевой², анализ реабилитационной среды отдельных социальных институтов проведен в исследованиях С.С. Бакшихановой и В.Н. Дашинамжиловой, Ю.В. Гапоненок и С.С. Санникова,³ характеристика доступной среды для инвалидов нашла свое отражение в работах О.В. Красуцкой, Л.А. Карасаевой, И.Р. Мясникова и Е.М. Старобиной⁴. Формулировку понятия «реабилитационная среда» отметим у А.Б. Чистовой⁵. Особенности представления реабилитационной среды инвалида через наличие в ней организаций реабилитационного профиля уточнены у Л.С. Шпилени.⁶ Идея влияния различных факторов на изменения реабилитационной среды отражена в научной литературе А.А. Дарган, В.Г. Сухих, Л.Н. Фахрадовой, Н.В. Шолухом.⁷

http://ecsocman.hse.ru/data/876/582/1217/2_2_1pars.pdf (дата обращения 20.12.2020); Мертон Р. Социальная теория и социальная структура. М.: АСТ Москва: Хранитель, 2006. 873 с.; Луман Н. Введение в системную теорию/ под ред. Д. Беккера; пер. с нем. К. Тимофеевой. М.: Логос, 2007. 360 с.; Щепаньский Я. Элементарные понятия социологии /общ. ред. и посл. акад. А.М. Румянцева; пер. с польского М.М. Гуренко. М.: Прогресс, 1969. 239 с.; Бергер П., Лукман Т. Социальное конструирование реальности: Трактат по социологии знания. 1995. 323 с.

¹ Кирилук О.М. Система реабилитации инвалидов в Санкт-Петербурге: социологический анализ: автореф. дис. ... канд. социол. наук. СПб., 2007. 22 с.

² Мухарямова Л.М., Савельева Ж.В. Социальная среда для людей с аутизмом в России: проблема доступности в оценках экспертов// Экология человека. 2021. №1. С. 45–50.

³ Бакшиханова С.С., Дашинамжилова В.Н. Проблема разработки и реализации реабилитационной среды в условиях детского отделения психоневрологического диспансера // Евразийский союз ученых. 2015. № 3–7(12). С. 70–71; Санникова С.С., Гапоненок Ю.В. Реабилитационное пространство и терапевтическая среда в Витебском доме-интернате для престарелых и инвалидов // Улица без конца: строим инклюзивный город: электронный сборник матер. междунар. науч.-практ. конф. к 50-летию Полоцкого гос. университета и 60-летию г. Новополоцка, Новополоцк, 03 мая 2018 г. / отв. за вып. Е.Н. Борун. Новополоцк: Учреждение образования «Полоцкий государственный университет» Установа адукацыі "Полацкі дзяржаўны ўніверсітэт", 2018. С. 20–25. [Электронный ресурс]. URL: <http://elib.psu.by:8080/handle/123456789/22942> (дата обращения 10.05.2021);

⁴ Красуцкая О.В. Доступность социальной реабилитации для инвалидов (на примере Нижегородской области): автореф. дис. ... канд. социол. наук. Н. Новгород, 2019. 23 с.; Мясников И.Р., Старобина Е.М., Карасаева Л.А. Комплексный подход в организации доступной образовательной среды для инвалидов // Вестник Тамбовского университета. Сер.: Гуманитарные науки. 2018. Т. 23. № 176. С. 29–38.

⁵ Чистова А.Б. Социальная реабилитация детей с проблемами здоровья средствами эстетического воспитания: дис. ... канд. пед. наук. СПб., 1999. 165 с.

⁶ Шпилени Л.С. Проблемы организации в Санкт-Петербурге реабилитационной среды для лиц, нелегально употребляющих наркотические средства // Аддиктивное поведение: профилактика и реабилитация [Электронный ресурс]. URL: https://psyjournals.ru/addictive_behavior/issue/46131.shtml (дата обращения 10.05.2021).

⁷ Дарган А.А. Социальное самочувствие людей с ограниченным жизненным пространством// Социологический журнал. 2015. 128 Т. 21, № 2. С. 114–129; Сухих В.Г. Региональные модели реабилитации инвалидов [Электронный ресурс]. URL: <http://ecsocman.hse.ru/data/2011/12/19/1270386238/Suhih.pdf> (дата обращения 20.02.2021); Фахрадова Л.Н. Проблемы социальной инклюзии инвалидов: опыт регионального исследования// Проблемы развития территории. 2016. Вып. 8 (86). С.58–85; Шолух Н.В. Реабилитационная среда как объект системного анализа: выбор оптимальной модели // Сучасні проблеми архітектури та містобудування. 2008. Вип. 19. С. 320. [Электронный ресурс]. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Spam_2008_19_52 (дата обращения 10.05.2021).

О реабилитационной среде как продукте конструирования новой социальной реальности пишут О.А. Карогодина, И.В. Пестовская¹. Определение реабилитационной среды с точки зрения системы социальных и реабилитационных институтов (организаций) сформулировано в исследованиях Г.В. Жигуновой, З.П. Замараевой, Л.Д. Матвеевой и Г.Г. Саитгалиевой.²

Символические социокультурные признаки социальной среды инвалида с точки зрения ее доступности отражены в работе Ю.А. Афонькиной и Г.В. Жигуновой³. Снятие барьеров в реабилитационной среде и развитие инклюзивных практик по отношению к инвалидам на их собственных условиях представлены в исследованиях Е.Р. Ярской-Смирновой и П.В. Романова⁴. Идея «ресурсоемкости социальных объектов» выражена у В.А. Ядова⁵. Изучение и описание системы комплексной реабилитации инвалидов в Российской Федерации отметим у О.Н. Владимировой и Г.Н. Пономаренко, Ж.В. Порохиной и А.А. Яркова⁶, модель реабилитации по месту жительства инвалидов с

¹Карогодина О.А. Роль социально ориентированных НКО в решении проблем инвалидов и лиц с ОВЗ (на примере деятельности организаций Волгоградского региона) // Социодинамика. 2019. № 9. С. 75–81. [Электронный ресурс]. URL: https://nbpublish.com/library_read_article.php?id=30617 (дата обращения 10.05.2021); Пестовская И.В. Реабилитационная среда. Новое видение мира// Образование личности. 2013. № 4. С. 94–99.

²Жигунова Г.В. Роль негосударственных общественных организаций в самореализации представителей ювенальной инвалидности [Электронный ресурс]. URL: https://nbpublish.com/library_read_article.php?id=30617 (дата обращения 10.05.2021); Замараева З.П. Институционализация социальной защиты населения в условиях современной России: дис... д-ра социол. наук. М., 2007. 305 с.; Саитгалиева Г.Г., Матвеева Л.Д. Формирование социальной среды для реализации индивидуальной жизненной траектории людей с инвалидностью в современном обществе// Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2016. Т. 18, № 3. С. 140–143.

³Афонькина Ю.А., Жигунова Г.В. Анализ социальных сред в контексте обеспечения независимой жизни людей с инвалидностью// Государственное управление. 2018. Вып. № 69. С. 445–462.

⁴Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. Политика инвалидности: Социальное гражданство инвалидов в современной России. Саратов: Изд-во «Научная книга», 2006. 260 с.; Ярская-Смирнова Е.Р. Социокультурный анализ нетипичности. Саратов: Саратовский государственный технический университет, 1997. 272 с.

⁵Ядов В.А. Социальный ресурс индивидов и групп как их капитал: возможность применения универсальной методологии исследования реального расслоения в российском обществе [Электронный ресурс]. URL: <https://ecsocman.hse.ru/data/297/679/1219/040.IADOV.pdf> (дата обращения 10.06.2021).

⁶Пономаренко Г.Н., Владимирова О.Н. Комплексная реабилитация и абилитация инвалидов в Российской Федерации//Физическая и реабилитационная медицина. 2019. Т. 1. № 1. С. 9-15; Порохина Ж.В., Ярков А.А. Современное состояние системы комплексной реабилитации инвалидов в Российской Федерации: проблемы и пути развития// Комплексная реабилитация детей с ОВЗ и детей-инвалидов. 2020. Альманах №40 [Электронный ресурс]. URL: <https://alldf.ru/ru/articles/almanac-no-40/current-state-of-the-system-of-complex-rehabilitation-of-invalids-in-the-russian-federation-problems-and-ways-of-development> (дата обращения 20.02.2021).

учетом региональных особенностей реабилитационной среды представлена у В.А. Бронникова¹.

Роль семьи в формировании реабилитационной среды инвалидов отражена в работах Е.Е. Кутявиной², М.В. Курниковой³, А.В. Лебедевой и Л.И. Савинова⁴. Опыт организации реабилитационной среды инвалидов в зарубежных странах описан Д.А. Шпилевым⁵.

Анализ степени научной разработанности проблемы формирования реабилитационной среды инвалида в российском регионе показал, что данное направление в социологии представлено недостаточно. При проведении исследования авторы чаще всего делают акцент на отдельных особенностях среды (например, категориальном, представляя реабилитационную среду для лиц с различными видами нарушений или институциональном, определяя структуру реабилитационной среды через совокупность учреждений разного профиля). Значительная часть современных исследований посвящена анализу средовых барьеров, препятствующих полноценному функционированию инвалида. Такой узкий, фрагментарный подход, снижает возможность проведения комплексной, системной оценки состояния реабилитационной среды инвалида в рамках социологического подхода, обосновывает потребность дополнительного научного исследования по данной теме.

Объект исследования — реабилитационная среда инвалида.

¹Бронников В.А., Григорьева М.И. О перспективах внедрения модели организации реабилитации по месту жительства инвалида в территориях Пермского края // Реабилитация-XXI век: традиции и инновации: материалы III Национального конгресса с международным участием. материалы III Национального конгр. с междунар. участием. СПб., 2020. С. 35–40.

²Кутявина Е.Е. Риски членов семьи, ухаживающих за терминальными больными// Социальные риски в современном обществе. Матер. Всерос. науч.-практ. онлайн-конф. с междунар. участием. Красноярск, 2020. С. 145-149.

³Курникова М.В. Особенности социального, материального и культурного капитала семьи с ребенком-инвалидом // Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности. Матер. IX Междунар. науч.-практ. конф., посвященной 75-летию Победы в Великой Отечественной войне. Отв. редактор Ю.Ю. Шурьгина. Улан-Удэ, 2020. С. 146– 148.

⁴Лебедева А.В., Савинов Л.И. Преодоление социальных барьеров, стоящих перед процессом социализации детей-инвалидов в условиях родительской семьи// XLIV Огарёвские чтения. Матер. науч. конф.: в 3 частях. Отв. за выпуск П. В. Сенин. 2016. С. 179-184.

⁵Шпилев Д.А. Реабилитационные практики для инвалидов: опыт Германии// Инвалиды - инвалидность - инвалидизация. С. 414-419.

Предмет исследования – формирование современной реабилитационной среды инвалида в российском регионе.

В связи с этим **цель исследования** заключается в выявлении социальных характеристик, учитывающих особенности современной реабилитационной среды инвалида в российском регионе, разработке предложений по ее совершенствованию.

Задачи исследования:

1. На основе рассмотрения существующих теоретико-методологических подходов к изучению проблемы инвалидности в социологии выделить научные парадигмы, характеризующие состояние данного явления.
2. Уточнить, применительно к предмету исследования, понятие «реабилитационная среда инвалида».
3. Типизировать факторы, влияющие на формирование современной реабилитационной среды инвалида в российском регионе.
4. Выявить особенности, этапы и тенденции сформированности современной реабилитационной среды инвалидов в регионах Российской Федерации.
5. Осуществить анализ состояния реабилитационной среды инвалида (на основе эмпирических данных социологического исследования в Пермском крае).
6. Определить направления развития современной реабилитационной среды инвалида в российском регионе.

Гипотеза исследования:

Высокий уровень инвалидности в регионах Российской Федерации, недостаточность условий для своевременной реабилитации, сформированность реабилитационной среды инвалида в рамках традиционной парадигмы инвалидности (медицинской и административной моделей) требуют нового подхода к развитию реабилитационной среды, который бы учитывал современные тенденции, ориентированные на актуализацию ресурсного (реабилитационно-адаптационного) потенциала как самого инвалида, так и реабилитационной среды.

Теоретико-методологическую основу диссертационного исследования составляет системный подход Т. Парсонса, Н. Лумана, структурно-функциональный подход Р. Мертона, теория социального конструирования реальности П. Бергера и Т. Лукмана, Е.Р. Ярской-Смирновой, ресурсный подход П. Бурдье, социально-реабилитационный подход Т. Парсонса, М.Н. Кичеровой, О.М. Кириллюк, ресурсно-потенциальный подход З.П. Замараевой.

В основе исследования методы системного и функционального анализа, сравнения, обобщения и сбора эмпирических данных (опрос, анализ документов, статистический анализ).

Эмпирическую базу диссертации составляют результаты авторских социологических исследований:

1. Анализ действующих федеральных нормативно-правовых актов по вопросам социальной защиты и реабилитации инвалидов, проектов федеральных нормативно-правовых актов по вопросам реабилитации инвалидов, нормативных актов регионального уровня.

2. Анализ статистических данных Федерального реестра инвалидов, Росстата, Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Министерства социального развития Пермского края за 2016–2021 годы, отражающих структуру и динамику инвалидности на федеральном уровне и с учетом региональной специфики.

3. Формализованный опрос (анкетирование) взрослых инвалидов и родителей детей-инвалидов Пермского края за 2019–2021 гг. «Оценка системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в Пермском крае» (N=1 187, 2019–2021 гг.).

4. Экспертный опрос методом глубинного интервью, участниками которого выступили заместитель министра и руководитель Территориального управления по городу Перми Министерства социального развития Пермского края, начальник отдела главного бюро медико-социальной экспертизы по Пермскому краю, директора реабилитационных центров Пермского края

«Оценка современного состояния реабилитационной среды инвалида российского региона (на примере Пермского края)» (N=5, 2021 г.).

Научная новизна диссертационного исследования:

1. На основе рассмотрения существующих теоретико-методологических подходов к изучению проблемы инвалидности в социологии выделены научные парадигмы, характеризующие состояние данного социального явления.
2. Уточнено, применительно к предмету исследования, понятие «реабилитационная среда инвалида».
3. Типизированы факторы, влияющие на формирование современной реабилитационной среды инвалида в российском регионе.
4. Выявлены особенности, этапы и тенденции сформированности современной реабилитационной среды инвалидов в регионах Российской Федерации.
5. Осуществлен анализ состояния реабилитационной среды инвалида (на основе эмпирических данных социологического исследования в Пермском крае).
6. Определены направления развития современной реабилитационной среды инвалида в российском регионе.

Основные научные положения, выносимые на защиту:

1. На основе рассмотрения существующих теоретико-методологических подходов к изучению проблемы инвалидности в социологии выделены традиционная (классическая) и социальная (инновационная) парадигмы, каждая из которых, в свою очередь, объединяет различные теоретические модели. В *традиционной (классической) парадигме* научные категории рассматриваются в рамках двух моделей – классической (медицинской) и административной (социально-правовой). *Социальная (инновационная) парадигма*, в основном, представлена американской, британской, западноевропейской и постмодернистской группами моделей, позволяющими объяснить причины формирования барьеров в обществе, мешающие людям с инвалидностью функционировать полноценно.

2. Понятие «*реабилитационная среда инвалида*» применительно к предмету исследования характеризуется как взаимодействие различных форм социально-реабилитационных отношений, в рамках которого происходят изменения как самого инвалида, так и окружающей действительности, где в основе отмечается наличие необходимых условий, ресурсов и услуг для реализации потребностей, и запросов инвалида на актуализацию ресурсного (реабилитационно-адаптационного) потенциала, достойное качество жизни. Основными особенностями среды является ее открытость, доступность, безопасность, когда физические, административные, межведомственные, коммуникативные, территориальные, транспортные, информационные барьеры отсутствуют, происходит развитие инклюзивных практик по отношению к инвалидам на их собственных условиях.

3. *На формирование реабилитационной среды инвалида российского региона оказывают влияние внешние и внутренние факторы.*

Внешние факторы — это состояние здоровья населения с учетом причин инвалидности в рамках региональной специфики (видов заболеваний, демографической, социально-экономической, социально-медицинской, географической, политической и др. ситуаций); уровень социальной политики региона, формирующий возможности развития и доступности реабилитационных услуг инвалиду учреждениями реабилитационного, медицинского, социального, культурно-досугового профиля, решения проблем занятости, образования, социальной защиты. *Внутренние факторы* (экономические, мотивационные, социально-психологические, коммуникативно-интеракционные, социокультурные, деятельностные) отмечают значимость формирования толерантной инклюзивной реабилитационной среды, удовлетворенности услугами реабилитации и абилитации, деятельности инвалидов как объектов и субъектов, применения индивидуального подхода в процессе реабилитации, внутренней мотивации на проведение комплексной реабилитации.

4. *Современные особенности, этапы и тенденции сформированности реабилитационной среды инвалидов в регионах Российской Федерации* определены доминированием традиционной парадигмы инвалидности (медицинской и административной моделей), ярко выраженной региональной спецификой, сменой нескольких этапов формирования. *На первом этапе (1991-2003 гг.)* заложены законодательные и структурно-функциональные основы реабилитации инвалидов с учетом медицинского подхода. Особенностью послужило создание государственной системы социальной защиты инвалидов, осуществление полномочий по реабилитации инвалидов на федеральном, региональном, муниципальном уровнях. *Основные тенденции* на данном этапе отражали интенсивный рост численности учреждений и отделений реабилитации в структуре комплексных центров социального обслуживания населения и неравномерное их распределение по федеральным округам и регионам страны. Особенностью *второго этапа (2003-2013 гг.)* стало внедрение условий социально-медицинского подхода в систему реабилитации инвалидов в результате репрофилирования многих ранее входящих в нее служб, например, врачебно-трудовой экспертной комиссии в медико-социальную экспертизу. Полномочия по осуществлению социальной защиты инвалидов и реабилитационной деятельности переданы на уровень регионов. *Основные тенденции* на данном этапе отражали изменения в направлении реструктуризации системы реабилитации инвалидов и передачу полномочий по осуществлению реабилитационной деятельности в регионы. Особенность *третьего этапа (с 2013 г. по настоящее время)* заключается в формировании современного реабилитационно-адаптационного подхода к развитию среды инвалида в российском регионе, чему послужило принятие ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан РФ»¹, который способствовал обновлению мер в комплексной реабилитации инвалидов, сферы услуг, адаптационно-интеграционных практик. Тенденции на данном этапе отражают состояние и структуру инвалидности в

¹ Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 28.12.2013 N 442-ФЗ.

регионах России, оказывающих существенное влияние на формирование современной реабилитационной среды инвалида и направленность процесса развития среды с учетом своеобразия социальной (инновационной) парадигмы.

5. *Анализ социологических данных по Пермскому краю* показал современное состояние реабилитационной инфраструктуры в регионе, позволил отметить разную степень ее востребованности инвалидами, положительную оценку деятельности реабилитационных организаций сферы социальной защиты, более низкую – учреждений системы здравоохранения и сферы занятости населения, тенденцию повышения внимания к инвалидам как объектам реабилитационной среды, которая проявляется в выборе организаций, реализующих соответствующие реабилитационные услуги. Решающим в определении места получения реабилитационных услуг становится собственный положительный опыт инвалида в данной области, наличие в организации квалифицированных специалистов, необходимого реабилитационного оборудования, комфортности и удобства условий пребывания. В то же время людьми с инвалидностью отмечаются недостатки, снижающие общую положительную оценку реабилитационных услуг и мероприятий, обусловленные долгим ожиданием получения этих услуг, периодичностью их предоставления, недостаточным обеспечением доступности и информационной открытости объектов реабилитационной инфраструктуры и др.

6. *Направлениями развития реабилитационной среды инвалида в российском регионе* являются условия, способствующие объединению межсубъектной и межведомственной разобщенности реабилитационной среды, ее направленности на развитие территориально-пространственного взаимодействия, большей результативности реабилитационного процесса, актуализации ресурсного (реабилитационно-адаптационного) потенциала как самой среды, так и конкретного инвалида, в том числе с учетом введения в основу развития

реабилитационной среды инвалида в российском регионе *коммунальной реабилитации*¹, которая позволит активнее использовать возможности проведения реабилитации по месту жительства инвалида.

Теоретическая значимость исследования заключается в систематизации теоретико-методологических подходов к понятию «реабилитационная среда инвалида российского региона», анализе факторов, влияющих на ее формирование. Положения и выводы, сформулированные в результате проведенного исследования, могут представлять интерес для социологии социальной сферы в результате уточнения категориального аппарата, описания процесса формирования реабилитационной среды инвалида, обоснования подходов к изучению проблемы инвалидности и инвалидизации как процесса.

Практическая значимость работы заключается в возможности применения результатов исследования для формирования и развития реабилитационной среды инвалида в российском регионе, использования в современной управленческой социальной практике. Материалы исследования могут быть размещены в содержании вузовских курсов «Социология инвалидности», «Социология социальной работы», «Социальная медицина как основа профилактики инвалидности», «Реабилитация как медико-социальная проблема», «Технология социальной работы», «Социальная работа с инвалидами».

Соответствие диссертации требованиям паспорта научной специальности ВАК. Диссертационное исследование выполнено в рамках специальности «22.00.04 Социальная структура, социальные институты и процессы», что подтверждается областями исследования по паспорту специальности ВАК: «11. Социальная динамика и адаптация отдельных групп и слоев в трансформирующемся обществе», «21. Роль социальных институтов в трансформации социальной структуры общества».

¹ Идея «коммунальной реабилитации» основывается на модели «реабилитация на уровне общин» (community-based rehabilitation), разработанной Всемирной организацией здравоохранения.

Достоверность результатов исследования обеспечивается за счет изучения и обобщения теоретико-методологических подходов к анализу базовых категорий работы (инвалидность, реабилитация инвалида, реабилитационная среда инвалида); выбора методов эмпирического анализа, разработки инструментария социологических исследований в соответствии с требованиями, предъявляемыми в рамках количественной и качественной традиции, репрезентативностью выборок и корректным подбором способов обработки и анализа данных при помощи специализированного пакета программ.

Апробация работы. Основные положения диссертации нашли свое отражение в 12 публикациях (общий объем – 12,6 п.л., вклад автора – 9,59 п.л.), из которых 4 статьи опубликованы в журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ (общий объем – 4,02 п.л., вклад автора – 3,87 п.л.). Материалы диссертационного исследования докладывались на научных конференциях: Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Социальная безопасность и защита человека в условиях новой общественной реальности» (Пермь, 2016, 2017, 2018, 2020, 2021); Международной научно-практической конференции студентов, аспирантов и молодых ученых «Человек в мире. Мир в человеке: актуальные проблемы философии, социологии, политологии и психологии» (Пермь, 2018); Международной конференции «Будущее реабилитации: социальный подход» (Санкт-Петербург, 2019); Всероссийской научно-практической конференции «Комплексная реабилитация инвалидов на современном этапе. Отечественная и международная практика» (Новокузнецк, 2019); Национальном Конгрессе с международным участием «Реабилитация - XXI век: традиции и инновации» (Санкт-Петербург, 2017, 2018, 2020, 2021); Российском конгрессе с международным участием «Физическая и реабилитационная медицина» (Москва, 2019, 2021); Всероссийской конференции «Традиции и инновации в психологии и социальной работе» (Карачаевск, 2020); международной научно-практической конференции по вопросам медико-социальной экспертизы и комплексной реабилитации (Минская область, Республика Беларусь, 2021).

Материалы исследования нашли практическое применение в деятельности Министерства социального развития Пермского края, ГБУ ПК «Центр комплексной реабилитации инвалидов» Пермского края.

Структура работы.

Работа состоит из введения, двух глав (шести параграфов), заключения, приложения и списка литературы. Работа содержит 22 таблицы, 23 рисунка. Список литературы включает 201 источник.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ СОВРЕМЕННОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ СРЕДЫ ИНВАЛИДА В РОССИЙСКОМ РЕГИОНЕ

1.1. Исследование проблемы инвалидности в социологии

Происходящая в России трансформация экономических, политических, социальных сфер жизни общества оказывает существенное влияние на многие современные явления. Среди неблагоприятных последствий отметим высокий уровень инвалидности не только среди взрослого, но и детского населения. Данная проблема во многом является социально нежелательной ситуацией, препятствующей выполнению общественных и индивидуальных функций людей с инвалидностью, нарушением системы их жизнеобеспечения, основанием социальной дифференциации, представляющей собой специфический статус. Аспект дисфункционального развития общества приводит к нарушению социальных связей и интеграции данной социальной категории в социуме, оказывает существенное влияние на социальное положение инвалида¹.

Инвалидизация человека, по мнению ряда авторов, представляет собой современный социально-культурный процесс с позиции системного понимания здоровья инвалида, в то же время он приобретает индивидуализированную и управляемую форму, оставаясь социокультурным продуктом². Развивают

¹ Воронин Г.Л. Влияние инвалидности на социальное положение инвалида: по результатам RLMS-HSE- 2017 г// Инвалиды – инвалидность – инвалидизация. С. 92.

² См.: Добрынина В.И., Колодина А.А. Особенности процесса инвалидизации в разрезе возрастных когорт населения России// Там же. С.594; Саралиева З.Х. Инвалидизация: макрофакторы и микропрактики// Там же. С.577; Козырьков В.П. Инвалидность в социокультурном контексте: ретроспектива и перспектива// Там же. С. 814.

данную точку зрения и другие исследователи, отмечая, что понятие «инвалидизация» следует рассматривать с позиций социального конструирования как социальную категорию и реальный, часто практикуемый процесс, в котором, как минимум, участвуют три актора: социум (большой, охватывающий институты, организации и учреждения, и малый), семья и сам человек с инвалидностью¹. Как видно из вышеприведенных суждений, а также мнений российских ученых, участников конференции по теме инвалидности и инвалидизации, которая состоялась в ННГУ им. Н.И. Лобачевского, данная проблема в большей степени соответствует идеологии социальной парадигмы.

В социологической науке между тем рассматриваются другие подходы и модели. Несмотря на приведенные выше взгляды, которые обосновывают актуальность более современной парадигмы инвалидности, все же актуальной остается тема «ненормальной» нормы или «нормального» отклонения², которую активно в социологической науке представили такие известные ученые, как Э. Дюркгейм, А. Шюц, Т. Парсонс, Р. Мертон, И. Гофман, Н. Луман, П. Бергер и Т. Лукман и др.

В настоящее время большая часть исследователей в социологии выделяют две основные парадигмы инвалидности: *традиционную (классическую) и социальную (инновационную)*, каждая из которых, в свою очередь, объединяет различные теоретические модели и подходы к инвалидности (таблица 1).

В традиционной парадигме научные категории рассматриваются в рамках двух моделей – классической (медицинской) и административной (социально-правовой). В первой модели понятия характеризуются через состояние болезни или дисфункции, включая отношение к инвалидам со стороны общества как к пассивной социальной категории, во второй отмечается особый нормативно-правовой подход как к юридической категории, закрепленный в соответствующих нормативных документах, на основе которых принимается ре-

¹Саралиева З.Х. Указ.соч.

² Холостова Е.И. Дементьева Н.Ф. Социальная реабилитация. М., 2002. С. 6.

шение, является ли данный гражданин инвалидом. *Социальная (инновационная) парадигма*, в основном, представлена американской, британской, западноевропейской и постмодернистской группами моделей, включает такие подходы, как социально-психологический, социально-политический, партиципативный, ресурсно-потенциальный, модель независимой жизни и предполагает рассмотрение этих подходов в рамках социальной, общественно значимой проблемы, когда ситуация становится острой вследствие отсутствия доступности социальной среды, формирования барьеров в обществе, мешающих инвалидам удовлетворять свои потребности и функционировать полноценно.

Таблица 1

Основные парадигмы инвалидности в социологии¹

Парадигма инвалидности	Модели инвалидности	Содержание понятия «модели инвалидности»
Традиционная (классическая)	<i>Медицинские модели</i>	
	Моральная (религиозная)	Инвалидность как обделенность, как наказание. Благотворительная помощь инвалидам
	Классическая (медицинская)	Неспособность инвалида быть полноценным членом общества вследствие заболеваний, травм, иных дефектов
	Экономическая	«Бесполезность» инвалидов для экономики, неспособность выполнения экономических функций
	Функциональной ограниченности	Неспособность инвалидов самостоятельно обеспечить свои потребности в личной и социальной жизни
	Реабилитационная	Необходимость восстановления инвалидами нарушенных или утраченных функций для дальнейшего включения в социум
	<i>Административная (социально-правовая)</i>	
	Нормативная	Инвалидность как совокупность отличных от принятых в обществе норм вследствие нарушений
	«Ограниченной полноценности»	Неспособность инвалидами осуществлять необходимые функции (реализовывать социальные функции)
	Защитно-правовая	Нуждаемость инвалидов в постоянной социально-правовой защите
	Организационная	Необходимость создания системы специализированных социальных институтов помощи и оказания социальных услуг инвалидам, а также формирования и реализации специальных программ

¹ См.: Калашникова И. В., Тринадцатко А. А. Эволюция социальных моделей инвалидности// Вестник ТОГУ. Сер: Социология. 2017. № 3(46). С. 277–288; Егорова С.В. Социальное конструирование в структуре современных представлений об инвалидности// Вестник СамГУ. 2002. №3. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.ssu.samara.ru/~vestnik/gum/2002web3/soci/200230702.html> (дата обращения 10.05.2021); Ярская-Смирнова Е.Р. Социокультурный анализ нетипичности. Саратов: СГТУ, 1997. 268 с.; Лотова И.П. Качество жизни инвалидов как междисциплинарная проблема// Медико-социальная экспертиза и реабилитация. Т. 18. 2015. № 2. С.53–57; Колпашиков О.Б. Экстрабилити людей с инвалидностью в инклюзивном социальном проектировании // Экстрабилити как феномен инклюзивной культуры: матер. Всерос. науч.-практ. конф. с международным участием (Екатеринбург, 12 декабря 2018 г.). Екатеринбург: Изд-во Уральск. ун-та, 2019. С. 31–42; Котова О.В. Современные модели интеграции инвалидов в социум// Социальная политика и социология. 2010. С. 209–218.

Парадигма инвалидности	Модели инвалидности	Содержание понятия «модели инвалидности»
Социальная (инновационная)	<i>Американские</i>	
	Социально-психологическая	Стигматизация инвалидов (дискредитированная и дискредитируемая, по И. Гофману). Взаимодействие с инвалидами и инвалидов между собой в зависимости от стигмы
	Социально-политическая (политико-правовая, модель угнетения)	Инвалиды – это меньшинство, вследствие этого оно – угнетаемо, отсюда и барьеры, и недоступность социальной среды
	Социокультурная	Инвалиды – это особая культурная группа, феномен, они уникальны и формируют собственную субкультуру, нормы и ценности
	Модель человеческого разнообразия	Инвалидность – это норма, как и любое другое разнообразие, инвалидность как одна из форм человеческого разнообразия
	<i>Британские</i>	
	Материалистическая	Причина дискриминации инвалидов – институциональная организация общества, соответствующие строение социальной среды, культура, традиции, нормы, установки, ценности и цели общества, в особенности – сферы занятости и рынка труда
	Модель независимой жизни	Идея максимального развития и использования способностей инвалидов к саморазвитию, самообучению, самообразованию, самопомощи
	<i>Западноевропейская</i>	
	Handicap (физическое препятствие)	Инвалидность как препятствие, не позволяющее инвалиду действовать. Дискриминация вследствие функциональной ограниченности инвалидов из-за болезней, травм и т.д.
	<i>Постмодернистские</i>	
	Extrability (дополнительные способности)	Проявление и развитие способностей инвалидов, в том числе – вследствие имеющихся нарушений функций, возможность быть функциональнее людей без инвалидности
	Партнерская (партиципативная)	Государство создает условия для обеспечения равных возможностей инвалидов через механизмы «компенсации инвалидности», поддерживает партнерское взаимодействие с инвалидами, их общественное участие
	Ресурсно-потенциальная	Инвалиды обладают реабилитационным (ресурсным) потенциалом, активизация которого возможна при наличии условий в социальной среде

Рассмотрим подробнее содержание традиционной (*классической*) парадигмы. Медицинская модель, которая отмечается в основе традиционной парадигмы, свое научное обоснование получила на Западе с середины 50-х до 70-х годов XX века, чуть позже стали появляться исследования, образовавшие в дальнейшем инновационную (социальную) парадигму.

Медицинская модель и позиция нетипичности инвалидов в социуме основываются на подходе Т. Парсонса, в котором медицинский термин «болезнь» он рассматривал в рамках социологической науки, описав «роль больного» с позиции структурно-функционального анализа, представляя ее как одно из

проявлений девиантного поведения. Т. Парсонс утверждает, что люди, имеющие нарушение здоровья, изначально должны принять роль «больного», что освобождает их от типичного социального функционирования¹. Воспринимая при этом ситуацию болезни как «отвратительную и нежелательную», они ожидают помощи врачей для восстановления своего прежнего социального состояния². В социологической интерпретации модели болезни (инвалидности) Т. Парсонса доминирующая роль отводится медицинским работникам, именно они ответственны за восстановление людей с инвалидностью. Собственные, внутренние ресурсы инвалидов, а также факторы окружающей среды и их влияние на ситуацию «болезни» (инвалидности) в рамках данного подхода во внимание не принимаются.

Сторонниками медицинского подхода в реабилитации являются англо-американские ученые М. Сиглер и Х. Осмонд³, которые, разделяя медицинский подход Т. Парсонса, рассматривают инвалидность через призму «роли ослабленного человека». По их мнению, человек с инвалидностью или должен восстановиться, или, если это невозможно, получить подтверждение недееспособности, зависимости от социального окружения, утраты, в том числе, своих гражданских прав. Солидарна с данным подходом и американский социолог С. Сафилиос-Ротшильд⁴, исследующая инвалидность с позиции реабилитационно-адаптационной роли, которую инвалид должен принять. При этом, согласно ее теории, инвалид не освобождается от ответственности за вы-

¹ Parsons T. *Illness and the Role of the Physician: a Sociological Perspective*. [Электронный ресурс]. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1939-0025.1951.tb00003.x> (дата обращения 01.02.2021).

² Там же.

³ См.: Crown S. *Models of Madness, Models of Medicine*. By Mirlam Siegler and Humphry Osmond. London: Collier MacMillan Publishers. 1974 // *British Journal of Psychiatry*. № 126(6). С. 583–584. DOI:10.1192/bjp.126.6.583-a [Электронный ресурс]. URL: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/abs/models-of-madness-models-of-medicine-by-mirlam-siegler-and-humphry-osmond-london-collier-macmillan-publishers-1974-pp-xxi280-index-7-pp-price-895/5CF38FE374B4E74E37D4024C2C075D72> (дата обращения 01.02.2021).

⁴ См.: Stevenson J. *The Sociology and Social Psychology of Disability and Rehabilitation* by Constantina Safilios-Rothschild: Reviewed Work [Электронный ресурс]. URL: https://www.jstor.org/stable/27722715?read-now=1&refreqid=excelsior%3A72928587b9598a0daf201ea22b6f5fd0&seq=2#page_scan_tab_contents (дата обращения 11.03.2021).

полнение основных жизненных функций, и только в случае, когда самообслуживание становится затруднительным, может обратиться за помощью к специалистам по реабилитации.

В то же время известные исследователи в области инвалидности британские социологи К. Барнс и М. Оливер¹, представители социально-материалистического подхода, критикуют Т. Парсонса за то, что он в своих концепциях не рассматривает разные типы больных людей и не принимает во внимание различие между болезнью и нарушением функций², что ближе социальной (инновационной) парадигме.

М. Оливер и К. Барнс совершенно справедливо называют подходы Т. Парсонса и его единомышленников «теорией личной трагедии» и отмечают следующие их «слабые места»:

1. Профессиональное описание ситуации инвалидности возможно только профессионалами, следовательно, только они могут дать положительную оценку поведению инвалида.

2. Не учитываются факторы среды в рассмотрении вопросов, связанных с инвалидностью.

3. В основе подходов лежат представления о нарушениях, имеющих у инвалидов, которые не учитывают субъективные интерпретации ситуации.

4. Причиной неэффективности реабилитационного процесса является сам инвалид, его неадекватность вследствие физических или психических нарушений.

5. Определяющая роль в реабилитационном процессе принадлежит профессионалам, поскольку их взгляды и идеи неоспоримы³.

¹ Barnes C., Oliver M. Disability: A Sociological Phenomenon Ignored by Sociologists [Электронный ресурс]. URL: <https://disability-studies.leeds.ac.uk/wp-content/uploads/sites/40/library/Barnes-soc-phenomenon.pdf> (дата обращения 01.02.2021).

² См.: Oliver M. Capitalism, Disability and Ideology: a Materialist Critique of the Normalization Principle [Электронный ресурс]. URL: <https://www.independentliving.org/docs3/oliver99.pdf> (дата обращения 05.06.2021).

³ Barnes C., Oliver M. Disability: A Sociological Phenomenon Ignored by Sociologists.

Ряд западных социологов также рассматривают инвалидность в русле концепции девиантности, проводя аналогию между инвалидностью и девиантным поведением, обосновывают их взаимосвязь, общие тенденции развития ситуации. Так, американские социологи, представитель чикагской школы, девиантолог и конфликтолог Г.С. Беккер¹ и социолог, антрополог И. Лемерт², описывают состояние инвалидности в рамках теории «навешивания ярлыков» или «наклеивания ярлыков», понимая под ними негативные ожидаемые роли, являющиеся следствием поведения инвалидов, чаще всего также негативного. Согласно данной теории, в обществе создаются стандарты или правила поведения, которые навязываются людям (например, роль «получателя помощи» инвалида), нарушение этих норм и правил считается девиацией. С другой стороны, само по себе поведение инвалидов, исходя из «навешанных ярлыков», также считается девиацией.

Более целостно и системно данная идея была раскрыта другим американским социологом, представителем Чикагской школы И. Гоффманом в его теории стигматизации. Стигматизация, по его мнению, есть результат социального взаимодействия «нормальных» и «ненормальных» людей, то есть людей, имеющих физические или психические недостатки (инвалидов).³ Стигма, таким образом, является отношением человека без инвалидности к нежелательным качествам инвалида, не соответствующим стереотипным представлениям о «норме» и «дефектности», «неполноценности».

Российские исследователи И.В. Калашникова и А.А. Тринадцатко относят теорию стигматизации к посттрадиционной парадигме, по их мнению, стигматизация является проявлением социально-психологической модели, ин-

¹ Becker H.S. Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance, New York: The Free Press, 1963. [Электронный ресурс]. URL: https://monoskop.org/images/2/2b/Becker_Howard_Outside rs_Studies_In_The_Sociology_Of_Deviance_1963.pdf (дата обращения: 10.01.2021).

² Lemert E. Human Deviance: Social Problems and Social Control. New Jersey: Englewood Cliffs, N. J. Prentice-Hall. 1967. [Электронный ресурс]. URL: <https://archive.org/details/humandeviancesoc00leme/page/n3/mode/2up> (дата обращения: 10.01.2021).

³ Гофман И. Стигма: Заметки об управлении испорченной идентичностью/ пер. с англ. М.С. Добряковой. [Электронный ресурс]. URL: <http://ecsocman.hse.ru/text/17687311/> (дата обращения: 10.01.2021).

валидность рассматривается как результат стигматизации, то есть как следствие и показатель восприятия обществом инвалидов, вне зависимости от внешнего проявления имеющихся у них отклонений¹. На наш взгляд, восприятие инвалидов как неполноценных людей и обыденность стигмы в обществе – это проявление, скорее, социально-политической модели, согласно которой, по мнению американского активиста Х. Хана², люди с инвалидностью представляют собой меньшинство населения, в силу чего являются угнетаемой социальной группой. В пользу данного аргумента можно привести данные современных социологических исследований, отражающие искаженность восприятия социальных проблем инвалидов, а также их жизненных ситуаций людьми, не имеющими инвалидности³. Современными учеными отмечается противоречие между представлениями общества об инвалидах как социальной группе, ее реальной структуре, особенностях и специфике функционирования и предлагаемых им со стороны общества мер поддержки и набора услуг.⁴ Средства массовой информации как субъекты формирования общественного мнения также усиливают стигматизацию, демонстрируя негативные, дискриминационные стереотипы инвалидности, закрепляя за ними роль «пассивных потребителей» в массовом сознании⁵.

Г.С. Будаева отмечает, что для российской научной традиции актуален *социально-правовой подход*, действительно, понятие «инвалидность» закреплено в нормативно-правовых актах, в России присутствует понятие регистрируемой инвалидности, что означает присвоение индивиду правового статуса

¹ Калашникова И. В., Тринадцатко А. А. Указ. соч. С. 281.

² Hahn H. Toward a Politics of Disability: Definitions, Disciplines and Policies// Unpublished paper University of Southern California. 1994. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.independentliving.org/docs4/hahn2.html> (дата обращения 05.06.2021).

³ См.: Восприятие населением РФ положения инвалидов в России. Всероссийский центр изучения общественного мнения. [Электронный ресурс]. URL: https://prof1.wciom.ru/open_projects/otnoshenie_k_invalidam/ (дата обращения 10.02.2021).

⁴ См.: Шаповал И.А. Социальная инклюзия лиц с ОВЗ де-юре и де-факто//Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. Филология, педагогика, психология. 2019. № 1. С. 84–99.

⁵ См.: Домбровская А.Ю. Роль средств массовой информации в процессе социальной адаптации инвалидов в современной России: автореф. дис. ... канд. социол. наук. Тула, 2006. 24 с.

«инвалид» после проведения освидетельствования его уполномоченными органами (бюро медико-социальной экспертизы) на основе действующего законодательства.¹

О.В. Котова, представляя *правовую модель*, рассматривает инвалидность как ограничение в правах и свободах «группы меньшинства» (инвалидов), вследствие этого – их дискриминацию со стороны общества. Не совсем можно согласиться с мнением автора, поскольку идея, скорее всего, коррелирует с социально-политической теорией Х. Хана. Социально-правовой подход в российской практике гарантирует наличие и реализацию инвалидам социальных прав, мер социальной поддержки, включая право на реабилитацию и социальные услуги. Необходимость реализации в действующем законодательстве норм Конвенции ООН о правах инвалидов 2006 года обеспечила возможность закрепления и создания условий для осуществления дополнительных или равных прав инвалидов в сфере образования, занятости, физкультуры и спорта, культуры и др. С другой стороны, О.В. Котова справедливо отмечает отсутствие возможности для осуществления данных прав из-за недоступности среды, причиной чего является недостаточная представленность и включенность инвалидов как в общество, как и его институты (образование, физкультура и спорт, культура и т.д.).

Среди российских социологов (И.В. Калашникова, А.А. Тринадцатко, С.В. Егорова, О.В. Котова) существует мнение о наличии *административной модели*, в рамках которой происходит обоснование необходимости создания для инвалидов специализированной инфраструктуры и соответствующих правозащитных норм через преодоление административных барьеров.

Рассмотрение моделей и подходов в рамках инновационной (социальной) парадигмы показывает, что часть социологов, все-таки, ставят в центр исследований общественные барьеры, преодолеть которые инвалидам в силу их

¹ Будаева Г.С. Социальная адаптация инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата в современном российском обществе (на материалах Республики Бурятия): автореф. дис. ... канд. социол. наук. Улан-Удэ, 2005. 21 с.

функциональной ограниченности оказывается затруднительным, либо исследуют возможности реализации инвалидами внутренних ресурсов.

Модель культурного плюрализма, в основе которой лежит популярная в западных странах философия независимой жизни, предполагает создание социальных институтов и развитие социальной инфраструктуры с целью обеспечения самостоятельной жизнедеятельности людей с инвалидностью, независимо от имеющихся нарушений. Результаты социологических исследований показывают, что и сегодня в России, несмотря на попытку внедрения инновационных социальных технологий, направленных на формирование у инвалидов навыков самостоятельной жизни (сопровожаемое проживание), внесение изменений в законодательство о занятости (дополнение к имеющимся технологиям профессиональной реабилитации и механизму квотирования рабочих мест понятий «социальная занятость», «сопровождение инвалидов при трудоустройстве», «социально-трудова адаптация на рабочем месте»), сами люди с инвалидностью не стремятся активно принимать данные практики, предпочитают проживать в специализированных жилых домах для инвалидов (там, где они есть), работать на дому или на специализированных предприятиях¹.

По этой причине отчасти можно согласиться с Л.С. Деточенко, утверждающей, что в России «переход от медицинской к социальной модели инвалидности происходит... не в соответствии с объективно predetermined динамикой социокультурных изменений, а в результате давления межнациональных структур. Подчас эти трансформации противоречат смысловым кодам общества, принятым поведенческим образцам, типичным формам взаимодействия»². Барьером парадигмальных трансформаций, по ее мнению, является

¹ См.: Современные подходы к трудовому и профессиональному ориентированию лиц с инвалидностью и ОВЗ: коллективная монография/ под общ. ред. Е.А. Петровой. М.: Изд-во РГСУ, 2016. 304 с.; Топеха Т.А., Григорьева М.И., Потемкина А.И. Анализ доступности, результативности, эффективности и востребованности технологии сопровождаемого проживания инвалидов с ментальными нарушениями на территории Пермского края// Реабилитация – XXI век: традиции и инновации/IV Нац. конгресс с международ. участием. Санкт-Петербург, 08-09 сентября 2021 года. СПб.: ООО «ЦИАЦАН», 2021. С.267–276.

² Деточенко Л.С. Социализационные траектории инвалидов: от традиционной модели к инклюзивной// Человек. Общество. Инклюзия. 2019. № 4. С.41.

реализуемая в стране в данный момент централизованная модель социализации инвалидов, предполагающая унификацию социальных процессов и исключая учет особенностей и потребностей инвалидов, возможность индивидуального подхода в целом и, как следствие, – малая вариативность моделей поведения самих инвалидов. В России, на самом деле, действовали и продолжают действовать типовые учреждения для инвалидов (реабилитационные центры, комплексные центры социального обслуживания, психоневрологические интернаты и др.), где их жизнедеятельность обусловлена стандартами и порядками оказания социальных услуг, внутренними регламентами организаций. На данном этапе документы создаются на уровне регионов, между тем Минтрудом России подготовлен проект федерального стандарта по основным направлениям реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов, который предполагает описание наборов услуг без учета индивидуальных потребностей, а в зависимости от целевых реабилитационных групп, сформированных на основе имеющихся у них нарушений¹ (традиционная медицинская модель инвалидности). Или, например, органы занятости населения при проведении мероприятий по профессиональной реабилитации, обучению и содействию занятости инвалидов ориентируются на перечень профессий, утративший спрос на современном рынке труда, перечень которых унифицирован.

За рубежом переход от *традиционной к социальной парадигме* инвалидизации начался намного раньше, чем в России, еще в 70-е годы XX века. Переходной от медицинской парадигмы к социальной является западноевропейская модель Handicap, рассматривающая взаимообусловленность таких понятий, как «болезнь» (illness, disease), «нарушение» (impairment), «ограничение жизнедеятельности» (disability), «социальная недостаточность» (handicap). Модель была положена в основу «Международной классификации нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности», принятой Всемирной организацией здравоохранения в начале 1980 года, новеллой

¹ Проект стандарта по основным направлениям реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов. [Электронный ресурс]. URL: <https://mintrud.gov.ru/ministry/programms/25/7>. (дата обращения 20.02.2021).

на тот момент явилось рассмотрение психических или физических нарушений, следствием чего стали заболевания (нарушения здоровья) и, в итоге, инвалидность. В рамках данного подхода «инвалидность» понимается следующим образом: с помощью психологического или медицинского вмешательства ее можно «вылечить», люди с инвалидностью при этом становятся объектом, нуждающимся в «улучшении» до ситуации «нормы». Модель, по сути, также отражает подход, рассматривающий инвалидность как форму социальной девиации. Концепция модели и сегодня находит свое отражение в российской практике: в соответствии с действующим законодательством на основе наличия или отсутствия у человека нарушений и вызванных ограничений жизнедеятельности бюро медико-социальной экспертизы принимает решение о признании лица инвалидом¹; наличие имеющихся у человека нарушений и, главным образом, вид и степень ограничений жизнедеятельности являются определяющими при разработке и реализации мероприятий индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида, ребенка-инвалида². Однако обращение к психологическим аспектам, вопросам социальной помощи и защиты вследствие ограничений жизнедеятельности позволяет отнести данный подход к социальной парадигме.

Принятие Всемирной организацией здравоохранения в 2001 году Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья подчеркивает переход от медицинской к социальной модели. Документ основывается на принципах междисциплинарности, предполагает целостный, холистический подход к человеку с инвалидностью, рассматривает его способности и возможности выполнять определенные функции, осу-

¹ См. О порядке и условиях признания лица инвалидом: Постановление Правительства РФ № 95 от 20.02.2006г. (ред. от 26.11.2020); О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы: Приказ Министерства труда и социального развития РФ № 585н от 27 августа 2019 г.

² 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 РФ № 486н от 13 июня 2017 г. (с изменениями и дополнениями).

ществлять действия и проявлять активность, а также участвовать в общественной жизнедеятельности, несмотря на имеющиеся нарушения структур и функций организма, учитывая личностные характеристики инвалидов и факторы окружающей их среды¹. Именно контекстовые факторы, представленные в ней, вызывают интерес у социологов с точки зрения анализа реабилитационной среды инвалида.

Среди зарубежных взглядов, отражающих суть социальной парадигмы, интерес представляет так называемый *индивидуально-адаптационный подход*, или рассмотрение инвалидности в контексте теории приспособления. Подход основывается на научных концепциях Р. Мертона, согласно которым влияние на индивидов оказывает социальная структура, побуждая тем самым к принятию определенного способа поведения (типа приспособления), обусловленного мерой вовлечения в разные сферы социальной деятельности.² Американский социолог Р. Анспах³, развивая идеи Р. Мертона, предложила собственную четырехмерную модель, которая, по ее мнению, больше подходит для людей с инвалидностью, способы адаптации людей с инвалидностью в обществе в ней были типизированы в зависимости от вызовов социальной среды. Первый тип, «нормализатор», характеризует инвалидов, которые стремятся к принятию их обществом любой ценой, сами при этом уступают и соглашаются с общественным мнением в части восприятия инвалидов. Второй тип, «диссоциация», характеризует менее адаптивных людей: они принимают культурные представления об инвалидности в обществе, но не соглашаются с ними и не применяют их в отношении себя. Это приводит к усилению негативных представлений инвалидов о себе и своей неспособности к интеграции и, как следствие, — к избеганию социальных контактов и социальной изоляции. Третий

¹ См.: Шошмин А.В., Пономаренко Г.Н. МКФ в реабилитации: монография. 2-е изд., перераб. и доп. СПб., 2020. 232 с.

² См. Мертон Р. Социальная структура и аномия//Социальная теория и социальная структура. М., 2006. С.254–256.

³ Anspach R.R. From stigma to identity politics: Political activism among the physically disabled and former mental patients. Pp. 765-773.

тип, «ретретизм», характеризует еще менее адаптивных людей. Инвалид, имеющий низкую самооценку, вместе с негативным восприятием общества и себя в итоге отказывается от любой социальной активности, исключая возможность более широких культурных взглядов общества на инвалидность. Четвертый тип – «политический активист». Инвалиды, берущие на себя эту роль, как правило, имеют позитивный взгляд на себя и работают для осуществления общественных перемен. Именно они опровергают негативные представления об инвалидах в обществе, имеющиеся стереотипы, формируя иное отношение к данной социальной группе.¹

Среди российских социологов *реабилитационно-адаптационный подход* применяет М.Н. Кичерова, используя его как основу для классификации инвалидов с точки зрения их реабилитационного потенциала и возможности его реализации в процессе социальной адаптации и интеграции, выделяя так называемых «высокорееадаптивных», «среднереадаптивных» и «низкорееадаптивных».² При этом в основу классификации М.Н. Кичерова вводит признаки, связанные с медицинским диагнозом инвалида, имеющимися нарушениями, социально-демографическими характеристиками, в меньшей степени – психологическими установками и семейной поддержкой, средовой компонент не представлен.

Социально-средовая модель инвалидности (назовем ее так) также рассматривается современными социологами, например, американским исследователем Г. де Йонгом и его коллегами: инвалидность раскрывается через влияние факторов окружающей среды³, акцент делается на обосновании необходимости формирования и развития системы поддержки инвалидов в их жизненной среде, микросоциуме. При этом авторы полагают, что среду для инвалидов

¹Barnes C., Oliver M. Указ.соч.

² Кичерова М.Н. Социальная реабилитация инвалидов в Западносибирском регионе: основные подходы, пути развития: автореф. дис. ... канд. социол. наук. Тюмень, 2009. С.7–8.

³ См.: Anspach R.R. From stigma to identity politics: Political activism among the physically disabled and former mental patients// Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology. Volume 13. 1979 Pp. 765-773. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0271712379901238> (дата обращения 15.02.2021).

формируют элементы системы медицинских услуг и ухода по месту жительства, информационные ресурсы, ассистивные технологии и технологии, поддерживающие инвалида в решении бытовых проблем и взаимодействия с окружающей средой.

Социальная (инновационная) парадигма инвалидности, таким образом, предполагает рассмотрение понятия «инвалидность» как социальной, общественно значимой проблемы, когда ситуация становится острой вследствие недоступности социальной среды, формирования барьеров в обществе, мешающих удовлетворять им свои потребности и функционировать полноценно. При этом западная социологическая мысль позволяет нам рассматривать ситуацию инвалидности с разных точек зрения.

Российские взгляды на понимание инвалидности во многом основаны на западных. Однако в настоящее время формируется и российская теория инвалидности. Так, нам интересен взгляд на данную проблему О.В. Котовой, которая представляет ретроспективу взглядов на инвалидность в России. Автор рассматривает три типа взаимодействия инвалида и общества: *маргинальный* – модель отвержения, исключения инвалидов или, наоборот, наделения их специфическими, часто мистическими, чертами («Христа ради юродивые», «убогие» в дореволюционной России, согласно представлениям, появившимся еще в древнеславянских обществах, имеющие особую связь с Богом, поэтому требующие к себе бережного и уважительного отношения); *патерналистский* – модель государственной заботы и попечения об инвалидах, реализовывавшаяся в СССР через систему социального обеспечения, следствие которой – ожидания государственной помощи и поддержки со стороны инвалидов, их социальное иждивенчество в настоящее время; *партнерский*, в рамках которого государство создает возможности для инвалидов, обеспечивает «компенсацию инвалидности», ожидает равного взаимодействия с инвалидами, их общественного участия¹. Считаем, что *партнерская* модель может рассматриваться

¹ Котова О.В. Указ.соч. С. 210.

в настоящее время как самостоятельная в рамках постмодернистской социальной парадигмы. По сути, данный подход является перспективной для развития современного общества и имеет большое значение для исследований реабилитационной среды инвалида.

Модель социального конструктивизма отражает подходы к инвалидам через их восприятие теми, у кого инвалидность отсутствует. Данная идея представляется действительно актуальной, поскольку Конвенция ООН о правах инвалидов 2006 года предполагает реализацию принципа «Ничего о нас без нас» в отношении инвалидов. На практике же ситуация выглядит иначе.

С.В. Егорова в качестве особенности данной модели называет не объективный, а субъективный статус инвалида, который он конструирует самостоятельно. По мнению автора, именно эта концепция, основанная на исследованиях Е.Р. Ярской-Смирновой, способна оказать влияние на разрушение символических барьеров между здоровой частью населения и людьми с ограниченными возможностями здоровья¹.

С другой стороны, К.А. Антипьев, проводя анализ данных современных российских социологических исследований по вопросам инвалидности, отмечает, что, несмотря на административные усилия в отношении создания физической безбарьерной среды для инвалидов, наделении гражданами инвалидов положительными качествами, отношение к ним складывается из готовности общества к этому. Зачастую мнение формируется без учета позиции самих инвалидов, отсутствия опыта взаимодействия с ними и восприятия инвалидов, отсюда – противоречие в отношении общества к их интеграции². Действительно, представленность инвалидов в федеральных органах законодательной власти ничтожно мала, в большинстве субъектов – практически отсутствует, принимаемые ими правовые нормы и требования по созданию безбарьерной

¹ Егорова С.В. Указ. соч.

² См.: Антипьев К.А. Отношение граждан к интеграции инвалидов в общество// Инвалиды – инвалидность – инвалидизация. С. 325–328.

среды ориентированы на людей с одними нарушениями, не учитывают интересы других (например, рассчитаны на людей, имеющих физические или сенсорные нарушения, но практически не предусматривают особенности людей с психическими или когнитивными расстройствами) и реализуются на практике людьми, не имеющими инвалидности.

В связи с этим актуальной сегодня становится *концепция эмансипативного исследования*, согласно которой любое изучение проблемы инвалидности должно исходить не из возможностей и интересов исследователя, а отражать потребности и актуальные вопросы для самих инвалидов, при этом людей с инвалидностью как социальную группу необходимо рассматривать в ее структурном многообразии: не только с точки зрения нозологических форм или групп инвалидности, но и их социально-демографических, социально-экономических и других характеристик. Данную концепцию можно экстраполировать на процесс нормотворчества в целом, формирование и реализацию социальной политики в отношении инвалидов.

Е.А. Тарасенко сравнивает в своих работах *модель социального обеспечения* (предполагает создание и сохранение социальных институтов в интересах «здорового» большинства, эксклюзию и сегрегацию инвалидов, но реализацию широкого спектра мер государственной социальной помощи в виде пенсий, пособий, бесплатных социальных услуг) и *модель гражданских прав* (в ее основе лежит принцип адаптации и интеграции инвалидов, создания условий для восстановления их полноценной жизнедеятельности в социуме, защиты прав). Современную российскую социальную политику в отношении инвалидов автор называет экстенсивной политикой социального обеспечения, аргументируя, что она предполагает обособление инвалидов, основываясь на их отличии от большей части населения и на различиях внутри социальной

группы инвалидов¹. Государственные меры социальной поддержки инвалидов, действительно, сохраняются, инклюзивные технологии реализуются, зачастую в проектном формате. Можно привести примеры, ориентированные на реализацию принципов равных прав и возможностей: деятельность благотворительного фонда «Антон тут рядом» в Санкт-Петербурге, Центра лечебной педагогики в Пскове и других, но сегодня они могут рассматриваться лишь как «лучшие социальные практики» в отношении инвалидов, нежели как устойчивая тенденция социальных преобразований.

Парадигмы инвалидности определяют формирование понятия «инвалидность» в современной науке.

Е.Ю. Бабенко, рассматривая содержание концепта «инвалидность», полагает, что оно детерминировано историческим контекстом, социальными условиями, социокультурными традициями и различиями, статусно-ролевыми характеристиками, в итоге данное понятие может представлять собой социальный конструкт и результат социальных договоренностей². Согласимся с данной точкой зрения и рассмотрим другие подходы к понятию «инвалидность» в социологии.

В.С. Ткаченко все определения инвалидности объединяет в три группы, в основе которых – принцип учета социальной доминанты и перспектив последующей интеграции инвалидов в общество³. В первой группе он объединяет функционально-социальные определения, в центре которых различия в способности инвалидов выполнять социальные функции, ко второй группе относит личностно-социальные определения, объединенные по принципу наличия различий в психологическом комфорте инвалидов. Третья группа – социально-правовые определения, отражающие возможности и барьеры инвалидов реализации гражданских, юридических и иных прав.

¹Тарасенко Е.А. Социальная политика в области инвалидности: кросскультурный анализ и поиск оптимальной концепции для России// Журнал исследований социальной политики [Электронный ресурс]. URL: https://www.civisbook.ru/files/File/Tarasenko_Sotsialnaya.pdf (дата обращения 20.02.2021).

² Бабенко Е.Ю. Научные подходы к изучению социальных аспектов инвалидности// Известия вузов. Северо-Кавказский регион. Общественные науки. 2013. № 3. С.18.

³ Ткаченко В.С. Интеграция в российском обществе людей с инвалидностью: автореф. дис. ...д-ра социол. наук. Ставрополь, 2007. С.23.

Нам представляется, что можно дополнить классификацию В.С. Ткаченко определениями, ставящими в центр вопросы барьеров среды и ее недоступности, эксклюзивности и стигматизированности по отношению к инвалиду, или, как предлагает Е.Р. Ярская-Смирнова, рассмотреть понятие через призму нетипичности, то есть ситуации неопределенности типа действия или типа личности в современной повседневности, представленной разнообразными практиками исключения¹.

Холистический подход к определению инвалидности, на наш взгляд, сегодня формулирует Всемирная организация здравоохранения, характеризуя инвалидность как взаимодействие людей с нарушениями здоровья (например с последствиями детского церебрального паралича, синдромом Дауна, расстройствами аутистического спектра, нарушениями зрения и слуха), с личными (негативное отношение к обществу, низкая самооценка) и контекстовыми факторами (такими как недоступность транспорта и общественных зданий, отсутствие ассистивных технологий и недостаточность мер социальной поддержки)². Данное понятие объединяет медицинский, социальный и административный подходы к инвалидности, отражая современное состояние.

В качестве перспективных, инновационных подходов к пониманию инвалидности назовем еще два.

Прежде всего, *ресурсно-потенциальный подход*, который З.П. Замараева определяет через совокупность технологий социальной деятельности, отражающих и формирующих уровень и характер ресурсных потенциалов личности с целью их активизации и преобразования в ресурсы самообеспечения, саморазвития, самоактуализации, в том числе с привлечением общественных ресурсных потенциалов³. Применение данного подхода в сфере инвалидности

¹ Ярская-Смирнова Е.Р. Указ. соч. С.89.

² Всемирная организация здравоохранения: официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health> (дата обращения 10.06.2021)

³ Замараева З.П. Ресурсно-потенциальный подход в работе с людьми пожилого возраста и инвалидами // Социальный потенциал пожилых людей: условия, опыт, проблемы эффективного применения: матер. межрегион. науч.-практ. конф. / под общ. ред. Л.И. Савинова. 2019. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=39550606> (дата обращения 01.02.2021).

позволяет рассмотреть инвалидов как активных субъектов, обладающих ресурсным (реабилитационно-адаптационным) потенциалом, активизация и реализация которого будет способствовать их самореализации во всех сферах жизнедеятельности общества (при наличии соответствующих общественных, реабилитационно-средовых условий).

Вторым перспективным, на наш взгляд, подходом является *концепция экстрабилити*, предложенная О.Б. Колпащиковым, согласно которой у инвалида из-за физических ограничений, но в результате активной адаптации и успешной социализации могут быть сформированы и развиты дополнительные способности, не востребованные в жизни человека без инвалидности, но актуальные для инвалидов, позволяющие значительно изменить их жизнь в лучшую сторону¹.

На наш взгляд, данные подходы удачно дополняют друг друга: сильные стороны инвалидов, включающие в себя их внутренние ресурсы (физические и социально-психологические особенности), позволяющие им не только быть равноправными участниками общественных отношений, но и выступать в качестве экспертов в некоторых вопросах инвалидности и быть более конкурентоспособными в некоторых ситуациях, в отличие от людей, не имеющих инвалидности, – это и есть экстрабилити. Формирование и реализация экстрабилити инвалида невозможна вне общественных институтов, следовательно, должны функционировать социальные институты, позволяющие инвалидам восстановить и поддерживать физическое состояние (состояние здоровья), саморазвиваться (получать образование, соответствующее их уровню знаний, способностям и запросам), самореализовываться (участвовать в общественной и/или трудовой деятельности, сфере досуга, спорта и т.д.).

¹Колпащиков О. Б. Экстрабилити людей с инвалидностью в инклюзивном социальном проектировании // Экстрабилити как феномен инклюзивной культуры: матер. Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием (Екатеринбург, 12 декабря 2018 г.). Екатеринбург: Изд-во Уральского ун-та, 2019. С. 31–42.

Одним словом, современные социологические подходы в рамках парадигм, нами отмеченных, представляют инвалидность как ситуацию нетипичности, отклонение от социальных и иных норм, рассматриваемое не только в негативном (как социальную девиацию или аномию), но и в позитивном ключе (как наличие у инвалида дополнительных ресурсов и способностей, позволяющих ему быть равным или более успешным членом общества). В западной науке отход от традиционного медицинского подхода к инвалидности и переход к инновационной, посттрадиционной, социальной модели, модели активности и участия инвалидов, более очевиден, что является следствием изменения социальной структуры общества, преобразованием социальных институтов, развитием идей инклюзии и толерантности. Российская теория и практика склоняются к невозможности в полной мере обеспечить переход от медицинской модели к социальной в силу доминирования в обществе патриархальных представлений об инвалидах, их пассивности и нежелания брать ответственность за себя и свою жизнедеятельность, традиции заботы об инвалидах, необходимости их попечения, доминирования медицинских подходов в правовых актах, неготовности социальной инфраструктуры, общества и самих инвалидов к самостоятельности, независимости и равному общественному положению.

1.2. Реабилитационная среда инвалида в социологической науке

Прежде чем рассмотреть содержание понятия «реабилитационная среда инвалида», проанализируем сущность категории «реабилитация инвалидов».

Понятие «реабилитация» в социологии уточняет Т. Парсонс, рассматривая ее, с одной стороны, как механизм социального контроля, цель которого остановить воздействие факторов, приводящих к девиантному поведению (инвалидность анализируется в контексте девиации), а также вернуть социальную систему в равновесное состояние, благодаря чему люди с девиантным поведением (инвалиды) могут вернуться к прежнему социальному и ролевому

функционированию.¹ Реабилитация по Т. Парсонсу представляет собой возвращение «больного» (если рассматривать его концепцию «роли больного») в социальную систему, а также восстановление системы, из которой данный актор был исключен, освободившись от выполнения соответствующих функций.

Аналогичную позицию в отношении данной категории высказывает М.Н. Кичерова. Она квалифицирует понятие реабилитации как процесс, соотносящийся с другими процессами, такими как адаптация и дезадаптация, социализация и ресоциализация, социальное исключение (эксклюзия) и интеграция (инклюзия), при этом каждый из этих компонентов может доминировать на том или ином этапе реабилитации в зависимости от влияния социальных институтов и субъектных характеристик инвалидов².

Н.Ф. Дементьева, также рассматривая реабилитацию в качестве процесса, уточняет ее основные этапы, такие как реабилитационно-экспертная диагностика, разработка на ее основе индивидуальных программ реабилитации – абилитации, их реализация, мониторинг результативности и эффективности проводимых реабилитационных мероприятий и их корректировка³.

Процессуальная характеристика категории «реабилитация инвалида» находит свое отражение и в работе социолога С.Г. Головки⁴, в которой автор предлагает выделить три этапа в организации реабилитации, назвав первый – социореабилитацией, второй – социально-профессиональным и социокультурным, третий – самореабилитацией, полагая, что именно самореабилитация присутствует на всех этапах, с нарастающим эффектом.

На наш взгляд, приведенные выше подходы к определению понятия «реабилитация инвалида» в основе своей отмечают одни и те же аспекты. Прежде всего, авторы сравнивают категорию с процессом, выделяя этапы, цели, функции, отводят существенную роль инвалиду и его самореабилитации.

¹ Парсонс Т. Девиантное (отклоняющееся) поведение и механизмы социального контроля // О социальных системах / под ред. В.Ф. Чесноковой, С.А. Белановского. М.: Академический проспект, 2002. С. 360–452.

² Кичерова М.Н. Указ. соч.

³ Дементьева Н.Ф. Методологические аспекты реабилитации // Материалы научных годовичных чтений факультета социальной работы, педагогики и ювенологии (27 января 2007 г.). М.: РГСУ, 2007. С. 4–5.

⁴ Головки С.Г. Реабилитация инвалидов как направление региональной социальной политики: автореф. дис... канд. социол. наук. Кемерово, 2009. 25 с.

Как мы полагаем, профессионально организованная реабилитация людей с инвалидностью с учетом их личных запросов и потребностей, а также социокультурных условий позволяет оказать влияние на жизненные обстоятельства инвалидов, изменив их в лучшую сторону, тем самым снизить уровень инвалидизации в обществе.

Обратимся далее к концепциям социологов, которые в содержание реабилитации инвалида как процесса вносят свои уточнения.

В частности, О.М. Кирилук отмечает, что процесс реабилитации инвалидов носит непрерывный характер и обусловлен объективными условиями социальной среды¹. Непрерывность проведения реабилитации является одним из ее основополагающих принципов. Средовой же аспект, действительно, требует более детального рассмотрения, поскольку он позволяет исследовать взаимодействие инвалидов и окружающей среды, выявить средовые факторы, влияющие на успешность реабилитации, а также, в итоге, позволит сформировать теоретический конструкт реабилитационной среды инвалида.

На наш взгляд, существенная роль в определении понятия «реабилитация» отводится системному подходу. Обратимся к понятию системы, предложенному Т. Парсонсом. Система определяется Т. Парсонсом через взаимодействие индивидов, выступающих в данном процессе действующим, созидующим субъектом и одновременно объектом воздействия, содержание и характер которого, а также его функционирование определяются и изменяются под влиянием внешней среды². Условиями же функционирования системы, по мнению Т. Парсонса, выступают, с одной стороны, ресурсы, с другой – нормативно-контролирующие «механизмы» или стандарты³. Согласно системному

¹Кирилук О.М. Система реабилитации инвалидов в Санкт-Петербурге: социологический анализ: автореф. дис...канд. социол. наук. СПб., 2007. 22 с.

²Парсонс Т. Понятие общества: компоненты и их взаимоотношения//THESIS. 1993, вып. 2. С. 94–122 (Электронный ресурс). URL: http://ecsocman.hse.ru/data/876/582/1217/2_2_1pars.pdf (дата обращения 20.12.2020).

³Парсонс Т. Функциональная теория измерения//Американская социологическая мысль: тексты/ под ред. В.И. Добренькова. М.: Изд-во МГУ, 1994. С.464–481.

подходу Т. Парсонса, реабилитация есть система, основанная на взаимодействии субъектов (организаций, специалистов) и объектов (инвалидов), функционирование которой определяется состоянием внешней среды.

По мнению Р. Мертона, исследование любой системы должно осуществляться посредством анализа двух взаимосвязанных переменных: целей и институциональных средств их достижения¹. Согласно логике структурно-функционального анализа Р. Мертона, для характеристики социальных систем необходимо использовать такие инструменты, как элементы анализа (в нашем случае – элементы реабилитационной среды инвалида), наблюдаемые последствия, которые способствуют адаптации системы (функций реабилитации) или препятствуют этому (дисфункций), функциональные требования, необходимые для «выживания» системы (например, общественных потребностей как условий существования реабилитационной среды инвалидов, ресурсов и реабилитационных организаций) и механизмы, благодаря которым система (реабилитационная среда) будет выполнять свои функции в ответ на запросы общества в целом и инвалидов в частности (правовых норм, региональных целевых программ и т.д.)².

Дополнением системного и структурно-функционального подходов к пониманию реабилитации, как полагает Н.И. Лапин, может стать социокультурный подход Э. Дюркгейма. По его мнению, функции и структуры должны обеспечивать удовлетворение потребностей, отражать ценности и интересы субъектов деятельности, входящих в эту систему³. Отметим при этом, что в реабилитационной деятельности инвалиды выступают как объекты и субъекты реабилитации, следовательно, их потребности, интересы и ценности должны рассматриваться в качестве определяющей основы формирования системы реабилитации. В современной науке складываются различные подходы

¹ Мертон Р. Социальная теория и социальная структура// Социологические исследования. 1992. № 2. С. 118–119.

² Мертон Р. Социальная теория и социальная структура. М.: АСТ Москва: Хранитель, 2006. 873 с.

³ Лапин Н.И. Социокультурный подход и социетально-функциональные структуры [Электронный ресурс]. URL: <http://ecsocman.hse.ru/data/020/174/1217/001.LAPIN.pdf> (дата обращения 20.12.2020).

к описанию содержания категории «реабилитация», понятие же «реабилитация инвалидов» является междисциплинарным, поэтому можно выделить следующие подходы к его определению (таблица 2).

Таблица 2

**Теоретико-методологические подходы к определению понятия
«реабилитация инвалидов»**

Теоретико-методологический подход	Содержание категории «реабилитация инвалидов»	Цель реабилитации инвалидов	Роль среды в реабилитации инвалидов
Социально-правовой подход	Система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности	Устранение или более полная компенсация ограничений жизнедеятельности инвалидов в целях их социальной адаптации и интеграции в общество	Определение обществом социальных норм для восстановления и адаптации инвалидов, чтобы они стали его частью
Международно-правовой подход	Процесс компенсации имеющихся у инвалидов физических, психических, интеллектуальных или сенсорных нарушений, которые выступают как барьеры их полного и эффективного участия в жизни общества, с помощью реабилитационных и ассистивных технологий	Наделение возможностью для достижения и сохранения максимальной независимости, полных физических, умственных, социальных и профессиональных способностей для вовлечения во все аспекты жизни инвалида	Создание возможности, способствующей вовлечению их в местное сообщество и во все аспекты жизни, которые бы имели добровольный характер и были доступны для инвалидов как можно ближе к местам их непосредственного проживания
Медицинский	Комплекс мероприятий, направленных на максимально возможное восстановление утраченных способностей инвалида вследствие имеющихся у него нарушений	Восстановление способности организма инвалида к выполнению утраченных функций	Создание учреждений, обеспечивающих разные направления медицинской реабилитации, осуществление их доступности для инвалидов
Педагогический (В.З. Кантор, А.Б. Чистова)	Комплекс мероприятий, направленных на восстановление у инвалидов базовых жизненных и образовательных компетенций, необходимых для осуществления социально значимой деятельности	Восстановление и формирование дееспособности инвалида в основных сферах жизнедеятельности	Создание специальных социальных структур, учреждений, обеспечивающих соответствующие процессы через формирование инклюзивных практик

Теоретико-методологический подход	Содержание категории «реабилитация инвалидов»	Цель реабилитации инвалидов	Роль среды в реабилитации инвалидов
Психологический (Е.М. Вяяхуопус)	Комплекс мер, направленных на восстановление или формирование у инвалидов компонентов психической деятельности, навыков и компетенций, обеспечивающих реализацию жизнедеятельности в бытовой, межличностной, социальной, культурной и профессиональной сфере для успешной социальной адаптации и интеграции инвалида в общество	Восстановление (формирование) индивидуальных личностных свойств и социальных компетенций, способствующих социальной адаптации и интеграции инвалидов	Формирование позитивного, недискриминационного отношения к инвалидам в социальной среде
Биопсихосоциальный (Дж. Энджел, П. Киндерман, А.Н. Анцута, Д.Ф. Лифинцев)	Реабилитация как система медицинских, психологических и социальных мер, направленных на восстановление у инвалида способностей осуществлять свои функции в окружающей среде силами мультидисциплинарных команд	Восстановление способности инвалида осуществлять жизнедеятельность	Создание социально-средовых возможностей для реабилитации инвалидов, формирование реабилитационной среды
Холистический (целостный) (Х. Эндрюс, Р. Барнитт)	Система мероприятий, объединенных общей стратегией, направленных на восстановление (поддержание) физического и психического здоровья инвалидов с учетом их потребностей и интересов	Восстановление способности инвалида взять на себя ответственность за свое благополучие, чтобы достичь оптимального здоровья	Создание возможностей для восстановления не отдельных функций и способностей инвалидов, а всесторонне и целостно
Комплексный (В.А. Бронников, О.Н. Владимирова, Т.В. Зозуля А.В. Шошмин)	Система мероприятий, ориентированных на индивидуальные потребности инвалидов, основанная на сочетании основных направлений реабилитации и абилитации (медицинской, социальной, профессиональной и др.)	Возможно более ранняя социальная адаптация инвалида, включая достижение им материальной независимости и интеграции в общество	Создание реабилитационных организаций, реализующих данные мероприятия
Социологический (Е.В. Лотарева, О.М. Кирилук, О.В. Красуцкая, В.С. Ткаченко)	Процесс восстановления (формирования) нарушенных или утраченных связей и отношений инвалида и окружающей среды	Восстановление нарушенного в результате болезни равновесия (соответствия) человека (личности) и социальной среды	Создание социально-средовых возможностей для реабилитации инвалидов, формирование реабилитационной среды

Комплексный подход к реабилитации был сформулирован Т.В. Зозулей¹, которая понятие «реабилитация» раскрыла с точки зрения ее структуры, видов, принципов, закономерностей, этапов и механизмов реализации. Совместно с В.А. Бронниковым ею было сформулировано понятие комплексной реабилитации инвалидов как совокупности различных по форме, направлению и области применения компонентов (медицинских, психологических, правовых, средовых, творческих и иных), раскрыто понятие комплексной реабилитации инвалидов.² Разделяет данный подход к формулировке понятия комплексной реабилитации Л.Н. Шипулина³.

Социально-трудовой подход к реабилитации раскрыт Л.П. Храпылиной⁴, которая рассматривает процесс признания лица инвалидом, организацию медико-социальных реабилитационных мероприятий как этап для дальнейшей профессиональной реабилитации и трудоустройства инвалидов.

Согласно *социально-правовому подходу*, реабилитация представляет собой систему и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности⁵.

Международно-правовой подход к реабилитации, отраженный в Конвенции ООН о правах инвалидов, рассматривает реабилитацию как наделение инвалидов возможностью достижения и сохранения максимальной независимости, полных физических, умственных, социальных и профессиональных способностей и полного включения, и вовлечения во все аспекты жизни⁶. Если

¹ Комплексная реабилитация инвалидов/ Т.В. Зозуля, Е.Г. Свистунова, В.В.Чешихина [и др.]; под ред. Т.В. Зозули. М.: Изд. центр «Академия», 2005. 304 с.

² Словарь по комплексной реабилитации инвалидов/ В.А. Бронников, Т.В. Зозуля, Ю.И. Кравцов, М.С. Надымова. Пермь, 2009. С.188.

³ Шипулина Л.Н. Реабилитация и абилитация инвалидов в Российской Федерации. Проблемы правового регулирования// Система комплексной реабилитации и абилитации инвалидов: опыт межведомственного взаимодействия, инновации, технологии»: матер. II науч.-практ. конф. с междунар. участием (5-6 октября 2018 г.)/ Отв. ред. д-р психол. наук Т.В. Рогачева. Екатеринбург, 2018. С.343.

⁴ См.: Храпылина Л.П. Приоритеты модернизации системы предоставления социальных услуг инвалидам и лицам пожилого возраста в современной России // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2011. Т. 14. №1. С. 3–6; Храпылина Л.П. Реабилитация инвалидов. М., 2006. 415 с.

⁵ О социальной защите инвалидов в Российской Федерации: Федеральный закон № 181-ФЗ от 24.11.1995 г.

⁶ Конвенция о правах инвалидов: Организация объединенных наций. Официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml (дата обращения 10.05.2021)

социально-правовой подход в условиях российской практики в большей степени ориентирован на «нормализацию» инвалидов с целью их возвращения в общество, то международно-правовой подход делает акцент на снятии средовых барьеров для людей с различными формами и видами инвалидности.

С точки зрения *монодисциплинарных подходов* реабилитация инвалидов рассматривается на личностном уровне, микроуровне, и раскрывается через отдельные направления: восстановление структур и функций организма инвалида (*медицинский подход*), его жизненных навыков (*педагогических подход*), психических процессов, личностных качеств и свойств (*психологический подход*), способности к общественной или трудовой деятельности (*социально-трудовой подход*).

Междисциплинарные подходы предполагают системный подход к рассмотрению реабилитации. Здесь можно выделить современные зарубежные подходы (биопсихосоциальный и холистический), а также комплексный и социологический подходы. Разница взглядов на реабилитацию в рамках *биопсихосоциального*¹ и *холистического* подходов заключается в том, что первый рассматривает инвалида как объект реабилитации системно, с точки зрения биологической (организменной) составляющей, психических процессов и состояний, а также возможности взаимодействия с окружающей средой (в том числе – факторов среды), второй инвалида видит целостно, аналогично подходит к вопросам реабилитации. *Комплексный подход* описывает реабилитацию инвалидов как систему взаимосвязанных мероприятий разных направлений, цель которых – создание условий для формирования независимости инвалидов и их интеграции. Следует отметить, что процесс этот – многосторонний, учитывающий, как особенности инвалида, так и созданные или отсутствующие элементы реабилитационной среды.

¹ Лифинцев Д.В., Анцута А.Н. Социальная реабилитация в контексте биопсихосоциальной модели здоровья//Вестник ПСТГУ. IV: Педагогика. Психология. 2013. Вып. 4 (31). С. 50–60.

Особый интерес для нашего исследования представляет *социологический подход* к реабилитации инвалидов, где данное понятие, по мнению О.М. Кириллук, раскрывается через восстановление нарушенного в результате болезни равновесия (соответствия) человека (личности) и социальной среды¹. Мы разделяем данную точку зрения при рассмотрении сути категории «реабилитационная среда инвалида».

В современной социологической науке понятийное обоснование сущности реабилитационной среды инвалида отсутствует. Категория рассматривается фрагментарно, с позиции *институционального подхода*, через описание реабилитационной среды отдельных социальных институтов: образовательных или реабилитационных организаций, психоневрологических интернатов;² или *категориального подхода*, в рамках которого раскрываются особенности содержания и функционирования реабилитационной среды лиц с различными видами нарушений: детей с расстройством аутистического спектра, лиц с нарушениями зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата³. Необходимо отметить, что некоторые современные исследования посвящены анализу средовых барьеров, то есть факторов, препятствующих полноценному функционированию инвалидов⁴, либо доступности реабилитационных услуг⁵.

¹ Кириллук О.М. Указ. соч.

² См.: Бакшиханова С.С., Дашинажилова В.Н. Проблема разработки и реализации реабилитационной среды в условиях детского отделения психоневрологического диспансера // Евразийский союз ученых. 2015. № 3-7(12). С. 70–71; Мясников И.Р., Старобина Е.М., Карасаева Л.А. Комплексный подход в организации доступной образовательной среды для инвалидов // Вестник Тамбовского университета. Сер.: Гуманитарные науки. 2018. Т. 23, № 176. С. 29–38; Санникова С.С., Гапоненок Ю.В. Реабилитационное пространство и терапевтическая среда в Витебском доме-интернате для престарелых и инвалидов // Улица без конца: строим инклюзивный город: Электронный сборник матер. междунар. науч.-практ. конф. к 50-летию Полоцкого государственного университета и 60-летию г. Новополоцка, Новополоцк, 03 мая 2018 года / отв. за вып. Е.Н. Борун. Новополоцк: Учреждение образования «Полоцкий государственный университет» = Установа адукацыі "Палацкі дзяржаўны ўніверсітэт", 2018. С. 20–25. [Электронный ресурс]. URL: <http://elib.psu.by:8080/handle/123456789/22942> (дата обращения 10.05.2021).

³ Мухарямова Л.М., Савельева Ж.В. Социальная среда для людей с аутизмом в России: проблема доступности в оценках экспертов // Экология человека. 2021. №1. С. 45–50.

⁴ См.: Афонькина Ю.А., Жигунова Г.В. Анализ социальных сред в контексте обеспечения независимой жизни людей с инвалидностью // Государственное управление. 2018. Вып. № 69. С. 445–462; Наберушкина Э.К. Мобильное гражданство инвалидов в социальном пространстве города: автореф. дис. ... д-ра социол. наук. Саратов, 2013. 40 с.

⁵ Красущая О.В. Доступность социальной реабилитации для инвалидов (на примере Нижегородской области): автореф. дис...канд. социол. наук. Н. Новгород, 2019. С.11.

Отметим, что реабилитационная среда инвалидов в настоящее время действительно приобретает более доступный характер, увеличивается число приспособлений, облегчающих им жизнь в обществе, создаются условия для реализации запросов инвалидов в труде и отдыхе, общении, самореализации. В то же время данные объекты не всегда отвечают интересам и потребностям людей с инвалидностью. Возникает вопрос, каким образом формируется реабилитационная среда, в чем ее специфика, каковы структура и функции?

В связи с тем, что дефиниция «реабилитационная среда инвалида» в социологической науке практически не представлена, мы попытались сформулировать подходы к данной категории, аккумулируя позиции отдельных авторов, которые в той или иной мере апеллируют к данному понятию.

На наш взгляд, «реабилитационная среда инвалида» может рассматриваться в широком и узком смысле слова. В широком смысле данное понятие тождественно понятиям «социальная среда», «жизненная среда», «жизненный мир», охватывает широкий средовый континуум и может быть раскрыто как система социального окружения инвалида, в процессе взаимодействия с которой он осуществляет свою жизнедеятельность. В узком смысле слова реабилитационная среда – это подсистема социальной среды, отражающая более близкое окружение инвалида, включая семейное, основная функция которого – оказать содействие реабилитации и абилитации.

Рассмотрим теоретико-методологические подходы социологов, на основе которых может быть сконструировано понятие «реабилитационная среда инвалида» (таблица 3).

Ш.К. Ханнанов считает, что концепции социальной среды необходимо рассматривать в рамках двух направлений: антропоцентрического, предполагающего, что среда влияет на становление и развитие человека, и экоцентрического, где человек является активным социальным агентом формирования и

развития социальной среды¹. Разделяя подход автора, сформулируем предположение о возможности проведения аналогичного анализа социологических подходов к понятию «реабилитационная среда для инвалидов». К экоцентрическим отнесем такие социологические подходы, как системный, конструктивистский и феноменологический, к антропоцентрическим – структурно-функциональный и институциональный, а также символический интеракционизм.

Таблица 3

**Теоретико-методологические подходы к исследованию понятия
«реабилитационная среда инвалида» в социологии**

Теоретико-методологический подход	Векторы исследования понятия «реабилитационная среда инвалида»
Системный (Т. Парсонс, Н. Луман)	Холистический подход к реабилитационной среде инвалида, ее содержанию, месту в реабилитационной системе, структурным элементам и взаимосвязям между ними
Структурно-функциональный (Т. Парсонс, Р. Мертон)	Структура и функции реабилитационной среды инвалида, процесс ее формирования и организации
Конструктивистский (П. Бергер, Н. Луман)	Принципы формирования реабилитационной среды, роль методов и технологий реабилитации инвалида в формировании реабилитационной среды
Институциональный (Я. Щепаньский)	Влияние государства на реабилитационную среду инвалида, реабилитационные организации и институты
Феноменологический (А. Щюц)	«Субкультура» инвалидов, их жизненный мир (самоидентичность). Интерпретация категорий инвалидности и реабилитации субъектами социальной политики
Интеракционистский (Дж. Мид)	Взаимодействие людей с инвалидностью и без инвалидности, безбарьерная информационно-коммуникационная среда как элемент реабилитационной среды

Отметим системные взаимосвязи понятия «реабилитационная среда», сформулированные А.Б. Чистовой². По ее мнению, реабилитационная среда является функциональной основой понятия «реабилитационная система», а категория «реабилитационное пространство» в ее понимании интерпретируется через организационно-институциональный вектор развития. В качестве систе-

¹ Ханнанов Ш.К. Средовой подход в социологии// Среднерусский вестник общественных наук. 2011. №1. С.72.

² Чистова А.Б. Социальная реабилитация детей с проблемами здоровья средствами эстетического воспитания: дис... канд. пед. наук. СПб., 1999. 165 с.

мообразующих элементов реабилитационной среды А.Б. Чистова называет социально-психологический климат, социально-психологическую атмосферу и реабилитационные технологии. Совокупность социальных институтов, служб и учреждений, а также механизмы их взаимодействия автор относит к категории «реабилитационное пространство». Данная точка зрения представляется несколько противоречивой. На наш взгляд, *реабилитационную среду инвалида следует представить в качестве системы*, основными элементами которой являются организации реабилитационного профиля на разных уровнях управления (макро-, мезо-, микроуровня) с четко выраженными функциями субъектно-объектного регулирования и др.

Системный подход позволяет рассмотреть реабилитационную среду инвалида как систему взаимосвязанных элементов (таблица 4).

Таблица 4

Системный подход к понятию «реабилитационная среда инвалида»

Элементы системного подхода	Содержание
Направления исследования	- антропоцентрическое, - экоцентрическое
Уровни реабилитационной среды	- надуровень, - макроуровень, - мезоуровень, - микроуровень
Системные взаимосвязи	Реабилитационная среда инвалида как система в структуре общественных отношений
Структурные элементы	реабилитационные организации (государственные, негосударственные)
Функции	- восстанавливающая, - развивающая, - формирующая, - интегрирующая, - адаптационная
Принципы	-объективность, -перспективность, -включенность, -оптимальность, -комплексность, системность, -личностно-ориентированность, -процессуальность, -векторность

Обращение к теории Т. Парсонса о системе как комплексе взаимосвязей и взаимозависимостей между элементами и процессами, объектом и окружающей его внешней средой делает возможным рассматривать категорию «реабилитационная среда» в том числе через ее уровни (рисунок 1):

- индивидуальный – уровень инвалида, то есть человека, имеющего определенные нарушения функций организма, ограничения жизнедеятельности, включая его самооценку и самовосприятие;

- уровень социальной системы, охватывающий непосредственное окружение инвалида, а также отражающий процесс взаимодействия между инвалидом и его ближайшим окружением (семья, друзья, соседи);

- уровень культурной подсистемы, представляющий собой совокупность социальных институтов и реабилитационных организаций, с которыми взаимодействует или нет инвалид (вертикальные взаимосвязи), а также межорганизационное и межведомственное взаимодействие (горизонтальные взаимосвязи);

- уровень ценностно-смысловой системы (назовем ее так) – это уровень объектно-субъектной трансформации инвалидов, когда в процессе реабилитации, адаптации и интеграции инвалид становится субъектом реабилитационной деятельности и формирования реабилитационной среды.

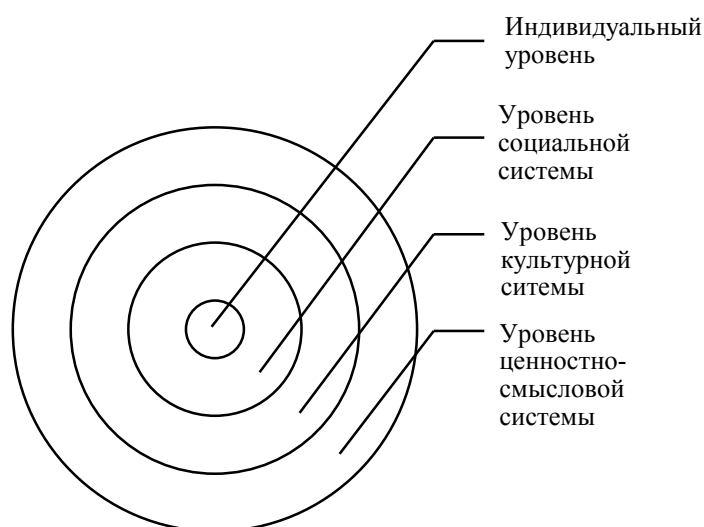


Рисунок 1. Уровни «реабилитационной среды инвалида»

Если рассмотреть уровни реабилитационной среды в рамках системного подхода, можно выделить следующие:

- надуровень – система норм, ценностей, принципов, которые сегодня имеют общечеловеческий смысл;
- международный уровень, который устанавливается нормативными актами (Декларацией прав человека, Конвенцией ООН о правах инвалидов);
- макроуровень – это система субъектов реабилитации на федеральном уровне (органы власти, научные институты и организации, федеральные реабилитационные центры и всероссийские некоммерческие организации инвалидов), а также механизмы их функционирования (нормативные акты, федеральные программы) и взаимодействия (информационные системы, коллегиальные органы по вопросам инвалидности и реабилитации);
- мезоуровень, включающий в себя систему нормативно-правовых актов регионального и муниципального значения, региональные и муниципальные программы комплексной реабилитации инвалидов, органы государственной власти субъектов, осуществляющих функции в области социальной защиты и реабилитации инвалидов, органы местного самоуправления, региональные и муниципальные некоммерческие организации, реабилитационные организации и учреждения;
- микроуровень – как непосредственное природное и социальное окружение инвалидов: семья, круг друзей, соседей, медицинские, социальные и иные реабилитационные работники, оказывающие услуги людям с инвалидностью;
- индивидуальный уровень – есть реабилитационный потенциал инвалида, его возможности и потребности, состояние мотивации на изменение себя

Отметим, что Н. Луман в рамках системного подхода разводит понятия «система» и «среда». По его мнению, система – это последовательность операций, сцепление операций, а среда – это то, что остается снаружи¹. Следовательно, понятие реабилитационной среды должно включать в себя системные связи и процессы. Особенность системы Н. Луман видит в ее способности к самовоспроизводству, саморазвитию, тому, что он называет аутопойесис. Данная характеристика является важной для отражения процесса формирования, степени сформированности и вектора развития реабилитационной среды инвалида.

Использование *структурно-функционального анализа* к рассмотрению понятия «реабилитационная среда инвалида» позволяет ее характеризовать через наличие не только взаимосвязанных элементов, но и как процесс функционирования и изменения самого инвалида и окружающей действительности. Через совокупность объективных организационных (реабилитационный центр, социальная служба, некоммерческая организация) и функциональных (медицинских, трудовых, психолого-психотерапевтических, образовательных, воспитательных, микросредовых, семейных и др.) факторов, которые объединены программой реабилитации и оказывают влияние на восстановление или формирование допустимых в обществе личностных и поведенческих качеств человека, способствующих его реадaptации и ресоциализации, определяет реабилитационную среду в рамках структурно-функционального подхода Л.С. Шпилея². В русле данного подхода С.С. Бакшиханова и В.Н. Дашинамжилова реабилитационную среду инвалида представляют, как комплекс медицинских, психологических, социальных и педагогических мероприятий

¹ Луман Н. Введение в системную теорию/ под ред. Д. Беккера; пер. с нем. К. Тимофеевой. М. Логос, 2007. С.79.

² Шпилея Л.С. Проблемы организации в Санкт-Петербурге реабилитационной среды для лиц, нелегально употребляющих наркотические средства // Аддиктивное поведение: профилактика и реабилитация [Электронный ресурс]. URL: https://psyjournals.ru/addictive_behavior/issue/46131.shtml (дата обращения 10.05.2021).

(функциональный аспект), а также предметную среду, включающую библиотеку, игровой и спортивный уголок, детскую площадку (структурный аспект)¹. Безусловно, понятие реабилитационной среды охватывает и иные компоненты; рассмотрим подходы, дополняющие ее содержание и структуру.

Идея эндогенных и экзогенных источников изменений системы² нашла свое отражение в интерпретации понятия реабилитационной среды у Н.В. Шолуха. Под реабилитационной средой инвалида он понимает систему определенных, тесно взаимосвязанных между собой составляющих, способных видоизменяться и эволюционировать во времени³.

Согласимся, что реабилитационная среда – это продукт конструирования данной реальности ее субъектами (управленцами в области социальной и реабилитационной политики, специалистами реабилитационных организаций, представителями общественных организаций и волонтерами) и объектами (самими инвалидами, их ближайшим окружением), при этом вторая группа агентов производства социальной реальности (по П. Бергеру и Т. Лукману) не менее важна, чем первая, позиция инвалидов и их ближайшего окружения как субъектов реабилитации все больше и больше актуализируется. Об этом же пишет О.А. Карогодина, отмечая, что последнее время общественные организации инвалидов все чаще принимают участие в деятельности по обеспечению условий доступности ключевых объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения, совершенствовании системы медико-социальной экспертизы и комплексной реабилитации инвалидов.⁴

¹ Бакшиханова С.С., Дашинамжилова В.Н. Проблема разработки и реализации реабилитационной среды в условиях детского отделения психоневрологического диспансера // Евразийский союз ученых. 2015. № 3-7(12). С. 71.

² Парсонс Т. Функциональная теория изменения // Американская социологическая мысль: тексты / под ред. В.И. Добренькова. М., 1994. С.469.

³ Шолух Н.В. Реабилитационная среда как объект системного анализа: выбор оптимальной модели // Сучасні проблеми архітектури та містобудування. 2008. Вип. 19. С. 320. [Электронный ресурс]. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Spam_2008_19_52 (дата обращения 10.05.2021).

⁴ Карогодина О.А. Роль социально ориентированных НКО в решении проблем инвалидов и лиц с ОВЗ (на примере деятельности организаций Волгоградского региона) // Социодинамика. 2019. № 9. С. 75–81. [Электронный ресурс]. URL: https://nbpublish.com/library_read_article.php?id=30617 (дата обращения 10.05.2021)

С 2018 года в каждом субъекте Российской Федерации проводится оценка системы комплексной реабилитации инвалидов, детей-инвалидов по определенным параметрам, по сути, отражающим то, каким образом конструируется реальная реабилитационная среда: реабилитационные организации, нормативно-правовое и методическое обеспечение системы реабилитации, динамика численности подготовленных компетентных специалистов, наличие информационной системы как механизма межведомственного взаимодействия по вопросам комплексной реабилитации, а также оценка степени удовлетворенности системой комплексной реабилитации самими инвалидами и родителями детей-инвалидов. Наличие у субъектов управления социальной сферой региона комплексной актуальной информации (знаний, по П. Бергеру и Т. Лукману) о состоянии системы реабилитации инвалидов и ее динамике позволяет им влиять на процесс конструирования реабилитационной среды инвалида в региональном социуме, учитывая мнение самих людей с инвалидностью.

И.В. Пестовской сформулированы принципы формирования (конструирования) реабилитационной среды, такие, как принцип объективности (принятие во внимание всех значимых фактов и обстоятельств); перспективы (развития); включенности (активности объектов реабилитации, активизации их ресурсного потенциала); оптимальности (релевантного привлечения, распределения и использования ресурсов)¹. Соглашаясь с данным подходом, добавим и свое представление о принципах, отмечая такие, например, как комплексность; системность при формировании реабилитационной среды инвалида (всесторонность и мультидисциплинарность); личностная ориентированность (учет индивидуальных особенностей и потребностей инвалидов, индивидуальный подход к планированию и реализации реабилитационных мероприятий); процессуальность (преемственность и непрерывность реабилитационных мероприятий, наличие для этого условий в рамках реабилитационной среды);

¹ Пестовская И.В. Реабилитационная среда. Новое видение мира// Образование личности. 2013. № 4. С. 94–99.

векторность (разнонаправленность и разноуровневость реабилитационных мероприятий).

Институциональный подход позволяет рассмотреть реабилитационную среду как систему социальных и реабилитационных институтов (организаций). Я. Щепаньский разводит понятия «социальный» и «общественный» институт, общественными, или главными, он называет экономические, политические, воспитательные или культурные, социальные институты в узком смысле слова и религиозные институты. Под собственно социальными институтами данный автор понимает те из них, которые организуются на основе добровольного объединения людей (местные общества, клубы), регулируют взаимодействие людей в их повседневной жизни¹, отличая при этом от института понятие организации, которое он определяет через процесс функционирования (сотрудничества) общностей, упорядоченных на основе действующих законов и обычаев, выполняющих общественно необходимые функции для удовлетворения потребностей². З.П. Замараева, развивая концепцию социального института, вслед за Дж. Фейблманом поддерживает идею различия понятий «институт» и «организация» и характеристики последней как «сердца социального института»³. При этом, если Я. Щепаньский организацию определяет через процесс функционирования, то З.П. Замараева приоритет отдает его предметному пониманию. На основе определения, сформулированного З.П. Замараевой, мы предлагаем сформировать понятие реабилитационной организации как ценностно-нормативной системы, включающей в себя совокупность принципов, норм, стандартов, статусов и ролей, регулирующих сферу реабилитации инвалидов и реализующую потребность общества в интеграции инвалидов.

В рамках институционального подхода обосновывают процесс формирования реабилитационной среды инвалида Г.Г. Сайтгалиева и Л.Д. Матвеева,

¹ Щепаньский Я. Элементарные понятия социологии / общая ред. и посл. ак. А.М. Румянцева, пер. с польского М.М. Гуренко. М.: Прогресс, 1969. С.100.

² Там же. С.111.

³ Замараева З.П. Институционализация социальной защиты населения в условиях современной России: дис... д-ра социол. наук. М., 2007. С.21.

говоря, что государство должно создавать специальные социальные институты, цель которых – компенсация и устранение имеющихся у инвалидов нарушений и существующих средовых барьеров¹, в качестве формальных институтов (по Я. Щепаньскому) могут быть рассмотрены государственные реабилитационные центры, центры занятости, учреждения здравоохранения, культуры и спорта, неформальных – некоммерческие организации и объединения инвалидов, волонтерские движения. Подтверждает данную мысль в русле институционального подхода Г.В. Жигунова, отмечая, что сегодня некоммерческие организации, в том числе НКО инвалидов, заменяют и дополняют государство в части выполнения реабилитационно-интеграционных функций в отношении инвалидов, выступая как реабилитационные организации и внедряя технологии, позволяющие инвалидам улучшить качество своей жизни².

Символический интеракционизм как социологическая парадигма делает акцент на взаимодействии людей, их общении, основанном на определенных социальных символах (языке, жестах и др.), что также очень важно для формирования и раскрытия понятия «реабилитационная среда инвалида». В этом случае считаем необходимым отметить понятие доступности среды для этой категории граждан, то есть непосредственное и опосредованное их окружение, в котором отсутствуют физические, административные, коммуникативные и информационные барьеры.

Отметим символические социокультурные признаки социальной среды инвалида, выделенные Ю.А. Афонькиной и Г.В. Жигуновой с позиции символического интеракционизма, такие как социальные установки, ценности, правила и образцы поведения, формы, способы, временные и пространственные характеристики взаимодействий субъектов и их деятельности, потребности

¹ Саитгалиева Г.Г., Матвеева Л.Д. Формирование социальной среды для реализации индивидуальной жизненной траектории людей с инвалидностью в современном обществе// Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2016. Т. 18, № 3. С.141.

² Жигунова Г.В. Роль негосударственных общественных организаций в самореализации представителей ювенальной инвалидности [Электронный ресурс]. URL: https://nbpublish.com/library_read_article.php?id=30617 (дата обращения 10.05.2021).

инвалидов, жизненные ситуации и их реализация, цель и содержание деятельности и взаимодействия.¹ Действительно, реабилитационная среда инвалида должна быть доступной с точки зрения возможности включения в нее людей с различными формами инвалидности, различными нарушениями: инвалидов по слуху, по зрению, с умственными или психическими нарушениями (так называемой ментальной инвалидностью), всех тех инвалидов, которые требуют особых подходов в коммуникации (например, использование «ясного языка» для людей с ментальной инвалидностью или пожилых людей, имеющих деменцию; жестового языка для неслышащих людей; шрифт Брайля для создания информационных ресурсов для невидящих людей или тактильный алфавит для слепоглухонемых). И если обратиться с комментариями к теории Дж. Мида², то следует отметить, что взаимодействие людей возможно, если символы, с помощью которых оно осуществляется, воспринимаются и разделяются другими людьми, способными их интерпретировать, в том числе – через принятие и реализацию соответствующих ролей. Следовательно, конструирование реабилитационной среды инвалида также должно отражать коммуникативные и интеграционные аспекты, при этом важно учитывать потребности людей с разными формами инвалидности в дополнительных символах, позволяющих им воспринимать и понимать окружающее пространство. Субъекты, участвующие в формировании реабилитационной среды, таким образом, должны принять на себя роль человека с инвалидностью. Современные тренинги по принятию инвалидности, этике и взаимодействию с инвалидами основаны на данном подходе.

Не менее актуальна при анализе понятия «реабилитационная среда инвалида» *феноменологическая парадигма*, в рамках которой важными являются, на наш взгляд, две позиции: интерпретация реабилитационной среды ее субъектами (например формирование понятия «реабилитация инвалидов» и иных

¹ Афонькина Ю.А., Жигунова О.В. Указ. соч. С.7.

² См.: Мид Дж. Интернализированные другие и самость/ пер. с англ. А. Гараджи // Американская социологическая мысль. М., 1994. С.224–227.

понятий законодателями, обоснование концептуальных направлений развития системы комплексной реабилитации инвалидов в соответствующих региональных программах представителями органов государственной власти в сфере социальной защиты и реабилитации субъектов Российской Федерации и др.) и объектами (самими инвалидами с точки зрения их индивидуальной и коллективной идентичности (по Е.Р. Ярской-Смирновой и П.В. Романову)).¹

Таким образом, представление о реабилитационной среде следует соотносить с парадигмами инвалидности, которые становятся определяющими при ее формировании: традиционной (классической, медицинской), исходящей из того, что у инвалидов могут или должны быть компенсированы нарушенные или утраченные функции для их последующей интеграции в общество на условиях общества, а если нет – то изоляция (экслюзия), или социальной (инновационная) модели, предполагающей изменение общественного устройства, снятие барьеров и развитие инклюзивных практик по отношению к инвалидам на их собственных условиях с учетом особенностей.

К сожалению, несмотря на то, что последнее время о социальных инклюзивных подходах и практиках в России пишут все больше, активнее привлекают сообщество инвалидов к разработке нормативных актов по вопросам реабилитации, современные проекты нормативных актов об изменении системы российского законодательства в части реабилитации инвалидов ориентированы по-прежнему на реализацию медицинского подхода².

В результате проведенного анализа *понятие «реабилитационная среда инвалида» характеризуется нами с позиции социальной (инновационной) парадигмы*, в рамках которой происходят изменения как самого инвалида, так и

¹ См.: Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. Политика инвалидности: Социальное гражданство инвалидов в современной России. Саратов: Изд-во «Научная книга», 2006. 260 с.; Ярская-Смирнова Е.Р. Социокультурный анализ нетипичности. Саратов: СГТУ, 1997. 268 с.

² См.: Проект Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации лиц с инвалидностью, в том числе детей с инвалидностью, на период до 2025 года: Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации. Официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: <https://mintrud.gov.ru/ministry/programms/25/kontcepsia> (дата обращения 10.05.2021).

окружающей действительности, где в основе отмечается наличие необходимых условий, ресурсов и услуг для реализации потребностей, и запросов инвалида на актуализацию реабилитационно-адаптационного потенциала, достойное качество жизни. Основными элементами среды является ее открытость, доступность, когда физические, административные, межведомственные, коммуникативные, территориальные, транспортные, информационные барьеры отсутствуют, происходит развитие инклюзивных практик по отношению к инвалидам на их собственных условиях.

1.3. Факторы, влияющие на формирование реабилитационной среды инвалида в российском регионе

Процесс формирования реабилитационной среды инвалида в регионах России начался еще в XVIII, когда Екатериной II были учреждены Приказы общественного призрения в губерниях, которые осуществляли в том числе управление социальными службами для инвалидов. Процесс формирования реабилитационной среды инвалида в России характеризуется сменой целевой (смысловой) ориентации. Так, изначально среда была больше социальной, нежели реабилитационной, поскольку ориентировалась на создание условий для жизнедеятельности инвалидов. Однако уже в XIX веке стали появляться коррекционные, восстанавливающие и развивающие практики: внедрялось применение шрифта Брайля, языка жестов, стали создаваться специализированные образовательные организации для инвалидов.

В советское время приоритетными направлениями формирования реабилитационной среды были действия, ориентированные на сферу трудовых отношений (профессионально-трудовые артели, специализированные предприятия инвалидов при общественных организациях), при установлении инвалидности врачебно-трудовыми комиссиями (ВТЭК) оценивалась возможность работать на общих или в специально созданных условиях, в том числе на дому. Социальная и социокультурная сфера для инвалидов стала развиваться к

концу 70-х – началу 80-х гг. XX века, однако условия среды оставались эксклюзивными, исключавшими инвалидов из взаимодействия с обществом. Несмотря на ратификацию СССР международных документов по правам человека и правам инвалидов, наблюдалась изоляция инвалидов, применялись методы, направленные на их дезадаптацию и дезинтеграцию, как отмечает С.М. Емелин, в рамках общих тенденций функционально-утилитарной логики государства, проявлявшего заботу о своих гражданах исключительно учитывая их заслуги.¹

Отметим, что процесс формирования реабилитационной среды инвалида в регионах России происходит под влиянием внутренних и внешних факторов, ее существование и функционирование невозможно без выполнения определенных условий.

Под условиями формирования реабилитационной среды инвалида мы понимаем существенные обстоятельства, без которых невозможно ее функционирование.

1. Открытость. С точки зрения системного подхода реабилитационная среда инвалида должна быть открытой системой, предполагающей возможность внутренних и внешних связей.

2. Динамичность. Реабилитационная среда инвалида должна быть способна к динамичным изменениям.

3. Доступность, которую О.В. Красущая определяет через наличие действующей нормативно-правовой базы, географических транспортных, физических, материальных, временных, информационных, социокультурных элементов².

4. Ресурсная обеспеченность – это наличие необходимых для существования реабилитационной среды ресурсов или, по мнению В.А. Ядова, «ре-

¹ Емелин С.М. Социальная политика в отношении инвалидов в СССР после Великой Отечественной войны: проблема соблюдения прав человека и идеологической целесообразности // Вестник ВЭГУ. 2019. № 2(100). С. 59–70.

² Красущая О.В. Указ.соч. С.11.

сурсоемкость социальных объектов», которая в том числе «позволяет рассматривать агентов социальных процессов в самых разных их проявлениях: от социальных групп и слоев, социальных движений, иных гражданских структур и вплоть до отдельных индивидов»¹.

Под ресурсами мы понимаем имеющиеся у реабилитационной среды возможности: экономические ресурсы (материально-финансовые возможности), политические (поддержка со стороны политической элиты), культурные (способность к социализации в культурной и духовной сферах), социальные (система связей и взаимодействий), гражданские (возможность быть вовлеченными в деятельность институтов гражданского общества, деятельность негосударственных организаций), человеческие (биологический, связанный с состоянием здоровья, в том числе общественного, и личностный – совокупность личностных, психологических качеств инвалидов), властные (возможность распоряжаться другими видами ресурсов), квалификационные ресурсы (профессиональная компетентность) и символические (идентичность инвалидов)². Данные элементы могут быть применимы как к отдельным инвалидам, раскрывая их внутренний ресурс, так и к реабилитационной среде для инвалидов в целом, поэтому они представляют интерес для исследования.

Эксперт в области комплексной реабилитации и абилитации инвалидов А.В. Шошмин выделяет пять базовых условий существования реабилитационной среды инвалида на уровне региона, которые им были оформлены в качестве инструмента мониторинга региональной системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов:

– сформированность комплексного подхода к организации региональной системы;

¹ Ядов В.А. Социальный ресурс индивидов и групп как их капитал: возможность применения универсальной методологии исследования реального расслоения в российском обществе [Электронный ресурс]. URL: <https://ecsocman.hse.ru/data/297/679/1219/040.IADOV.pdf> (дата обращения 10.06.2021).

² См.: Давыдова Н.М, Тихонова Н.Е. Методика расчета ресурсной обеспеченности при анализе социальной стратификации// Социологические исследования. 2006. № 2. С. 29–41.

- удовлетворенность инвалидов (их законных или уполномоченных представителей) реабилитационными или абилитационными мероприятиями (услугами);
- укомплектованность организаций, предоставляющих реабилитационные и (или) абилитационные мероприятия, специалистами соответствующего профиля исходя из потребностей инвалидов в реабилитационных и (или) абилитационных мероприятиях;
- сформированность информационной базы региональной системы, учитывающей информацию о потребностях инвалидов в реабилитационных и (или) абилитационных мероприятиях¹.

Для анализа факторов, оказывающих влияние на формирование региональной реабилитационной среды инвалида, рассмотрим следующие подходы.

И.В. Пестовская через призму конструктивистского подхода предлагает рассматривать реабилитационную среду с включением в ее содержание единого социокультурного пространства, специально моделируемого участниками реабилитационного процесса с целью максимальной реализации индивидуального реабилитационного потенциала². Факторами, влияющими на формирование (конструирование) реабилитационной среды, по ее мнению, являются следующие:

- физические – это материально-техническая оснащенность процесса реабилитации, наличие соответствующего оборудования, функциональный дизайн;
- профессиональные факторы, или профессиональные условия реабилитационной среды – программно-методическая оснащенность реабилитационной деятельности, соответствие и качество квалификации сотрудников, их профессионализм;

¹ Управление системой комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в субъекте Российской Федерации программным методом / О.Н. Владимирова, А.В. Шошмин, В.В. Лорер [и др.] // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2019. № 4. С.38.

² Пестовская И.В. Реабилитационная среда. Новое видение мира// Образование личности. 2013. № 4. С. 94.

–коммуникативные, под которыми исследователь понимает качество горизонтального и вертикального взаимодействия внутри реабилитационной организации¹.

Данные факторы можно рассмотреть и на региональном уровне.

В.Г. Сухих в качестве факторов влияния на реабилитационную среду инвалида называет такие, как:

- наличие или отсутствие организационных структур по вопросам реабилитации;
- доступность или недоступность физической среды;
- возможность приобщения инвалидов к общечеловеческим и культурным ценностям².

Важно отметить, что именно последнему фактору В.Г Сухих придает наибольшее значение, полагая, что «люди с инвалидностью, в основной своей массе дезадаптированы по отношению к досуговой инфраструктуре и образу жизни здоровых людей, т.к. нетипичные требования инвалидов просто не учитываются», то есть данные аспекты должны учитываться при формировании (конструировании) и развитии региональной реабилитационной среды.

Т.В. Рогачева предлагает так называемый «контекстовый» подход к анализу факторов региональной реабилитационной среды. Автор, используя биопсихосоциальный подход к инвалидности и методологию Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), в качестве факторов предлагает рассматривать наличие (фактор, способствующий) или отсутствие (средовой барьер) в среде условий для восстановления или компенсации социального статуса и утраченных общественных связей инвалидов в функциональных сферах: медико-социальной, образовательной, социозащитной, сфере занятости, культуры и досуга, семьи и т.д.³.

¹ Пестовская И.В. Указ.соч.

² Сухих В.Г. Указ. соч.

³Рогачева Т.В. Шестакова Е.В. Теоретические основания социально-средовой реабилитации инвалида// Медицинская психология в России. 2018. Т. 10. № 3(50). С. 4.

Предлагает использовать методологию Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья С.А. Дроздова, подчеркивая важность социальных (средовых) факторов для реабилитации инвалидов.¹ По мнению автора, окружающая (реабилитационная) среда является фактором влияния на инвалида, поскольку позволяет выявить не только как способен жить и действовать инвалид в повседневном окружении (ресурсы), но и то, на что он способен в случае, если будут соответствующие возможности (потенциал). Следовательно, наличие у инвалидов потребности принимать условия среды является фактором влияния на формирование и развитие реабилитационной среды инвалида.

На основе вышеизложенного можно систематизировать факторы, влияющие на формирование реабилитационной среды инвалида в российском регионе (таблица 5). В качестве контента для таблицы используем описание факторов среды, представленное в Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

Таблица 5

Факторы, влияющие на формирование реабилитационной среды инвалида в российском регионе (с использованием методологии МКФ)

Среда	Уровень реабилитационной среды инвалида в российском регионе	Факторы, влияющие на формирование реабилитационной среды инвалида в российском регионе
	Макроуровень (федеральный)	Поддержка социальной политики в отношении инвалидов лицами, принимающими решение, обладающими властью и авторитетом, их установки. Административные системы, не являющиеся барьерами. Дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства зданий для общественного пользования (формирование норм, стандартов, сводов правил)
	Мезоуровень (региональный/муниципальный)	Поддержка социальной политики в отношении инвалидов лицами, принимающими решение, обладающими властью и авторитетом, их установки. Административные системы, не являющиеся барьерами. Дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства зданий для общественного пользования (реализация). Административные системы, не являющиеся барьерами. Наличие функционирующих социальных и реабилитационных служб. Создание изделий для труда, занятости, досуга, спорта инвалидов, средств технологий и коммуникаций

¹Дроздова С.А. Использование международной классификации функционирования в реабилитации инвалидов// Медицинская наука и образование Урала. 2015. №4. С. 144–147.

	Уровень реабилитации среды инвалида в российском регионе	Факторы, влияющие на формирование реабилитационной среды инвалида в российском регионе
	Микроуровень (ближайшее окружение инвалида)	Поддержка инвалида со стороны семьи, родителей, друзей. Наличие и помощь лиц, осуществляющих уход (медицинский, социальный). Установки данных субъектов (институтов). Общественная поддержка данных субъектов (институтов)
	Личная среда инвалида	Наличие у инвалида изделий для труда, занятости, досуга, спорта, средств технологий и коммуникаций

Если определить факторы как барьеры, препятствующие формированию реабилитационной среды инвалида, интересен взгляд Л.Н. Фахрадовой, которая в своем исследовании выделяет барьеры социальной инклюзии в обществе, такие как внешние (имеющие место в обществе), к которым она относит инструментальные барьеры (несовершенство механизмов содействия занятости, образования, социальной защиты), средовые (отсутствие универсального дизайна среды, недостаточность системы социальных услуг), ментальные (негативное отношение к инвалидам в обществе) и внутренние (присущие самим инвалидам), которыми являются ментальные барьеры (восприятие инвалидами себя, самоидентификация) и поведение инвалидов как социальной группы¹.

А.А. Дарган считает, что на формирование реабилитационной среды инвалида (или, как она отмечает, «людей с ограниченным жизненным пространством») влияет их собственное самочувствие, которое автор определяет как «мироощущение (в том числе идентичность) индивида, включающее оценку себя как человека с ограниченными возможностями; знание / незнание того, что состояние инвалидности официально признано / не признано; осознание своих интеллектуально-эмоциональных и физических способностей; представления о способах и возможностях удовлетворения жизненно важных

¹ Фахрадова Л.Н. Проблемы социальной инклюзии инвалидов: опыт регионального исследования // Проблемы развития территории. 2016. Вып. 8 (86). С.58–85.

потребностей, формах и перспективах собственной интегрированности в общество»¹. Автор по результатам исследования делает вывод, что фактором, способствующим формированию реабилитационной среды, является наличие у них равноправно-ориентированного социального самочувствия, эти люди стремятся к интеграции, социальной мобильности, реабилитационная среда, следовательно, для них значима, как и они сами для ее формирования. Наличие у инвалидов патерналистского социального самочувствия, которое проявляется в низком уровне интегрированности вследствие болезни, отсутствие стремления к социальной мобильности и инклюзии является, скорее, барьером формирования и развития реабилитационной среды для них².

Таким образом, обобщая рассмотренные взгляды и подходы, можно выделить две группы факторов, влияющих на реабилитационную среду инвалидов: внутренние и внешние (таблица 6).

Таблица 6

Факторы, влияющие на формирование реабилитационной среды инвалида в российском регионе

Факторы		Содержание факторов	Характер влияния на реабилитационную среду инвалида
Внешние	Экономические	Финансирование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов на федеральном и региональном уровнях	Возможность обеспечения необходимого количества реабилитационных организаций, услуг, специалистов
	Политические	Поддержка инвалидов как социальной группы представителями федеральной и региональной политической элиты	Поддержка формирования и развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, поддержка некоммерческих организаций инвалидов
	Правовые	Наличие нормативно-правовых актов, регламентирующих вопросы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, межведомственного взаимодействия, доступной среды	Правовое закрепление институтов и процессов, связанных с вопросами комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, гарантии их осуществления и регламентация процесса

¹ Дарган А.А. Социальное самочувствие людей с ограниченным жизненным пространством//Социологический журнал. 2015. Т. 21, № 2. С.114.

² Там же.

	Факторы	Содержание факторов	Характер влияния на реабилитационную среду инвалида
	Социальные	Наличие системы социальной защиты и социального обслуживания инвалидов	Помощь инвалидам в преодолении трудной жизненной ситуации, снижение социальной напряженности, преодоление социального неравенства
	Культурные	Положительное отношение к инвалидам в обществе как со стороны лиц, принимающих решения, так и со стороны общества в целом	Преодоление стигмы по отношению к инвалидам, формирование толерантности
	Профессионально-квалификационные	Наличие квалифицированных специалистов в сфере управления системой комплексной реабилитации и в сфере оказания реабилитационных услуг	Получение качественных реабилитационных услуг инвалидами, повышение реабилитационного потенциала и качества жизни
	Организационно-управленческие	Наличие комплексной реабилитации как системы взаимосвязанных и управляемых элементов	Возможность планирования и прогнозирования развития системы комплексной реабилитации в целом и ее ресурсного обеспечения
	Пространственно-географические	Особенности географического положения региона, его площадь, степень развитости транспортной инфраструктуры	Развитие реабилитационной инфраструктуры и реализация технологий реабилитации, позволяющих инвалидам вне зависимости от места жительства получать реабилитационные услуги
Внутренние	Социально-демографические	Особенности структуры инвалидов как социальной группы (пол, возраст, причина и продолжительность инвалидности, реабилитационный потенциал, место жительства)	Возможность максимально обеспечить индивидуальный подход и учесть интересы и потребности инвалидов
	Экономические	Привлечение дополнительных источников финансирования для реализации реабилитационных мероприятий (фандрайзинг)	Возможность реализации инновационных реабилитационных методов и технологий, применения индивидуального подхода к инвалидам в процессе реабилитации
	Мотивационные	Наличие у инвалидов внутренней мотивации к реабилитации	Деятельность инвалидов как объектов и субъектов реабилитационной среды, возможность удовлетворить потребности
	Социально-психологические	Соответствие состояния реабилитационной среды и ожиданий инвалидов	Удовлетворенность инвалидов реабилитационной средой, системой реабилитации, реабилитационными услугами
	Коммуникативно-интеракционные	Наличие возможности для коммуникаций между собой и людьми без инвалидности. Наличие возможности объединения в сообщества	Повышение уровня интегрированности инвалидов в общество. Обеспечение инклюзии

	Факторы	Содержание факторов	Характер влияния на реабилитационную среду инвалида
	Социокультурные	Наличие ценностей, принципов как у инвалидов, так и в обществе в целом	Формирование толерантной инклюзивной реабилитационной среды
	Деятельностные	Способность инвалидов осуществлять разнообразные виды деятельности	Возможность реализации инвалидов в различных сферах жизнедеятельности в рамках реабилитационной среды

Итак, современные социологи при рассмотрении процесса формирования реабилитационной среды инвалида выделяют условия, при наличии которых возможно ее существование, ресурсы, определяющие ее функционирование, и факторы, которые оказывают влияние на ее формирование и развитие или являются барьерами. Условия при этом могут рассматриваться как показатели существования реабилитационной среды, факторы отражают ее динамику. Для современного этапа формирования реабилитационной среды инвалида характерны парадигмальные трансформации: переход от традиционных представлений об инвалидах как о пассивных членах общества, которые должны находиться в роли «больного» или адаптироваться в обществе, «исправив» имеющиеся дефекты, к инновационным, социальным, партнерским взглядам на инвалидов как на нетипичных членов общества, имеющих возможности для самореализации и интеграции при условии снятия средовых барьеров.

Таким образом, *внешние факторы* – это состояние здоровья населения с учетом причин инвалидности в рамках региональной специфики (видов заболеваний, демографической, социально-экономической, социально-медицинской, географической, политической и др. ситуаций); уровень социальной политики региона, формирующий возможности развития и доступности реабилитационных услуг инвалиду учреждениями реабилитационного, медицинского, социального, культурно-досугового профиля, решения проблем занятости, образования, социальной защиты. *Внутренние факторы* (экономические,

мотивационные, социально-психологические, коммуникативно-интеракционные, социокультурные, деятельностные) отмечают значимость формирования толерантной инклюзивной реабилитационной среды, удовлетворенности услугами реабилитации и абилитации, деятельности инвалидов как объектов и субъектов применения индивидуального подхода в процессе реабилитации, внутренней мотивации на проведение комплексной реабилитации.

ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 1

Подводя некоторые итоги по результатам исследования, размещенного в первой главе, отметим следующие аспекты.

При проведении анализа сущности категории «инвалидность» в современной социологической литературе нами было обращено внимание на научные парадигмы, модели и подходы. Сделано заключение, что систематизация разных взглядов на содержание данного понятия отмечает подход, который аккумулирует разные идеи в рамках двух ключевых моделей – медицинской и социальной. В материалах первого параграфа отмечается роль западной социологической школы при исследовании проблемы инвалидности, в то же время следует вывод, что отечественная социология также начинает проявлять к данной теме интерес, но российские взгляды в большей степени основаны на западных учениях. Современные социологические подходы рассматривают инвалидность как ситуацию нетипичности, отклонение от социальных и иных норм, при этом отклонение не только в негативном смысле (как социальная девиация или аномия), но и в позитивном (как наличие дополнительных ресурсов у инвалида, позволяющих ему быть равным или более успешным членом общества). Важно отметить, что западные теории отходят от традиционного, медицинского, подхода к инвалидности, обосновывая это изменением социальной структуры общества, его развитием и совершенствованием, к инновационной, посттрадиционной, социальной модели, модели активности и участия инвалидов.

В параграфе 2, где представлен материал о реабилитационной среде инвалида, первоначально проводится анализ состояния проблемы реабилитации

и абилитации как социального феномена. Рассматривается процесс формирования реабилитационной среды, исследуются специфика, структура, функции. Отмечается, что в научной социологической школе категория «реабилитационная среда инвалида» практически не представлена. Обоснование ее сущности рассматривается фрагментарно, через категориальный подход.

В то же время предлагается исследовать содержание понятия «реабилитационная среда инвалида» в широком и узком смысле слова. В широком смысле категория характеризуется через систему социального окружения инвалида, в процессе взаимодействия с которой он осуществляет свою жизнедеятельность. В узком смысле слова «реабилитационная среда» есть элемент системы семейного окружения, основная функция которого заключается в оказании содействия реабилитации и абилитации (восстановлению или формированию нарушенных, или отсутствующих функций, связей, отношений). При проведении анализа данного понятия в социологии представлены такие теоретико-методологические подходы, как системный (Т. Парсонс, Н. Луман), структурно-функциональный (Т. Парсонс, Р. Мертон), институциональный (Я. Щепаньский) и др.

В параграфе 3 проведен анализ факторов, влияющих на формирование реабилитационной среды инвалида в российском регионе. Рассматриваются этапы формирования данной среды, условия и ресурсы. Обобщая рассмотренные взгляды и подходы, выделяем две группы факторов: внутренние и внешние. Особо отмечается роль региональной специфики.

ГЛАВА 2. ОЦЕНКА СФОРМИРОВАННОСТИ СОВРЕМЕННОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ СРЕДЫ ИНВАЛИДА В РОССИЙСКОМ РЕГИОНЕ

2.1. Современные особенности, этапы и тенденции сформированности реабилитационной среды инвалидов в регионах Российской Федерации

Современные трансформационные изменения, происходящие в ключевых сферах общества, существенным образом влияют на многие аспекты жизнедеятельности людей с инвалидностью, становятся определяющим фактором в формировании реабилитационной среды инвалида как очень важного направления профилактики инвалидности, снижения уровня инвалидизации.

В результате проведенного исследования, изучения довольно большого массива статистического материала, информации с сайтов региональных органов управления системой социальной защиты приводятся обобщенные данные, свидетельствующие о степени сформированности реабилитационной среды инвалида на условиях традиционной парадигмы инвалидности (медицинской и административной моделей) с явно выраженной региональной спецификой, учитывающей состояние инвалидности среди населения, социально-демографические характеристики инвалидов, подходы в условиях социальной практики к формированию реабилитационной инфраструктуры.

Кроме того, как мы выяснили в предыдущих параграфах, теоретические подходы к определению реабилитационной среды в социологии представлено недостаточно. При проведении исследования авторы чаще всего делают акцент на отдельных особенностях среды. Значительная часть современных исследований посвящена анализу средовых барьеров, препятствующих полноценному функционированию инвалида. Такой узкий, фрагментарный подход снижает возможность проведения комплексной, системной оценки состояния

реабилитационной среды инвалида в рамках социологического подхода, обосновывает потребность дополнительного научного и прикладного исследования по данной теме.

Оценивая проблемы сформированности современного состояния реабилитационной среды инвалида, Ж.В. Порохина и А.А. Ярков отмечают следующие аспекты. Они, на наш взгляд, представлены системно через призму медицинского, социального, административного подходов, собственно так, как квалифицирует данные проблемы большая часть социологов. Прежде всего авторы называют отсутствие единого законодательного и нормативно-правового регулирования вопросов реабилитации и абилитации инвалидов на федеральном уровне, собственных региональных правовых и финансовых источников для реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, институциональные особенности, которые в настоящее время характеризуются через реализацию мероприятий по реабилитации и абилитации инвалидов в Российской Федерации. Участниками данных мероприятий, как приводится в исследовании, стали около 29 тысяч организаций различной ведомственной и уровневой подчиненности, нормативные требования к ним как поставщикам реабилитационных услуг не установлены. Кроме того, совершенно справедливо указывается на территориальный фактор: доступность реабилитационных и абилитационных услуг для инвалидов затруднена, в том числе в связи с географическими и социально-демографическими особенностями Российской Федерации. Протяженность территории и неравномерность проживания инвалидов делает, с одной стороны, экономически нецелесообразным организацию деятельности реабилитационных организаций в большом количестве, с другой – лишает инвалидов права на получение качественных и своевременных реабилитационных услуг. Проблему составляет и кадровая ситуация. По данным экспертов, в Российской Федерации отмечается отсутствие почти 17 тысяч квалифицированных специалистов в сфере реабилитации и абилитации инвалидов, преимущественно врачей, психологов, педагогов, дефектологов, логопедов. Вместе с тем в связи с отсутствием единого

федерального реестра специалистов, работающих в сфере комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, системы непрерывного повышения квалификации таких специалистов, их обязательной аттестации или сертификации (за исключением специалистов медицинского профиля) точное количество указанных специалистов, а также потребность в них, также не могут быть рассчитаны. И последнее, на что обращают внимание данные авторы – это проблема коммуникации, цифровизации и применения современных информационных технологий при организации реабилитации и абилитации инвалидов. В России создан и функционирует реестр инвалидов, который является федеральной государственной информационной системой, в нем ведется учет сведений об инвалидах, включая сведения о группе инвалидности, ограничениях жизнедеятельности, нарушенных функциях организма и степени утраты профессиональной трудоспособности инвалида, проводимых реабилитационных или абилитационных мероприятиях, производимых инвалиду денежных выплатах и иных мерах социальной защиты, государственных и муниципальных услуг¹.

Однако важно отметить, что наметившаяся тенденция формирования новых более современных подходов в сфере реабилитационной политики в отношении инвалидов в виде введения государственных законодательных мер и создания организационных структур реабилитационного профиля становится все более естественной, поскольку определена не только общей направленностью социальной политики российского государства, но и потребностью инвалидов.

Уточним периодизацию этапов формирования реабилитационной среды инвалидов в регионах Российской Федерации. На наш взгляд, данная периодизация характеризуется сменой нескольких подходов (таблица 7).

¹ См. Порохина Ж.В., Ярков А.А. Современное состояние системы комплексной реабилитации инвалидов в Российской Федерации: проблемы и пути развития// Комплексная реабилитация детей с ОВЗ и детей-инвалидов. 2020. Альманах №40 [Электронный ресурс]. URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanac-no-40/current-state-of-the-system-of-complex-rehabilitation-of-invalids-in-the-russian-federation-problems-and-ways-of-development> (дата обращения 20.02.2021).

Таблица 7

**Этапы формирования реабилитационной среды
инвалидов в регионах Российской Федерации с начала 90-х годов
XX столетия**

Название этапа и его содержание	Период	Особенности формирования реабилитационной среды
I этап (1991-2003 гг.) Законодательные и структурно-функциональные основы построения системы реабилитации инвалидов с учетом медицинского подхода		
Создание государственной системы социальной защиты инвалидов	1991 – 1995 гг.	Переход системы всеобщего социального обеспечения к европейской системе социальной защиты, определение ее как государственной сферы, включающей органы власти различных уровней, обеспечивающих государственную поддержку различным категориям людей, включая инвалидов.
Формирование законодательного регулирования системы реабилитации инвалидов. Осуществление полномочий по реабилитации инвалидов на федеральном, региональном, муниципальном уровнях.	1995-2003 гг.	Формирование системы социальной защиты и социального обслуживания инвалидов на основе требований Конституции РФ, ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации», «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (1995 гг.). В результате принятия законодательных актов сформированы требования к реабилитации инвалидов, созданию учреждений социального обслуживания и реабилитации отметим, что до 2003 года учреждения создавались и на муниципальном уровне.
II этап (2003-2013 гг.) Внедрение социально-медицинского подхода в систему реабилитации инвалидов		
Развитие сектора реабилитации инвалидов на основе социально-медицинского подхода. Передача полномочий по осуществлению реабилитационной деятельности на уровень субъектов РФ	2003 – 2013 гг.	Социально-медицинский подход в реабилитации инвалидов был сформирован в результате создания государственной медико-социальной службы реабилитации для инвалидов, которая предусматривала перепрофилирование и реструктуризацию многих ранее входящих в нее служб (например, врачебно-трудовая экспертная комиссия в медико-социальную экспертизу) и создание новых реабилитационных центров для инвалидов молодого возраста. На данном этапе полномочия по осуществлению реабилитационной деятельности переданы на уровень регионов РФ в соответствии с ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации»
III этап (2013 г. по настоящее время) Формирование современного реабилитационно-адаптационного подхода к формированию реабилитационной среды инвалида		
Период трансформации системы реабилитационных услуг, оказываемых инвалидам	2013 г. - по настоящее время	Трансформация системы социального обслуживания и сферы реабилитационных услуг после принятия ФЗ №442 «Об основах социального обслуживания граждан РФ», формирование подходов к комплексной реабилитации инвалидов на региональном уровне, развитие сферы социальных услуг для инвалидов, а также адаптационно-интеграционных практик. Формирование реабилитационной среды инвалида региона с учетом современных подходов.

Отметим, что особенностью формирования реабилитационной среды инвалидов в регионах Российской Федерации, в начале 90-х годов XX столетия стало преобразование системы социального обеспечения в государственную сферу социальной защиты населения, создание на всех уровнях исполнительной власти мер социальной поддержки нуждающимся группам населения, включая людей с инвалидностью. В 1995 году на основе положений Конституции РФ, была создана законодательная основа государственной политики в области социальной защиты и социального обслуживания инвалидов в Российской Федерации». В результате принятия законодательных актов, сформированы требования к реабилитации инвалидов, созданию учреждений социального обслуживания и реабилитации. Реагируя на запросы инвалидов, в территориях стали создавать новые типы социальных учреждений. Получили развитие такие формы стационарного социального обслуживания, как дома милосердия, геронтологические центры, дома малой вместимости (специальные жилые дома), центры реабилитации. Стала создаваться принципиально новая, лично ориентированная разветвленная система учреждений социального обслуживания и реабилитации (например, центры реабилитации для детей-инвалидов, реабилитационные центры для инвалидов и т.д.). В то же время следует отметить, что основой реабилитационной деятельности в регионах РФ при формировании системы реабилитации инвалидов оставался медицинский подход.

Основными тенденциями на данном этапе стали:

- интенсивный рост численности учреждений социального обслуживания и реабилитации;
- неравномерное формирование и распределение учреждений социального обслуживания и реабилитации по федеральным округам и регионам страны.

Основной особенностью формирования реабилитационной среды инвалида в регионах России на втором этапе (2003-2013 гг.) стало внедрение

условий социально-медицинской деятельности в систему реабилитации инвалидов в результате перепрофилирования и реструктуризации многих ранее входящих в нее служб (например, врачебно-трудовая экспертная комиссия в медико-социальную экспертизу). Кроме того, на данном этапе полномочия по осуществлению реабилитационной деятельности переданы на уровень регионов в соответствии с законами «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации»¹, поскольку появилась необходимость в новом механизме государственного правового регулирования в социальной сфере, который позволил бы обеспечить баланс между федеральным и региональным законодательством. Безусловно, к 2013 году, когда появилась потребность в проведении законодательной реформы в сфере социального обслуживания и реабилитации, реабилитационная среда инвалида в большинстве регионов была сформирована. В то же время следует отметить, что социально-медицинский подход в реабилитации инвалида был представлен чисто формально, только в индивидуальных программах реабилитации, о чем свидетельствуют аналитические данные, приведенные в тексте исследования данного параграфа.

Основными тенденциями на данном этапе являются:

- перепрофилирование и реструктуризация системы реабилитации инвалидов;
- передача полномочий по осуществлению реабилитационной деятельности на уровень регионов Российской Федерации.

Особенностью третьего этапа формирования современной реабилитационной среды инвалида в российских регионах в большей степени является принятие закона «Об основах социального обслуживания граждан Российской Федерации»², который способствовал обновлению подходов к комплексной

¹ О социальной защите инвалидов в Российской Федерации: Федеральный закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ; Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации: Федеральный закон от 06.10.2003 N 131-ФЗ.

² Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 28.12.2013 N 442-ФЗ.

реабилитации инвалидов на региональном уровне, развитию сферы социальных услуг для инвалидов, внедрению адаптационно-интеграционных практик и др. Подчеркнем, что в основе своей, формирование современной реабилитационной среды инвалида осуществляется с учетом социально-инновационной реабилитационной политики регионов. Идея образования современной модели реабилитационной среды инвалида на макроуровне нашла свое отражение в проекте концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации лиц с инвалидностью, в том числе детей с инвалидностью, на период до 2025 года¹, а также иных документах (изменения в федеральном законе «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», нормативные акты в сфере образования, физкультуры и спорта, культуры, здравоохранения, а также предложения, касающиеся стандартов оказания социально-реабилитационных услуг и документационного обеспечения данного процесса). С 2011 года в России действует государственная программа «Доступная среда»², подпрограмма 2 которой называется «Совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов» и содержит такие мероприятия, как:

- нормативно-правовое и организационно-методическое обеспечение реализации мероприятий, направленных на совершенствование комплексной реабилитации и абилитации инвалидов;
- предоставление государственных гарантий инвалидам (в части обеспечения техническими средствами реабилитации и реабилитационными изделиями, обеспечения функционирования учреждений системы реабилитационной индустрии и др.);
- повышение квалификации специалистов в сфере реабилитации и абилитации инвалидов;

¹ Проект Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации лиц с инвалидностью, в том числе детей с инвалидностью, на период до 2025 года.

² Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда»: Постановление Правительства РФ № 363 от 29.03.2019 г.

- оказание государственной поддержки общественным организациям инвалидов и иным некоммерческим организациям;
- содействие реализации мероприятий субъектов Российской Федерации в сфере реабилитации и абилитации инвалидов¹.

Как видим, последний пункт подпрограммы направлен на формирование и развитие реабилитационной среды инвалида в регионах России. Для того чтобы данная деятельность стала более эффективной, в 2017–2018 гг. в Пермском крае и Свердловской области реализован пилотный проект по отработке подходов к формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов².

По итогам реализации пилотного проекта апробированы новые подходы к формированию реабилитационной среды, сформированы предложения о необходимости приведения действующей нормативно-правовой базы в соответствие с современными тенденциями, что нашло отражение в поручениях Президента Российской Федерации Правительству Российской Федерации и органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации. Необходимо отметить, что с 2014 года по настоящее время Президентом Российской Федерации дано 74 поручения Правительству Российской Федерации и органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации, касающихся направлений деятельности социальной реабилитации инвалидов, в том числе в части организации мониторинга системы комплексной реабилитации, привлечения к реабилитационной деятельности некоммерческих организаций и развития государственно-частного партнерства, вопросам развития реабилитационной инфраструктуры как на региональном, так и муниципальном уровнях, создания безбарьерной среды, развития социокультурной реабилитации,

¹ Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда»: Постановление Правительства РФ № 363 от 29.03.2019 г.

² Об утверждении Порядка и условий проведения конкурсного отбора субъектов Российской Федерации для участия в реализации пилотного проекта по отработке подходов к формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, а также регламента работы и состава конкурсной комиссии: Приказ Минтруда России № 398н от 29 июля 2016 г.; Об утверждении технического задания пилотного проекта по отработке подходов к формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов: Об утверждении технического задания пилотного проекта по отработке подходов к формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов: Приказ Минтруда России № 436н от 18 августа 2016 г..

реабилитации в сфере физической культуры и спорта, совершенствования системы реабилитации и абилитации отдельных категорий инвалидов, например инвалидов с ментальными нарушениями¹.

Ключевыми тенденциями на данном этапе являются:

- состояние и структура инвалидности в регионах Российской Федерации, оказывающая существенное влияние на формирование современной реабилитационной среды инвалида;
- особенности формирования реабилитационной инфраструктуры;
- направленность на учет своеобразия социальной (инновационной) парадигмы.

Рассмотрим обобщенные нами статистические данные в разрезе федеральных округов для подтверждения вышеизложенных выводов, которые показывают, что за последние годы рост численности и доли инвалидов в структуре населения наблюдается в Северо-Кавказском федеральном округе – 12,69% от общей численности населения округа (таблица 8), в остальных федеральных округах отмечается снижение, наименьший уровень инвалидизации наблюдается в Уральском Федеральном округе, он составляет 7,36%.

Таблица 8

Динамика численности инвалидов и доли инвалидизации населения России в разрезе федеральных округов² (чел., %)

Федеральные округа	2016 г.		2017 г.		2018 г.		2019 г.		2020 г.	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
Центральный	3 420 310	10,59	3 348 901	10,37	3 299 719	10,22	3 239 819	10,03	3 124 874	9,67
Северо-Западный	1 313 590	11,57	1 275 505	11,23	1 246 613	10,98	1 214 027	10,69	1 161 973	10,23
Северо-Кавказский	8 62 618	12,01	873 409	12,16	901 823	12,56	909 752	12,67	910 906	12,69
Южный	1 212 610	9,21	1 203 040	9,14	1 204 187	9,15	1 196 902	9,09	1 172 850	8,91
Приволжский	2 317 245	9,86	2 262 775	9,62	2 223 314	9,4	2 189 831	9,31	2 116 662	9,0
Уральский	740 674	7,72	729 383	7,6	726 985	7,57	724 762	7,55	706 323	7,36
Сибирский	1 411 470	9,44	1 387 897	9,28	1 223 701	8,18	1 221 014	8,17	1 195 967	8,0
Дальневосточный	362 075	7,51	353 619	7,33	506 147	10,49	499 945	10,36	486 380	10,08

¹ Президент России: официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.kremlin.ru/acts/assignments/items/topic/13/desc/page/2> (дата обращения 10.06.2021).

² Федеральный реестр инвалидов [Электронный ресурс]. URL: <https://sfri.ru/analitika/chislennost> (дата обращения 10.05.2021).

Среди регионов России с наибольшим удельным весом инвалидов выделяются республики Северного Кавказа: Чеченская, Ингушетия, Дагестан, также Белгородская область и территории центральной России (Рязанская, Курская, Тамбовская области). Среди десяти территорий с наибольшим удельным весом инвалидов отмечаются Республика Алтай, г. Санкт-Петербург (таблица 9).

Таблица 9

Регионы России с наибольшей удельной долей инвалидов в общей численности населения (по данным на март 2021 г.)¹ (чел., %)

Регион	Всего инвалидов	Процент инвалидизации населения
Чеченская Республика	174 943	19,48
Республика Ингушетия	59 349	17,92
Белгородская область	189 901	15,05
Карачаево-Черкесская Республика	51 424	14,31
Республика Дагестан	308 021	14,15
Республика Алтай	20 461	13,55
Рязанская область	124 449	13,44
Курская область	116 224	12,80
Тамбовская область	104 420	12,14
Город Санкт-Петербург	540 434	12,14

Регионами России с наименьшим удельным весом инвалидов являются преимущественно северные регионы России: Ямало-Ненецкий, Ханты-Мансийский и Чукотский автономные округа, Магаданская и Мурманские области (таблица 10).

Таблица 10

Регионы России с наименьшей удельной долей инвалидов в общей численности населения (по данным на март 2021 г.)² (чел., %)

Регион	Всего инвалидов	Процент инвалидизации населения
Ямало-Ненецкий автономный округ	13 792	3,49
Ханты-Мансийский автономный округ	52 470	4,25
Магаданская область	4 986	4,38
Чукотский автономный округ	1 640	4,47
Мурманская область	27 587	4,61
Камчатский край	12 997	5,19
Астраханская область	42 706	5,40
Сахалинская область	21 179	5,49
Город Севастополь	20 574	5,78
Хабаровский край	63 609	6,03

¹ Федеральный реестр инвалидов [Электронный ресурс]. URL: <https://sfri.ru/analitika/chislennost> (дата обращения 10.05.2021).

²Там же.

Как следует из комментариев исследователей-социологов по данной проблеме, *такой разброс в статистических данных объясняется демографическими особенностями в регионах, высокой долей лиц старшего возраста в структуре населения*. В то же время доля лиц старшего возраста в Чеченской Республике составляет 11%, Ингушетии и Дагестане – 14%, тогда как в Ямало-Ненецком автономном округе – 13%, в Ханты-Мансийском автономном округе – 17%¹. Высокой долей лиц старшего возраста в общей численности населения (28%) объясняется и уровень инвалидизации в Белгородской области.

*Приведенные выше показатели могут быть объяснены и социально-экономическими характеристиками, в частности уровнем и качеством жизни населения регионов*². По данным рейтинга «Росбизнесконсалтинг», по качеству жизни регионы с низким уровнем инвалидизации населения находятся выше, чем те, где уровень инвалидизации ниже. Так, и Ханты-Мансийский, и Ямало-Ненецкий автономные округа занимают в данном рейтинге 9-е и 11-е место, Дагестан, Чеченская Республика и Ингушетия – 56-е, 74-е и 78-е. В то же время 5-е место в данном рейтинге занимает Белгородская область, по-видимому, здесь имеются и иные условия.

Между тем представляется возможным сделать вывод о социальной составляющей инвалидности как возможности получения мер социальной поддержки людям с инвалидностью (рисунок 2, таблица 11).

¹Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. URL: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Bul_chislen_nasel-pv_01-01-2021.pdf (дата обращения 10.08.2021).

²Рейтинг регионов по уровню качества жизни населения [Электронный ресурс]. URL: <https://www.rbc.ru/economics/26/04/2021/607c61769a79477194cdd8ff> (дата обращения 10.08.2021).



Рисунок 2. Основные меры социальной поддержки инвалидов в Российской Федерации¹

Таблица 11

Численность инвалидов, детей-инвалидов, получающих меры социальной поддержки и социальной защиты в денежной форме в Российской Федерации (по данным на 5 марта 2021 г.) (чел.)²

Категория инвалидов	Из средств федерального бюджета	Из средств бюджетов субъектов Российской Федерации	
	численность получателей ежемесячных денежных выплат	численность получателей региональных денежных выплат	численность получателей ежемесячных денежных выплат
Всего	10 531 732	83 520	432 504
Инвалиды I группы	131 93 21	39 005	377 787
Инвалиды II группы	475 54 64		
Инвалиды III группы	44 656 946		
Дети-инвалиды	703 883	44 515	54 717

Высокий уровень инвалидизации среди населения может являться также следствием политики учреждений медико-социальной экспертизы соответствующего региона. Так, по данным ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Минтруда России, регионами с наибольшей долей лиц, впервые признанных инвалидами, являются Чукотский АО, Республика Ма-

¹ О социальной защите инвалидов в Российской Федерации: Федеральный закон № 181-ФЗ от 24.11.1995 г.

² Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/13964>; Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/13397> (дата обращения 01.09.2021)

рий Эл, Нижегородская область, Республика Карачаево-Черкессия и Чеченская Республика, с наименьшей – Новгородская область, Республика Хакасия, Ульяновская область, Республика Саха (Якутия), Смоленская область (таблица 12).

Среди регионов с высокой долей лиц, признанных инвалидами при переосвидетельствовании, отмечают Республику Карачаево-Черкессию, Чеченскую Республику, Республику Ингушетия, Чукотский АО, Воронежскую область, с низкой – Республику Чувашия, Новгородскую область, Самарскую область, Республику Хакасия и Брянскую область. *Очевидно, что такой субъект формирования реабилитационной среды инвалида, как бюро медико-социальной экспертизы региона также должен учитываться в процессе ее анализа и формирования.*

Таблица 12

Регионы России с наименьшей и наибольшей долей лиц, признанных инвалидами, от обратившихся в бюро медико-социальной экспертизы, за 2018 г.¹ (%)

Признанные инвалидами впервые				Признанные инвалидами при переосвидетельствовании			
Наименьш.		Наибольш.		Наименьш.		Наибольш.	
регион	%	регион	%	регион	%	регион	%
Новгородская область	70,5	Чукотский АО	97,4	Республика Чувашия	89,1	Республика Карачаево-Черкессия	99,9
Республика Хакасия	73,3	Республика Марий Эл	96,9	Новгородская область	90,4	Чеченская Республика	99,5
Ульяновская область	75,3	Нижегородская область	95,1	Самарская область	90,9	Республика Ингушетия	99
Республика Саха (Якутия)	76,1	Республика Карачаево-Черкессия	95	Республика Хакасия	91%	Чукотский АО	98
Смоленская область	77,4	Чеченская Республика	94,7	Брянская область	91,4	Воронежская область	98

¹ Анализ состояния инвалидности среди взрослого и детского населения в Российской Федерации. Министерство труда и социальной защиты населения Российской Федерации: официальный сайт [Электронный ресурс]. URL: <https://mintrud.gov.ru/ministry/programms/36> (дата обращения 10.06.2021)

Различия по уровню инвалидизации можно наблюдать и в рамках отдельно взятых федеральных округов. Так, если рассмотреть для примера Приволжский федеральный округ, уровень инвалидизации, по данным на май 2021 г., составлял 8,93%, что сопоставимо со средним показателем инвалидизации населения России (9,25%). Аналогично можно увидеть и внутри отдельного федерального округа наличие регионов с высоким уровнем инвалидизации (Оренбургская, Кировская области), регионы с уровнем инвалидизации, который можно назвать «средним», соответствующий российским показателям (Пермский край, Республика Татарстан), а также регионы с низким уровнем инвалидизации населения (Саратовская область, Республика Башкортостан) (таблица 13).

Таблица 13

Распределение регионов Приволжского федерального округа в зависимости от уровня инвалидизации населения (по данным на май 2021 г.)¹ (чел., %)

Регион	Всего инвалидов	Доля инвалидизации населения
Оренбургская область	178 736	11,60
Кировская область	115 219	11,20
Республика Марий Эл	59 525	11,13
Ульяновская область	106 174	10,40
Нижегородская область	270 734	10,28
Республика Мордовия	65 246	9,75
Пермский край	191 281	9,39
Республика Татарстан	274 013	8,93
Удмуртская Республика	99 830	8,53
Пензенская область	93 063	8,48
Самарская область	201 900	7,80
Чувашская Республика	74 701	7,69
Республика Башкортостан	237 993	7,55
Саратовская область	131 666	6,56

Кроме того, внутри отдельного региона уровень инвалидизации населения территорий также может быть разным. Так, например, в Пермском крае в большинстве территорий уровень инвалидизации населения ниже, чем

¹Федеральный реестр инвалидов [Электронный ресурс]. URL: <https://sfri.ru/analitika/chislennost/chislennost/chislennost-po-polu?territory=undefined> (дата обращения 10.08.2021).

в среднем по краю и по Российской Федерации (менее 9% в общей численности населения), при этом есть территории с уровнем инвалидизации, соответствующим среднему по краю и по России, а также территории, где уровень инвалидизации превышает средние показатели по Пермскому краю и по России (рисунок 3).

Таким образом, при формировании современной реабилитационной среды инвалида в российском регионе необходимо учитывать данные уровня инвалидизации населения не только субъекта РФ в целом, *но и муниципальных образований региона.*

Рассмотрим статистику инвалидности по нозологическим формам структуры общего накопленного контингента инвалидов в Российской Федерации за 2021 год.

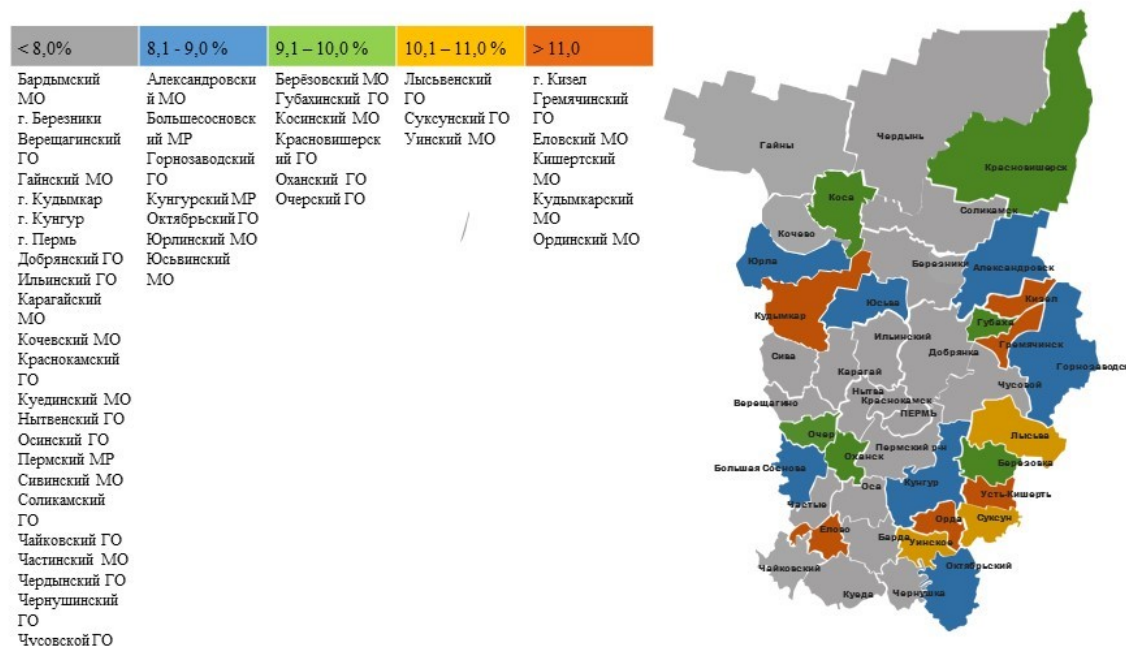


Рисунок 3. Распределение территорий Пермского края в зависимости от уровня инвалидизации населения (по данным на январь 2021 г.)¹ (%)

Среди инвалидов преобладают лица, имеющие болезни системы кровообращения (35,4%); злокачественные новообразования (12,2%); болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (7,9%); психические расстройства и расстройства поведения (7,8%); последствия травм, отравлений (4,3%);

¹ По данным Министерства социального развития Пермского края за 2020 год.

болезни нервной системы (4,1%); болезни глаза (3,6%); болезни эндокринной системы (2,6%)¹ (рисунок 4).

На уровень инвалидности оказывают влияние и так называемые первичность или повторность признания человека инвалидом, поскольку именно они нуждаются в получении услуг по медико-социальной реабилитации, для них должны быть ориентированы государственные многопрофильные реабилитационные центры комплексного уровня². Признанные инвалидами впервые – это, как правило, люди, получившие травмы различной степени тяжести или имеющие заболевания в острой стадии. Их реабилитационный потенциал более высок, в связи с этим необходимость в своевременной реабилитации выше.

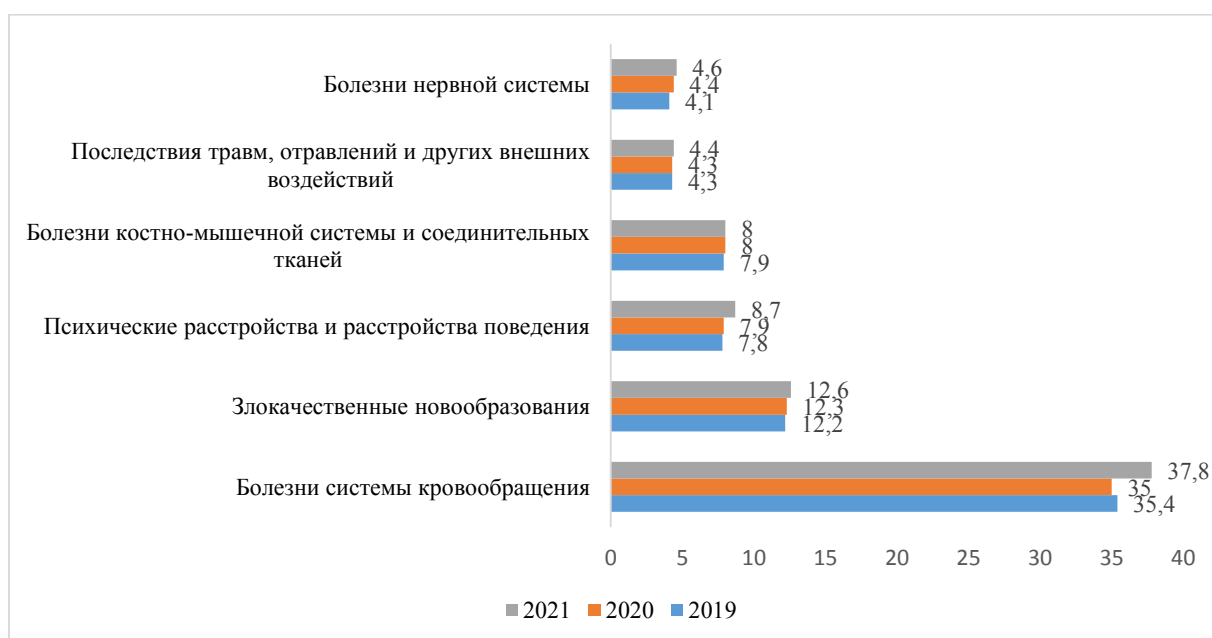


Рисунок 4. Динамика инвалидности взрослого населения в Российской Федерации с учетом классов болезней³ (%)

Согласно данным федерального бюро медико-социальной экспертизы Министерства труда и социальной защиты населения Российской Федерации⁴,

¹ Состояние и динамика инвалидности, комплексная реабилитация и абилитация инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации: доклад / под ред. М.А. Дымочки. М.: ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, 2021. С.48.

² См.: Инвалидность и нуждаемость в реабилитации пострадавших вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Российской Федерации / М.А. Дымочка, М.Н. Пузин, М.А. Омаров [и др.] // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2017. № 2. С. 46–49.

³ Состояние и динамика инвалидности, комплексная реабилитация и абилитация инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации. С.48.

⁴ Анализ состояния инвалидности среди взрослого и детского населения в Российской Федерации. Министерство труда и социальной защиты населения Российской Федерации: официальный сайт [Электронный ресурс].

общее число впервые освидетельствованных граждан в Российской Федерации за последние пять лет сократилось на 20% и составило 634 298 человек. Доля лиц, признанных инвалидами впервые, с 2016 года сократилась на 16% и составила 559 299 человек¹ (рисунок 5).

Уровень первичной инвалидности (распространенность среди населения) на 10 тыс. взрослого населения в 2016–2018 гг. равен 56,7–56,4–54,8 соответственно, наблюдается снижение интенсивных показателей первичной инвалидности взрослого населения (рисунок 6).

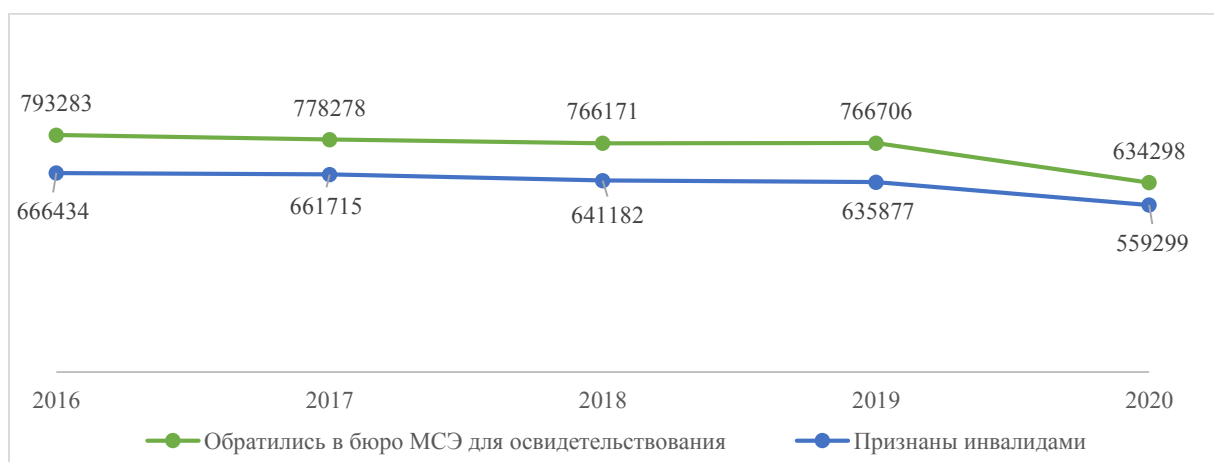


Рисунок 5. Динамика первичной инвалидности среди взрослого населения России² (чел.)

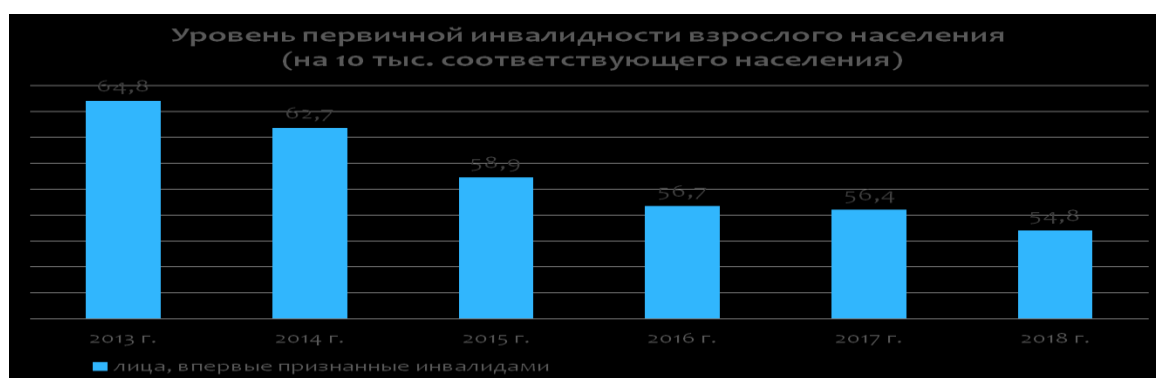


Рисунок 6. Динамика первичной инвалидности среди взрослого населения России, на 10 тыс. взрослого населения³

URL: <https://sfri.ru/analitika/chislennost> (дата обращения 10.06.2021), Состояние и динамика инвалидности, комплексная реабилитация и абилитация инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации. С.35-52.

¹ Состояние и динамика инвалидности, комплексная реабилитация и абилитация инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации. С. 37.

² Состояние и динамика инвалидности, комплексная реабилитация и абилитация инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации. С. 37.

³ Анализ состояния инвалидности среди взрослого и детского населения в Российской Федерации. Министерство труда и социальной защиты населения Российской Федерации: официальный сайт [Электронный ресурс]. URL: <https://sfri.ru/analitika/chislennost> (дата обращения 10.06.2021).

Для формирования системы реабилитации инвалидов региона (реабилитационной среды) в меньшей степени имеет значение гендерная особенность, но приобретает существенную значимость возрастная структура лиц, признанных инвалидами впервые. Инвалидность при первичном освидетельствовании чаще устанавливалась лицам пенсионного возраста. Их абсолютное число увеличилось в 2018–2019 гг. с 361 201 до 367 107 человек (+1,6 %) и уменьшилось в 2020 г. до 317 493 человек (-13,5 %); доля находилась в пределах 56,3–57,7 %. Абсолютное число инвалидов трудоспособного возраста в динамике за 2018 – 2020 гг. уменьшалось ежегодно от 279 981 до 241 806 человек (-13,6 %); удельный вес составлял 42,3–43,7% от общего числа¹ (рисунок 7).

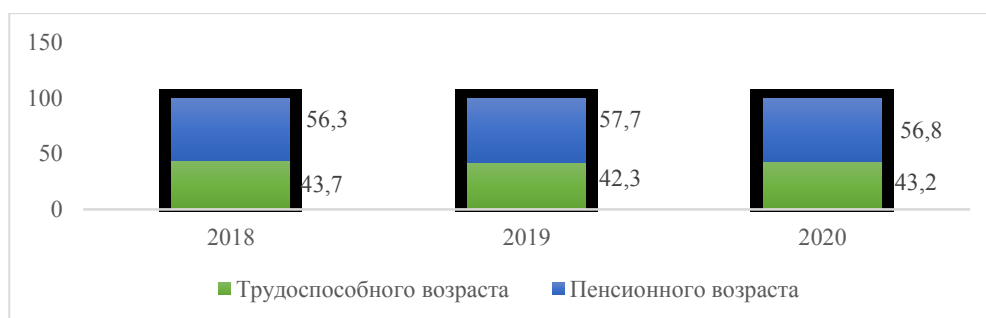


Рисунок 7. Динамика доли лиц взрослого населения России, признанных инвалидами впервые, по возрасту² (%)

Доминирование лиц пенсионного возраста среди впервые признанных инвалидами обуславливает формирование структуры реабилитационных услуг, в случае наличия заболеваний в острой стадии – в сторону мероприятий медицинской реабилитации, надомных медико-социальных услуг, медицинского ухода. Для лиц данной категории требуется активное вовлечение ближайшего, семейного, окружения в процесс реабилитации, повышение компетенции субъектов микрореабилитационной среды в части оказания реабилитационных услуг и соответствующего ухода.

Как видно на рисунке 8, динамика первичной инвалидности по основным классам болезней и отдельным нозологическим формам показывает, что среди

¹ Состояние и динамика инвалидности, комплексная реабилитация и абилитация инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации. С. 37.

² Там же.

представителей данной социальной группы преобладают лица с последствиями злокачественных заболеваний, и, по словам экспертов, несмотря на снижение их численности в 2020 году, прогнозы показывают рост показателей в ближайшей перспективе¹.

Существенным фактором, обуславливающим формирование и развитие реабилитационной среды инвалида в российском регионе, является *реабилитационный подход*, который, согласно действующему российскому законодательству², реализует потребность инвалидов в реабилитационных мероприятиях, направленных на формирование, восстановление или компенсацию нарушенных, или утраченных способностей к выполнению бытовой, общественной, профессиональной деятельности с учетом индивидуальных особенностей.

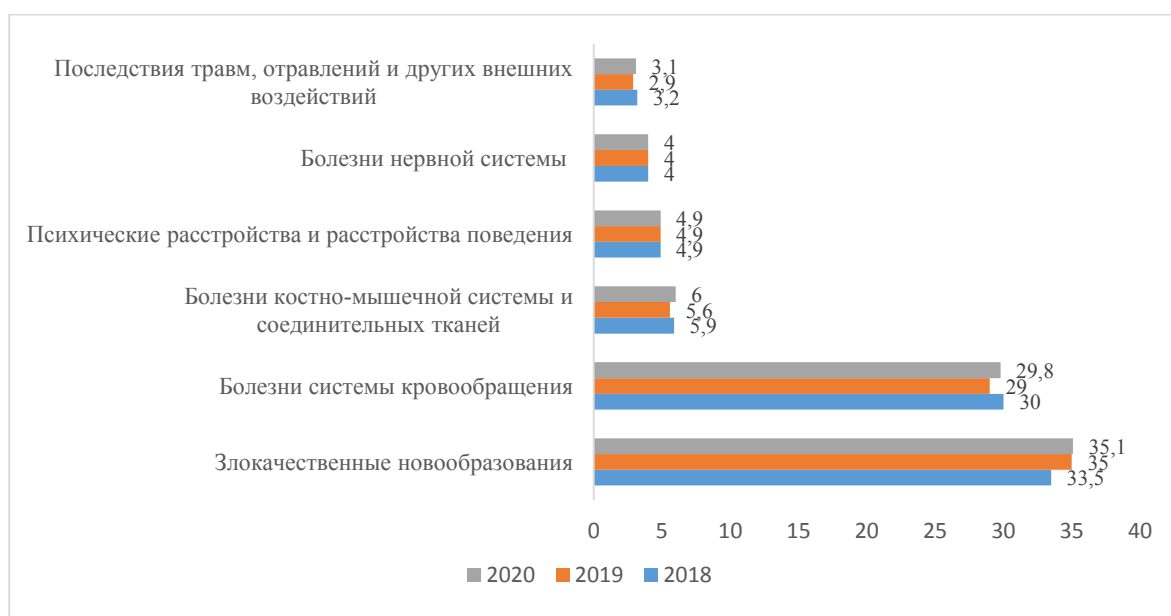


Рисунок 8. Динамика первичной инвалидности взрослого населения в Российской Федерации с учетом классов болезней (%)³

¹ Состояние и динамика инвалидности, комплексная реабилитация и абилитация инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации. С.35–52.

² 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 Минтруда России № 486н от 13 июня 2017 г.

³ Состояние и динамика инвалидности, комплексная реабилитация и абилитация инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации. С.48.

Реабилитационные мероприятия в свою очередь определяются учреждениями медико-социальной экспертизы по месту жительства инвалидов и вносятся в индивидуальную программу реабилитации и абилитации. Это позволяет в дальнейшем специалистам бюро (главного бюро, федерального бюро медико-социальной экспертизы) при очередном проведении медико-социальной экспертизы инвалида (ребенка-инвалида) провести оценку результатов реабилитационных или абилитационных мероприятий. С другой стороны, потребность инвалидов в отдельных направлениях реабилитации (медицинской, социальной, профессиональной) и ее отражение в индивидуальных программах реабилитации и абилитации инвалидов позволяет, обобщив полученные данные, оказывать влияние на формирование и развитие реабилитационной среды.

Так, по данным Федерального бюро медико-социальной экспертизы Минтруда России¹, наибольшая потребность отмечается у взрослых инвалидов в мероприятиях по медицинской реабилитации (они имеются в 99,8% всех выданных инвалидам индивидуальных программах реабилитации и абилитации взрослых инвалидов), социальной реабилитации (97,2%), социально-средовой реабилитации или абилитации (94,5%). Высокая потребность в мероприятиях социально-психологической реабилитации (72,2%), социально-бытовой адаптации (62%) (рисунок 9).

Между тем представляется *низкой* обозначенная в индивидуальных программах реабилитации и абилитации взрослых инвалидов потребность в мероприятиях по социокультурной реабилитации (61,5%), профессиональной реабилитации или абилитации (48,2%), физкультурно-оздоровительных мероприятиях и занятиях спортом (всего 12%), *тогда как участие инвалидов в данных мероприятиях способствует их самореализации, социальной адаптации и интеграции.*

¹ Состояние и динамика инвалидности, комплексная реабилитация и абилитация инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации: доклад / под ред. М.А. Дымочки. М.: ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, 2021. С.101–111.



Рисунок 9. Доля индивидуальных программ реабилитации и абилитации взрослых инвалидов (ИПРА) с рекомендациями о нуждаемости в мероприятиях по реабилитации или абилитации в Российской Федерации за 2020 г. (%)¹

На наш взгляд, следует выделить социально-психологические, социально-правовые и организационно-управленческие (системные) *результаты формального описания потребностей* инвалидов в реабилитационных мероприятиях индивидуальных программ реабилитации и абилитации (таблица 14).

Таблица 14

Результаты анализа изучения потребностей инвалидов в индивидуальных программах реабилитации и абилитации

Виды (категории)	Содержание результата	Значение для формирования реабилитационной среды инвалида российского региона	Предложения по устранению замечаний
Социально-психологические (личностные)	Снижение или отсутствие мотивации инвалида к участию в реабилитационных мероприятиях	<u>Микроуровень:</u> - невысокий уровень реализации потребностей инвалида; - снижение самооценки; - снижение уровня притязаний;	1. Адресный, индивидуальный подход к описанию потребностей инвалида в реабилитационных мероприятиях в ИПРА при прохождении медико-социальной экспертизы.
Социально-правовые	Невозможность осуществлять определённые виды дея-		

¹ Состояние и динамика инвалидности, комплексная реабилитация и абилитация инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации: доклад / под ред. М.А. Дымочки. М.: ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, 2021. С.101–111.

	тельности (в частности трудовую) на законных основаниях. Отсутствие нормативных актов, регламентирующих оказание определенных видов реабилитационных услуг, реализации реабилитационных мероприятий, в том числе межведомственного характера	- отсутствие возможности для формирования новых социальных ролей и статусов, - невозможность повышения социально-бытовых и социально-средовых жизненных условий. <u>Мезоуровень:</u> - неразвитость реабилитационной инфраструктуры региона (территории); - отсутствие мотивации для выделения и привлечения ресурсов для развития реабилитационной инфраструктуры. <u>Макроуровень:</u> - усиление стигматизации инвалида, восприятия им как пассивной социальной группы; - неизменность правовых норм, несмотря на изменение общественных потребностей, ценностей, норм; - неэффективность социальной политики региона	Учет индивидуальных интересов. 2. Исследование потребностей в реабилитационных мероприятиях социологическими методами, социологический мониторинг. 3. Развитие инновационных реабилитационных технологий и практик, привлечение внимания к ним инвалидов, формирование потребностей и интересов к ним
Организационно-управленческие (системные)	Неразвитость реабилитационной инфраструктуры. Отсутствие ресурсов для развития реабилитационной инфраструктуры		

Отсутствие в индивидуальных программах реабилитации и абилитации инвалидов перечня потребностей инвалидов в определенных реабилитационных мероприятиях может являться демотивирующим фактором: им не будет предоставлена информация о реабилитационной инфраструктуре региона в соответствии с действующим законодательством, аналогично не будут предоставлены соответствующие услуги в реабилитационных учреждениях. Вторым негативным последствием является отсутствие возможности участия в определенных видах деятельности, в частности – профессионально-трудовой, поскольку, согласно действующему трудовому законодательству, инвалид может быть устроен на работу только при наличии соответствующих рекомендаций, описания показаний и противопоказаний к трудовой деятельности в индивидуальных программах реабилитации и абилитации.

Это может привести к снижению социальной активности, мотивации, участия в общественной жизни, к отсутствию возможности повышения уровня

доходов и, как следствие, снижению уровня и качества жизни, социальному иждивенчеству. Третьим, уже системным и негативным следствием отсутствия описания в индивидуальных программах реабилитации и абилитации потребностей инвалида в определенных реабилитационных мероприятиях является неразвитость сферы самих реабилитационных услуг, возможно, реабилитационных организаций, вследствие недостаточности на них спроса. *Реабилитационная инфраструктура не развивается, что, в свою очередь, приводит к отсутствию мотивации у инвалидов, участию в данных мероприятиях, снижению социальной активности.*

Таким образом, фактор наличия или отсутствия потребности инвалидов в реабилитационных мероприятиях является значимым для формирования реабилитационной среды инвалида в российском регионе, при этом мы отмечаем здесь как прямую зависимость, так и обратную.

Актуальность вышеизложенного материала подтверждают данные Пенсионного фонда Российской Федерации¹ об исполнении реабилитационных мероприятий, рекомендованных инвалидам в индивидуальных программах реабилитации и абилитации. Так, на фоне низкой доли исполнения реабилитационных мероприятий (рисунок 10), рекомендованных учреждениями медико-социальной экспертизы и зафиксированных в индивидуальных программах реабилитации и абилитации, наблюдается тенденция еще большего ее снижения: рекомендованные реабилитационные мероприятия не исполняются даже на треть. Исключение составляет обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации; доля реализованных мероприятий по обеспечению техническими средствами реабилитации и предоставлению услуг по реабилитации или абилитации за счет средств федерального бюджета за период 2017–2019 гг. увеличилась на 6,5%².

¹См. Состояние и динамика инвалидности, комплексная реабилитация и абилитация инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации. С.101–111.

²Там же. С.114.

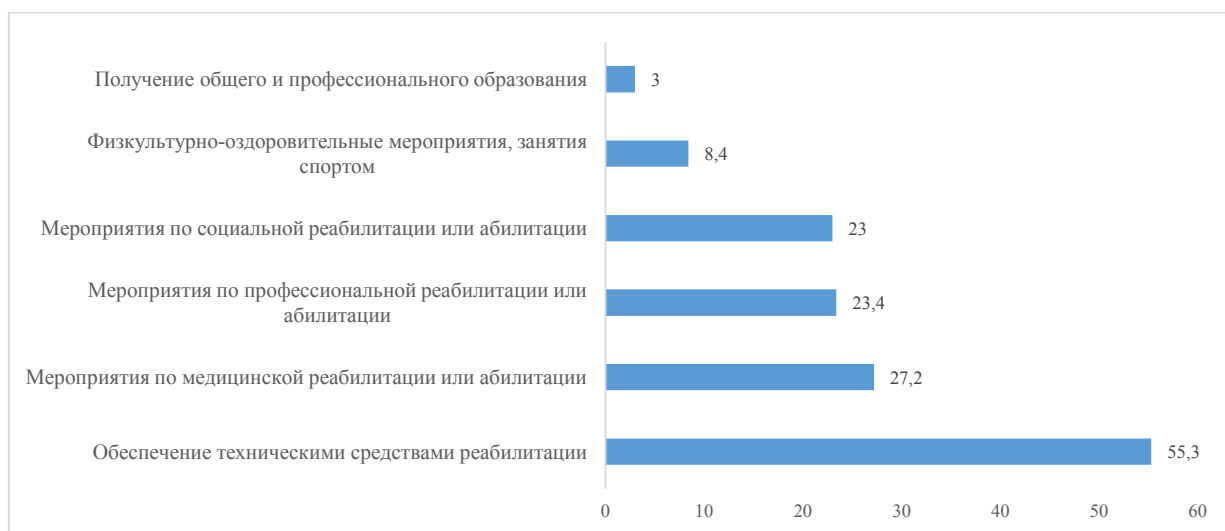


Рисунок 10. Исполнение мероприятий индивидуальных программ реабилитации и абилитации взрослых инвалидов (ИПРА) в Российской Федерации за 2020 год (%)¹

Далее отметим проблему, которая является *следствием излишней формализации современной системы реабилитации инвалидов*, – это практическое отсутствие системы оценки качества и эффективности реабилитационных мероприятий. Данное обстоятельство является существенным условием формирования реабилитационной среды инвалида в российском регионе (таблица 15).

На формирование реабилитационной среды инвалида влияют и такие факторы, как *недоступность/доступность услуг реабилитации*. Данные обстоятельства являются, с одной стороны, условиями, от которых зависит возможность инвалида участвовать в реабилитационных мероприятиях (человек, живущий в сельской местности с неразвитой транспортной инфраструктурой, отсутствием нормальных дорог, вряд ли будет заинтересован в получении мероприятий по социально-бытовой, социально-средовой реабилитации в силу отсутствия возможности принять в них участие и т.д.). С другой стороны, развитие реабилитационной среды должно способствовать решению и данной проблемы.

¹ Состояние и динамика инвалидности, комплексная реабилитация и абилитация инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации. С.111–116.

Таблица 15

**Оценка исполнения реабилитационных мероприятий инвалидами
и их влияние на формирование реабилитационной среды
инвалида в российском регионе**

Система оценки исполнения индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида	Значение для формирования реабилитационной среды инвалида	Направления устранения недостатков
Оценка исполнения реабилитационных мероприятий только при прохождении инвалидами переосвидетельствования в бюро МСЭ ↓ Недостаточный контроль эффективности и качества реабилитационных мероприятий	<u>Микроуровень:</u> - низкая мотивация инвалидов к участию в реабилитационных мероприятиях; - обесценивание реабилитационных мероприятий и реабилитационных организаций инвалидами; - низкая гражданская и общественная активность инвалидов. <u>Мезоуровень:</u> - чрезмерная формализация реабилитационной среды инвалида в российском регионе; - низкий охват системой реабилитационных мероприятий инвалидов; - низкий уровень качества жизни инвалидов как социальной группы. <u>Макроуровень:</u> - формирование (социальной) реабилитационной политики без учета потребностей инвалидов; - неэффективность (социальной) реабилитационной политики	1. Усиление информационно-просветительской работы с инвалидами, разъяснения позитивных последствий участия в реабилитационных мероприятиях. 2. Формирование реабилитационной среды инвалида на региональном уровне, включение в систему реабилитации организаций различных форм собственности и ведомственной принадлежности с целью получения инвалидами соответствующих реабилитационных услуг и прохождения реабилитационных мероприятий. 3. Совершенствование системы учета получения инвалидами реабилитационных мероприятий, оценки их эффективности и качества

Анализ иных проблем, особенности которых оказывают влияние на формирование реабилитационной среды инвалида, проанализируем на примере территорий Приволжского федерального округа: Саратовской, Оренбургской и Кировской областей, Республик Татарстана и Башкортостана, Пермского края (таблица 16).

Таблица 16

Реабилитационная среда инвалида регионов Приволжского федерального округа по степени сформированности системы комплексной реабилитации (%/балл)¹

Показатель \ Регион	Регионы ПФО с низким уровнем инвалидизации населения		Регионы ПФО с уровнем инвалидизации, соответствующим среднероссийскому		Регионы ПФО с высоким уровнем инвалидизации	
	Саратовская область	Республика Башкортостан	Пермский край	Республика Татарстан	Оренбургская область	Кировская область
Уровень инвалидизации населения (в%)	6,56	7,55	9,39	8,93	11,6	11,2
Степень сформированной системы комплексной реабилитации инвалидов (в баллах, max – 13)	7,9	- ²	10,2	10,6	- ³	9,9

Сравнительный анализ был проведен с использованием показателей, разработанных Минтрудом России для регионов РФ в рамках методики формирования комплексной системы реабилитации инвалидов⁴:

а) сформированность комплексного подхода к организации региональной системы в субъекте Российской Федерации;

б) удовлетворенность инвалидов (их законных или уполномоченных представителей) реабилитационными или абилитационными мероприятиями (услугами) (далее – реабилитационные и (или) абилитационные мероприятия);

в) укомплектованность организаций, предоставляющих реабилитационные и (или) абилитационные мероприятия, специалистами соответствующего профиля исходя из потребности инвалидов в реабилитационных и (или) абилитационных мероприятиях;

¹ Материал подготовлен на основе анализа документов – проектов региональных программ по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, Кировской области, Республика Татарстан, Саратовской области, Оренбургской области, Республики Башкортостан, размещенных на сайте Министерства труда и социальной защиты населения Российской Федерации [Электронный ресурс]. URL: <https://mintrud.gov.ru/ministry/programms/25/13/region> (дата обращения 11.08.2021).

² Нет доступных данных о результатах оценки региональной системы реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов.

³ Нет доступных данных о результатах оценки региональной системы реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов.

⁴ Об утверждении методики оценки региональной системы реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов: Приказ Минтруда России № 545 от 30 июня 2017 г.

г) сформированность информационной базы региональной системы, учитывающей информацию о потребностях инвалидов в реабилитационных и (или) абилитационных мероприятиях.

Данные оценки степени сформированности региональной системы реабилитации и абилитации инвалидов, детей-инвалидов за 2020 год показали, что в четырех из рассматриваемых субъектов Российской Федерации итоговый балл находится в диапазоне от 7,9 до 10,6, что свидетельствует о необходимости совершенствования данной сферы.

По данным Федерального бюро медико-социальной экспертизы Минтруда России, положительная динамика в развитии региональной системы реабилитации и абилитации инвалидов, детей-инвалидов по сравнению с 2019 годом наблюдается в Республике Татарстан и Кировской области¹. При этом наименьшая оценка степени сформированности системы реабилитации (7,9 балла) в исследуемых территориях наблюдается в регионе с наиболее низким уровнем инвалидизации населения – Саратовской области, наиболее высокая, 10,6 балла, – в Республике Татарстан, где уровень инвалидизации населения близок показателям по России в целом и Приволжскому федеральному округу в частности (таблица 17).

Во всех анализируемых нами регионах существует нормативная база по вопросам реабилитации инвалидов, *в пяти из шести субъектов Российской Федерации (кроме Пермского края) приняты региональные программы (подпрограммы, планы) по формированию и развитию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, детей-инвалидов, нормативные акты по проведению оценки региональной системы реабилитации, стандартов реабилитационных услуг. При этом сформированной в полной мере правовой базы*

¹ Состояние и динамика инвалидности, комплексная реабилитация и абилитация инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации. С.182–183.

нет ни в одном регионе, поскольку в данный момент региональное законодательство по вопросам реабилитации находится в стадии формирования по причине трансформации федерального законодательства¹.

Таблица 17

Результаты сформированности региональной системы реабилитации и абилитации инвалидов, детей-инвалидов (в баллах)²

Показатель региональной системы реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов	Менее 7,2 балла – необходимость формирования региональной системы с последующей разработкой и реализацией соответствующей программы	От 7,2 до 13 баллов – необходимость совершенствования региональной системы	13 баллов – сформированность региональной системы
Саратовская область		7,9	
Республика Башкортостан		- ³	
Пермский край		10,2	
Республика Татарстан		10,3	
Оренбургская область		- ⁴	
Кировская область		9,9	

Важный аспект реабилитационной среды инвалида в российском регионе – это так называемый «представительский» компонент, который включает в себя три системных элемента:

¹ Материал подготовлен на основе анализа документов – проектов региональных программ по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, Кировской области, Республики Татарстан, Саратовской области, Оренбургской области, Республики Башкортостан, размещенных на сайте Министерства труда и социальной защиты населения Российской Федерации [Электронный ресурс]. URL: <https://mintrud.gov.ru/ministry/programms/25/13/region> (дата обращения 11.08.2021); материалов сайтов: Министерство труда и социальной защиты Саратовской области: официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: http://www.social.saratov.gov.ru/obshchaya_informatsiya_o_ministerstve/obshchestvennyy_sovet_pri_ministerstve/ (дата обращения 25.08.2021); Министерство социального развития Пермского края: официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: <http://minsoc.permkrai.ru/obshchestvennyy-sovet/sostav-soveta/> (дата обращения 25.08.2021); Министерство семьи, труда и социальной защиты населения Республики Башкортостан: официальный сайт [Электронный ресурс]. URL: https://mintrud.bashkortostan.ru/about/links/ds_links/ (дата обращения 25.08.2021); Министерство социального развития Оренбургской области: официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: <https://msr.orb.ru/about/1707/> (дата обращения 25.08.2021); Министерство социального развития Кировской области: официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.socialkirov.ru/social/root/dsr/council.htm> (дата обращения 25.08.2021); Министерство труда и социальной защиты Республики Татарстан: официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: <https://mtsz.tatarstan.ru/obshchestvennyy-sovet.htm> (дата обращения 25.08.2021).

² Согласно Приказу Минтруда России «Об утверждении методики оценки региональной системы реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов».

³ Нет доступных данных о результатах оценки региональной системы реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов.

⁴ Нет доступных данных о результатах оценки региональной системы реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов.

- наличие в регионе координационного совета по делам инвалидов, созданного с целью организации взаимодействия органов исполнительной власти области с федеральными органами исполнительной власти и их территориальными органами, органами местного самоуправления и общественными организациями при рассмотрении вопросов, связанных с решением проблем инвалидности и инвалидов;

- представленность инвалидов, общественных организаций инвалидов в координационных общественных органах субъектов Российской Федерации, созданных с целью обеспечения взаимодействия жителей региона и некоммерческих организаций, представляющих интересы социальных и профессиональных групп, федеральных, региональных и местных органов власти, государственных и иных организаций, общественных палат регионов;

- совещательно-консультативные органы, созданные при органах исполнительной власти субъектов Российской Федерации с целью подготовки рекомендаций и предложений по улучшению региональной системы социального обслуживания, в том числе – реабилитации и абилитации инвалидов, общественных советов¹.

¹ Материал подготовлен на основе материалов официальных сайтов Общественных палат Кировской области, Республики Татарстан, Саратовской области, Оренбургской области, Республики Башкортостан, Пермского края: Общественная палата Кировской области: официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: <http://opko43.ru/> (дата обращения 25.08.2021); Общественная палата Оренбургской области: официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: <https://orenpalata.orb.ru/> (дата обращения 25.08.2021); Общественная палата Пермского края: официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: <https://oppk.permkrai.ru/> (дата обращения 25.08.2021); Общественная палата Республики Башкортостан: официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: <https://op.bashkortostan.ru/> (дата обращения 25.08.2021); Общественная палата Республики Татарстан: официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: <https://opr.tatarstan.ru/> (дата обращения 25.08.2021); Общественная палата Саратовской области: официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: <http://op64.rф> (дата обращения 25.08.2021); материалов официальных сайтов исполнительных органов государственной власти Кировской области, Республики Татарстан, Саратовской области, Оренбургской области, Республики Башкортостан, Пермского края в области управления социальной защитой и реабилитацией инвалидов: Министерство труда и социальной защиты Саратовской области: официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: http://www.social.saratov.gov.ru/obshchaya_informatsiya_o_ministerstve/obshchestvennyy_sovet_pri_ministerstve/ (дата обращения 25.08.2021); Министерство социального развития Пермского края: официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: <http://minsoc.permkrai.ru/obshchestvennyy-sovet/sostav-soveta/> (дата обращения 25.08.2021); Министерство семьи, труда и социальной защиты населения Республики Башкортостан: официальный сайт [Электронный ресурс]. URL: https://mintrud.bashkortostan.ru/about/links/ds_links/ (дата обращения 25.08.2021); Министерство социального развития Оренбургской области: официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: <https://msr.orb.ru/about/1707/> (дата обращения 25.08.2021); Министерство социального развития Кировской области: официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.socialkirov.ru/social/root/dsr/council.htm> (дата обращения 25.08.2021); Министерство труда и социальной защиты Республики Татарстан: официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: <https://mtsz.tatarstan.ru/obshchestvennyy-sovet.htm> (дата обращения 25.08.2021).; нормативно-правовых актов

Представительские функции инвалидов отражают возможность защиты своих прав, организации общественного контроля за деятельностью поставщиков соответствующих услуг (медицинских, социальных, реабилитационных) с учетом интересов и потребностей, в частности обеспечения доступности среды для маломобильных групп населения, наличия ресурса влияния на региональную социальную политику с целью удовлетворения потребностей инвалидов, повышения уровня и качества их жизни.

Анализ нормативно-правовых актов¹ рассматриваемых субъектов Приволжского федерального округа показал, что в каждом из регионов создан *координационный совет по делам инвалидов* (ветеранов и инвалидов) при администрации области (в Оренбургской области), губернаторе (в Пермском крае, Кировской области), президенте (в Республике Татарстан) или правительстве (в Саратовской области). На заседаниях советов рассматриваются вопросы доступной среды для инвалидов, обеспечения техническими средствами реабилитации, занятости, развития сферы реабилитации. Решения, принимаемые на координационных советах по делам инвалидов данного уровня, носят рекомендательный характер для адресатов, однако, как правило, принимаются исполнительными органами государственной власти регионов в работу.

Анализ официальных сайтов *общественных палат* в исследуемых регионах Приволжского федерального округа² позволил отметить, что только в составе общественных палат Саратовской и Кировской областей, Пермского

Кировской области, Республики Татарстан, Саратовской области, Оренбургской области, Республики Башкортостан, Пермского края об учреждении Координационных советов по делам инвалидов регионов (см. ссылку ниже).

¹ О Координационном совете по делам инвалидов при Правительстве Республики Башкортостан: Постановление Правительства Республики Башкортостан № 122 от 25 марта 2014 г.; О создании межведомственного координационного совета по делам ветеранов и инвалидов при Правительстве Оренбургской области: постановление Правительства Оренбургской области № 380-п от 14 ноября 2006 г.; О создании совета по делам инвалидов при Губернаторе Кировской области: Указ Губернатора Кировской области № 82 от 07 июля 2011 г.; О создании Совета по делам инвалидов при Правительстве Саратовской области постановление Правительства Саратовской области № 744-П от 18 декабря 2012 г.; Об утверждении Положения о Совете по делам инвалидов при Губернаторе Пермского края: Указ Губернатора Пермского края № 29 от 20 июля 2009 года; Об образовании Совета по делам инвалидов при Президенте Республики Татарстан: Указ Президента республики Татарстан №УП-808 от 31.12.2010 г.

² Общественная палата Кировской области: официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: <http://opko43.ru/> (дата обращения 25.08.2021); Общественная палата Оренбургской области: официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: <https://orenpalata.orb.ru/> (дата обращения 25.08.2021); Общественная палата Пермского края:

края и Республики Башкортостан есть представители некоммерческих организаций инвалидов.

Общественные советы при органах исполнительной власти в сфере социальной защиты субъектов Российской Федерации призваны содействовать выявлению проблем инвалидов в данной области, формировать компетентные рекомендации по их преодолению. Анализ сайтов органов исполнительной власти в сфере социальной защиты рассматриваемых регионов Приволжского федерального округа показал, что общественные организации инвалидов представлены в каждом из общественных советов¹. При этом в Саратовской области, регионе с низкой инвалидизацией населения и менее всех из рассматриваемых регионов сформированной системой реабилитации, в общественном совете представлены *семь* некоммерческих организаций, *шесть* из которых реализуют интересы различных категорий инвалидов.

Важным элементом реабилитационной среды инвалида в российском регионе является *информационное обеспечение*. Нами были проанализированы информационные порталы, созданные для инвалидов в рассматриваемых регионах Приволжского федерального округа.

официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: <https://oppk.permkrai.ru/> (дата обращения 25.08.2021); Общественная палата Республики Башкортостан: официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: <https://op.bashkortostan.ru/> (дата обращения 25.08.2021); Общественная палата Республики Татарстан: официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: <https://opr.tatarstan.ru/> (дата обращения 25.08.2021); Общественная палата Саратовской области: официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: <http://op64.pf> (дата обращения 25.08.2021)

¹ См.: Министерство труда и социальной защиты Саратовской области: официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: http://www.social.saratov.gov.ru/obshchaya_informatsiya_o_ministerstve/obshchestvennyy_sovet_pri_ministerstve/ (дата обращения 25.08.2021); Министерство социального развития Пермского края: официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: <http://minsoc.permkrai.ru/obshchestvennyy-sovet/sostav-soveta/> (дата обращения 25.08.2021); Министерство семьи, труда и социальной защиты населения Республики Башкортостан: официальный сайт [Электронный ресурс]. URL: https://mintrud.bashkortostan.ru/about/links/ds_links/ (дата обращения 25.08.2021); Министерство социального развития Оренбургской области: официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: <https://msr.orb.ru/about/1707/> (дата обращения 25.08.2021); Министерство социального развития Кировской области: официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.socialkirov.ru/social/root/dsr/council.htm> (дата обращения 25.08.2021); Министерство труда и социальной защиты Республики Татарстан: официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: <https://mtsz.tatarstan.ru/obshchestvennyy-sovet.htm> (дата обращения 25.08.2021).

Анализ показал, что *специальные порталы для инвалидов на официальных сайтах органов государственной власти* созданы в Саратовской области («Социальный навигатор»)¹, в Пермском крае («Карта доступности Пермского края»). На сайте Министерства социального развития Кировской области в разделе «Портал социальных услуг Кировской области» создан раздел «Людьми с инвалидностью». На сайте Министерства семьи, труда и социальной защиты населения Республики Башкортостан в разделе «Информационные ресурсы для людей с ограниченными возможностями здоровья» нет специализированной информации для инвалидов по тематическим направлениям, но представлены ссылки и краткие аннотации информационных порталов для инвалидов федерального и регионального уровня, а также специализированные порталы по различным вопросам инвалидности и реабилитации инвалидов. Министерство цифрового развития государственного управления, информационных технологий и связи Республики Татарстан анонсирует открытие портала «Доступная среда», который в данное время находится в стадии разработки. Нет ссылок на информационный портал на официальном сайте Министерства социального развития Оренбургской области, отсутствуют планы по разработке сайта в региональной программе по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, детей-инвалидов.

Следует отметить, что только на сайте «Карта доступности Пермского края» для пользователей предусмотрена возможность пройти опрос и оставить свое мнение о сайте.

Анализ наличия или отсутствия информационных ресурсов для инвалидов в качестве элементов реабилитационной среды инвалида показал региональные особенности в их создании и функционировании. На наш взгляд,

¹ Социальный навигатор Саратовской области. Информационный сайт для родителей детей-инвалидов [Электронный ресурс]. URL: <http://sn64.ru/> (дата обращения 25.08.2021); Карта доступности Пермского края [Электронный ресурс]. URL: <https://bezbarierov.permkrai.ru/> (дата обращения 25.08.2021); Портал социальных услуг Кировской области. Сфера социальной защиты и социального обслуживания населения [Электронный ресурс]. URL: <http://www.socialkirov.ru/social.htm?f=6&blk=10331049> (дата обращения 25.08.2021); Информационные ресурсы для людей с ограниченными возможностями здоровья/ Министерство семьи, труда и социальной защиты населения Республики Башкортостан: официальный сайт [Электронный ресурс]. URL: https://mintrud.bashkortostan.ru/about/links/ds_links/ (дата обращения 25.08.2021);

также важен вопрос оценки востребованности данных ресурсов самими инвалидами, их семьями, специалистами социальной и реабилитационной сферы по причине качества представленной информации и ее доступности для разных категорий инвалидов.

Представляет интерес анализ институциональной составляющей реабилитационной среды инвалида рассматриваемых регионов Приволжского округа¹.

Региональные подходы к реабилитационной инфраструктуре для инвалидов можно разделить на два типа: *традиционный и нетрадиционный*.

Нетрадиционный подход формируется в Пермском крае, традиционный развивается в остальных пяти рассматриваемых нами территориях.

Отметим традиционный подход к *реабилитационной инфраструктуре* для инвалидов в *Саратовской области* с учетом определенной региональной специфики. Система социальной реабилитации организована на основе принципа преемственности реабилитационных мероприятий, 15 реабилитационных центров активно взаимодействуют с центром реабилитации и адаптации инвалидов (*адаптационный аспект*), а также социально-оздоровительным центром и центром профессионального обучения инвалидов (*интеграционный аспект*).

Преемственность в предоставлении реабилитационных услуг прослеживается в *Республике Башкортостан*. В системе реабилитации представлено 5 реабилитационных центров, основанных на условиях *линейно-функциональной структуры* (центры имеют филиалы в муниципальных образованиях республики), а также 154 организации социального обслуживания, предоставляющие социальные услуги населению по месту жительства.

¹ Материал подготовлен на основе анализа документов – проектов региональных программ по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, Кировской области, Республики Татарстан, Саратовской области, Оренбургской области, Республики Башкортостан, размещенных на сайте Министерства труда и социальной защиты населения Российской Федерации [Электронный ресурс]. URL: <https://mintrud.gov.ru/ministry/programms/25/13/region> (дата обращения 11.08.2021)

Для Республики Татарстан характерен линейно-межтерриториальный принцип функционирования системы реабилитации: в реализации комплексных услуг по реабилитации занято 6 государственных и 11 негосударственных поставщиков. Кроме того, в Республике действуют 7 социально-реабилитационных отделений на базе комплексных центров социального обслуживания населения и 9 некоммерческих организаций, которые также реализуют программы по социальной реабилитации инвалидов, детей-инвалидов. В соответствии с законодательством Республики инвалиды и семьи с детьми-инвалидами имеют возможность выбора поставщиков реабилитационных услуг.

Традиционный подход отметим в рамках системы социального обслуживания в *Оренбургской области*, но он также имеет свою специфику. Так, три специализированных реабилитационных центра региона, а также две негосударственные организации, реализующие программы комплексной реабилитации, отнесены к категории учреждений стационарного социального обслуживания. Реабилитационные услуги в полустационарной форме оказывают 40 комплексных центров социального обслуживания.

В *Кировской области* реализуется подход к формированию реабилитационной среды, который можно назвать *инновационно-технологическим*, несмотря на его принадлежность к *традиционной модели* социального обслуживания. Так, в регионе активно развивается система выявления инвалидов, семей с детьми-инвалидами, нуждающихся в реабилитационных мероприятиях, тем самым происходит уход от заявительного принципа к оказанию услуг, организуется информирование и просвещение инвалидов. Выявление нуждающихся – это первый этап технологии. Его реализуют специалисты службы индивидуальных консультантов. Второй этап – предоставление инвалидам комплексных реабилитационных услуг на базе 30 действующих в данной сфере организаций, третий этап – предоставление социально-реабилитационных услуг на базе комплексных центров социального обслуживания. Четвертый этап – оказание социально-реабилитационных услуг на базе комплексных центров социального обслуживания.

В основе традиционного подхода размещена действующая система социального обслуживания с привлечением поставщиков социальных услуг всех форм собственности. Однако ключевую позицию в данном подходе занимают специализированные реабилитационные центры для детей и взрослых, отделения реабилитации на базе комплексных центров социального обслуживания и оказание реабилитационных услуг в учреждениях стационарного социального обслуживания (домах для престарелых и инвалидов, психоневрологических центрах и др.) проживающим в них инвалидам.

Общей для традиционного и нетрадиционного подходов системы реабилитации является функция оказания реабилитационных услуг инвалидам в специализированных реабилитационных центрах, а также поставщиков реабилитационных услуг иных форм собственности и задействование в системе реабилитации учреждений стационарного социального обслуживания.

В Пермском крае в период социальных реформ 2008 года упразднены комплексные центры социального обслуживания, тем самым радикально была изменена реабилитационная инфраструктура региона, поэтому в настоящее время реабилитационная среда инвалида в Пермском крае является нетипичной для России: официально в систему входят *девятнадцать* реабилитационных организаций, из них центр комплексной реабилитации инвалидов с пятью отделениями находится в городе Перми и пять – в территориях края, три центра реабилитации для детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья, а также *пятнадцать* иных, государственных и негосударственных организаций (в основном санаториев-профилакториев).

Данные организации реализуют мероприятия по реабилитации инвалидов, детей-инвалидов в рамках десяти программ (две – для детей, восемь – для взрослых). Периодичность, количество и содержание реабилитационных программ и предоставляемых реабилитационных услуг определяются возрастом инвалида и зависят от нозологии и группы инвалидности. Реабилитационные услуги предоставляются в условиях дневного или временного пребывания, что определяется возможностями реабилитационной организации. В соответствии

с рекомендациями индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалиду выдаются направления или сертификаты на реабилитацию, направления действуют для государственных организаций, сертификаты же можно реализовать в негосударственных реабилитационных организациях Пермского края¹.

Реабилитационная среда инвалида в Пермском крае в современных условиях отличается неравномерностью, процесс ее формирования обусловлен не столько потребностями и запросами людей с инвалидностью, сколько финансовыми возможностями региона. В Пермском крае на данный момент отсутствует кластерный подход к формированию региональной реабилитационной среды, она формируется чаще всего внепланово: в соответствии с действующим федеральным и региональным законодательством любая организация может заявить себя в качестве поставщика реабилитационных услуг, что и происходит. В 2018 году при учреждениях стационарного социального обслуживания Пермского края были созданы реабилитационные отделения, но так складывается, что учреждения «не выходят» во внешнюю, муниципальную реабилитационную среду, оказывают реабилитационные услуги только проживающим в них гражданам.

В настоящее время комплексная реабилитация в Пермском крае формируется по таким направлениям, как маршрутизация получателей реабилитационных услуг в реабилитационные организации в зависимости от степени имеющихся нарушений (ограничений жизнедеятельности); формирование в перспективе реабилитационной среды инвалида на уровне муниципальных образований через систему реабилитации по месту жительства (коммунальная реабилитация) для инвалидов и других маломобильных групп населения², использование реабилитационных ресурсов муниципальных образований.

¹ Об утверждении порядков в сфере реабилитационных услуг: Приказ Министерства социального развития Пермского края № СЭД-33-01-03-31 от 6 февраля 2015 г. //Справочно-правовая система «Гарант» (Электронный ресурс). URL: <https://base.garant.ru/32716970/> (дата обращения 20.12.2020)

² Об организации в отдельных территориях Пермского края системы комплексной реабилитации по месту жительства (коммунальной реабилитации) для инвалидов и других маломобильных групп населения: приказом Министерства социального развития Пермского края №33-01-03-110 от 25.02.2021 г.

Как мы выяснили, региональные особенности формирования реабилитационной среды инвалида можно оценить через организацию реабилитационной инфраструктуры. Достоинством традиционного подхода в рамках системы социального обслуживания является его сформированность, привычность восприятия для инвалидов, доступность реабилитационных услуг, наличие социально-реабилитационных организаций по месту жительства.

Использование инновационных подходов к развитию данной системы также характеризует ее жизнеспособность. Достоинством нетрадиционного подхода является привлечение организаций различных форм собственности для оказания реабилитационных услуг, ориентированных на разные категории и группы инвалидов. Конструирование реабилитационной среды по месту жительства инвалидов направлено на повышение доступности социально-реабилитационных услуг, а также организацию мероприятий по иным направлениям реабилитации при координационной роли в данном процессе реабилитационных менеджеров и должно способствовать реализации потребности инвалидов в реабилитационных мероприятиях, их социальной адаптации, интеграции, улучшению условий жизнедеятельности, повышению качества и уровня жизни.

Таким образом, состояние реабилитационной среды инвалида в российском регионе характеризуется доминированием традиционной парадигмы инвалидности (реализацией медицинской и административной моделей) в реабилитационной среде, в то же время отмечается формирование современного подхода к конструированию реабилитационной среды инвалида, обусловленного наличием ресурсов реабилитационной инфраструктуры, правового обеспечения, информационного сопровождения, при этом достоинством является вовлеченность инвалидов в формирование социальной и реабилитационной политики через общественное участие в деятельности координационных советов по делам инвалидов, общественных палат регионов и общественных советов исполнительных органов государственной власти; современное состояние

и процессы имеют ярко выраженную региональную специфику в рамках проблемы инвалидизации населения, социально-демографической характеристики инвалидов, подходов к формированию реабилитационной инфраструктуры.

2.2. Оценка современной реабилитационной среды инвалида в российском регионе (по данным социологического исследования в Пермском крае)

Как мы уже отмечали, по данным Федерального реестра инвалидов в Пермском крае за последние три года наблюдается снижение общей численности инвалидов в целом, при этом численность детей-инвалидов увеличивается, увеличивается также доля инвалидов трудоспособного возраста в структуре инвалидов в регионе (таблица 18).

Согласно действующему законодательству¹, инвалиды, дети-инвалиды имеют право на получение реабилитационных услуг в соответствии с рекомендациями, содержащимися в индивидуальных программах реабилитации и абилитации инвалидов. В то же время важно отметить, что в регионе нормативы оказания реабилитационных услуг инвалидам предусмотрены только для мероприятий по социальной реабилитации и абилитации².

Таблица 18

Динамика численности инвалидов, детей-инвалидов в Пермском крае
(по данным на 1 января соответствующего года)³

Категория инвалидов	2019 г.		2020 г.		2021 г.	
	Количество инвалидов, чел.	Доля в общей численности инвалидов, %	Количество инвалидов, чел.	Доля в общей численности инвалидов, %	Количество инвалидов, чел.	Доля в общей численности инвалидов, %
Дети	9 450	4,2	9 741	4,4	9 798	4,6
Трудоспособного возраста	67 346	27,6	65 683	31,2	64 326	31,8
Старше трудоспособного возраста	137 448	68,2	135 072	64,4	128 304	63,6
Всего	243 769	100	210 496	100	202 428	100

¹ О социальной защите инвалидов в Российской Федерации: Федеральный закон № 181-ФЗ от 24.11.1995 г.

² Об утверждении порядков в сфере реабилитационных услуг: Приказ Министерства социального развития Пермского края № СЭД-33-01-03-31 от 6 февраля 2015 г. //Справочно-правовая система «Гарант» (Электронный ресурс). URL: <https://base.garant.ru/32716970/> (дата обращения 20.12.2020).

³Федеральный реестр инвалидов [Электронный ресурс]. URL: <https://sfri.ru/analitika/chislennost> (дата обращения 01.09.2021)

Субъектами реабилитационной среды инвалида в Пермском крае между тем являются организации и учреждения различных сфер, а также некоммерческие организации инвалидов, родителей детей-инвалидов, социально ориентированные некоммерческие организации, реализующие социально значимые услуги в отношении данной целевой группы.

Согласно данным реабилитационного паспорта Пермского края, за 2020 год в региональную систему комплексной реабилитации включены 483 организации, оказывающие реабилитационные услуги инвалидам, детям-инвалидам, из них 416 – организации и учреждения системы образования, 35 – социальной защиты и социального обслуживания, 22 – сферы культуры, 8 – системы здравоохранения, 1 – физической культуры и спорта, 1 – занятости населения¹. Среди 952 некоммерческих организаций Пермского края, внесенных в реестр социально ориентированных НКО региона, только 7% (это 67 организаций), в которых целевой группой являются инвалиды². Эти структуры представлены как в Перми, так и городах Пермского края и в сельских территориях, сферы их деятельности также разнообразны – от социокультурной, физической культуры и спорта до деятельности в области содействия занятости, формирования и повышения профессиональных, социальных и коммуникативных компетенций инвалидов.

Насколько реабилитационные организации и учреждения востребованы инвалидами, как они сами оценивают состояние реабилитационной среды региона мы уточнили с помощью проведения анкетного опроса среди инвалидов, родителей детей-инвалидов и законных представителей инвалидов, обращающихся к специалистам Министерства социального развития Пермского края в 2019–2021 гг. Данные опроса респондентов – получателей реабилитационных

¹ По данным Министерства социального развития Пермского края.

² Реестр социально ориентированных некоммерческих организаций, сформированный в соответствии с подпунктами «а» и «в» пункта 1 перечня поручений Президента Российской Федерации по итогам встречи с участниками общероссийской акции «Мы вместе» 30 апреля 2020 г. [Электронный ресурс]. <https://data.economy.gov.ru/analytics/sonko/region/110?page=2&query=%D0%B8%D0%BD%D0%B2> (дата обращения 01.09.2021)

услуг за 2019–2020 и 2021 год – показали существенную разницу в оценке реабилитационной среды региона.

Необходимо отметить, что в полной мере реабилитационные услуги и реабилитационные мероприятия в Пермском крае реализовывались по март 2020 года, т.е. до введения в регионе режима повышенной готовности ввиду угрозы распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19),¹ с этого времени реабилитационные организации функционировали не в полной мере, инвалиды не могли получить реабилитационные услуги и участвовать в реабилитационных мероприятиях в полном объеме. Для анализа показательным является 2019 год, приведем данные за этот период (таблица 19).

Сопоставление количества индивидуальных программ реабилитации и абилитации, разработанных в 2019 году, и содержащихся в них рекомендаций по социальной реабилитации (28 484)² показывает, что только 66% инвалидов обращаются в соответствующие организации для реализации мероприятий по социальной реабилитации.

Таблица 19

Данные о получателях услуг по социальной реабилитации в Пермском крае (чел.)
(по данным на 01.01.2020 г.)³

Получатели услуг	Всего	Обратились за реабилитационными услугами	Получили реабилитационные услуги
Дети-инвалиды	10 041	4 220	3 667
Инвалиды трудоспособного возраста	53 886	3 713	1 072
Инвалиды старше трудоспособного возраста	147 656	10 330	562

Рассмотрим подробнее данные опроса для уточнения проблем, которые являются причиной недостаточно эффективного процесса формирования реабилитационной среды инвалида в регионе; на наш взгляд, многие из перечисленных недостатков являются типичными и для других территорий России.

¹ О мероприятиях, реализуемых в связи с угрозой распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в Пермском крае: Указ губернатора Пермского края № 23 от 29 марта 2020 г.

² По данным Федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Пермскому краю» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации.

³ По данным Министерства социального развития Пермского края, данные могут расходиться с имеющимися в Федеральном реестре инвалидов.

Характеристика выборки.

Исследование проводилось на базе территориальных управлений Министерства социального развития Пермского края.

Таблица 20

Характеристика респондентов исследования

Респонденты	2019-2020 гг.		2021 г.		ИТОГО	
	количество инвалидов, чел	доля в общей численности респондентов, %	количество инвалидов, чел	доля в общей численности респондентов, %	количество инвалидов, чел	доля в общей численности респондентов, %
<i>Распределение респондентов по возрасту</i>						
Дети-инвалиды	497	66	260	49	757	63
Инвалиды трудоспособного возраста	164	22	144	33	308	26
Инвалиды старше трудоспособного возраста	90	12	37	8	127	10
<i>Распределение респондентов по полу</i>						
Мужчины	419	56	219	50	638	54
Женщины	327	44	222	50	549	46
<i>Распределение респондентов по месту жительства</i>						
Сельские территории	309	42	178	40	487	41
Города Пермского края	349	46	199	45	548	46
г. Пермь	88	12	64	15	152	13

Выборка – гнездовая районированная. Объем выборки составил 1 187 человек, из них 746 человек было опрошено в 2019 – начале 2020 г. (большая часть – в 2019 г.), 441 человек – в 2021 г. В число респондентов попали инвалиды трудоспособного и старше трудоспособного возраста, а также родители и законные представители детей-инвалидов, проживающих в городе Перми, городах и сельских территориях Пермского края (таблица 20). Выборка репрезентативна количеству получателей реабилитационных услуг.

Анализ результатов исследования по основным смысловым блокам показал следующее.

Учет интересов инвалидов при составлении индивидуальных программ реабилитации и абилитации в бюро медико-социальной экспертизы.

79% опрошенных (934 человека) отметили, что их интересы и потребности учитывались при составлении индивидуальных программ реабилитации и абилитации. Данный фактор является важным, поскольку способствует формированию мотивации инвалидов для участия в реабилитационных мероприятиях. При этом среди инвалидов трудоспособного возраста доля тех, кто отметил, что их интересы и потребности учитывались при разработке индивидуальных программ реабилитации и абилитации, выше, чем среди родителей детей-инвалидов и инвалидов старше трудоспособного возраста (рисунок 11).

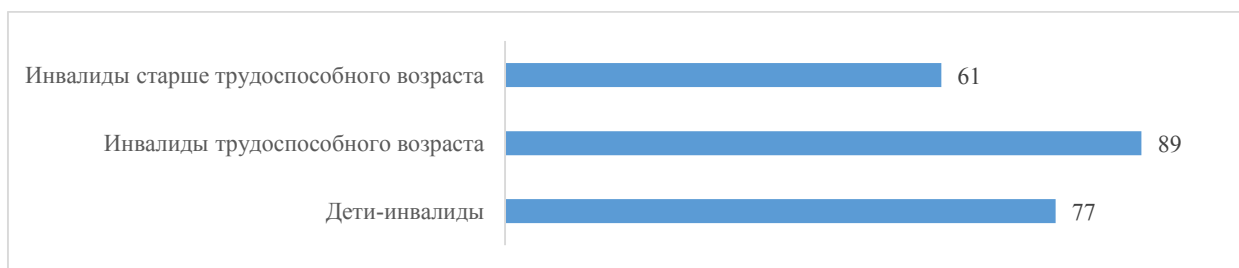


Рисунок 11. Оценка респондентами учета интересов инвалидов при составлении индивидуальных программ реабилитации и абилитации (%) (N=934)

Информирование о процессе получения реабилитационных услуг

Процесс информирования инвалидов о различных составляющих реабилитационной среды региона и о возможностях получения реабилитационных услуг в Пермском крае, по мнению респондентов, выстроен вполне удовлетворительно: лучше всего информационная работа проводится в бюро медико-социальной экспертизы, хуже – в территориальных управлениях Министерства социального развития Пермского края. Между тем такая важная составляющая реабилитационной среды, как информирование, в организации реабилитационной работы с инвалидами присутствует (рисунок 12).

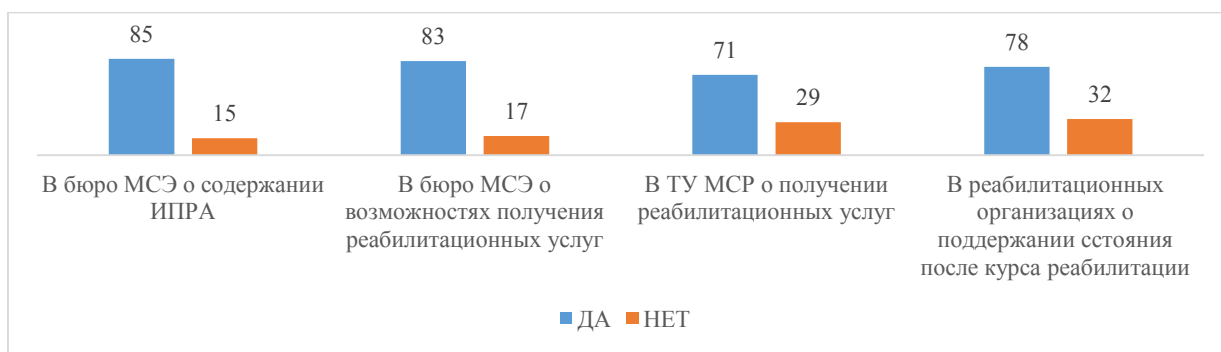


Рисунок 12. Оценка респондентами информирования о вопросах, связанных с реабилитацией, в процессе установления инвалидности и при получении реабилитационных услуг (%) (N=1 187)

Учет интересов, потребностей и пожеланий инвалида при планировании реабилитационных мероприятий и направлении в реабилитационные организации.

Большая часть опрошенных в 2019–2020 гг. респондентов (90,9%) отметили, что в основном они получили реабилитационные услуги там, где планировали; среди респондентов, опрошенных в 2021 году, это отметили только 86%.

На отсутствие возможности получения реабилитационных услуг, скорее всего, повлияло на то, что негосударственные поставщики (санатории-профилактории) не работали в полном объеме, государственные организации из-за ограничений сократили количество обслуживаемых, поэтому инвалиды были вынуждены обращаться за получением реабилитационных услуг в те организации, которые были готовы их принять.

При этом следует отметить, что специфика реабилитационной инфраструктуры в Пермском крае в основном ориентирована на детей-инвалидов (см. табл. 19), поэтому среди тех респондентов, кто получил реабилитационные услуги в организациях по своему выбору, особенно в 2021 году, большая часть – дети-инвалиды. Отметим, что в опросе участвовали родители (законные представители) детей-инвалидов (рисунок 13).

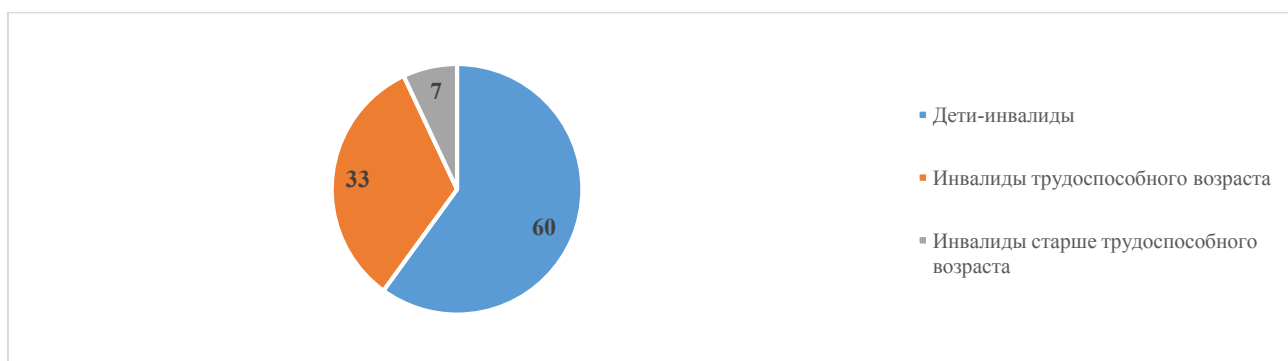


Рисунок 13. Удовлетворенность респондентами выбором реабилитационных организаций (%) (N=381)

В Пермском крае инвалиды могут выбирать реабилитационную организацию вне зависимости от той территории, где они проживают, прямой корреляции между местом жительства инвалида и местом получения реабилитационных услуг, как правило, не наблюдается. Однако, например, в 2019 году только 42% жителей г. Перми ответили, что получили реабилитационные услуги по своему выбору, в 2021 году так ответили уже 85% жителей г. Перми.

Выбор реабилитационного учреждения в 2019–2020 году 62,6% респондентов объяснили близостью к дому (в 2021 году – 54%, здесь, скорее всего, сказалась возможность получения реабилитационных услуг в дистанционной форме). 71% среди опрошенных респондентов выбор реабилитационной организации объяснили тем, что данное учреждение имеет хорошую реабилитационную базу, располагает передовым реабилитационным оборудованием, 76% респондентов ответили, что в данной организации услуги оказывают высокопрофессиональные специалисты по реабилитации, 79% из числа респондентов обращаются в учреждение повторно, ориентируясь на свой положительный предыдущий опыт (рисунок 14).

Среди опрошенных в 2019–2020 гг. 21% респондентов отметили, что не выбирали реабилитационную организацию, их направили специалисты территориальных управлений Минсоцразвития. При этом в 2021 году, когда респонденты были более ограничены в выборе реабилитационных организаций из-за

карантина ввиду коронавирусной инфекции, только 7,5% опрошенных отметили, что им не предоставили возможность выбора, направили без согласования с ними.

Следовательно, специалисты территориальных управлений Министерства социального развития становятся все более внимательными к инвалидам в решении данного вопроса, стараются в большей степени учитывать пожелания, интересы, потребности.



Рисунок 14. Оценка респондентами учета их интересов и потребностей при направлении в реабилитационные организации для получения реабилитационных услуг, (%) (N=1 187)

Наличие средовых физических барьеров, затрудняющих обращение в организации системы медико-социальной экспертизы и реабилитации.

Респонденты отметили наличие средовых барьеров. Так, 49% участников опроса сообщили о физических трудностях при обращении в бюро медико-социальной экспертизы, 42% – о затруднениях, связанных с транспортом, чтобы попасть в соответствующие реабилитационные организации. При этом, как видно на рисунке 15, наибольшие трудности в связи с имеющимися физическими (транспортными) барьерами испытывают родители детей-инвалидов, чуть в меньшей степени – инвалиды трудоспособного возраста.

Транспортную недоступность (труднодоступность) при обращении в реабилитационные организации отметили 51% опрошенных жителей городов

Пермского края, 45% – сельской местности и 4% респондентов, проживающих в г. Перми. Следовательно, это является значимым барьером формирования реабилитационной среды инвалида в Пермском крае, как видим, в большей степени – для жителей городов Пермского края и сельских территорий.

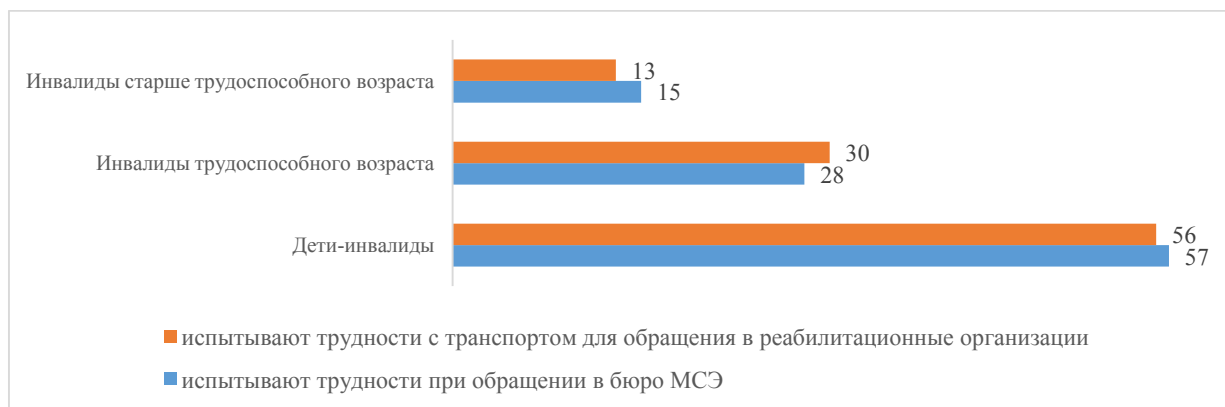


Рисунок 15. Распределение респондентов, испытывающих трудности при обращении в соответствующие организации (%) (N=338; 290)

Нами также были проанализированы результаты опроса, которые касались изучения потребности в ассистенте при получении реабилитационных услуг, ее высказали 40% инвалидов. На данный момент в Пермском крае технологии сопровождения инвалидов в различных направлениях реабилитационной деятельности только начинают развиваться. В г. Перми людям с инвалидностью предоставляется услуга по сопровождению до места передвижения. При этом среди опрошенных респондентов только 17% жителей г. Перми высказали потребность в ассистентах, как выясняется, наиболее востребованы ассистенты в процессе получения реабилитационных услуг для жителей городов Пермского края (52%) и жителей сельской местности (42%). Среди инвалидов наибольший запрос на ассистентов для сопровождения в процессе получения реабилитационных мероприятий высказывают родители детей-инвалидов (54%), инвалиды трудоспособного возраста (32%) и инвалиды старше трудоспособного возраста (14%). Следовательно, необходимо развивать технологии сопровождения инвалидов в территориях Пермского края, в том числе – на условиях государственно-частного партнерства или с привлечением некоммерческих организаций.

Оценка содержания реабилитационных мероприятий.

90% респондентов отметили, что им были предоставлены все услуги, которые они хотели бы получить. Интересно, что содержание реабилитационных услуг определяется индивидуальной программой реабилитации и абилитации инвалидов, но следует предположить, что запросы на услуги у некоторых инвалидов гораздо выше, чем то, что они реально получают. В связи с этим возникает необходимость выстраивать более тесное взаимодействие реабилитационным организациям с некоммерческим сектором, где реализуются иные, дополнительные, возможно, более интересные мероприятия.

Отметим как проблему, что 60% инвалидов считают достаточными только мероприятия по медицинской реабилитации, социальные аспекты реабилитационной деятельности данными респондентами не оцениваются.

Оценка респондентами разных сфер реабилитационной среды региона.

Первый вывод, который следует сделать по результатам опроса респондентов, это то, что возможности реабилитационной среды региона инвалидами используются недостаточно. Более половины опрошенных обращались только в учреждения системы здравоохранения (рисунок 16).

В то же время удивляет и другая информация, свидетельствующая, что 13% респондентов (несмотря на рекомендации) не обращались в учреждения здравоохранения по месту жительства (поликлиники), 21% не проходили медицинскую реабилитацию в стационарах.

При этом в целом по выборке не обращались в медицинские стационары 45% жителей городов Пермского края, 43% жителей сельских территорий и 11% жителей г. Перми.

К сожалению, не обращаются инвалиды и в реабилитационные организации других сфер, а также некоммерческие организации инвалидов. Возможно, причина заключается в отсутствии информации о мероприятиях, услугах, видах деятельности, которые данные организации реализуют.

Обращаемость в 2021 году в организации ниже, чем в 2019–2020 гг., что, скорее всего, связано с вводимыми в данных организациях ограничительными

мерами из-за угрозы распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19).



Рисунок 16. Доля инвалидов, не обращающихся в реабилитационные организации различных сфер (%) (N=1 187)



Рисунок 17. Средние значения ответов респондентов в зависимости от оценки реабилитационных организаций различных сфер (баллы) (1 – «очень плохо», 2 – «плохо», 3 – «удовлетворительно», 4 – «хорошо», 5 – «отлично»)

Анализ оценки респондентами реабилитационных учреждений, в которые они обращались за рассматриваемый период, показал, что в среднем по 5-балльной системе, где «1» – «очень плохо», «5» – «отлично», опрошенные инвалиды оценили организации на 3,77 балла (рисунок 17). Как видно, выше всего оценивали респонденты реабилитационные центры для детей и взрослых, в среднем на 4,4 и 4,2 балла из 5 максимальных соответственно. Ниже всего (3,4 балла) респондентами были оценены учреждения занятости населения, а также поликлиники по месту жительства и некоммерческие организации (3,45 баллов соответственно).

Таблица 21

Распределение ответов респондентов в зависимости от оценки реабилитационных организаций различных сфер (в%)
(доля от количества обратившихся в соответствующие организации в 2019–2021 гг.)

Реабилитационные организации	Очень плохо		Плохо		Удовлетворительно		Хорошо		Отлично	
	2019–2020 гг.	2021	2019–2020 гг.	2021	2019–2020 гг.	2021	2019–2020 гг.	2021	2019–2020 гг.	2021
Санаторий-профилакторий	5	0,4	2,5	1,2	13	13	53	44	26	41
Некоммерческая организация	9	12	5	15	20	19	58	35	15	19
Организация системы занятости населения	6	15	7	12	25	26	25	37	14	10
Организация системы культуры	6	8	4	10	15	18	55	49	27	15
Организация системы физкультуры и спорта	6	8	3	6	21	26	48	41	27	20
Организация системы образования	3	2	3	9	20	11	54	53	25	20
Реабилитационный центр для взрослых	3	2	2	3	14	12	55	40	38	43
Реабилитационный центр для детей	0,5	0,5	0,5	1	8	9	49	41	49	48
Организация системы здравоохранения (амбулаторно)	1	1	5,5	9,5	30	33	59	41	15	11
Организация системы здравоохранения (стационарно)	1	1,4	5,3	10	33	35	54	40	18	13

Частотные распределения ответов респондентов оценки посещений за рассматриваемый период реабилитационных организаций показал, что большинство опрошенных оценивают реабилитационные организации на «хорошо», на «отлично» оценивают только реабилитационные центры для детей, на «удовлетворительно» – центры занятости населения (таблица 21).

Более половины от числа опрошенных (54%) в 2019–2020 гг. на «хорошо» оценили процесс получения реабилитационных услуг в медицинских стационарах, чуть больше (59%) оценили на «хорошо» получение амбулаторных услуг по медицинской реабилитации в поликлиниках по месту жительства. На «отлично» оценили получение услуг в рассматриваемых организациях соответственно 18 и 15% опрошенных.

Ситуация пандемии, очевидно, также повлияла на возможность получения услуг по медико-социальной реабилитации: только 41% из числа опрошенных в 2021 г. на «хорошо» оценили процесс получения реабилитационных услуг в медицинских стационарах, 41% на «хорошо» – получение амбулаторных услуг по медицинской реабилитации в поликлиниках по месту жительства, на «отлично» получение услуг оценили 13 и 11% опрошенных инвалидов соответственно.

Больше всего недовольств вызвали поликлиники по месту жительства у инвалидов старше трудоспособного возраста (37%), а также у инвалидов трудоспособного возраста (34%). Возрастных различий в оценке стационарных учреждений здравоохранения как реабилитационных организаций нами выявлено не было.

В части социальной реабилитации 49% опрошенных в 2019–2020 гг. респондентов оценили процесс получения услуг в реабилитационных организациях для детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья на «хорошо», столько же – на «отлично». Из общего числа получавших реабилитационные услуги взрослых инвалидов на «хорошо» оценили реабилитационные организации 55%, на «отлично» – 38%. В 2021 году на «хорошо» оценили получение реабилитационных услуг в реабилитационных центрах для детей

41% респондентов, на «отлично» – 48%; получение услуг в реабилитационных организациях для взрослых на «хорошо» – 40%, на «отлично» – 43% инвалидов: можно отметить положительную динамику в сторону некоторого повышения положительной оценки реабилитационных организаций в 2021 году по сравнению с 2019 и 2020, особенно – реабилитационных центров для взрослых. *Следовательно, сфера социальной реабилитации развивается, в том числе – с учетом потребностей инвалидов.*

Образовательные организации более половины опрошенных инвалидов оценили на «хорошо», четверть опрошенных в 2019–2020 гг. и пятая часть опрошенных в 2021 г. – на «отлично». В ходе исследования нами рассматривались образовательные организации всех уровней образования, однако из общего числа респондентов, на «хорошо» и «отлично» оценивших образовательные учреждения региона, 84% – родители детей-инвалидов, 5% – инвалиды трудоспособного возраста. При этом в Пермском крае сегодня функционирует система образовательных организаций, ориентированных на обучение, подготовку и переподготовку инвалидов.

Аналогичны оценки инвалидами организаций сферы культуры. В 2019–2020 гг. оценки инвалидами данных организаций были выше, чем в 2021 году, что, действительно, удивляет, поскольку система учреждений культуры Пермского края весьма обширна: в муниципальных образованиях региона есть клубы и дома культуры, библиотеки, детские школы искусств, где для посетителей, детей и взрослых-инвалидов, существуют специальные программы. Скорее всего, следует отметить недостаточную приспособленность среды для людей с различными формами инвалидности.

Организации сферы физической культуры и спорта получили более низкие оценки респондентов, при этом отметим, что оценки в 2019–2020 гг. также были выше, чем в 2021. Так, на «хорошо» в 2019–2020 гг. организации системы физкультуры и спорта оценили 48% опрошенных, в 2021 г. только 41%. Почти треть респондентов в 2019–2020 гг. оценили организации физкультуры и спорта на «отлично», в 2021 г. аналогичное количество поставило оценку

«удовлетворительно». Министерство физической культуры и спорта Пермского края в качестве реабилитационной организации сферы физкультуры и спорта заявляет только Пермский региональный спортивно-тренировочный центр адаптивного спорта; спортивные организации, находящиеся в ведении органов местного самоуправления территорий края, не учитываются, между тем именно спортивные клубы по месту жительства, физкультурно-оздоровительные комплексы, бассейны и иные организации физкультуры и спорта рассматриваются инвалидами как реальные и потенциальные реабилитационные площадки, их они и оценивали в ходе опроса. Очевидно, на оценку повлияло снижение количества мероприятий, проводимых с участием инвалидов, в данных организациях в 2021 году.

Несмотря на низкий уровень оценок респондентами организаций системы занятости населения (четверть опрошенных в 2019–2020 гг. оценили организации занятости на «удовлетворительно» и «хорошо», треть опрошенных в 2021 году – на «хорошо»), здесь *видна положительная динамика*. В 2021 году оценки отделов занятости Пермского края выше, чем в 2019–2020. Возможно, это связано с повышением доступности услуг в области занятости в связи с их цифровизацией, привлечением многофункциональных центров, адаптированных и доступных для инвалидов даже в отдаленных территориях края, к оказанию услуг в сфере содействия занятости инвалидов.

Отрицательная динамика наблюдается в оценке инвалидами деятельности некоммерческих организаций. Так, несмотря на то, что доля оценивших их на «отлично» в 2021 г. возросла на 4% по сравнению с количеством опрошенных в 2019–2020 гг., число респондентов, оценивших некоммерческие организации на «хорошо», за рассматриваемый период снизилось на 23%. Это, действительно, негативный процесс для развития реабилитационной среды инвалида в Пермском крае, поскольку именно некоммерческие организации реализуют инновационные реабилитационные технологии, менее формализованы, чем государственные, максимально ориентированы на интересы и потребно-

сти инвалидов, выражают и отражают в своей деятельности их интересы и потребности, представляют и защищают их права, приближены территориально к месту жительства. Очевидна недостаточная информационная открытость некоммерческих организаций в Пермском крае, особенно из числа тех, которые не являются «крупными» структурами на рынке социальных услуг и пока еще малоизвестны.

Таким образом, следует отметить, что реабилитационная среда инвалида в Пермском крае в зависимости от сферы реабилитации оценивается людьми с инвалидностью «хорошо», наиболее низко оценивается система органов занятости и амбулаторных организаций по месту жительства, наиболее высоко – детские и взрослые реабилитационные центры. Следовательно, необходимо формировать реабилитационную среду инвалида с учетом замечаний представителей целевой группы.

Оценка уровня удовлетворенности системой предоставления реабилитационных услуг в Пермском крае.

Безусловно, оценка реабилитационной среды инвалида в российском регионе не сводится к оценке удовлетворенности реабилитационными услугами, но тем не менее данный показатель является важным в оценке отношения инвалидов к реабилитационной среде, восприятия ее инвалидами.

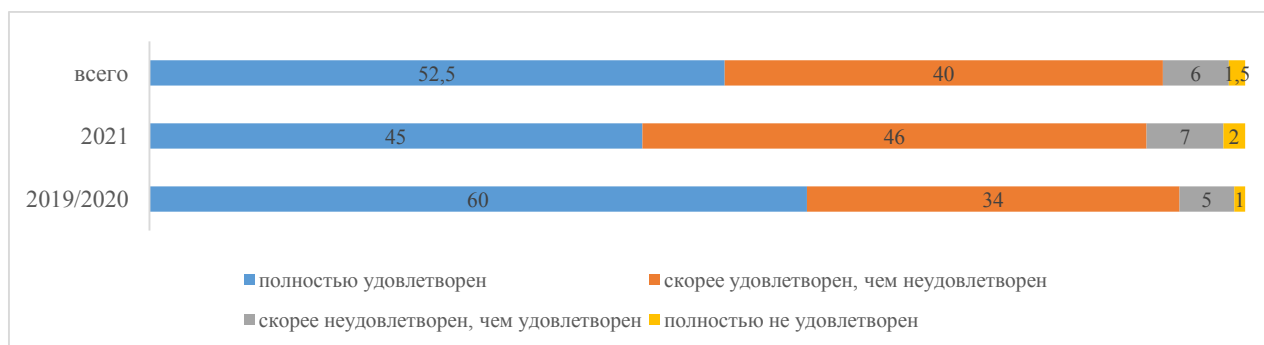


Рисунок 18. Оценка степени удовлетворенности инвалидами реабилитационных мероприятий (%)

Проведенный анализ показал, что среди опрошенных в 2019–2020 гг. 60% полностью удовлетворены качеством предоставленных реабилитационных

мероприятий, 34% скорее удовлетворены, чем нет, 7,5% – не удовлетворены. Среди опрошенных в 2021 году только 45% полностью удовлетворены качеством предоставленных реабилитационных мероприятий, хотя 46% скорее удовлетворены, чем нет, 8% – опрошенных не удовлетворены реабилитационными мероприятиями (рисунок 18).

Среди тех, кто в большей степени удовлетворён полученными реабилитационными услугами, 62% составляют родители детей-инвалидов, 32% – инвалиды трудоспособного возраста, 6% – инвалиды нетрудоспособного возраста. Анализ замечаний, высказанных инвалидами в адрес организаций, реализующих реабилитационные услуги в Пермском крае, отражен в таблице (таблице 22).

Таблица 22

Распределение замечаний респондентов в адрес организаций, предоставляющих реабилитационные услуги в Пермском крае, в зависимости от возраста

Родители детей-инвалидов	Инвалиды трудоспособного возраста	Инвалиды старше трудоспособного возраста
- расположение реабилитационной организации в разных корпусах; - отсутствие сертификатов на реабилитацию в территориальном управлении Министерства социального развития; - очередность для получения услуг; - отсутствие реабилитационных организаций по месту жительства; - необходимость доплаты за сопровождающего-родителя при совместном проживании; - отсутствие желаемых реабилитационных мероприятий (бассейн, например); - недостаточность предоставляемых услуг; - недостаточное количество предоставляемых реабилитационных мероприятий; - неудовлетворительное питание; - отсутствие квалифицированных специалистов; - низкое качество предоставляемых услуг	- неудовлетворительные условия проживания, бытовые условия; - неудовлетворительное питание; - отсутствие реабилитационных организаций по месту жительства, в «шаговой» доступности; - транспортные трудности с обращением в реабилитационную организацию; - необходимость оплаты проезда и проживания для сопровождающего лица; - необходимость доплаты за предоставление реабилитационных мероприятий в соответствии с уровнем доходов инвалида; - недостаточная физическая доступность для лиц с разными формами инвалидности (по зрению, передвигающихся на колясках); - недостаточность предоставляемых услуг; - недостаточное количество предоставляемых реабилитационных мероприятий	- отсутствие реабилитационных организаций по месту жительства, в «шаговой» доступности; - недостаточная физическая доступность для лиц с разными формами инвалидности (по зрению, передвигающихся на колясках); - недостаточность предоставляемых услуг; - недостаточность количества предоставляемых реабилитационных мероприятий; - очередность для получения услуг, долгий срок ожидания получения услуг

Как видно из таблицы, представители всех трех групп инвалидов выделяют общие замечания в отношении системы предоставления реабилитационных услуг, которые можно объединить в условия, негативно влияющие на формирование реабилитационной среды инвалида в Пермском крае (рисунок 19).



Рисунок 19. Барьеры реабилитационной среды инвалида в Пермском крае
(по материалам ответов респондентов)

Оценка реабилитационной среды инвалида Пермского края

В целом оценка системы реабилитации Пермского края (реабилитационной среды) инвалидами, родителями детей-инвалидов – положительная (рисунок 20), однако следует отметить неудовлетворенность респондентов системой в 2021 году в большей степени, чем в предыдущие годы.

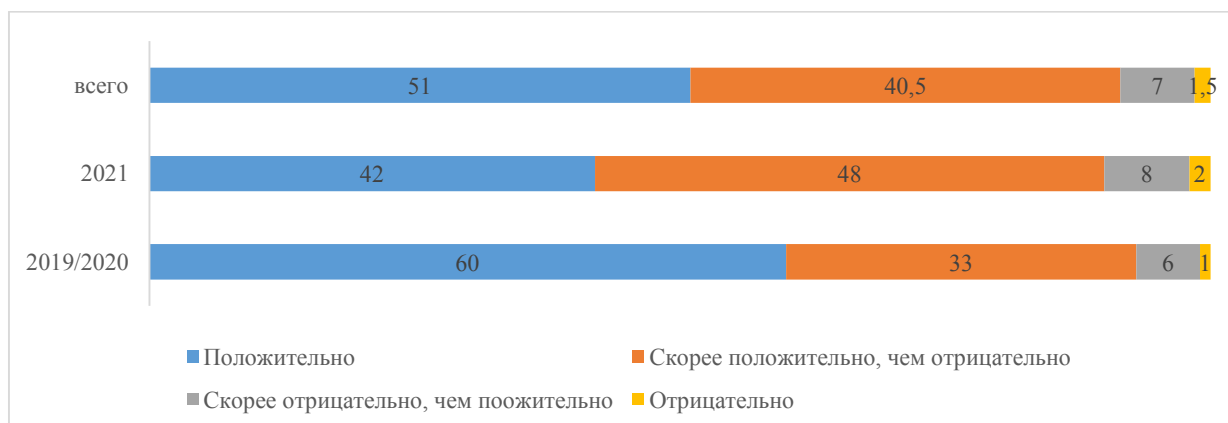


Рисунок 20. Оценка системы предоставления реабилитационных услуг в Пермском крае инвалидами, родителями детей-инвалидов в 2019–2020 и 2021 г. (%) (N=1 187)

При проведении корреляционного анализа также установлена связь оценки получения услуг в реабилитационных центрах для детей и взрослых, медицинской реабилитации в амбулаторных и стационарных учреждениях от возраста респондентов (r -Спирмена=-0,65 при $p \leq 0,001$).

В результате факторного анализа удалось уточнить условия, влияющие на оценку реабилитационной среды региона, такие как информирование инвалидов, возможность выбора реабилитационной организации, наличие специализированных реабилитационных центров для детей и взрослых, востребованность и возможность обращения инвалидов в организации сферы физической культуры и спорта, учреждений культуры, занятости, некоммерческих организаций, которые не только предоставляют реабилитационные услуги, но и содействуют их социальной адаптации и интеграции, обеспечивая системность реабилитационной среды.

Кроме того, на оценку инвалидами реабилитационной среды, помимо физических, пространственно-территориальных и информационных барьеров, в 2021 году повлияла ситуация ограничений из-за коронавирусной инфекции. Следовательно, возможность (риски) наступления данных обстоятельств также необходимо учитывать при формировании реабилитационной среды инвалида в российском регионе.

Таким образом, результаты эмпирического исследования позволяют сделать следующие выводы.

1. В Пермском крае реабилитационная инфраструктура представлена как государственными, так и некоммерческими учреждениями в разных сферах жизнедеятельности инвалида, т.е. принцип системности в формировании реабилитационной среды региона присутствует. Однако объекты реабилитационной инфраструктуры в разной степени востребованы инвалидами, в том числе – представителями разных групп инвалидов (родителями детей-инвалидов, инвалидами трудоспособного или старше трудоспособного возраста, проживающими в городской или сельской местности). Сама по себе реабилитационная инфраструктура региона, к сожалению, в основном ориентирована на детей-

инвалидов, составляющих «реабилитационное меньшинство», недостаточно сформирована для инвалидов трудоспособного возраста.

2. Высоко оценивают инвалиды реабилитационные организации сферы социальной защиты (реабилитационные центры для детей и взрослых), значительно ниже – учреждения системы здравоохранения и организации сферы занятости населения. Необходимо развитие реабилитационной среды с учетом мнения инвалидов.

3. Принцип клиентоцентризма, индивидуальный подход к планированию и реализации реабилитационных мероприятий также осуществляется, наблюдается тенденция повышения внимания к инвалидам как к объектам реабилитационной среды. Данный принцип проявляется и в выборе инвалидами реабилитационных организаций для получения соответствующих реабилитационных услуг: несмотря на важность пространственно-территориальной, транспортной доступности реабилитационной организации, решающим в выборе места получения реабилитационных услуг оказывается собственный положительный субъективный опыт в данной области, наличие в организации квалифицированных специалистов или необходимого реабилитационного оборудования, а также комфортности и удобства условий пребывания.

4. В целом оценка реабилитационной среды региона инвалидами достаточно высокая, положительно оцениваются реабилитационные услуги. Однако отмечаются и негативные обстоятельства, снижающие общую положительную оценку, обусловленные долгим ожиданием получения реабилитационных услуг, периодичностью их предоставления; физические барьеры, обусловленные недостаточным обеспечением безбарьерной среды на объектах реабилитационной инфраструктуры; пространственно-территориальные барьеры (отсутствие реабилитационных организаций в ближайшем жизненном пространстве инвалида), транспортные трудности; материальные барьеры, связанные с необходимостью внесения оплаты за определенные элементы процесса получения реабилитационных услуг.

5. Существование пространственно-территориальных, транспортных барьеров, препятствующих получению реабилитационных услуг, вызывает необходимость развития сферы социальных и ассистивных услуг для инвалидов, дополняющих и совершенствующих реабилитационную среду инвалида: услуг «социального такси», технологий социального сопровождения и др.

2.3. Основные направления развития реабилитационной среды инвалида в российском регионе

Анализ реабилитационной среды инвалида, проведенный нами на примере ряда российских регионов, позволил выявить общие проблемы и тенденции ее развития.

Реабилитационная среда инвалида в настоящее время находится в процессе формирования, определяется сложившимися в территориях традициями в сфере реабилитации инвалидов, уровнем инвалидизации, структурой инвалидности, социальной защищенностью инвалидов, реабилитационной инфраструктурой.

При этом реабилитационная среда в регионах формируется и развивается под влиянием макрофакторов: международной политики в отношении инвалидов, международных правовых норм (Конвенции ООН о правах инвалидов, Декларации тысячелетия Организации Объединенных Наций), включая российские правовые нормы.

Таким образом, ее реальное состояние характеризуется следующими чертами:

—определенностью *процесса реабилитации*, который начинается с момента установления статуса «инвалид», и разработкой индивидуальной программы реабилитации и абилитации исходя из потребностей в реабилитационных услугах;

—наличием *реабилитационной инфраструктуры*, включающей государственные и негосударственные реабилитационные организации;

–*нормативно-правовым регулированием* в сфере реабилитации и абилитации инвалидов;

–*кадровой обеспеченностью* реабилитационной среды;

–*мерами социальной поддержки инвалидов*, направленными на повышение жизненного уровня;

–*возможностью влияния на региональную социальную политику* через представленность в общественных органах.

Отмеченные выше характеристики современного состояния реабилитационной среды инвалида тем не менее носят незавершенный характер. В связи с этим важнейшими элементами процесса формирования (конструирования) реабилитационной среды инвалида на данный момент являются:

–система оценки эффективности и качества оказания реабилитационных услуг в рамках проведения мониторинга отношения инвалидов к системе реабилитации региона;

–территориальная доступность реабилитационных организаций, реабилитационных услуг и мероприятий.

Представленные выше элементы являются необходимым условием конструирования современной реабилитационной среды инвалида в российском регионе, рассматриваются как условия, максимально способствующие ее формированию и развитию.

Между тем уточним проблемы, которые становятся барьерами в формировании и развитии реабилитационной среды инвалида:

– реабилитационная среда формируется и развивается в основном вследствие имеющихся традиций и сложившейся региональной реабилитационной практики;

– при ее формировании недостаточно учитываются интересы и потребности инвалида, возможности актуализации его реабилитационного потенциала, отсутствует преемственность и взаимоувязанность реабилитационных мероприятий;

- не выстроено вертикальное и горизонтальное взаимодействие между элементами реабилитационной среды, сферы реабилитации существуют, по сути, независимо друг от друга;
- не сформированы либо слабо представлены в информационном пространстве инструменты мониторинга, учитывающие мнение инвалидов относительно условий реабилитационной среды и ее элементов;
- недостаточно развиты механизмы, инструменты и технологии социальной адаптации и интеграции инвалидов как результат функционирования реабилитационной среды;
- элементы реабилитационной среды не всегда интегрированы в систему, отмечается межсубъектная и межведомственная разобщенность;
- реабилитационная среда инвалида в российском регионе практически недоступна инвалидам, проживающим в отдаленных территориях, по месту их жительства.

На основании результатов проведенного диссертационного исследования возникает необходимость в конструировании реабилитационной среды, которая аккумулирует некоторые концептуальные теоретические и практико-ориентированные положения, нашедшие свое отражение в предыдущих параграфах работы.



Рисунок 21. Методология построения реабилитационной среды инвалида в российском регионе в контексте социальной (инновационной) парадигмы

Прежде всего отметим, что в качестве методологической основы рассмотрим социальную (инновационную) парадигму, социально-конструктивистский, системный, социально-реабилитационный, структурно-функциональный, ресурсный, ресурсно-потенциальный, индивидуально-адресный подходы (рисунок 21).

На наш взгляд, современный уровень реабилитационной среды должен основываться:

- на *принципах* объективности, перспективности, включенности, оптимальности, комплексности, системности, личной ориентированности, процессуальности и векторности;

- ее *целью* является создание условий для повышения качества жизни инвалида, социальной адаптации и интеграции в общество;

- социальная и реабилитационная деятельность в рамках данной среды выполняет *функции восстановления* нарушенных или формирует отсутствующие функции, связи, отношения, способность функционировать в обществе и взаимодействовать с ним;

- формирование происходит под влиянием *внутренних и внешних факторов* на макро-, мезо-, микро- и индивидуальном уровнях, однако на данном этапе наиболее актуальным является конструирование реабилитационной среды на мезоуровне, микроуровне – как непосредственной жизненной среде инвалида по месту его жительства (коммунальный аспект среды);

- в основе построения реабилитационной среды инвалида, как мы видим на рис. 22, находятся *реабилитационные организации* (федерального, регионального и муниципального уровней, как государственные, так и негосударственные, всех сфер жизнедеятельности) и сами инвалиды. Организационные структуры формируют *реабилитационную инфраструктуру региона*, осуществляют выполнение социально-реабилитационных функций, а также participative взаимодействие *акторов*, обеспечивающих функционирование подсистем реабилитационной среды инвалида (физической, коммуникативной, информационной, правовой, социальной, экономической);

- важным элементом реабилитационной инфраструктуры региона и ее функционирования в различных сферах (подсистемах) реабилитационной среды являются *ресурсы*, которые привлекаются для актуализации внутреннего реабилитационно-адаптационного потенциала инвалида, основывающегося на строгом учете индивидуальных характеристик, уровне реабилитационного потенциала инвалида, включенности в реабилитационный процесс его ближайшего окружения.

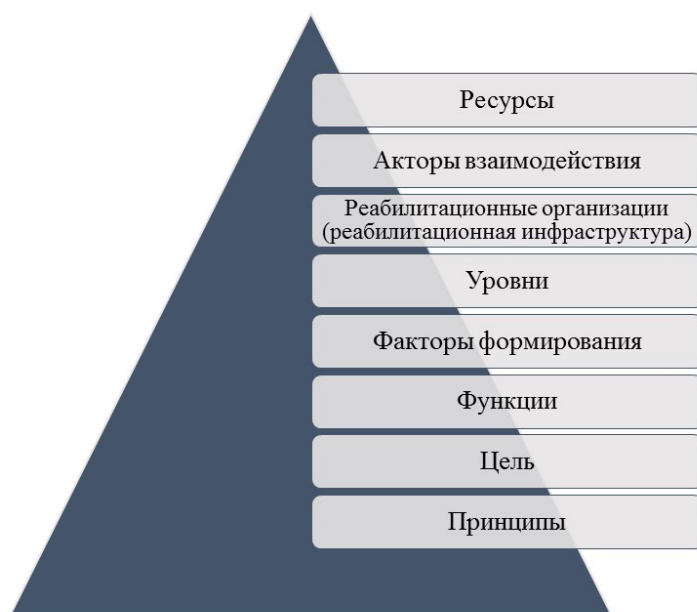


Рисунок 22. Основы формирования (конструирования) реабилитационной среды инвалида в российском регионе

Преодолеть разрозненность элементов реабилитационной среды, создать условия для большей эффективности реабилитационного процесса, актуализации реабилитационного потенциала как самой среды, так и конкретного инвалида позволит осуществление реабилитации на уровне общины – *коммунальная реабилитация* (рисунок 23).

Идея «коммунальной реабилитации» основывается на модели *community-based rehabilitation*¹ (реабилитации на уровне общин), разработанной Всемирной организацией здравоохранения, международными организациями в сфере

¹ World Health Organization: официальный сайт [Электронный ресурс]. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548052> (дата обращения 10.09.2021).

труда, культуры, науки и образования, а также международными гуманитарными некоммерческими организациями инвалидов, которая была принята в 2003 году в качестве стратегии преодоления бедности и социальной исключенности инвалидов, создания условий для их развития за счет использования ресурсов мезо- и микроуровня (ближайшее жизненное окружение инвалида, объекты реабилитационной инфраструктуры, находящиеся в муниципальном образовании, в том числе – муниципального уровня).



Рисунок 23. Реабилитационная среда инвалида в российском регионе с включением коммунальной реабилитации на уровне муниципалитета (* - услуги перечислены в соответствии с ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» от 28.12.2013 г. №442-ФЗ)

Реабилитация в микросоциальной среде, или реабилитация на уровне общин, определяется как комплекс мер, координируемых территориальными органами системы социальной защиты населения, реализуемых организациями и учреждениями различной ведомственной принадлежности вне зависимости от форм собственности и отдельными специалистами по месту жительства (проживания) инвалида, ребенка-инвалида, с целью содействия инвалидам в получении необходимых реабилитационных мероприятий и реализации их

прав наравне с другими членами общества. Это построение реабилитационного пространства и организация равных возможностей в процессе реабилитации и социальной интеграции для лиц с инвалидностью (детей и взрослых) и членов их семей¹. Реабилитация по месту жительства, таким образом, занимает свое место в структурно-функциональной схеме системы реабилитации и реализуется на ее базовом, первичном, основном уровне².

По мнению экспертов³, «коммунальная реабилитация»:

- позволит конструировать реабилитационную среду инвалида с учетом его потребностей и интересов, реабилитационного потенциала;

- создаст условия максимального использования ресурсов муниципального образования (использовать действующую социальную инфраструктуру в качестве реабилитационной инфраструктуры) для организации реабилитационных мероприятий;

- предполагает формирование мер для социальной адаптации и интеграции, ориентированных на повышение качества жизни инвалидов, тем самым – снижение уровня инвалидности в обществе в целом.

Модель «коммунальной реабилитации» предполагает, что реабилитационные услуги инвалидам предоставляются специализированными реабилитационными организациями с учетом индивидуальных особенностей и потребностей инвалидов, а также их реабилитационного потенциала. Распределение реабилитационных организаций в регионе может носить экстерриториальный характер, то есть инвалиды могут получать услуги по медико-социальной реабилитации в организациях, расположенных в разных территориях края, по своему выбору, с учетом их профилизации и собственных индивидуальных особенностей и потребностей, но обязательным условием должна быть их

¹ Бронников В.А., Григорьева М.И. О перспективах внедрения модели организации реабилитации по месту жительства инвалида в территориях Пермского края// Реабилитация - XXI век: традиции и инновации: матер. III нац. конгр. с междунар. участием: матер. III нац. конгр. с междунар. участием. СПб., 2020. С. 38.

² Бронников В.А., Скланная К.А., Григорьева М.И. Роль специалиста по социальной реабилитации инвалидов в структурно-функциональной модели реабилитации по месту жительства// Медико-социальная экспертиза и реабилитация: сб. научных статей. Вып.23/ под общ. ред. засл. деятеля науки Республики Беларусь, д-ра мед. наук, проф. В. Б. Смычка. Минск: Колорград, 2021. С.143.

³ По данным экспертного опроса, проведенного в Пермском крае в 2021 году (N=5)

транспортная доступность. Цель данных организаций – восстановление нарушенных или утраченных функций инвалида, а также его подготовка к социальной адаптации и интеграции, жизнедеятельности в условиях социума, ближайшего окружения.

В соответствии с механизмом *«коммунальной реабилитации»* специалистам реабилитационных организаций должна быть доступна информация о реабилитационной инфраструктуре мезо- и микроуровня, тем самым обеспечивается преемственность реабилитационных мероприятий, соблюдается принцип «переноса» сформированных в ходе реабилитационных мероприятий навыков и условий жизнедеятельности инвалида. Согласно внедряемой в России концепции реабилитации, организации могут быть комплексного (расширенного) уровня, т.е. предоставляющими весь спектр услуг по основным направлениям жизнеобеспечения человека с инвалидностью.

Ключевой основой механизма, обеспечивающего взаимодействие реабилитационной среды и инвалида, станет компетентный специалист, который должен быть штатным сотрудником специализированной реабилитационной организации (в идеале – специализированного структурного подразделения, созданного при реабилитационной организации в соответствующем муниципальном образовании (микрорайоне крупного города, малом городе, городском или сельском поселении и т.д.). Его функциональным назначением будет выявление инвалидов в территории, проведение оценки их реабилитационных потребностей и соотнесение с возможностями проведения реабилитации по месту жительства, а также осуществление посреднической роли. Деятельность данного специалиста в рамках осуществления коммунальной реабилитации, тем самым, позволит преодолеть имеющиеся барьеры функционирования реабилитационной среды, обеспечить преемственность реабилитационных мероприятий, их приближенность к месту жительства человека, учесть индивидуальные потребности и особенности инвалида.

В итоге в рамках реализации коммунальной реабилитации инвалид по месту своего жительства будет иметь возможность включиться в жизнь социума,

получить не только реабилитационные, но и образовательные, социокультурные услуги, участвовать в спортивных и досуговых мероприятиях, сфере занятости.

Таким образом, *коммунальная реабилитация* в современных условиях представляет собой процесс обеспечения взаимодействия инвалида и окружающей его среды с целью социальной адаптации и интеграции, включающий реабилитационные и социальные мероприятия, осуществляемые организациями и учреждениями социальной сферы вне зависимости от организационно-правовых форм по месту жительства инвалида, координируемый компетентным специалистом реабилитационной организации.

Коммунальная реабилитация, ориентируясь на проблемы инвалида, через осуществление посреднической и координационной роли реабилитационного менеджера позволит задействовать муниципальную и региональную реабилитационную инфраструктуру в его интересах, содействовать конструированию реабилитационной среды российского региона в целом, сформировать отсутствующие или недостаточно эффективно функционирующие структурные элементы. Таким образом, реабилитационная среда инвалида в российском регионе становится, действительно, инклюзивной, отвечающей требованиям социальной (инновационной) парадигмы инвалидности. *Основными направлениями формирования реабилитационной среды инвалида в российском регионе* является создание условий, способствующих объединению межсубъектной и межведомственной разобщенности реабилитационной среды, ее направленности на развитие территориально-пространственного взаимодействия, большей эффективности реабилитационного процесса, актуализации реабилитационно-адаптационного потенциала как самой среды, так и конкретного инвалида, в том числе с учетом введения в основу формирования (конструирования) реабилитационной среды инвалида в российском регионе *коммунальной реабилитации*, которая позволит активнее использовать возможности проведения реабилитации по месту жительства инвалида.

ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 2

Проведенная оценка формирования современной реабилитационной среды инвалида в российском регионе показала незавершенность данного процесса. Реабилитационная среда российских регионов находится в разном актуальном состоянии, что обусловлено причинами демографического характера (численность и структура населения региона в целом и уровень его инвалидизации), социально-экономическими проблемами (уровнем качества жизни населения, степенью социально-экономического развития региона, объемом государственных дотаций и др.), географическими факторами (особенностями пространственно-территориального положения), политико-правовыми подходами (нормативно-правовым регулированием организации системы реабилитации региона и оказания реабилитационных услуг).

Современными учеными, экспертами уточняются подходы к формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в российских регионах, разрабатываются показатели для проведения рейтингов регионов в режиме мониторинга.

Между тем реабилитационная среда инвалида в российском регионе формируется неравномерно, на основе сложившейся региональной традиции развития социальной и реабилитационной инфраструктуры, структуры инвалидности населения, потребностей инвалидов в реабилитационных мероприятиях с учетом имеющихся нарушений и ограничений жизнедеятельности.

Нами был отмечен аспект, связанный с объект-субъектными отношениями в рамках формирования реабилитационной среды, возможностью инвалидов как социальной группы быть представленными в общественных органах на разных уровнях власти для участия в формировании региональной социальной и реабилитационной политики, оценкой эффективности функционирования социальной и реабилитационной инфраструктуры.

Информационная составляющая реабилитационной среды в настоящее время также находится в стадии активного развития, в рамках реализации государственной программы «Доступная среда» регионами уделяется большое

внимание разработке информационных и интерактивных сервисов для инвалидов, развитию дистанционных форм взаимодействия с инвалидами, в том числе – оказанию реабилитационных услуг. Недостатком в данном направлении является неэффективное вовлечение инвалидов в планирование информационной, виртуальной реабилитационной среды.

Институциональная подсистема реабилитационной среды сегодня развивается в рамках традиционного и нетрадиционного подходов. Традиционный подход ориентируется на инфраструктуру системы социального обслуживания как базовую, нетрадиционный – на привлечение инфраструктуры социальной сферы с целью создания условий реабилитации инвалида по месту жительства.

При подготовке материалов диссертационной работы, было проведено авторское социологическое исследование оценки системы комплексной реабилитации и абилитации в Пермском крае, в ходе которого осуществлено анкетирование инвалидов – жителей региона, и глубинные интервью представителей экспертного реабилитационного сообщества Пермского края, ответственных лиц, влияющих на реабилитационную политику и развитие сферы реабилитации. На основе эмпирических данных, полученных в ходе исследования, был сделан вывод о том, что в регионе сформирована реабилитационная инфраструктура, но она недостаточно востребована инвалидами.

Исследование показало, что инвалиды положительно оценивают систему реабилитации региона, отмечают наличие индивидуального подхода к планированию реабилитационных мероприятий, возможность выбора реабилитационной организации в зависимости от личных, субъективных интересов.

Недостатки действующей системы реабилитации, выявленные инвалидами, позволили сделать вывод о том, что мешают эффективной реализации реабилитационных мероприятий административные, физические, пространственно-территориальные, транспортные и материальные барьеры.

Благодаря теоретическому и эмпирическому анализу были подготовлены рекомендации по совершенствованию мероприятий, направленных на формирование реабилитационной среды инвалида в российском регионе, которые представлены следующим образом:

- первая группа предложений ориентирована на изменение общественного мнения, формирование инклюзии в обществе, поддержку практик, направленных на удовлетворение потребностей инвалидов наравне с иными членами общества, повышение качества жизни населения через осуществление соответствующей информационной политики, доступности объектов социокультурной и транспортной инфраструктуры, развитие инновационных реабилитационных и социальных технологий (например дистанционная реабилитация, занятость в условиях удаленного рабочего места);

- вторая группа предложений объединяет меры развития системы управления реабилитационной средой и предполагает повышение квалификации в вопросах реабилитации управленцев и специалистов в данной сфере, формирование и развитие нормативной базы с закреплением координирующих функций в сфере реабилитации региона, межведомственного и межорганизационного взаимодействия в процессе реализации мероприятий, начиная с профилактики инвалидности, раннего выявления нарушений здоровья у детей и взрослых, до оказания услуг по различным направлениям комплексной реабилитации и абилитации, создания условий для социальной адаптации и интеграции инвалидов с опорой на ресурсы окружающей среды инвалида;

- третья группа предложений представляет собой совокупность мер по изменению мотивации самих инвалидов к участию в реабилитационной деятельности, которая предполагает применение современных информационно-коммуникационных технологий, учитывающих индивидуальные особенности инвалида и его социальной среды (Интернет-ресурсы, информационные буклеты и брошюры, технологии выявления инвалидов, информирования, консультирования, оказания посреднических услуг).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В рамках диссертационного исследования проведен социологический анализ современной реабилитационной среды инвалида в российском регионе, разработаны предложения по ее совершенствованию.

В результате теоретико-методологического осмысления подходов к пониманию сущности инвалидности были выделены две основные парадигмы: традиционная и социальная (инновационная), отличающиеся направленностью формирования и развития. В рамках традиционной парадигмы инвалидность рассматривается через призму дисфункционального состояния человека вследствие нарушений здоровья, неспособности к самообеспечению и самообслуживанию (нуждающегося в помощи и содействии) – медицинская модель или ограничения в правах вследствие имеющихся нарушений – социально-правовая модель. Социальная (инновационная) парадигма в основе проблемы инвалидности исследует условия полноценной жизнедеятельности инвалида, а также возможность преодоления барьеров, препятствующих осуществлению людьми с инвалидностью полноценного общественного функционирования. Западная научная мысль ориентируется на социальную (инновационную) парадигму, российская – на сочетание элементов традиционной и инновационной парадигмы с доминированием признаков традиционной.

Теоретико-методологический анализ понятий «реабилитация инвалидов», «реабилитационная среда инвалида» с позиций медицинского, международно-правового, социально-правового, психологического, педагогического подходов позволил сделать вывод о междисциплинарности данных категорий, отметить в том числе социологический подход, согласно которому особое значение уделяется обеспечению взаимодействия инвалида и окружающей его среды. В силу ограниченности научного материала в социологической науке нами было предложено рассмотрение понятия «реабилитационная среда инвалида» в широком и узком смысле этого слова. Кроме того, категория «реабилитация»

литационная среда инвалида» нами была представлена в контексте системного подхода, определены ее структурные элементы (направления исследования, уровни, принципы, функции, структурные и системные взаимосвязи). Структурно-функциональный подход позволил представить состояние среды через организационные и предметные составляющие, динамику функционирования, формирование под влиянием внутренних и внешних факторов. С помощью институционального подхода обозначено место реабилитационных организаций, формирующих инфраструктуру реабилитационной среды. Через призму символического интеракционизма обоснована необходимость повышения доступности реабилитационной среды, особенно – информационно-коммуникационной. Феноменологическая парадигма позволила сформулировать противоречие в представлении о инвалидах как субъектах формирования реабилитационной среды (законодателей, чиновников) и объектах (инвалидов).

В рамках традиционной парадигмы формирование реабилитационной среды предполагает совершенствование механизмов компенсации имеющихся у инвалидов нарушений и необходимости включения их в данный процесс. В рамках социальной (инновационной) парадигмы реабилитационная среда рассматривается через создание общественных связей и взаимодействий, позволяющих ее элементам функционировать таким образом, чтобы создавать внешние и внутренние условия для удовлетворения потребностей инвалидов, их реабилитацию, социальную адаптацию и интеграцию.

Проведенный нами теоретический анализ позволил сформулировать факторы, влияющие на формирование современной реабилитационной среды инвалида в российском регионе. Внешние факторы (организационно-управленческие, правовые, культурные, экономические, профессионально-квалификационные, пространственно-географические) обеспечивают формирование толерантной инклюзивной среды в обществе, принятие компетентных управленческих решений по вопросам реабилитации с учетом территориальных осо-

бенностей и структуры инвалидности региона. Внутренние факторы (мотивационно-деятельностные, социокультурные, экономические, коммуникативно-интеракционные) направлены на изменение самооценки инвалида, его самоидентификации, повышение реабилитационно-адаптационного потенциала и мотивации на его реализацию. Условием, определяющим содержание и направленность реабилитационной среды инвалида в российском регионе, является ее ресурсная обеспеченность.

Уточнены современные особенности, этапы и тенденции сформированности реабилитационной среды инвалидов в регионах Российской Федерации, которые определены доминированием традиционной парадигмы инвалидности (медицинской и административной моделей), ярко выраженной региональной спецификой, сменой нескольких этапов формирования. На первом этапе (1991-2003 гг.) заложены законодательные и структурно-функциональные основы реабилитации инвалидов с учетом медицинского подхода. Особенностью послужило создание государственной системы социальной защиты инвалидов, осуществление полномочий по реабилитации инвалидов на федеральном, региональном, муниципальном уровнях. Особенностью второго этапа (2003-2013 гг.) стало внедрение условий социально-медицинского подхода в систему реабилитации инвалидов в результате перепрофилирования многих ранее входящих в нее служб. Полномочия по осуществлению социальной защиты инвалидов и реабилитационной деятельности переданы на уровень регионов. Основные тенденции на данном этапе отражали изменения в направлении реструктуризации системы реабилитации инвалидов и передачу полномочий по осуществлению реабилитационной деятельности в регионы. Особенность третьего этапа (с 2013г. по настоящее время) заключается в формировании современного реабилитационно-адаптационного подхода к развитию

среды инвалида в российском регионе, чему послужило принятие ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан РФ»¹, который способствовал обновлению мер в комплексной реабилитации инвалидов, сферы услуг, адапционно-интеграционных практик.

Уровень современного состояния реабилитационной среды инвалида в российском регионе, проведенный на основе эмпирического анализа, показал не всегда стратегически планируемый характер ее формирования. Среди условий формирования отмечаются региональные традиции размещения и функционирования социальной и реабилитационной инфраструктуры, обусловленные структурой инвалидности населения. Нормативно-правовая база по вопросам реабилитации инвалидов, принятая в середине 90-х годов, была обновлена после ратификации Россией Конвенции ООН о правах инвалидов в 2012 году и остается несформированной на данный момент. После реализации федеральных пилотных проектов по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации в 2017–2018 гг. приступили к разработке нормативно-правовых и концептуальных условий на федеральном уровне, оформляются соответствующие полномочия регионов.

Статистический анализ материалов Министерства труда и социальной защиты населения, Росстата, Федерального реестра инвалидов, а также анализ материалов интернет-сайтов показал, что определяющим в современном состоянии реабилитационной среды инвалида в российском регионе является состояние и структура инвалидности, с одной стороны, и состояние реабилитационной инфраструктуры – с другой.

Было выявлено, что высокий уровень инвалидизации населения Северо-Кавказского региона и некоторых регионов центральной части России (Белгородской, Рязанской, Курской, Тамбовской) областей обусловлен социально-демографическими процессами (преобладанием в структуре населения лиц

¹ Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 28.12.2013 N 442-ФЗ.

старшей возрастной когорты) и социально-экономическими факторами (низким уровнем и качеством жизни населения). Данные Росстата показывают динамику роста размера пенсий и иных социальных выплат инвалидам, в настоящее время их размер превышает минимальный размер оплаты труда.

Применение системного подхода для анализа современного состояния реабилитационной среды инвалида в российском регионе позволило выявить общие черты и региональные особенности ее структурных элементов. Так, общим для большинства рассматриваемых регионов является учет особенностей применения программно-целевого метода планирования и управления реабилитационными ресурсами региона (наличие региональных программ по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов), развитие информационно-коммуникационных сервисов, систем и технологий, поддержка гражданской активности инвалидов и их вовлечение в процессы формирования и оценку региональной социальной и реабилитационной политики. Специфические региональные особенности отражают подход в формировании реабилитационной инфраструктуры: традиционный, характерный для большинства регионов, в целом ориентированный на существующую систему реабилитационных центров и учреждений социального обслуживания населения, и нетрадиционный, являющийся следствием региональных реформ в сфере социальной защиты населения, включающий в реабилитационную инфраструктуру кроме государственных реабилитационных организаций негосударственные, где инвалид имеет возможность выбора места получения реабилитационных услуг.

По данным социологического исследования было выявлено, что в условиях возможности выбора реабилитационных организаций инвалиды ориентируются на личные, субъективные представления (собственный позитивный опыт). Возможность получения реабилитационных услуг в дистанционной форме частично снизила актуальность наличия реабилитационной организации в непосредственной близости, тем не менее транспортная доступность реабилитационной инфраструктуры является значимой.

Было установлено, что наиболее востребованными реабилитационными организациями среди инвалидов являются медицинские, наименее востребованными – организации сферы занятости, физической культуры и спорта, а также сферы культуры, то есть для инвалидов предпочтительнее организации, предполагающие их пассивную роль получателей медицинских услуг. Тем не менее по сравнению с респондентами реабилитационных организаций разных сфер наибольшую оценку получили детские и взрослые реабилитационные центры, а также санатории-профилактории, которые в Пермском крае также являются реабилитационными организациями.

Респонденты выделили такие типы барьеров при формировании и развитии реабилитационной среды инвалида, как административные, физические, пространственно-территориальные, транспортные, материальные, личностные, правовые, финансово-экономические.

На основе эмпирического исследования определены перспективные направления развития реабилитационной среды инвалида в российском регионе: смещение вектора социальной и реабилитационной политики с подхода через оказание услуг в сторону формирования и повышения качества жизни инвалидов; консолидация и грамотное распределение ресурсов на реабилитационные мероприятия; создание инклюзивной реабилитационной среды федерального, регионального и муниципального уровней; развитие системы преимущественности в сфере реабилитационной политики и реабилитационной деятельности: от профилактики инвалидности и популяризации здорового образа жизни общества в целом к практикам раннего выявления нарушений функционирования у детей и взрослых, комплексной реабилитации инвалидов и созданию условий для их социальной реабилитации и интеграции по месту жительства, так называемой «коммунальной реабилитации», с наделением функциями выявления инвалидов, оказания им информационных, консультационных и посреднических услуг компетентными специалистами реабилитационных организаций.

На основании проведенного исследования были даны рекомендации о совершенствовании мероприятий, направленных на формирование реабилитационной среды инвалида в российском регионе в рамках социальной (инновационной) парадигмы, которые были объединены в три подгруппы: первая связана с реализацией принципов инклюзии, повышением толерантности и изменением отношения общества к инвалидам, вторая касается совершенствования вопросов управления системой реабилитации, ее ресурсного обеспечения, координации, организации межведомственного и межорганизационного взаимодействия и ее развития по месту жительства инвалида («коммунальная реабилитация»), третья направлена на изменение субъектности инвалидов, создание условий для реализации их ресурсного (реабилитационно-адаптационного) потенциала и социальной интеграции.

Таким образом, результаты исследования подтвердили гипотезу о необходимости применения нового подхода к развитию реабилитационной среды, который бы учитывал современные тенденции, ориентированные на актуализацию ресурсного (реабилитационно-адаптационного) потенциала как самого инвалида, так и реабилитационной среды. С точки зрения перспектив исследования представляет интерес отражение социальной (инновационной) парадигмы в правовых федеральных и региональных нормах, ее динамика и демонстрация отношения к инвалидам со стороны общества, органов власти, профессионалов. Необходимо продолжить изучение факторов влияния на реабилитационную среду инвалида в российском регионе, предусмотреть разработку инструментария для проведения социологического мониторинга. Перспективным направлением исследования может стать адаптация модели «коммунальной реабилитации» в российском регионе, ее восприятие реабилитационным профессиональным сообществом и инвалидами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Албегова, И.Ф. Молодые инвалиды как социальная группа и объект социальной работы/ И.Ф. Албегова, И.С. Корешкова // Социальные и гуманитарные знания. – 2017. – Т. 3, № 1. – С. 50–54.
2. Алейник, Л.А. Институциональные барьеры и стратегии социальной мобильности людей с инвалидностью: автореф. дис. ... кандидата социологических наук: 22.00.04. / Алейник Лидия Анатольевна. – Ставрополь, 2008. – 26 с.
3. Анализ состояния инвалидности среди взрослого и детского населения в Российской Федерации/ Министерство труда и социальной защиты населения Российской Федерации: официальный сайт [Электронный ресурс]. URL: <https://mintrud.gov.ru/ministry/programms/36> (дата обращения 10.06.2021)
4. Антипьев, К.А. Отношение граждан к интеграции инвалидов в общество/ К.А. Антипьев // Инвалиды – инвалидность – инвалидизация; под общ. ред. проф. З.Х. Саралиевой. – Н. Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2018. – С. 325–328.
5. Афонькина, Ю.А. Анализ социальных сред в контексте обеспечения независимой жизни людей с инвалидностью/ Ю.А. Афонькина, Г.В. Жигунова // Государственное управление. – 2018. – Вып. № 69. – С. 445–462.
6. Бабенко, Е.Ю. Научные подходы к изучению социальных аспектов инвалидности/ Е.Ю. Бабенко // Известия вузов. Северо-Кавказский регион. Общественные науки. – 2013. – № 3. – С. 13–18.
7. Бакшиханова, С.С. Проблема разработки и реализации реабилитационной среды в условиях детского отделения психоневрологического диспансера/ С.С. Бакшиханова, В.Н. Дашинамжилова // Евразийский союз ученых. – 2015. – № 3–7(12). – С. 70–71.
8. Бекарев, А.М. Инвалидизация общества как проблема техноэтики/ А.М. Бекарев, Г.С. Пак // Инвалиды – инвалидность – инвалидизация; под общ. ред. проф. З.Х. Саралиевой. – Н. Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2018. – С. 796–798.

9. Бергер, П. Социальное конструирование реальности: Трактат по социологии знания/ П. Бергер, Т. Лукман. – 1995. – 323 с.

10. Бронников, В.А. Актуальные проблемы комплексной реабилитации и социальной интеграции инвалидов/ В.А. Бронников, Ю.А. Мавликаева //Социальная политика и социология. – 2011. – №1. – С. 40–54.

11. Бронников, В.А. О перспективах внедрения модели организации реабилитации по месту жительства инвалида в территориях Пермского края /В.А. Бронников, М.И. Григорьева // Реабилитация-XXI век: традиции и инновации: материалы III Национального конгресса с международным участием. материалы III Национального конгр. с междунар. участием. – СПб., 2020. – С. 35–40.

12. Бронников, В.А. Роль специалиста по социальной реабилитации инвалидов в структурно-функциональной модели реабилитации по месту жительства/ В.А. Бронников, К.А. Складная, М.И. Григорьева; под общ. ред. засл. деятеля науки Республики Беларусь, д-ра мед. наук, проф. В.Б. Смычка // Медико-социальная экспертиза и реабилитация: сб. науч. статей. Вып.23. – Минск: Колорград, 2021. – С.140–146.

13. Будаева, Г.С. Социальная адаптация инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата в современном российском обществе (на материалах Республики Бурятия): автореф. дис. ... кандидата социологических наук : 22.00.04/Будаева Галина Сергеевна. – Улан-Удэ, 2005. – 21 с.

14. Бурдье, П. Социология социального пространства/ П. Бурдье / Пер. с фр., общ. ред. Н.А. Шматко. СПб.: Алетейя. – М.: Ин-т эксперим.социологии: Алетейя, 2005. – 288 с.

15. Бурдье, П. Формы капитала/ П. Бурдье// Экономическая социология (электронный журнал). 2002. № 5. Том 3. С. 60-74. [Электронный ресурс]. URL: https://ecsoc.hse.ru/data/2011/12/08/1208205039/ecsoc_t3_n5.pdf (дата обращения 25.03.2021).

16. Владимирова, О.Н. Система комплексной реабилитации инвалидов с ограничением мобильности: дис. ... доктора медицинских наук: 14.02.06/ Владимирова Оксана Николаевна. – М., 2020. – 321 с.

17. Воеводина, Е.В. Инвалидность как социальная проблема и объект специальной отрасли социологии/ Е.В. Воеводина, Д.С. Райдугин // Вестник Московского государственного гуманитарно-экономического института. – 2013. – № 2 (15). – С.16–26.

18. Воронин, Г.Л. Влияние инвалидности на социальное положение индивида: по результатам RLMS-HSE 2003-2017 г.г. / Г.Л. Воронин, А.Д. Крамер; под ред. С.В. Рязанцева, Т.К. Ростовской, З.Х. Саралиевой // Социальная среда и социальная политика: новые подходы и инновационные технологии: материалы междунар. науч.-практ. конф. Нижний Новгород: Издательство «Экон-Информ», 2019. –С. 84–89.

19. Воронин, Г.Л. Социальное самочувствие лиц с ограниченными возможностями здоровья и отношение студенческой молодежи к инвалидности (на примере Нижегородской области/ Г.Л. Воронин, Т.Н. Захаркина, А.А. Лакова // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. – Серия: Социальные науки. – 2019. – № 2 (54). – С. 52–67.

20. Восприятие населением РФ положения инвалидов в России. Всероссийский центр изучения общественного мнения. [Электронный ресурс]. URL: https://profi.wciom.ru/open_projects/otnoshenie_k_invalidam/ (дата обращения 10.02.2021).

21. Всемирная организация здравоохранения: официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health> (дата обращения 10.06.2021).

22. Гидденс, Э. Социология: пер с англ./ Э. Гидденс. – М.: Эдиториал УРСС, 1999. – 704 с.

23. Головкин, С.Г. Реабилитация инвалидов как направление региональной социальной политики: автореф. дис. ...канд. социологических наук: 23.00.02/ Головкин Светлана Геннадьевна. – Кемерово, 2009. –25 с.

24. Гофман, И. Стигма: Заметки об управлении испорченной идентичностью [Электронный ресурс] / И. Гофман; пер. с англ. М.С. Добряковой. – URL: <http://ecsocman.hse.ru/text/17687311/> (дата обращения: 10.05.2021).

25. Давыдова, Н.М. Методика расчета ресурсной обеспеченности при анализе социальной стратификации/ Н.М. Давыдова, Н.Е. Тихонова // Социологические исследования. – 2006. – № 2. – С. 29–41.
26. Дарган, А.А. Социальное самочувствие людей с ограниченным жизненным пространством/ А.А. Дарган //Социологический журнал. –2015. – Т. 21, № 2. – С. 114–129.
27. Дементьева, Н.Ф. Методологические аспекты реабилитации/ Н.Ф. Дементьева // Материалы научных годовичных чтений факультета социальной работы, педагогики и ювенологии (27 января 2007 г.). – М.: РГСУ. – С.4–5.
28. Деточенко, Л.С. Социализационные траектории инвалидов: от традиционной модели к инклюзивной/ Л.С. Деточенко // Человек. Общество. Инклюзия. – 2019. – № 4 (40). – С. 40–46.
29. Добрынина, В.И. Особенности процесса инвалидизации в разрезе возрастных когорт населения России/ В.И. Добрынина, А.А. Колодина // Инвалиды – инвалидность – инвалидизация; под общ. ред. проф. З.Х. Саралиевой. – Н. Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2018. – С. 594–598.
30. Домбровская, А.Ю. Роль средств массовой информации в процессе социальной адаптации инвалидов в современной России): автореф. дис. ... кандидата социологических наук: 22.00.04/Домбровская Анна Юрьевна. – Тула, 2006. – 24 с.
31. Дроздова, С.А. Использование международной классификации функционирования в реабилитации инвалидов/ С.А. Дроздова // Медицинская наука и образование Урала. – 2015. – №4. – С. 144–147.
32. Дюркгейм, Э. Социология. Ее предмет, метод, предназначение/ Э. Дюркгейм; пер. А. Б. Гофмана. – М.: Издательство Юрайт, 2019. – 307 с.
33. Егорова, С.В. Социальное конструирование в структуре современных представлений об инвалидности/ С.В. Егорова // Вестник СамГУ. – 2002. – №3. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.ssu.samara.ru/~vestnik/gum/2002web3/soci/200230702.html> (дата обращения 10.05.2021).

34. Емелин, С.М. Социальная политика в отношении инвалидов в СССР после Великой Отечественной войны: проблема соблюдения прав человека и идеологической целесообразности/ С.М. Емелин // Вестник ВЭГУ. – 2019. – № 2(100). – С. 59–70.

35. Жигунова, Г.В. Роль негосударственных общественных организаций в самореализации представителей ювенальной инвалидности/ Г.В. Жигунова [Электронный ресурс]. URL: https://nbpublish.com/library_read_article.php?id=30617 (дата обращения 10.05.2021)

36. Замараева, З.П. Институционализация социальной защиты населения в условиях современной России: дис. ... доктора социологических наук : 22.00.04 / Замараева Зинаида Петровна. – М., 2007. – 305 с.

37. Замараева, З.П. Ресурсно-потенциальный подход в работе с людьми пожилого возраста и инвалидами/З.П. Замараева; под общ. ред. Л.И Савинова// Социальный потенциал пожилых людей: условия, опыт, проблемы эффективного применения: материалы межрегион. науч.-практ. конференции. 2019. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=39550606> (дата обращения 01.02.2021)

38. Инвалидность и нуждаемость в реабилитации пострадавших вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Российской Федерации /М.А. Дымочка, М.Н. Пузин, М.А. Омаров [и др.] // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2017. – № 2. – С. 46–49.

39. Кабакович, Г.А. Влияние социальных и правовых барьеров на роль и место инвалидов в обществе/ Г.А. Кабакович, К.В. Полежаева // Вестник Башкирского университета. – 2015. – Т. 20, №2. – С.635–644.

40. Как статус инвалида влияет на трудоустройство. [Электронный ресурс]. URL: <https://issek.hse.ru/news/323498225.html> (дата обращения 20.02.2021).

41. Калашникова, И. В. Эволюция социальных моделей инвалидности/ И.В. Калашникова, А.А. Тринадцатко // Вестник ТОГУ. Серия: Социология. – 2017. – № 3(46). – С. 277–288.

42. Карагодина. О.А. Роль социально ориентированных НКО в решении проблем инвалидов и лиц с ОВЗ (на примере деятельности организаций Волгоградского региона) / О.А. Карагодина // Социодинамика. – 2019. – № 9. – С. 75–81. [Электронный ресурс]. URL: https://nbpublish.com/library_read_article.php?id=30617 (дата обращения 10.05.2021)

43. Кирилук, О.М. Система реабилитации инвалидов в Санкт-Петербурге: социологический анализ: автореф. дис. кандидата социологических наук: 22.00.04/ Кирилук Ольга Михайловна. – СПб., 2007. – 22 с.

44. Кичерова, М.Н. Социальная реабилитация инвалидов в Западносибирском регионе: основные подходы, пути развития: автореф. дис. ... кандидат социологических наук: 22.00.04/ Кичерова Марина Николаевна. – Тюмень, 2009. – 22 с.

45. Козырева, П.М. Динамика социального самочувствия инвалидов: тревоги и надежды/ П.М. Козырева, А.И. Смирнов //Социологические исследования. – 2019. – № 8. – С. 62–74.

46. Козырьков, В.П. Инвалидность в социокультурном контексте: ретроспектива и перспектива/ В.П. Козырьков // Инвалиды – инвалидность – инвалидизация. Под общей редакцией проф. З.Х. Саралиевой. – Н.Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2018. – С. 814–818.

47. Колпащиков, О.Б. Экстрабилити людей с инвалидностью в инклюзивном социальном проектировании/О.Б. Колпащиков // Экстрабилити как феномен инклюзивной культуры: матер. всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием. – Екатеринбург: Изд-во Уральского университета, 2019. – С. 31–42.

48. Комплексная реабилитация инвалидов/ Т.В. Зозуля, Е.Г. Свистунова, В.В.Чешихина [и др.]; под ред. Т.В. Зозули. – М.: Изд. центр «Академия», 2005. – 304 с.

49. Конвенция о правах инвалидов: Организация объединенных наций. Официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml (дата обращения 10.05.2021).

50. Корнилова, М.В. Инвалиды о проблемах и возможностях интеграции в общество: социологический анализ/ М.В. Корнилова, В.А. Бобровский // Человек. Общество. Инклюзия. – 2016. – № 3–2 (27). – С. 26–35.

51. Котова, О.В. Современные модели интеграции инвалидов в социум/ О.В. Котова // Социальная политика и социология. – 2010. – С. 209–218.

52. Кранзеева, Е.А. Смыслы жизни в оценках и ожиданиях жителей региона (результаты фокус-групп в Кемеровской области)/ Е.А. Кранзеева, Е.В. Головацкий, А.В. Орлова, А.Л. Бурмакина //Социологические исследования. 2020. № 11. С. 58-67.

53. Красуцкая, О.В. Доступность социальной реабилитации для инвалидов (на примере Нижегородской области): автореф. дис. ... кандидата социологических наук: 22.00.04/ Красуцкая Ольга Викторовна. – Нижний Новгород, 2019. – 23 с.

54. Красуцкая, О.В. Категории инвалидности и реабилитации в различных социологических концепциях /О.В. Красуцкая // Вестник ПНИПУ. Социально-экономические науки. – 2017. – № 3. – С.132–141.

55. Крятова, Н.В. Определение места инвалидов в социальной структуре/ Н.В. Крятова, М.А. Павленко // Вестн. Волгогр. гос. ун-та. Серия 7: Филос. – 2011. – № 1 (13). – С. 162–166.

56. Курникова, М.В. Особенности социального, материального и культурного капитала семьи с ребенком-инвалидом/ М.В. Курникова// Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности. Матер. IX Междунар. науч.-практ. конф., посвященной 75-летию Победы в Великой Отечественной войне. Отв. редактор Ю.Ю. Шурыгина. Улан-Удэ, 2020. – С. 146–148.

57. Кутявина, Е.Е. Риски членов семьи, ухаживающих за терминальными больными/Е.Е. Кутявина// Социальные риски в современном обществе. Матер. Всерос. науч.-практ. онлайн-конф. с междунар. участием. – Красноярск, 2020. – С. 145-149.

58. Лапин, Н.И. Социокультурный подход и социетально-функциональные структуры/Н.И. Лапин (Электронный ресурс). URL: <http://ecsocman.hse.ru/data/020/174/1217/001.LAPIN.pdf> (дата обращения 20.12.2020).

59. Лебедева, А.В. Преодоление социальных барьеров, стоящих перед процессом социализации детей-инвалидов в условиях родительской семьи/ А.В. Лебедева, Л.И. Савинов// XLIV Огарёвские чтения. материалы научной конференции: в 3 частях. Отв. за выпуск П.В. Сенин. – Саранск, 2016. – С. 179-184.

60. Лебедева, А.В. Социокультура как фактор порождающий и преодолевающий социальные барьеры, стоящие перед детьми-инвалидами/ А.В. Лебедева, Л.И. Савинов// Социальная интеграция инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в современную жизнь общества: опыт, проблемы, перспективы. Матер. Междунар.науч.-практ. конф. 14 апреля 2016. – Саранск, 2016. – С. 82-87.

61. Лифинцев, Д.В. Социальная реабилитация в контексте биопсихосоциальной модели здоровья/ Д.В. Лифинцев, А.Н. Анцута //Вестник ПСТГУ. – IV: Педагогика. Психология. – 2013. – Вып. 4 (31). – С. 50–60.

62. Лотарева, Е.В. Особенности социокультурной адаптации незрячих людей в российском обществе: дис. ... кандидата социологических наук: 22.00.04/Лотарева Екатерина Васильевна. – М., 2010. – 169 с.

63. Лотова, И.П. Качество жизни инвалидов как междисциплинарная проблема/ И.П. Лотова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2015. – Т. 18, № 2. – С.53–57.

64. Луман, Н. Введение в системную теорию/ Н. Луман; под ред. Д. Беккера; пер. с нем. К. Тимофеевой. – М.: Логос, 2007. – 360 с.

65. Любушкина, Т.Л. Организационная модель системы социальной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в Свердловской области/ Т.Л. Любушкина, Т.С. Онохова; отв. ред. д-р психиатр. наук Т.В. Рогачева // Система комплексной реабилитации и абилитации инвалидов: опыт межведомственного взаимодействия, инновации, технологии»: матер. II науч.-практ. конф. с междунар. участием. – Екатеринбург, 2018. – С. 206–211.

66. Мавликаева, Ю.А. Научное обоснование мер по предупреждению потерь трудового потенциала вследствие инвалидности взрослого населения на региональном уровне: дис. ... доктора медицинских наук: 14.02.03/ Мавликаева Юлия Анатольевна. – М., 2012. – 337 с.

67. Мертон, Р. Социальная теория и социальная структура/ Р. Мертон // Социологические исследования. – 1992. – № 2. – С. 118–119.

68. Мертон, Р. Социальная теория и социальная структура/ Р. Мертон. – М.: АСТ Москва: Хранитель, 2006. – 873 с.

69. Мид, Дж. Интернализированные другие и самость/ Дж. Мид; пер. с англ. А. Гараджи // Американская социологическая мысль. – М., 1994. – С. 224–227.

70. Министерство семьи, труда и социальной защиты населения Республики Башкортостан: официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: https://mintrud.bashkortostan.ru/about/links/ds_links/ (дата обращения 25.08.2021)

71. Министерство социального развития Кировской области: официальный сайт. [Электронный ресурс]. <http://www.socialkirov.ru/social/root/dsr/council.htm> (дата обращения 25.08.2021)

72. Министерство социального развития Оренбургской области: официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: <https://msr.orb.ru/about/1707/> (дата обращения 25.08.2021)

73. Министерство социального развития Пермского края: официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: <http://minsoc.permkrai.ru/obshchestvennyy-sovet/sostav-soveta/> (дата обращения 25.08.2021)

74. Министерство труда и социальной защиты населения Российской Федерации: официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: <https://mintrud.gov.ru/social/invalid-defence/427> (дата обращения 10.05.2021)

75. Министерство труда и социальной защиты Республики Татарстан: официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: <https://mtsz.tatarstan.ru/obshchestvenniy-sovet.htm> (дата обращения 25.08.2021)

76. Министерство труда и социальной защиты Саратовской области: официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: http://www.social.saratov.gov.ru/obshchaya_informatsiya_o_ministerstve/obshchestvennyy_sovet_pri_ministerstve/ (дата обращения 25.08.2021)

77. Мухаметзянова, А.Р. Интеграционный потенциал лиц с инвалидностью: к обоснованию понятия/ А.Р. Мухаметзянова // Инвалиды – инвалидность – инвалидизация/ Под общей редакцией проф.З.Х. Саралиевой. – Н.Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2018. – С.624-626.

78. Мухаметзянова, А.Р. Реабилитация инвалидов с привлечением сообщества: возможна ли в России? / А.Р. Мухаметзянова; под общ. ред. З.Х. Саралиевой // Здоровье как ресурс: V. 2.0: междунар. науч.-практ. конф. – 2019. – С. 906–910.

79. Мухарямова, Л.М. Социальная среда для людей с аутизмом в России: проблема доступности в оценках экспертов/ Л.М. Мухарямова, Ж.В. Савельева // Экология человека. – 2021. – №1. – С. 45–50.

80. Мягков, А.Ю. Искренность респондентов в массовых опросах дис. ... доктора социологических наук: 22.00.01/Мягков Александр Юрьевич. – Иваново. – 401 с.

81. Мясников, И.Р. Комплексный подход в организации доступной образовательной среды для инвалидов/ И.Р. Мясников, Е.М. Старобина, Л.А. Карасева //Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки. – 2018. – Т. 23, № 176. – С. 29–38.

82. Наберушкина, Э.К. Мобильное гражданство инвалидов в социальном пространстве города: автореф. дис. ... доктора социологических наук: 22.00.04/ Наберушкина Эльмира Кямаловна. – Саратов, 2013. – 40 с.

83. Наберушкина, Э.К. Социальное благополучие людей с инвалидностью: результаты эмпирического исследования/ Э.К. Наберушкина, Е.Р. Мирзаева // Человек. Общество. Инклюзия. – 2019. – № 4 (40). – С. 22–26.

84. Наберушкина, Э.К. Эволюция дискурса безбарьерной городской среды / Э.К. Наберушкина // Инвалиды – инвалидность – инвалидизация/ Под общей редакцией проф.З.Х. Саралиевой. – Н.Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2018. – С. 799–803.

85. О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон "Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации" и "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации"»: Федеральный закон № 122-ФЗ от 22 августа 2004 г.

86. О дополнительных мерах государственной поддержки инвалидов: Указ Президента Российской Федерации № 1157 от 02 октября 1992 г.

87. О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы: Приказ Министерства труда и социального развития РФ № 585н от 27 августа 2019 г.

88. О Комиссии при Президенте Российской Федерации по делам инвалидов" (вместе с «Положением о Комиссии при Президенте Российской Федерации по делам инвалидов»: Указ Президента РФ № 1201 от 21 августа 2012 г.

89. О Координационном совете по делам инвалидов при Правительстве Республики Башкортостан: Постановление Правительства Республики Башкортостан № 122 от 25 марта 2014 г.

90. О мероприятиях, реализуемых в связи с угрозой распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в Пермском крае: Указ губернатора Пермского края № 23 от 29 марта 2020 г.

91. О некоторых мерах социальной поддержки инвалидов: Указ Президента РФ № 685 от 6 мая 2008 г.

92. О порядке и условиях признания лица инвалидом: Постановление Правительства РФ № 95 от 20 февраля 2006 г.

93. О Совете при Президенте Российской Федерации по делам инвалидов: Указ Президента РФ № 1792 от 17 декабря 2008 г.

94. О создании межведомственного координационного совета по делам ветеранов и инвалидов при Правительстве Оренбургской области: постановление Правительства Оренбургской области № 380-п от 14 ноября 2006 г.

95. О создании совета по делам инвалидов при Губернаторе Кировской области: Указ Губернатора Кировской области № 82 от 07 июля 2011 г.

96. О создании Совета по делам инвалидов при Правительстве Саратовской области постановление Правительства Саратовской области № 744-П от 18 декабря 2012 г.

97. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации: Федеральный закон № 181-ФЗ от 24 ноября 1995 г.

98. Об образовании Совета по делам инвалидов при Президенте Республики Татарстан: Указ Президента Республики Татарстан № УП-908 от 31 декабря 2010 г.

99. Об организации в отдельных территориях Пермского края системы комплексной реабилитации по месту жительства (коммунальной реабилитации) для инвалидов и других маломобильных групп населения: приказом Министерства социального развития Пермского края №33-01-03-110 от 25 февраля 2021 г.

100. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда»: Постановление Правительства РФ № 363 от 29 марта 2019 г.

101. Об утверждении Положения о Совете по делам инвалидов при Губернаторе Пермского края: Указ Губернатора Пермского края № 29 от 20 июля 2009 г.

102. Об утверждении Порядка и условий проведения конкурсного отбора субъектов Российской Федерации для участия в реализации пилотного проекта по отработке подходов к формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, а также регламента работы и состава конкурсной комиссии: Приказ Минтруда России № 398н от 29 июля 2016 г.

103. 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 РФ № 486н от 13 июня 2017 г. (с изменениями и дополнениями).

104. Об утверждении примерных положений о многопрофильных реабилитационных центрах для инвалидов и детей-инвалидов, а также примерных перечней оборудования, необходимого для предоставления услуг по социальной и профессиональной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов: Приказ Минтруда России № 275 от 23 апреля 2018 г.

105. Об утверждении технического задания пилотного проекта по отработке подходов к формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов»: Приказ Минтруда России № 436н от 18 августа 2016 г.

106. Об утверждении технического задания пилотного проекта по отработке подходов к формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов»: Приказ Минтруда России № 436н от 18 августа 2016 г.

107. Об утверждении порядков в сфере реабилитационных услуг: Приказ Министерства социального развития Пермского края от 6 февраля 2015

года N СЭД-33-01-03-31//Справочно-правовая система «Гарант» (Электронный ресурс). URL: <https://base.garant.ru/32716970/> (дата обращения 20.12.2020).

108. Общественная палата Кировской области: официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: <http://opko43.ru/> (дата обращения 25.08.2021).

109. Общественная палата Оренбургской области: официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: <https://orenpalata.orb.ru/> (дата обращения 25.08.2021)

110. Общественная палата Пермского края: официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: <https://oppk.permkrai.ru/> (дата обращения 25.08.2021)

111. Общественная палата Республики Башкортостан: официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: <https://op.bashkortostan.ru/> (дата обращения 25.08.2021)

112. Общественная палата Республики Татарстан: официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: <https://opr.tatarstan.ru/> (дата обращения 25.08.2021)

113. Общественная палата Саратовской области: официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: <http://оп64.рф> (дата обращения 25.08.2021).

114. Отчет о реализации пилотного проекта по отработке подходов к формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в Пермском крае за 2017–2018 гг. / под ред. В.А. Бронникова. – Пермь: КГАУ «Центр комплексной реабилитации инвалидов», 2018. – 172 с.

115. Парсонс, Т. О социальных системах/ Т. Парсонс; под ред. В.Ф. Чесноковой, С. А. Белановского. – М.: Академический проект, 2002. – 832 с.

116. Парсонс, Т. Понятие общества: компоненты и их взаимоотношения/ Т. Парсонс // THESIS. – 1993. – Вып. 2. – С. 94–122 (Электронный ресурс). URL: http://ecsocman.hse.ru/data/876/582/1217/2_2_1pars.pdf (дата обращения 20.12.2020)

117. Парсонс, Т. Функциональная теория измерения//Американская социологическая мысль: Тексты/ Т. Парсонс; под ред. В.И. Добренкова. – М.: Изд-во МГУ, 1994. – С.464–481.
118. Пестовская, И.В. Реабилитационная среда. Новое видение мира /И.В. Пестовская // Образование личности. – 2013. – № 4. – С. 94–99.
119. Пономаренко, Г.Н. Комплексная реабилитация и абилитация инвалидов в Российской Федерации/ Г.Н. Пономаренко, О.Н. Владимирова // Физическая и реабилитационная медицина. – 2019. – Т. 1, № 1. – С. 9–15.
120. Порохина, Ж.В. Современное состояние системы комплексной реабилитации инвалидов в Российской Федерации: проблемы и пути развития/ Ж.В. Порохина, А.А. Ярков // Комплексная реабилитация детей с ОВЗ и детей-инвалидов. 2020: альманах № 40. [Электронный ресурс]. URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanac-no-40/current-state-of-the-system-of-complex-rehabilitation-of-invalids-in-the-russian-federation-problems-and-ways-of-development> (дата обращения 20.02.2021)
121. Президент России: официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.kremlin.ru/acts/assignments/items/topic/13/desc/page/2> (дата обращения 10.06.2021)
122. Программы субъектов Российской Федерации/Формирование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов// Министерство труда и социальной защиты населения Российской Федерации [Электронный ресурс]. URL: <https://mintrud.gov.ru/ministry/programms/25/13/region> (дата обращения 11.08.2021).
123. Проект Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации лиц с инвалидностью, в том числе детей с инвалидностью, на период до 2025 года: Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации. Официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: <https://mintrud.gov.ru/ministry/programms/25/kontcepsia> (дата обращения 10.05.2021).

124. Проект стандарта по основным направлениям реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов. [Электронный ресурс]. URL: <https://mintrud.gov.ru/ministry/programms/25/7>. (дата обращения 20.02.2021).

125. Реестр социально ориентированных некоммерческих организаций, сформированный в соответствии с подпунктами «а» и «в» пункта 1 перечня поручений Президента Российской Федерации по итогам встречи с участниками общероссийской акции «Мы вместе» 30 апреля 2020 г. [Электронный ресурс]. URL: <https://data.economy.gov.ru/analytics/sonko/region/110?page=2&query=%D0%B8%D0%BD%D0%B2> (дата обращения 01.09.2021)

126. Рейтинг регионов по уровню качества жизни населения [Электронный ресурс]. URL: <https://www.rbc.ru/economics/26/04/2021/607c61769a79477194cdd8ff> (дата обращения 10.08.2021).

127. Реут, М.Н. Комплексный подход к понятию инвалидности/ М.Н. Реут // Власть. – 2008. – №7. – С. 94–96.

128. Рогачева, Т.В. Теоретические основания социально-средовой реабилитации инвалида/ Т.В. Рогачева, Е.В. Шестакова // Медицинская психология в России. – 2018. – Т. 10, № 3(50). – С. 4.

129. Романов, П.В. Инвалиды и общество: двадцать лет спустя / П.В. Романов, Е.Р. Ярская-Смирнова // Социологические исследования. – 2010. – № 9 (317). – С. 50–57.

130. Романов, П.В. Политика инвалидности: Социальное гражданство инвалидов в современной России/ П.В. Романов, Е.Р. Ярская-Смирнова. – Саратов: Изд-во «Научная книга», 2006. – 260 с.

131. Савинов, Л.И. Реализация институционального подхода в социологическом исследовании семьи с ребенком-инвалидом/Л.И. Савинов// Инвалиды – инвалидность – инвалидизация/ Под общей редакцией проф. З.Х. Саралиевой. – Н.Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2018. – С.106-109.

132. Саитгалиева, Г.Г. Формирование социальной среды для реализации индивидуальной жизненной траектории людей с инвалидностью в современном обществе/ Г.Г. Саитгалиева, Л.Д. Матвеева // Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке». – 2016. – Т. 18, № 3. – С.140–143.

133. Санникова, С.С. Реабилитационное пространство и терапевтическая среда в Витебском доме-интернате для престарелых и инвалидов/ С.С. Санникова, Ю.В. Гапоненок // Улица без конца: строим инклюзивный город: электронный сборник материалов междунар. науч.-практ. конф. к 50-летию Полоцкого гос. университета и 60-летию г. Новополоцка /отв. за выпуск Е.Н. Борун. – Новополоцк: Учреждение образования «Полоцкий государственный университет» =Установа адукацыі «Полацкі дзяржаўны ўніверсітэт», 2018. – С. 20–25. [Электронный ресурс]. URL: <http://elib.psu.by:8080/handle/123456789/22942> (дата обращения 10.05.2021)

134. Саралиева, З.Х. Инвалидизация: макрофакторы и микропрактики/ З.Х. Саралиева // Инвалиды – инвалидность – инвалидизация/ Под общей редакцией проф. З.Х. Саралиевой. – Н.Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2018. – С. 577–584.

135. Саралиева, З.Х.-М. Структура социального пространства членов семьи с ребенком-инвалидом/ З.Х.-М. Саралиева, М.В. Курникова// Социология и общество: традиции и инновации в социальном развитии регионов. Сб.докладов VI Всерос. социологического конгресса. Отв. редактор В.А. Мансуров. 2020. – С. 4574– 4579.

136. Словарь по комплексной реабилитации инвалидов/ В.А. Бронников, Т.В. Зозуля, Ю.И. Кравцов, М.С. Надымова. Пермь, 2009. – 530 с.

137. Современные подходы к трудовому и профессиональному ориентированию лиц с инвалидностью и ОВЗ: коллективная монография / под общ. ред. Е.А. Петровой. М.: Издательство РГСУ, 2016. – 304 с.

138. Состояние и динамика инвалидности, комплексная реабилитация и абилитация инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации: доклад

/ под ред. М.А. Дымочки. – М.: ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, 2021. – 435 с.

139. Социологический энциклопедический словарь. – М.: Изд. группа ИНФРА М - НОРМА, 1998. – 488 с.

140. Справочная информация: «Величина прожиточного минимума в Российской Федерации» [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_33936/8bf43d584df4ac39dddc19c36e7654dce95bdb62/ (дата обращения 10.08.2021).

141. Судьин, С.А. Модели терапевтических отношений в социологических парадигмах/ С.А. Судьин // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. 2006. №1 (5). – С. 396–401.

142. Судьин, С.А. Семья как фактор психической инвалидизации/ С.А. Судьин // Инвалиды – инвалидность – инвалидизация/ Под общей редакцией проф. З.Х. Саралиевой. – Н.Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2018. – С. 271–275.

143. Судьин, С.А. Социологический анализ роли институтов гражданского общества в работе с психически больными и их семьями: автореф. дис. ... доктора социологических наук: 22.00.04/ Судьин Сергей Александрович. – Нижний Новгород, 2017. – 22 с.

144. Сухих, В.Г. Региональные модели реабилитации инвалидов / В.Г. Сухих. [Электронный ресурс]. URL: <http://ecsocman.hse.ru/data/2011/12/19/1270386238/Suhih.pdf> (дата обращения 20.02.2021)

145. Тарасенко, Е.А. Социальная политика в области инвалидности: кросскультурный анализ и поиск оптимальной концепции для России / Е.А. Тарасенко // Журнал исследований социальной политики. [Электронный ресурс]. URL: https://www.civisbook.ru/files/File/Tarasenko_Sotsialnaya.pdf (дата обращения 20.02.2021)

146. Ткаченко, В.С. Интеграция в российском обществе людей с инвалидностью: автореф. дис... доктора социологических наук: 22.00.04/ Ткаченко Владимир Сергеевич. – Ставрополь, 2007. – 54 с.
147. Топеха, Т.А. Анализ доступности, результативности, эффективности и востребованности технологии сопровождаемого проживания инвалидов с ментальными нарушениями на территории Пермского края/Т.А. Топеха, М.И. Григорьева, А.И. Потемкина // Реабилитация – XXI век: традиции и инновации/IV Нац. конгресс с международ. участием. Санкт-Петербург, 08-09 сентября 2021 года. – Санкт-Петербург: ООО «ЦИАЦАН», 2021. – С.267-276.
148. Торлопова, Л.А. Генеалогия понятия инвалидности/ Л.А. Торлопова // Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. – 2017. – № 37. – С. 92–102.
149. Управление системой комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в субъекте Российской Федерации программным методом / О.Н. Владимирова, А.В. Шошмин, В.В. Лорер [и др.] //Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2019. – № 4. – С. 30–42.
150. Фахрадова, Л.Н. Проблемы социальной инклюзии инвалидов: опыт регионального исследования/ Л.Н. Фахрадова // Проблемы развития территории. – 2016. – Вып. 8 (86). – С. 58–85.
151. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. URL: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/situaz.pdf> (дата обращения 10.06.2021).
152. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. URL: https://gks.ru/free_doc/new_site/population/invalid/tab3-4.htm (дата обращения 10.06.2021).
153. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/13397> (дата обращения 10.06.2021).
154. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/13964> (дата обращения 10.05.2021).

155. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. URL: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/l6rFTHYB/tab4-10.html> (дата обращения 10.06.2021).
156. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. URL: https://rosstat.gov.ru/labor_market_employment_salaries (дата обращения 10.08.2021).
157. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. URL: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Bul_chislen_nasel-pv_01-01-2021.pdf (дата обращения 10.08.2021).
158. Федеральная служба государственной статистики [электронный ресурс]. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/13397> (дата обращения 01.09.2021).
159. Федеральный реестр инвалидов [Электронный ресурс]. URL: <https://sfri.ru/analitika/chislennost> (дата обращения 10.05.2021).
160. Федеральный реестр инвалидов [электронный ресурс]. URL: <https://sfri.ru/analitika/zanyatost/zanyatost?territory=undefined> (дата обращения 10.05.2021).
161. Федеральный реестр инвалидов [Электронный ресурс]. URL: <https://sfri.ru/analitika/chislennost/chislennost/chislennost-polu?territory=undefined> (дата обращения 10.08.2021).
162. Федеральный реестр инвалидов [Электронный ресурс]. URL: <https://sfri.ru/analitika/chislennost> (дата обращения 01.09.2021).
163. Федеральный реестр инвалидов. [Электронный ресурс]. URL: <https://sfri.ru/analitika/zanyatost/zanyatost?territory=undefined> (дата обращения 10.05.2021)
164. Фонд Президентских грантов: официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: <https://президентскиегранты.рф> (дата обращения 11.06.2021).
165. Ханнанов, Ш.К. Средовой подход в социологии/ Ш.К. Ханнанов // Среднерусский вестник общественных наук. – 2011. – №1. – С. 72.
166. Холостова, Е.И. Социальная реабилитация/ Е.И. Холостова, Н.Ф. Дементьева. – М., 2002. – 308 с.

167. Храпылина, Л.П. Приоритеты модернизации системы предоставления социальных услуг инвалидам и лицам пожилого возраста в современной России/Л.П. Храпылина// Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2011. – Т. 14. – №1. – С. 3-6.
168. Храпылина, Л.П. Реабилитация инвалидов/Л.П. Храпылина. – М.: Экзамен, 2006. – 415 с.
169. Чистова, А.Б. Социальная реабилитация детей с проблемами здоровья средствами эстетического воспитания: дис. ... кандидата педагогических наук: 13.00.01/ Анна Борисовна Чистова. – СПб., 1999. – 165 с.
170. Шаповал И.А. Социальная инклюзия лиц с ОВЗ де-юре и де-факто/ И.А. Шаповал//Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. Филология, педагогика, психология. – 2019. – № 1. – С. 84-99.
171. Шимолина, М.В. Процесс инклюзии инвалидов-колясочников как социальной группы в современном российском обществе: автореф. дис. ... кандидата социологических наук: 22.00.04/ Шимолина Мария Викторовна. – Хабаровск, 2017. – 19 с.
172. Шипулина, Л.Н. Реабилитация и абилитация инвалидов в Российской Федерации. Проблемы правового регулирования/ Л.Н. Шипулина // Система комплексной реабилитации и абилитации инвалидов: опыт межведомственного взаимодействия, инновации, технологии». Матер. II науч.-практ. конф. с междунар. участием (5-6 октября 2018 г.) / Отв. ред.: д.псих.н. Т.В. Рогачева. – Екатеринбург, 2018. – С.340-351.
173. Шолух, Н.В. Реабилитационная среда как объект системного анализа: выбор оптимальной модели/ Н.В. Шолух // Сучасні проблеми архітектури та містобудування. – 2008. – Вип. 19. – С. 320. [Электронный ресурс]. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Spam_2008_19_52 (дата обращения 10.05.2021)
174. Шошмин, А.В. МКФ в реабилитации: монография/ А.В. Шошмин, Г.Н. Пономаренко. – 2-е изд., перераб. и доп. – СПб., 2020. – 232 с.

175. Шпилев, Д.А. Реабилитационные практики для инвалидов: опыт Германии/ Д.А. Шпилев// Инвалиды – инвалидность – инвалидизация/ Под общей редакцией проф. З.Х. Саралиевой. – Н.Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2018. – С. 414-419.
176. Шпилень, Л.С. Проблемы организации в Санкт-Петербурге реабилитационной среды для лиц, нелегально употребляющих наркотические средства/ Л.С. Шпилень // Аддиктивное поведение: профилактика и реабилитация. [Электронный ресурс]. URL: https://psyjournals.ru/addictive_behavior/issue/46131.shtml (дата обращения 10.05.2021)
177. Шюц, А. Смысловая структура повседневного мира: очерки по феноменологической социологии/ А.М. Шюц. – Изд-во: Институт Фонда «Общественное мнение», 2003. – 336 с.
178. Щепаньский, Я. Элементарные понятия социологии / Я. Щепаньский; общ. ред. и посл. акад. А.М. Румянцева; пер. с польского М.М. Гуренко. – М.: Прогресс, 1969. – 239 с.
179. Ядов, В.А. Социальный ресурс индивидов и групп как их капитал: возможность применения универсальной методологии исследования реального расслоения в российском обществе/ В.А. Ядов. [Электронный ресурс]. URL: <https://ecsocman.hse.ru/data/297/679/1219/040.IADOV.pdf> (дата обращения 10.06.2021)
180. Ярская-Смирнова, В.Н. Модусы темпоральности в нарративах о доступности городской среды/ В.Н. Ярская-Смирнова, Е.Р. Ярская-Смирнова // Социологические исследования. – 2021. – № 2. – С. 92–102.
181. Ярская-Смирнова, Е.Р. Агентная позиция людей с инвалидностью в городском пространстве/ Е.Р. Ярская-Смирнова, В.Н. Ярская // Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. – 2020. – № 56. – С. 223–234.

182. Ярская-Смирнова, Е.Р. Инвалидность как форма социального неравенства/ Е.Р. Ярская-Смирнова // Инвалиды – инвалидность – инвалидизация: материалы междунар. науч.-практ. конф. – Нижний Новгород: ООО «Научно-исследовательский социологический центр», 2018. – С. 588–593.
183. Ярская-Смирнова, Е.Р. Социальное конструирование инвалидности. (Электронный ресурс) /Е.Р. Ярская-Смирнова. URL: http://ecsocman.hse.ru/data/523/517/1217/005_Yarskaya-mirskaya.pdf (дата обращения 20.12.2020)
184. Ярская-Смирнова, Е.Р. Социокультурный анализ нетипичности/Е.Р. Ярская-Смирнова. – Саратов: Саратовский государственный технический университет, 1997. – 272 с.
185. Allan, J. The sociology of disability and the struggle for inclusive education/ J. Allan // British Journal of Sociology of Education, 31:5, pp. 603-619 [Электронный ресурс]. URL: <http://dx.doi.org/10.1080/01425692.2010.500093> (дата обращения 17.04.2021).
186. Anspach, R.R. From stigma to identity politics: Political activism among the physically disabled and former mental patients/ Renee R. Anspach // Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology. Volume 13. 1979 Pp. 765-773. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0271712379901238> (дата обращения 15.02.2021).
187. Barnes, C. Disability, Work and Welfare. [Электронный ресурс]/ Colin Barnes. URL: <https://disability-studies.leeds.ac.uk/wp-content/uploads/sites/40/library/Disability-Work-and-Welfare.pdf> (дата обращения 26.02.2021).
188. Barnes, C. Disability: A Sociological Phenomenon Ignored by Sociologists. [Электронный ресурс]/ Colin Barnes, Mike Oliver. URL: <https://disability-studies.leeds.ac.uk/wp-content/uploads/sites/40/library/Barnes-soc-phenomenon.pdf> (дата обращения 01.02.2021)

189. Barton, L. Disability and Society Emerging Issues and Insights [Электронный ресурс]/ Len Barton. URL: https://www.google.ru/books/edition/Disability_and_Society/tCapDwAAQBAJ?hl=ru&gbpv=0 (дата обращения 17.04.2021).

190. Becker, H.S. Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance/ Howard S. Becker, New York: The Free Press, 1963. [Электронный ресурс]. URL: https://monoskop.org/images/2/2b/Becker_Howard_Outsiders_Studies_In_The_Sociology_Of_Deviance_1963.pdf (дата обращения: 10.01.2021).

191. Crown, S. Models of Madness, Models of Medicine. By Mirlam Siegler and Humphry Osmond. London: Collier MacMillan Publishers. 1974/ Sidney Crown // British Journal of Psychiatry, 126(6), 583-584. doi:10.1192/bjp.126.6.583-a [Электронный ресурс]. URL: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/abs/models-of-madness-models-of-medicine-by-mirlam-siegler-and-humphry-osmond-london-collier-macmillan-publishers-1974-pp-xxi280-index-7-pp-price-895/5CF38FE374B4E74E37D4024C2C075D72> (дата обращения 01.02.2021).

192. De Jong, G. The Independent Living Model of Personal Assistance in National Long-Term-Care Policy [Электронный ресурс]/ G. De Jong, A.I. Batavia, and L.B. McKnew. URL: https://www.jstor.org/stable/44877066?read-now=1&reqid=excel-sior%3A4c0297ad2e831ef2c55cbb6a4110ee11&seq=1#page_scan_tab_contents (дата обращения 05.06.2021).

193. Grills, N. Disability and Community-based rehabilitation/ N. Grills, J. Varghese // Setting up Community Health Programmes in Low and Middle Income Settings (4 edn) /Edited by Ted Lankester and Nathan J. Grills. Oxford University Press. 2019. Pp.404-417. [Электронный ресурс]. URL: <https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780198806653.001.0001/med-9780198806653-chapter-23> (дата обращения 10.09.2021).

194. Hahn, H. Toward a Politics of Disability: Definitions, Disciplines and Policies/ Harlan Hahn // Unpublished paper University of Southern California. 1994.

[Электронный ресурс]. URL: <https://www.independentliving.org/docs4/hahn2.html> (дата обращения 05.06.2021).

195. Lemert, E. Human Deviance: Social Problems and Social Control. New Jersey: Englewood Cliffs, N. J. Prentice-Hall. 1967. [Электронный ресурс]/ Edwin Lemert. URL: <https://archive.org/details/humandeviancesoc00leme/page/n3/mode/2up> (дата обращения: 10.01.2021).

196. Oliver, M. Capitalism, Disability and Ideology: a Materialist Critique of the Normalization Principle. [Электронный ресурс]/ Mike Oliver. URL: <https://www.independentliving.org/docs3/oliver99.pdf> (дата обращения 05.06.2021).

197. Pasrons, Tolkott. Illness and the Role of the Physician: a Sociological Perspective. [Электронный ресурс]/Tolkott Pasrons. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1939-0025.1951.tb00003.x> (дата обращения 01.02.2021)

198. Shumba, T.W. The evolution of community-based rehabilitation (CBR) programmes: a call for mixed evaluation methodologies// Journal of Health Research, Vol. 34. 2020. No. 6. pp. 505-514. [Электронный ресурс]/ T.W. Shumba, D. Haufiku, K.H. Mitonga. URL: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JHR-08-2019-0183/full/html> (дата обращения 10.09.2021).

199. Stevenson, J. The Sociology and Social Psychology of Disability and Rehabilitation by Constantina Safilios-Rothschild: Reviewed Work [Электронный ресурс]/ J. Stevenson. URL: https://www.jstor.org/stable/27722715?read-now=1&refreqid=excelsior%3A72928587b9598a0daf201ea22b6f5fd0&seq=2#page_scan_tab_contents (дата обращения 11.03.2021).

200. Titchkosky, T. Disability, Self and Society [Электронный ресурс]/ Tanya Titchkosky. URL: https://www.academia.edu/1249395/Disability_Self_and_Society (дата обращения 01.02.2021).

201. World Health Organization: официальный сайт [Электронный ресурс]. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548052> (дата обращения 10.09.2021).

Основные публикации автора по теме исследования

Статьи в журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ

1. Григорьева М.И. Реабилитационная среда инвалида: концептуализация понятия в социологии // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2021. № 2. С. 270–281 (1,17 п.л.).

2. Григорьева М.И. Система реабилитации людей с инвалидностью: социологический анализ (на материалах Пермского края) / В.А. Бронников, М.И. Григорьева // Вестник Пермского национального исследовательского политехнического университета. Социально-экономические науки. 2021. № 1. С. 125–141, (1,05/0,9 п. л.).

3. Григорьева М.И. Исследование проблемы инвалидности в социологии// Вестник Пермского национального исследовательского политехнического университета. Социально-экономические науки. 2021. № 2. С. 97–112 (1,06 п.л.).

4. Григорьева М.И. Современные подходы к стандартизации и регламентации социальных услуг в контексте концепции реализации человеческого потенциала в условиях городской агломерации //Теория и практика общественного развития. 2012. № 12. С. 119–123 (0,74 п.л.).

Другие публикации:

1. Григорьева М.И. Арт-медиация: технология создания инклюзивных экскурсионных программ/ А.В. Фирсова, М.И. Григорьева, Е.В. Лившиц // Современные проблемы сервиса и туризма. 2021. Т. 15. № 2. С. 47-57. (1,06/0,6 п.л.).

2. Григорьева М.И. Стандартизация услуг по медико-социальной реабилитации и абилитации инвалидов в Пермском крае/Бронников В.А., Складная К.А., Григорьева М.И.//Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2020. Т. 23. № 4. С. 28-38. (1,24/0,8 п.л.).
3. Григорьева М.И. Технология ранней помощи в системе профилактики детской инвалидности в Пермском крае/ В.А. Бронников, М.И. Григорьева, В.Ю. Серебрякова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2020. Т. 23. № 4. С. 58-67. (1,1/0,7 п.л.).
4. Григорьева М.И. Развитие трехуровневой модели ранней помощи в Пермском крае/В.А. Бронников, М.И. Григорьева, В.Ю. Серебрякова // Специальное образование. 2019. № 4 (56). С. 130-145. (0,86/0,6 п.л.).
5. Григорьева М.И. Анализ доступности, результативности, эффективности и востребованности технологии сопровождаемого проживания инвалидов с ментальными нарушениями на территории Пермского края/ Т.А. Топеха, М.И. Григорьева, А.И. Потемкина // Реабилитация – XXI век: традиции и инновации: Сб. матер. IV Нац. конгресса с междунар. участием. Санкт-Петербург, 08-09 сентября 2021 года /Минтруд России. СПб: ООО «ЦИАЦАН», 2021. С.267-276 (0,97/0,4 п.л.).
6. Григорьева М.И. Социальная безопасность и социальная защита: соотношение понятий//Социальная безопасность и защита человека в современном российском социуме: монография/ К.А. Антипов, М.Г. Суслов, З.П. Замаева [и др.]; Пермский государственный национальный исследовательский университет, Пермский национальный исследовательский политехнический университет. 2-е издание. М.: Издательско-торговая корпорация "Дашков и К", 2020. С.75-81. (0,6 п.л.)
7. Григорьева М.И. Комплексная реабилитация инвалидов в реабилитационном центре/ В.А. Бронников, К.А. Складная, М.И. Григорьева // Социальная безопасность и защита человека в условиях новой общественной реальности. Социальные и реабилитационные услуги населению в Пермском

крае: инновационные практики, проблемы и перспективы реализации. Сб. матер. XII междунар. науч.-практ. конф. ученых, преподавателей, специалистов, аспирантов. Под общей редакцией З.П. Замараевой, М.И. Григорьевой. 2020. С. 12-20. (0,46/0,25 п.л.)

8. Григорьева М.И. Система комплексной реабилитации инвалидов в как основа восстановления функционирования для экономической независимости человека с инвалидностью/ В.А. Бронников, М.И. Григорьева// Социальная безопасность и защита человека в условиях новой общественной реальности. Современные механизмы преодоления бедности. Сб. матер. XI междунар. науч.-практ. конф. ученых, преподавателей, специалистов, аспирантов. Под общей редакцией З.П. Замараевой, М.И. Григорьевой. 2019. С. 5-10. (0,3/0,25 п.л.)

9. Григорьева М.И. Туризм для людей с инвалидностью по зрению: подходы к созданию доступной музейной среды/ М.И. Григорьева, А.В. Фирсова // География и туризм. 2019. №2. С. 142-147. (0,6/0,4 п.л.)

10. Григорьева М.И. Организация работы с семьями с детьми с инвалидностью по активизации их ресурсного потенциала// Социальная безопасность человека в условиях новой общественной реальности: ресурсы социальной включенности молодежи. Сб. матер. X юбилейной междунар. научно-практ. конф. ученых, преподавателей, специалистов, аспирантов, магистрантов/ под общ. ред. З. П. Замараевой, М. И. Григорьевой. 2018. С. 84-87. (0,17 п.л.)

11. Григорьева М.И. Независимая оценка качества услуг в сфере реабилитации инвалидов в Пермском крае// Реабилитация – XXI век: традиции и инновации: Сб. матер. I Нац. конгр. с межд. участием. СПб: ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта, 2017. С.100-103. (0,35 п.л.).

12. Григорьева М.И. Независимая оценка качества услуг, предоставляемых лицам с инвалидностью, в Пермском крае: нормативные основы, методика проведения, основные выводы/ Григорьева М.И., Леденцова В.А., Невельсон Е.Ю., Телегина Г.А.//Социальная безопасность и защита человека

в условиях новой общественной реальности. Современные научные подходы и формы социальной практики в социальной работе с людьми, имеющими инвалидность: матер. VIII Междунар. науч.-практ. конф. (г. Пермь, 14 декабря 2016 г.) / под общ. ред. З.П. Замараевой, М.И. Григорьевой. г. Пермь. 2016 г. С.137-152. (0,87/0,6 п.л.)

ПРИЛОЖЕНИЕ

Форма анкеты «Оценка системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в Пермском крае»

Уважаемый респондент!

В рамках проведения социологического исследования «Оценка системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в Пермском крае» просим Вас ответить на вопросы анкеты. Анкета носит анонимный характер, данные исследования будут использованы в обобщенном виде, конфиденциальность при проведении исследования гарантируется.

Анкета включает вопросы в табличной форме, где необходимо оценить каждое из представленных положений, в некоторых случаях необходимо вписать свой вариант ответа.

Вопросы

1. Пожалуйста, отметьте «да», «не обращался» или «нет» в качестве ответа на следующие вопросы:

Утверждение	Нет	Не обращался	Да
1. В Бюро МСЭ меня проинформировали о содержании, назначении ИПРА			
2. В Бюро МСЭ учитывали мои пожелания при составлении ИПРА			
3. В Бюро МСЭ мне объяснили, где и как я могу пройти реабилитационные мероприятия			
4. В Бюро МСЭ мне объяснили, куда надо обратиться, чтобы пройти медико-социальную реабилитацию			
5. Я не испытывал трудности по пути в бюро МСЭ			
6. В Территориальном управлении Министерства социального развития мне быстро выдали направление на реабилитацию			
7. В Территориальном управлении Министерства социального развития мне рассказали, где и в какие я сроки я могу и, если хочу, то должен пройти мероприятия по медико-социальной реабилитации			
8. У меня нет проблем с транспортом, чтобы попасть в организации, предоставляющие услуги по медико-социальной реабилитации			
9. Я проходил медико-социальную реабилитацию в том учреждении, в котором хотел			
10. Я выбрал реабилитационное учреждение потому, что оно расположено близко к дому			
11. Я выбрал реабилитационное учреждение потому, что там (как мне рассказали, я узнал) есть самое лучшее оборудование для медико-социальной реабилитации			
12. Я выбрал реабилитационное учреждение потому, что там (как мне рассказали, я узнал) работают квалифицированные специалисты по медико-социальной реабилитации			

13. Я выбрал реабилитационное учреждение потому, что уже проходил там медико-социальную реабилитацию, остался доволен результатом			
14. Я выбрал реабилитационное учреждение потому, что там хорошие условия для проживания			
15. Я не выбирал реабилитационное учреждение, меня туда направили			
16. Я недолго ожидал, когда попаду в реабилитационное учреждение для прохождения медико-социальной реабилитации			
17. В организации/ учреждении предоставили все услуги по медико-социальной реабилитации, которые я хотел получить			
18. В реабилитационном учреждении мне предоставили услуги по медицинской реабилитации (физиотерапия, массаж), этого для меня достаточно			
19. Специалисты реабилитационного учреждения проводили консультации о том, как мне поддерживать свое состояние после прохождения курса реабилитации			
20. Мне удобнее получать все виды реабилитационных мероприятий в одном месте, но сейчас такой возможности нет			
21. В целом я удовлетворен системой организации реабилитационных мероприятий			
22. Если бы был ассистент, который помог бы мне ориентироваться в процессе получения реабилитации, было бы лучше			

2. Пожалуйста, оцените по 6-балльной шкале, где 0 – «не пользовался услугой, не обращался в организацию/учреждение», 1 – «очень плохо», 2 – «плохо», 3 – «удовлетворительно», 4 – «хорошо», 5 – «отлично», Ваши возможности обратиться и получить реабилитационные услуги в следующих учреждениях:

Организация	0	1	2	3	4	5
1. Организация системы здравоохранения (стационар)						
2. Организация системы здравоохранения (амбулаторно, по месту жительства)						
3. Реабилитационный центр для детей						
4. Реабилитационный центр для взрослых						
5. Образовательная организация						
6. Организация системы физической культуры и спорта						
7. Организация сферы культуры						
8. Организация системы занятости населения						
9. Некоммерческая организация						
10. Санаторий-профилакторий						

3. Насколько Вы удовлетворены качеством предоставленных реабилитационных мероприятий?

0	1	2	3
Совершенно не удовлетворен	Скорее не удовлетворен, чем удовлетворен	Скорее удовлетворен, чем не удовлетворен	Полностью удовлетворен

4. Насколько Вы удовлетворены предоставленными Вам реабилитационными мероприятиями?

0	1	2	3
Совершенно не удовлетворен	Скорее не удовлетворен, чем удовлетворен	Скорее удовлетворен, чем не удовлетворен	Полностью удовлетворен

5. Как бы Вы могли оценить систему предоставления реабилитационных услуг в Пермском крае?

0	1	2	3
Отрицательно	Скорее отрицательно, чем положительно	Скорее положительно, чем отрицательно	Положительно

Данные о респонденте:

6. Пол

0	1
М	Ж

7. Статус респондента

1	2	3
Инвалид	Родитель ребенка-инвалида	Родственник (законный представитель) совершеннолетнего инвалида

8. Возраст инвалида, в отношении которого заполняется анкета (лет)

0	до 1
1	1–3
2	4–6
3	7–12
4	13–17
5	18–35
6	36–60
8	>61

9. Группа инвалидности

1	I
2	II
3	III
4	не установлена
5	ребенок-инвалид
6	ребенок не инвалид
7	взрослый не инвалид

10. Место жительства (населенный пункт) (впишите свой вариант ответа, пожалуйста)

--

Благодарим Вас за ответы!