

На правах рукописи.

Кичерова Марина Николаевна

**СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ
В ЗАПАДНОСИБИРСКОМ РЕГИОНЕ:
ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ, ПУТИ РАЗВИТИЯ.**

Специальность 22.00.04 – социальная структура, социальные институты и процессы.

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата социологических наук.

Тюмень 2009

Работа выполнена на кафедре социологии и социального управления Тюменского государственного университета

Научный руководитель: доктор философских наук, профессор Беспалова Юлия Михайловна

Официальные оппоненты: доктор социологических наук, профессор Скок Наталья Ивановна

кандидат социологических наук, доцент Грошева Ирина Александровна

Ведущая организация: Байкальский государственный университет экономики и права.

Защита диссертации состоится 19 июня 2009 года в 11-00 час. на заседании диссертационного совета Д 212.274.05 в Тюменском государственном университете по адресу: 625003г. Тюмень, ул. Ленина, д.16, ауд.113.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Тюменского государственного университета

Автореферат разослан « ____ » мая 2009 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор социологических наук

Ромашкина Г.Ф.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования.

Инвалидность – это проблема не только одного отдельного человека, но и всего общества в целом. Это проблема отношения общества к конкретному человеку с ограниченными возможностями, отношения к инвалидности как к социальному явлению, поддержки и социальной защиты инвалидов.

В мире отмечается устойчивая тенденция к увеличению доли инвалидов в структуре населения. Численность инвалидов ежегодно увеличивается в среднем на 10%. По оценкам экспертов ООН, инвалиды составляют в среднем 10% населения (при разбросе этого показателя от 1% до 27%), и примерно 25% населения страдает хроническими заболеваниями.

Особенно остро в настоящее время проблема инвалидности и реабилитации инвалидов стоит для России. Если не предпринимать адекватных мер, то в ближайшие десятилетия количество инвалидов среди населения страны может увеличиться до опасных пределов. Наблюдается рост заболеваемости по всем классам болезней. По данным Центрального института усовершенствования врачей (г.Москва) ежегодно 450 тыс. человек в России переносят инсульт. Восемьдесят процентов из них становятся инвалидами. По прогнозам Федерального научно-практического центра медико-социальной экспертизы и реабилитации, абсолютное число инвалидов в России в 2010 году достигнет 13,2 млн. человек, а доля инвалидов среди населения в 2015 году составит 10% при благоприятных условиях развития страны и 15% при неблагоприятных.

Многие ученые и политики считают, что по состоянию здоровья население России приближается к черте, за которой количество дееспособных лиц не будет в состоянии обеспечить детей, армию, пенсионеров, больных, а, в конечном счете, всех граждан. Сегодня нужны новые подходы к формированию общественного и личного здоровья, но не менее важно разрабатывать и предпринимать дополнительные меры для реабилитации инвалидов.

Особую значимость приобретает проблема инвалидности и социальной реабилитации для Западной Сибири. Это связано с суровыми условиями жизни в регионе, особенностями климата, состоянием окружающей среды, демографическими характеристиками населения. По данным Департамента социального развития Тюменской области в настоящее время численность инвалидов в области составляет 158 тыс. человек. На протяжении последних пяти лет обращаемость в учреждения медико-социальной экспертизы увеличивается ежегодно на 11-13%, то есть каждый год более 10 тыс. человек в Тюменской области впервые становятся инвалидами. Из общего числа 8% составляют дети-инвалиды, получающие социальные пенсии, почти половину - инвалиды трудоспособного возраста.

Степень разработанности проблемы.

Проблема инвалидности в целом, и реабилитации инвалидов в частности, имеет многовековую историю. Очень долго она считалась в основном медицинской, а ее решение являлось прерогативой врачей. Однако с развитием общества и ряда наук, в том числе прикладных, проблема инвалидности все более становилась проблемой общественной.

Различные аспекты ограничения возможностей человека затрагивались в социологических исследованиях М. Вебера, Э. Фромма, Р. Мертон. Так, М. Вебер рассматривает проблему ограниченных возможностей человека обсуждая поведение личности. Э. Фромм исследует эту проблему в работах о социальных характерах, трактуя их как продукт общественного функционирования. Р.Мертон обращается к инвалидности в концепции аномии, считая ее следствием противоречия между идеалистическими общественными нормами – целями и деятельностью существующих институтов.

Социологический подход к оценке инвалидности в разных интерпретациях использован И. Гоффманом (концепция стигматизации), Т. Парсонсом (концепция роли больного), К. Девисом (структурно-функциональный анализ). В российской социологии инвалидность исследовали Е.Р. Ярская-Смирнова (социокультурная теория нетипичности), Н.И. Скок (анализ социальной политики государства в отношении инвалидов).

Различные аспекты феномена инвалидности и социальной реабилитации лиц с ограниченными возможностями вскрыты и проанализированы в трудах таких исследователей как В.П. Белов, Л.И. Вайман, М.В. Коробов, которые предложили для оценки потенциальных возможностей инвалида и прогнозирования результатов реабилитационного процесса пользоваться категорией реабилитационного потенциала инвалидов.

Г.В. Дремова, Н.Ф. Дементьева, Е.И. Холостова исследовали проблемы, связанные с разработкой технологий социальной реабилитации; С.Н. Кавокин, Л.П. Храпылина изучали профессиональное самоопределение инвалидов.

В современных условиях подходы к изучению проблем, связанных с инвалидностью, становятся более дифференцированными. В частности, М.Н. Реут вскрывает особенности социализации незлышащей молодежи, В.Г. Суханов - реабилитацию стомированных больных, Д.В. Ильичев - социальную реабилитацию лиц с комплексным дефектом – слепоглухотой. Кроме того, появился целый ряд работ по проблемам детей-инвалидов и семьи, в которой воспитывается особый ребенок (О.Ю. Иванова, Л.Ю. Савина, А.А. Хачирова, Е.В. Шлогова, Е.Р. Ярская-Смирнова,).

Различные аспекты реабилитации и социальной интеграции инвалида в общество рассматривали такие ученые, как Е.Н. Гонтмахер, Л.П. Храпылина, Н.В. Шапкина, Ю.Г. Элланский. Основой политики в отношении инвалидов,

по мнению данных авторов, является их реабилитация, позволяющая инвалидам достигнуть и поддерживать оптимальный уровень их самостоятельности и жизнедеятельности. Ученые придерживаются концепции независимой жизни инвалидов как методологической основы реабилитационного процесса.

Региональные особенности инвалидности рассматривались в работах А.В. Артюхова, Н.И. Скок, Н.Р. Москвиной, Н.Г. Ольковой, В.М. Чимарова, где затрагивались проблемы их реабилитации с учетом исторического опыта и социокультурной ситуации в регионе, отношения к собственному здоровью населения Урала и Сибири, а также с позиций управления жизнедеятельностью лиц с ограниченными возможностями.

Таким образом, к настоящему времени накоплен определенный объем знаний об особенностях социального и личностного развития лиц с ограниченными возможностями здоровья, их жизнедеятельности. Вместе с тем в современном социологическом знании не до конца изученными и проблематичными остаются вопросы системного подхода к процессу социальной реабилитации. Исследователи в большинстве своем рассматривают либо самые общие вопросы реабилитации инвалидов, либо лишь отдельные стороны реабилитации, что говорит о необходимости разработки целостного подхода к исследованию реабилитационного процесса.

В настоящее время понятия реабилитационный процесс, процесс социальной реабилитации, процесс формирования системы социальной реабилитации в науке четко не дифференцированы. В нашей работе мы ограничиваем широкое понятие реабилитационного процесса, которое включает медицинскую, психологическую и социальную составляющие более узким понятием процесса социальной реабилитации, идеальным результатом которого является интеграция инвалидов в общество.

Цель диссертационного исследования состоит в разработке подходов, направленных на повышение эффективности процесса социальной реабилитации инвалидов в Западносибирском регионе.

Для достижения поставленной цели определены следующие **задачи**:

1. Рассмотреть проблему ограниченных возможностей человека и его реабилитации в мировой и отечественной науке, определить сущность и содержание процесса социальной реабилитации;
2. Выявить исторические и социальные предпосылки зарождения, становления и развития процесса социальной реабилитации инвалидов (в мире и в России);
3. Исследовать особенности воспроизводства инвалидности в регионе, выявить основные факторы, влияющие на причины инвалидности в Западносибирском регионе;
4. Проанализировать исторический и современный опыт региона по оказанию помощи инвалидам;

5. Определить степень эффективности существующей системы социальной реабилитации инвалидов в регионе с точки зрения ее социальных, экономических, социокультурных критериев, разработать подходы для ее развития.

Объект исследования – процесс социальной реабилитации инвалидов.

Предмет исследования – закономерности и специфика деятельности системы социальной реабилитации инвалидов в регионе.

Гипотеза – процесс социальной реабилитации инвалидов в регионе будет более эффективным, при условии дифференциации мер социальной реабилитации в зависимости от социальных характеристик инвалидов.

Теоретическую и методологическую основу диссертации составили работы отечественных и зарубежных ученых, социологов, философов, психологов по проблемам неравенства, ограниченных возможностей человека, его социализации.

Методологической основой является комплексный подход, опирающийся на принцип историзма, системный анализ и диалектический метод в исследовании проблем инвалидности и процесса социальной реабилитации в условиях современного российского общества.

В диссертационном исследовании используются методы качественной социологии в сочетании с количественными методами – биографическое интервью, контент-анализ публикаций в СМИ, анализ статистических данных, экспертный опрос.

Специфика социологического подхода к данной проблематике состоит в том, что в центре внимания исследователя оказываются механизмы взаимодействия инвалидов и общества.

Эмпирическую базу диссертационного исследования составили аналитические отчеты Федерального центра реабилитации и экспертизы инвалидов, органов статистики регионального и федерального уровней, Департамента социального развития Тюменской области, федерального государственного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Тюменской области», Управления социальной защиты населения г. Тюмени, общественных организаций инвалидов.

Основная часть положений диссертации базируется на результатах социологического исследования, проведенного автором в период работы в реабилитационном центре инвалидов «Возрождение» с 2001 по 2006 годы, в том числе с использованием качественных методов.

Научная новизна:

1. На основе использования биографического метода выявлены наиболее значимые социальные характеристики инвалидов, определяющие эффективность процесса социальной реабилитации.

2. Предложена дифференциация инвалидов на три категории, в соответствии с высоким, средним и низким уровнем реабилитационного потенциала.
3. Определены подходы к организации процесса социальной реабилитации данных категорий инвалидов, заключающиеся в дифференцированном воздействии на эти категории инвалидов.
4. Выявлены особенности и эффективность функционирования системы социальной реабилитации в регионе, в том числе в связи с введением новых стандартов социального обслуживания населения. Установлено, что в новых стандартах, интересы и потребности инвалидов учтены не достаточно.
5. На основе анализа реабилитационной инфраструктуры региона предложены новые направления совершенствования процесса социальной реабилитации инвалидов. Показана роль государства, органов власти, общественных объединений, церкви, семьи, личности в развитии региональной системы социальной реабилитации инвалидов.

Положения, выносимые на защиту:

1. Процесс социальной реабилитации инвалидов является сложным и разнонаправленным. Он объединяет много самостоятельных процессов. Это процессы адаптации и дезадаптации, социализации и ресоциализации, социального исключения (эксклюзии) и интеграции. На том или ином этапе реабилитации они могут преобладать в зависимости от влияния социальных институтов и субъектных характеристик инвалидов.

2. Основные причины низкой эффективности процесса реабилитации в стране и регионе: устаревший традиционный подход к участникам реабилитационного процесса (опирающийся на «медицинскую» модель реабилитации), межуровневая и межведомственная разобщенность, отсутствие комплексного подхода.

3. На основе социальных характеристик людей, имеющих инвалидность, вычлененных в результате изучения биографий, выделены три категории инвалидов, с учетом различных реабилитационных возможностей:

▪ Инвалиды I категории имеют высокий реабилитационный потенциал («высокореадаптивные»). Инвалиды данной категории имеют семью, гармоничные внутрисемейные отношения, поддержку близких людей. В этой категории отмечается стремление к полной реабилитации, мотивация к труду, активные социально-психологические установки. К данной категории можно отнести инвалидов по общему заболеванию, с нарушениями слуха и зрения молодого и среднего возраста, людей, получивших инвалидность в связи с ишемической болезнью сердца, после инфаркта миокарда, трудоспособного возраста.

▪ Инвалиды II категории имеют средний реабилитационный потенциал («среднереадаптивные»). Для этой категории характерно наличие близких людей, но адаптационный потенциал семьи умеренный, имеется желание реабилитироваться, но социально-психологические установки нейтральны и

неустойчивы. Категория объединяет инвалидов с травмами средней степени тяжести, с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, людей, перенесших черепно-мозговые травмы и сохранивших интеллект, а также инвалидов, имеющих последствия инсульта средней степени поражения.

■ Инвалиды III категории имеют низкий реабилитационный потенциал («низкорееадаптивные»). Характеризуются тяжелыми ограничениями жизнедеятельности, часто одиноки, эмоционально нестабильны, что ведет к высокой степени фрустрации, которая вызывает пассивность и иждивенческий настрой, потерю смысла жизни, отсутствие мотивации к восстановлению. К данной категории можно отнести инвалидов с тяжелыми психическими заболеваниями и травмами, поражением опорно-двигательного аппарата (в том числе тяжелые спинальные травмы), с заболеваниями эндокринной системы, органов дыхания (туберкулез в неактивной форме), с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, инсульт в пожилом возрасте).

4. Предложенная дифференциация категорий инвалидов дает возможность разработать дифференцированные меры социальной реабилитации в зависимости от уровня реабилитационного потенциала, определить преобладающий вектор взаимодействия между социальными институтами и конкретными категориями инвалидов. Такой подход имеет перспективу сформировать эффективную систему социальной реабилитации инвалидов на уровне региона и реализовать следующие основные принципы: интеграции в общество, консолидации усилий, комплексности и доступности, гуманности и нравственности, приоритета поддержки семьи, принцип постоянной трудовой занятости инвалидов, стимулирования собственной активности, принцип сочетания традиций и новаций.

5. Процесс формирования системы социальной реабилитации инвалидов в регионе должен опираться на элементы прошлого опыта организации помощи людям с инвалидностью (недели помощи, трудовые артели), учитывать дифференцированное воздействие на три категории инвалидов в зависимости от уровня их реабилитационного потенциала.

Теоретическая значимость результатов исследования. Проведенное исследование вносит определенный вклад в изучение процессов социальной реабилитации и адаптации лиц с ограниченными возможностями в социологию социальной сферы: предложен категориальный аппарат, описывающий процесс социальной реабилитации инвалидов; обоснованы подходы к изучению проблемы инвалидности через виталистскую социологию. Основные положения диссертации могут быть использованы в теории курса общей социологии, социологии семьи, спецкурсов по социальной работе.

Практическая значимость исследования. Изучены возможности использования положительного опыта профессиональной реабилитации инвалидов, предложены основные направления развития и совершенствования системы социальной реабилитации инвалидов в регионе.

Полученные автором результаты диссертационного исследования могут быть использованы в работе учреждений региона, оказывающих социально-реабилитационные услуги, при подготовке и повышении квалификации специалистов, работающих в службе медико-социальной экспертизы.

Выводы и рекомендации, сделанные в ходе исследования, могут быть использованы для разработки региональной программы реабилитации инвалидов.

Апробация диссертации. Материалы диссертационного исследования были использованы в Реабилитационном центре инвалидов «Возрождение» г. Тюмень для совершенствования курса социальной реабилитации лиц с ограниченными возможностями. Основные положения диссертации использовались для разработки комплексной программы «Независимая жизнь» (социально-бытовая реабилитация инвалидов-колясочников), которая явилась победителем Областного конкурса комплексных целевых программ в 2003 году и отмечена Дипломом Департамента социальной защиты населения Тюменской области «За целенаправленность». Результаты диссертационного исследования были внедрены в практику работы Комплексного центра социального обслуживания населения Тюменского района и в настоящее время используются в работе отделения реабилитации инвалидов.

Результаты исследования сообщались и обсуждались на региональных и международных научно-практических конференциях: «XXI век – игра, творчество, общение» (Тюмень 2001 г.), «Медико-социальные аспекты реабилитации инвалидов» (Тюмень, 2001 г.), «Актуальные проблемы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» (Тюмень, 2003 г.), «Социально-психологическая депривация как феномен современного общества» (Тюмень, 2003 г.), «Социальная работа в регионе: итоги и перспективы» (Тюмень, 2004 г.), «Гуманитарные стратегии российских трансформаций» (Тюмень, 2008 г.) По результатам выступления на VI научно-практической конференции аспирантов, соискателей и магистрантов ТГУ «Социально-экономические проблемы трансформационной экономики» работа отмечена Дипломом I степени (Тюмень, 2008г.).

Структура работы. Диссертация состоит из введения, двух глав, пяти параграфов, заключения, библиографии и приложения.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении дано обоснование актуальности изучаемой темы, охарактеризована степень ее научной разработанности, сформулированы цели и задачи диссертационного исследования.

Первая глава «Реабилитация инвалидов как социальный процесс», состоящая из трех параграфов, раскрывает многогранность реабилитации как социального процесса. **В первом параграфе «Проблема ограниченных возможностей человека и его реабилитации в мировой и отечественной науке»** дана интерпретация основных понятий и исходных

теоретико-методологических критериев, позволяющих рассматривать обозначенный предмет исследования.

В современной науке существует значительное число подходов к теоретическому осмыслению проблем социальной реабилитации. Термин реабилитация происходит от позднелатинского *rehabilitatio* (*re* – вновь, снова, *habilitas* – способность, годность) и обозначает восстановление способности, годности. Однозначного определения данного понятия не существует. Смысловая нагрузка понятия «реабилитация» подразумевает цель и процесс, метод и итог, концепцию и систему. Так, реабилитация как процесс, включает мероприятия и шаги, направленные на достижение конкретных целей. Реабилитация как восстановление способности, годности, является одновременно целью данного процесса. Реабилитацию также можно рассматривать как метод, то есть способ достижения цели. Реабилитация выступает и итогом, который достигается в процессе восстановительной деятельности.

Исторически содержание понятий «инвалид» и «социальная реабилитация инвалидов» неоднократно менялись. Термин «инвалид» восходит к латинскому корню (*valid* – действенный, полноценный, могущий) и в буквальном смысле означает «непригодный», «неполноценный». В античную эпоху инвалидом считался человек с анатомическими дефектами. В средневековье этот признак был дополнен нарушениями психики, а в XX столетии инвалидность отождествлялась с нарушениями функции организма и утратой трудоспособности. Термин «социальная реабилитация» обозначает восстановление способности к социальному функционированию.

В настоящее время социальная реабилитация инвалидов включает комплекс мер, направленных на восстановление разрушенных или утраченных индивидом общественных связей и отношений вследствие нарушения здоровья. Целью социальной реабилитации является восстановление социального статуса личности, обеспечение социальной адаптации в обществе, достижение материальной независимости, быстрее и наиболее полное восстановление способности к социальному функционированию.

Осмысление процесса социальной реабилитации требует рассмотрения тех кардинальных, базовых процессов, которые вводят людей в общество, делают их способными к участию в социальной жизни или обрекают индивидов на дезадаптацию и одиночество. Механизм включения индивида в социальную общность, как известно, носит название социализации.

Социализацию можно рассматривать как вхождение индивида в общество, приобщение его к социальной жизни. В этом процессе реализуется неразрывность двойственной природы человека, дуализм биологического и социального. Привнесение социальных начал в биологическую основу человеческой личности включает три элемента: воспитание как целенаправленную передачу социальных ценностей, неосознанное восприятие (интернационализацию) социальной информации, формирование характера, эмоционального строя и других черт личности под

влиянием словесно выраженных или подразумеваемых требований общества. Предпосылкой этого процесса является психофизиологическая конституция индивида, в том числе его способности, задатки, интеллект. Развитие таких предпосылок определяется в первую очередь потребностями общества.

В рамках социализации одним из важнейших механизмов является процесс адаптации, которую в самом общем плане можно определить как приспособление организма и личности к требованиям окружающей среды. Необходимо подчеркнуть, что именно адаптационные механизмы социализации позволяют индивидам вступать во взаимоотношения с другими членами общества, социальными группами, организациями и обществом в целом.

Следует заметить, что соотношение процессов адаптации и социализации является достаточно противоречивым. С одной стороны, без адаптации невозможна социализация. С другой стороны, не всякая адаптация приводит к адекватной социализации индивида в данной социальной среде. Что касается людей с инвалидностью, потенциал социализации которых значительно ограничен их дефектом, то они проходят через те же процессы, что и здоровые люди детского или взрослого возраста, однако их развитие серьезным образом трансформируется или даже деформируется. Эти отличия зависят не только от особенностей психофизиологического статуса таких людей, но также от общества, его социальных условий, социализационных норм, взглядов и представлений членов этого общества.

Важнейшим условием социализации, по мысли Т. Парсонса, является адаптация индивида к социальной среде – «адаптивные механизмы должны обеспечить человеку его адекватность и социальную желаемость». В случаях нарушения потенциальных возможностей человека, повлекших за собой ограничение восприятия социального воздействия, наблюдается отклонение в социализации и адаптации. Возникает необходимость в социальной реабилитации – мероприятиях, направленных на создание (восстановление) возможностей социального функционирования – (ресоциализации).

Противоположным социализации по смыслу является процесс социального исключения (или эксклюзии). Проблема социальной эксклюзии активно дискутируется в западной социологии. Сегодня существует два подхода к данной проблеме. Первый из них рассматривает данное явление на макроуровне и сосредоточивается на факте отсутствия доступа к механизму интеграции. Ключевым словом выступает «дискриминация». Вторым подход рассматривает социальную эксклюзию в узком смысле, на микроуровне, то есть анализирует положение самих носителей социальной эксклюзии и обращает внимание на то, в чем именно проявляется специфика жизненной ситуации членов данной группы по отношению к другим членам общества. На первый план в этом случае выступает понятие «депривация».

Таким образом, процесс социальной реабилитации является многоуровневым, сложным и разнонаправленным, объединяет много самостоятельных процессов. На том или ином этапе реабилитации эти процессы (адаптация - дезадаптация, социализация - ресоциализация,

социальное исключение - интеграция) могут преобладать в зависимости от влияния социальных институтов и субъектных характеристик инвалидов. По мнению автора, именно стандартизация процесса взаимодействия социальных институтов и субъекта реабилитации (инвалида) позволит обеспечить преобладание процессов реинтеграции и ресоциализации над дезадаптацией и социальным исключением.

Второй параграф «Отношение к инвалидности и реабилитации инвалидов в рамках социологического подхода» посвящен ретроспективному рассмотрению вопросов взаимоотношений общества и инвалидов, анализу исторических и социальных предпосылок зарождения, формирования и развития процесса социальной реабилитации.

Отношение к инвалидам является характерным показателем зрелости и цивилизованности общества в целом. Исторические факты подтверждают, что существуют закономерности взаимодействия инвалидов с обществом в процессе реабилитации, что позволяет стандартизировать процесс социальной реабилитации, акцентируя внимание на социальных характеристиках инвалидов.

В различные времена и у разных народов отношение к больным людям было неоднозначным. Первые достоверные сведения о людях с особенностями развития (в частности непропорциональной карликовостью) относятся к временам становления Древнеегипетского царства, то есть более 5 тысяч лет тому назад. Для древних цивилизаций было характерно не только терпимое отношение к людям с особенностями развития, но даже обожествление таких людей.

С развитием цивилизации больные люди с врожденными дефектами стали подвергаться полному неприятию и изоляции. В средневековой Европе с конца XV века полное неприятие к нетипичным людям перешло в некие формы издевательства над ними. При дворах французского Людовика XIII, испанского Филиппа IV, российского Петра I начали содержать постоянный штат карликов, безумцев и шутов.

В XIX- XX вв. по отношению к инвалидам формируется толерантное отношение, развивается благотворительность, складывается система их обеспечения. К настоящему времени 45 стран мира имеют специальные законодательства, защищающие права инвалидов. В связи с этим в обиход вошло использование термина «человек с ограниченными возможностями» вместо слова «инвалид», имеющего дискриминационный подтекст.

В современном мире выделяют четыре модели инвалидности, которые отражают особенности отношения к инвалидам и подходы к реабилитации. Так, выделяют медицинскую модель, социальную модель, политико-правовую модель и модель культурного плюрализма. Реабилитация инвалидов на основе медицинской модели исходит из того, что инвалидность рассматривается как заболевание, дефект психологический, физический или анатомический. Инвалид относится к числу пассивных пациентов, зависящих и нуждающихся в лечении.

В рамках социальной модели инвалидность понимается как сохранение способности человека к выполнению социальной функции и определяется как ограничение жизнедеятельности. Реабилитация инвалидов учитывает, что человек, имеющий инвалидность, отличается от других членов общества ограниченной возможностью социальной деятельности.

Политико-правовая модель рассматривает людей с инвалидностью как меньшинство, права и свободы которого ущемляются дискриминирующим законодательством, недоступностью архитектурной среды. Суть реабилитации инвалидов – равные права человека, имеющего инвалидность, на участие во всех аспектах жизни общества.

Модель культурного плюрализма включается в программу всех общественных объединений инвалидов. В рамках этой модели реабилитация основана на «философии независимой жизни».

Очевидно, что в настоящее время возникла потребность создания новой модели, синтезирующей в себе основные положения этих четырех моделей, и опирающейся на идеи глобализации и «мировизации» социальной жизни, что позволит изменить подход к процессу социальной реабилитации инвалидов в сторону единства и гуманизации.

В третьем параграфе «Специфика процесса реабилитации инвалидов в России» исследуется влияние особенностей исторического и общественного развития, традиций и культуры России на специфику процесса социальной реабилитации.

В России исторически достаточно долго в отношении инвалидов преобладала медицинская модель. «Инвалидность», «инвалид» и помощь инвалидам в России связывались с понятиями «нетрудоспособность» и «больной». В результате этого процесс реабилитации носил преимущественно медицинский характер. Одновременно российская благотворительность, милосердие, гуманизм определили особенности сложившейся системы социальной помощи инвалидам.

В советский период инвалидность определялась как «длительная или постоянная, полная или частичная потеря трудоспособности в результате болезни, травмы или дефектов развития». Основой реабилитации инвалидов было восстановление способности к труду. Развивалась сеть специальных учреждений, регулярно устраивались «недели инвалидов», функционировали трудовые артели.

В 90-е годы XX века в России произошли перемены, которые повлияли на отношение к инвалидности и соответственно на процесс реабилитации. Действующий Федеральный закон 1995 г. «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов в Российской Федерации» (гл1.ст.1) определяет: «инвалид – лицо, имеющее нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты».

С этого времени органами власти всех уровней предпринимаются попытки изменить общественное положение инвалидов, обеспечить им

равные права, достойные условия жизнедеятельности и реабилитации. Несмотря на это, показатели уровня и качества жизни инвалидов остаются существенно ниже соответствующих показателей здоровых лиц. В частности, уровень доходов инвалидов в 4-5 раз меньше, чем у людей, не имеющих ограничений жизнедеятельности; большинство из них не имеют постоянной работы, практически половине инвалидов не доступна реабилитационная инфраструктура и они реально не могут участвовать в реабилитационном процессе. Недуги человека продолжают рассматриваться как нечто внешнее по отношению к их носителю и ассоциироваться с фатальностью и ущербностью. Остается актуальной проблема получения образования и трудоустройства инвалидов, улучшения жилищных и бытовых условий жизнедеятельности.

Автором показано, что специфика процесса социальной реабилитации инвалидов в России заключается в том, что несмотря на признание необходимости учета влияния многих факторов на эффективность данного процесса, сохраняется преобладание директивного подхода к его организации. Ситуация усугубляется объективно существующей декларативностью основных положений законодательно-правовых актов, регулирующих процесс реабилитации инвалидов. Кроме того, сохраняются исторически закрепленные патерналистские притязания среди инвалидов, не позволяющие им развивать собственную активность и реализовать свой потенциал.

Меры, предпринимаемые обществом сегодня в целях реабилитации инвалидов, не решают проблемы на должном уровне. В современной России в каждом регионе идет активный поиск подходов к организации процесса социальной реабилитации инвалидов, основанных на территориальных особенностях и региональном опыте.

Во второй главе «Инвалидность в Тюменской области: причины возникновения, динамика, перспективы социальной реабилитации» представлены результаты социологического исследования особенностей инвалидности в регионе и региональной системы социальной реабилитации. По нашему мнению, эффективность процесса социальной реабилитации зависит не только от успешного взаимодействия социальных институтов и субъектов реабилитации (инвалидов), но и от ряда объективных факторов, определяющих воспроизводство инвалидности в конкретной территории.

В первом параграфе данной главы «Особенности воспроизводства инвалидности в Тюменской области» отмечается, что серьезные природно-климатические, демографические и экономические особенности региона во многом определяют специфику инвалидности в Тюменской области и влияют на процесс реабилитации.

По данным Департамента социального развития Тюменской области в настоящее время число лиц с ограниченными возможностями здоровья в регионе составляет 158 тыс. человек, то есть 6% всего населения. Здоровье населения в большой степени зависит от состояния окружающей среды,

степени загрязнения среды обитания: воды, воздуха, почвы. Экологическая ситуация в регионе в настоящее время во многом неблагоприятна. За год в атмосферный воздух от стационарных источников поступает более 4122 тыс. тонн загрязняющих веществ.

При добыче полезных ископаемых, проведении строительных и других видов работ ежегодно нарушаются большие площади земель, а также сокращаются лесные ресурсы, что также наносит вред здоровью населения. Увеличение парка автомобилей с низкими техническими параметрами привело к росту выбросов вредных веществ в воздух, в результате чего наблюдается резкое увеличение болезней органов дыхания среди населения.

Инвалидность в Тюменской области, как и в других регионах России, непосредственно зависит от целого ряда экономических причин. Так, наблюдается устойчивая связь инвалидности с низкой среднемесячной заработной платой населения, большим удельным весом людей, занятых ручным трудом, высоким процентом рабочих и служащих, связанных с вредными условиями труда. Инвалидность связана и с недостаточными капитальными вложениями в производственную и социальную сферы, неудовлетворительными условиями жизни, низкой обеспеченностью жильем.

Инвалидность связана с распространением среди населения, особенно сельских территорий юга области, вредных привычек, в частности злоупотребление алкоголем, а также наркоманией, что характерно для северных областей.

На рост инвалидности в Тюменской области влияет высокий уровень миграции населения, что, несомненно, является важной особенностью региона. Медицинская статистика показывает, что часто люди, приезжающие на работу в районы Крайнего севера, изначально не являются здоровыми, а имеют различные противопоказания для работы в суровых областях страны с низким содержанием кислорода. Нелегкая жизнь в северных условиях достаточно быстро ухудшает здоровье таких людей, приводит их к инвалидности.

В области наблюдается рост числа инвалидов от военных травм, что является последствием военных конфликтов, имевших место в последнее десятилетие.

Среди причин инвалидности в регионе следует отметить высокий травматизм, что обусловлено особенностями трудовой деятельности населения. Среди различных видов экономической деятельности особенно высокий уровень травматизма зафиксирован в сельском хозяйстве, на охоте, в лесном хозяйстве, на обрабатывающих производствах. Так, численность пострадавших при несчастных случаях на юге области составляет 4,5 на 1000 работающих.

В последние годы в области наблюдается сокращение числа учреждений здравоохранения, хотя общая численность врачей, оказывающих населению лечебно-профилактическую помощь, увеличивается. Численность врачей на 10 тысяч населения в области составляет 47,5 человека, что превышает данный показатель в регионах Уральского федерального округа,

однако это меньше, чем средняя обеспеченность врачами по России (48,4 человека). На юге области уровень обеспеченности населения врачами всех специальностей ниже, чем в среднем по области (41,6 человека). В результате врачебных осмотров в регионе выявлено ухудшение состояния здоровья детей до 14 лет.

Рост инвалидности в области напрямую связан с ухудшением питания населения. В регионе за последнее десятилетие снизилось среднедушевое потребление по отдельным видам продуктов: овощей и бахчевых, молока и молочных продуктов, яиц, что обусловлено недостаточно высокой покупательной способностью населения, а также изменением культуры питания.

Практически во всех районах региона отмечается значительное увеличение показателя первичной инвалидности среди взрослого населения. В Аромашевском, Бердюжском, Исетском, Ишимском, Казанском, Упоровском районах и городе Ишиме показатель первичной инвалидности вырос в 2-3 раза. Самый высокий показатель первичной инвалидности у взрослых, отмечается в Армизонском районе (322,5 на 10 тыс. взрослого населения), самый низкий в Сладковском районе (72,6 на 10 тыс. взрослого населения).

В структуре первичной инвалидности среди взрослого населения по полу отмечается резкое преобладание женщин, по возрасту значительно преобладают лица пенсионного возраста. Примерно одинаковое соотношение по полу и возрасту у городских и сельских жителей.

Для изучения влияния территориальных особенностей, а также для выявления наиболее значимых социальных характеристик инвалидов, определения эффективности процесса реабилитации автором диссертационной работы было проведено качественное исследование с использованием биографического метода. Опрошенные нами респонденты – это люди, имеющие инвалидность, в возрасте от 18 до 65 лет. Изучение тридцати биографий инвалидов показало, что жизненный путь инвалида невозможно понять однозначно. На его жизнь влияют характер и тяжесть заболевания, место и условия проживания, возраст, время наступления инвалидности, наличие семьи, отношение членов семьи к инвалиду, нравственно-психологический тип человека, ориентированный на общение и полноценную жизнь в обществе, либо на замкнутое, одинокое существование. Наибольшее значение, как показал анализ биографических данных, в жизни человека-инвалида играет поддержка семьи, социального окружения, наличие профессиональной самореализации. Лучше всего происходит адаптация у людей от природы активных, творческих. Они, как показывает биографический анализ, в большей степени стремятся к активной жизненной позиции, создают семью, расширяют круг общения, самостоятельно трудоустраиваются, активно участвуют в общественной жизни, занимаются самодеятельным творчеством, спортом.

По результатам социологического анализа биографий мы выделяем три категории инвалидов: людей, имеющих высокий, средний и низкий реабилитационный потенциал (см. таблицу1).

Следует заметить, что предложенная дифференциация дает право пересмотреть подходы к организации реабилитационного процесса, позволяет определить векторы направленности для приложения сил всех социальных институтов. Для подтверждения основной гипотезы исследования, которая заключается в том, что процесс реабилитации в регионе будет более эффективным при условии дифференциации мер социальной реабилитации, было логичным определить эффективность существующей системы реабилитации инвалидов в регионе и степень ее результативности.

Во втором параграфе данной главы «Система социальной реабилитации инвалидов в регионе: состояние, пути развития» рассматривается исторический опыт региона по оказанию помощи инвалидам, проводится исследование эффективности существующей системы социальной реабилитации, анализируются вопросы деятельности общественных организаций инвалидов и реабилитационных учреждений.

Рефлексия исторической ретроспективы организации реабилитационного процесса на территории Западносибирского региона позволила определить, что основными субъектами реабилитации во все времена являлись институты семьи, благотворительности, церкви.

Важную роль в создании условий для жизнеобеспечения инвалидов в свое время сыграли декабристы. Они организовали «Союз благоденствия», который имел свои филиалы в городах Тобольске и Ялуторовске. Большой вклад в дело заботы об инвалидах внесли западносибирские предприниматели второй половины XIX- начала XX века – К.Н. Высоцкий, И.И. Игнатов, М.К. Сидоров, А.М. Сибиряков, А.И. Текутьев, Н.М. Чукмалдин, и другие. Благодаря их стараниям, в городах и селах Западной Сибири возникли многие благотворительные заведения.

Большую роль в становлении процесса реабилитации в регионе сыграли трудовые артели. Так, в Тюменском областном государственном архиве (фонд 1457, архивная опись 1, дело № 1) имеются данные о создании по инициативе самих инвалидов «в целях развития промышленности в районе, организации выпуска товаров широкого потребления и улучшения материального состояния самих инвалидов» артели «Искра». Артель занималась сапожным, гончарным, пошивочным производством. В ее составе был заезжий дом, парикмахерское дело, фотография и баня. С 1938 года в Тюменской области начали активно функционировать и другие артели инвалидов.

Таким образом, зачатки комплексного подхода к организации реабилитационного процесса несомненно имеют территориальную историческую традицию. К сожалению, положительный опыт трудовой деятельности инвалидов в регионе в настоящее время почти утрачен. Трудовая занятость инвалидов представляет одну из основных проблем, как

страны, так и региона. По данным Управления Федеральной государственной службы занятости населения по Тюменской области число обращений граждан, имеющих инвалидность, с целью содействия в трудоустройстве увеличилось более чем на 40%, по сравнению с прежними годами.

Система социальной реабилитации в Тюменской области в настоящее время представлена целым рядом учреждений: Реабилитационный центр инвалидов «Возрождение», «Красная гвоздика», детский реабилитационный центр «Родник». Кроме того, функционируют комплексные центры социального обслуживания населения, которые осуществляют надомное обслуживание инвалидов. Областной центр занятости населения реализует программы профессиональной реабилитации инвалидов. Отдельно действуют общественные организации инвалидов, активно работает Тюменское отделение Федерации паралимпийского спорта. Тюменские спортсмены-инвалиды являются победителями всероссийских и международных соревнований.

Таким образом, авторское исследование показало, что в процессе реабилитации инвалидов принимают участие большое число субъектов, при этом эффективность реабилитации остается невысокой. Для выяснения причин данного факта диссертантом был проведен экспертный опрос специалистов, занимающихся реабилитацией инвалидов. В опросе приняли участие 20 человек, что составило 71,4% от общего числа специалистов - реабилитологов, работающих в настоящее время в организациях и учреждениях, предоставляющих реабилитационные услуги инвалидам. Все специалисты имеют высшее образование. В состав экспертов вошли: 42% - ведущие специалисты и руководители отделов реабилитации Департамента социального развития Тюменской области и управлений социальной защиты населения; 30% - руководители и заведующие отделениями центров реабилитации Тюменской области; 28% - специалисты, обслуживающие инвалидов на дому. Таким образом, в экспертную группу вошли специалисты, которые с одной стороны влияют на формирование и управление процессом реабилитации, а с другой – непосредственно общаются с инвалидами и осуществляют реабилитационные мероприятия.

Результаты исследования показали, что люди с ограниченными возможностями в регионе испытывают наибольшую потребность в общении и взаимопонимании, в трудоустройстве, в этико-психологической помощи и поддержке, внимании со стороны чиновников, в создании условий для самореализации, в доступной социальной среде, и, наконец, – в доступной медицинской помощи, бесплатной реабилитации, материальной помощи.

Вместе с тем, исследование с достоверностью показало, что в имеющейся системе реабилитации инвалидов в регионе есть существенные недостатки. Так, на вопрос о том, как вы оцениваете существующую в регионе систему реабилитации, только 10% специалистов-экспертов оценили ее на «хорошо», 40% – на «удовлетворительно», 30% – на «неудовлетворительно», а 20% отметили, что данной системы «практически нет». 50% экспертов указали на слабый профессиональный подход, нехватку профессионалов-

реабилитологов, отсутствие системности в работе по реабилитации инвалидов. 40% экспертов, удовлетворительно оценившие систему реабилитации, тем не менее, отметили, что в связи с новыми стандартами резко увеличились тарифы на услуги специалистов, а у инвалидов не хватает средств на их оплату, поэтому реабилитация осуществляется не в полном объеме. Почти все эксперты отметили тот факт, что в настоящее время, по сравнению с периодом 1998-2001 гг., система реабилитации инвалидов стала значительно хуже. Далеко не все инвалиды обеспечиваются современными техническими средствами реабилитации, не хватает и путевок в санатории. Сеть реабилитационных учреждений не удовлетворяет потребностей инвалидов в реабилитационных услугах. Восстановить трудоспособность и устранить ограничения жизнедеятельности удается пока только 6% желающих. Динамика полной реабилитации инвалидов подтверждает данный факт (см. рис.1)

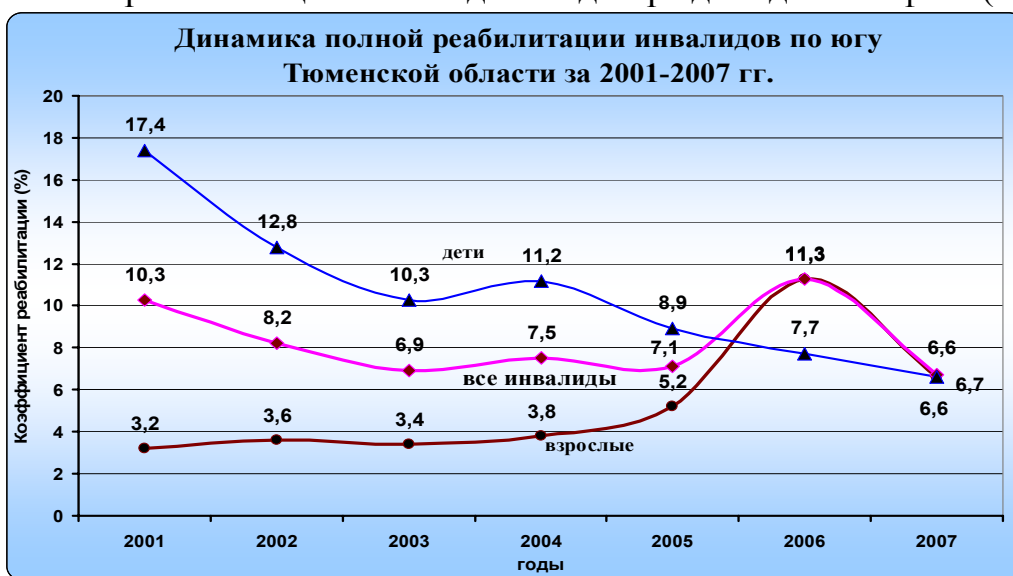


Рис.1 Динамика полной реабилитации инвалидов по югу Тюменской области за 2001-2007 гг.

Опрошенные нами эксперты подтвердили, что возможности трудовой занятости инвалидов в регионе крайне малы. 90% отметили, что, к сожалению, инвалиды в Тюменской области, как и в целом по России, не имеют реальной возможности трудоустроиться.

Следует отметить также, что система реабилитации в области не достаточно скоординирована. Специфика региона состоит в том, что северные округа имеют значительно больше возможностей вложения средств в социальную защиту и организацию процесса реабилитации инвалидов, нежели юг Тюменской области, особенно его сельские районы.

Экспертам было также предложено оценить порядок составления и выполнения индивидуальных программ реабилитации инвалидов (ИПР), являющихся главным инструментом реабилитационного процесса. Только 30% специалистов оценили их положительно; 25% отметили, что не заполняется графа «исполнитель» и заметили, что это серьезный недостаток; 20% считали, что составление индивидуальных программ реабилитации

формально, в них не хватает конкретности, индивидуального подхода; 10% экспертов отметили, что заполнение ИПР ущемляет права инвалидов, мешает их трудоустройству; 5% указали, что при разработке программ реабилитации надо ориентироваться не на количество услуг, а на их качество; еще 5% специалистов отметили, что при составлении индивидуальных программ реабилитации не учитывается мнение самих инвалидов.

В 2006 году в Тюменской области утверждены стандарты социального обслуживания населения, однако только 20% специалистов-экспертов высказали мнение, что в них полностью отражены интересы и потребности инвалидов.

Таким образом, результаты экспертного опроса подтвердили нашу гипотезу о том, что имеется необходимость в изменении подходов к организации реабилитационного процесса с целью повышения его результативности, что возможно лишь при условии учета нужд и потребностей инвалидов и их социальных характеристик, то есть реабилитационного потенциала.

На основе проведенной выше дифференциации категорий инвалидов в зависимости от уровня реабилитационных возможностей и результатов опроса экспертов, автором были определены меры социальной реабилитации, соответствующие разным категориям инвалидов (см. таблицу 1).

Таблица 1.

Дифференциация мер социальной реабилитации в зависимости от категории инвалидов

Категории инвалидов	Характеристики инвалидов	Мероприятия социальной реабилитации
I категория высокий реабилитационный потенциал («высоко реадаптив ные»)	Имеют семью, гармоничные внутрисемейные отношения, поддержку близких людей; стремятся к полной реабилитации, имеют мотивацию к труду, активные социально-психологические установки. К этой категории относятся инвалиды по общему заболеванию, инвалиды с поражениями слуха и зрения, молодого и среднего возраста, люди, получившие инвалидность в связи с ишемической болезнью сердца, после инфаркта миокарда трудоспособного возраста.	Ранняя социальная реабилитация – помощь психолога, информационная поддержка, социально-правовое консультирование; Содействие в трудоустройстве, поддержка социальной активности, участие в работе общественных объединений.
II категория средний реабилитационный потенциал («средне реадаптив ные»)	Имеют близких людей, но адаптационный потенциал семьи умеренный; имеют желание реабилитироваться, но социально-психологические установки нейтральны и неустойчивы. К данной категории относятся инвалиды с травмами средней степени тяжести, с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, перенесшие черепно-мозговые травмы средней тяжести, но сохранившие интеллект, имеющие последствия инсульта средней степени поражения.	Психологическая коррекция, адаптация в быту, восстановление ограничений, обучение пользованию техническими средствами реабилитации, развитие потенциала инвалида, стимулирование собственной активности; Профобучение и переобучение, трудотерапия, создание специальных рабочих мест; Членство в общественной организации, помощь волонтеров.

<p>III категория низкий реабилитационный потенциал</p> <p>(«низко реадаптив ные»)</p>	<p>Инвалиды, имеющие тяжелые ограничения жизнедеятельности, пассивный, иждивенческий настрой, одинокие, эмоционально неустойчивые, не имеющие мотивации на проведение реабилитационных мероприятий;</p> <p>К данной категории относятся инвалиды с тяжелыми психическими заболеваниями и травмами, (черепно-мозговые травмы тяжелой степени и спинальные), с заболеваниями эндокринной системы, органов дыхания (туберкулез в неактивной форме), заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, инсульт в пожилом возрасте).</p>	<p>Обучение родственников уходу за инвалидом с применением технических средств реабилитации, обучение навыкам самообслуживания в быту, периодический или постоянный посторонний уход за инвалидом, меры социальной поддержки, активная помощь социальных служб (надомное обслуживание), группы общения и взаимопомощи, строительство специального жилья (дома для проживания инвалидов).</p>
--	--	--

Представленная дифференциация категорий инвалидов позволяет определить преобладающий вектор взаимодействия между социальными институтами и конкретными категориями инвалидов в рамках процесса социальной реабилитации. Такой подход имеет перспективу сформировать эффективную систему социальной реабилитации инвалидов и реализовать следующие основополагающие принципы: интеграции в общество, консолидации усилий, комплексности и доступности, гуманности и нравственности, приоритета поддержки семьи, стимулирования собственной активности, принцип постоянной трудовой занятости инвалидов, сочетания традиций и новаций.

В соответствии с этими принципами, всем социальным институтам, участвующим в процессе реабилитации необходимо определить свою роль, в зависимости от социальных характеристик инвалидов и территориальных особенностей региона. На юге региона, в сельской местности целесообразно улучшить реабилитационную инфраструктуру. На севере - обратить внимание на профилактику производственного травматизма, улучшение экологической ситуации. В регионе в целом обеспечить комплексный подход и межведомственное взаимодействие для предотвращения разнонаправленного влияния различных социальных институтов на процесс социальной реабилитации.

В основу региональной структуры системы социальной реабилитации инвалидов должна быть положена реально существующая в регионе система, которую необходимо дополнить элементами прошлого опыта организации помощи инвалидам в регионе, с учетом дифференцированного воздействия на три категории инвалидов в зависимости от уровня их реабилитационного потенциала, с отражением данного подхода в ИПР. Система социальной реабилитации должна предполагать установление вертикальных (между учреждениями разного ранга) и горизонтальных связей (между учреждениями, выполняющими профессиональную, медицинскую, психологическую реабилитацию), что, в свою очередь обеспечит взаимосвязь элементов системы и координацию их деятельности.

В заключении подводятся итоги диссертационного исследования, формулируются рекомендации по совершенствованию процесса социальной реабилитации инвалидов в регионе.

Список работ, опубликованных по теме диссертации:

Публикации в периодических изданиях, рекомендованных ВАК:

1. Кичерова М.Н. Социальная реабилитация инвалидов в современных условиях // Вестник Самарского государственного университета. Гуманитарная серия 2007, № 5 (55). С.132-142.- 0,7 п.л.
2. Кичерова М.Н., Беспалова Ю.М. Особенности инвалидности и пути реабилитации инвалидов в Западносибирском регионе // Вестник Тюменского государственного университета 2008 , №4. С.118-128. - 0,6/0,3 п.л.
3. Кичерова М.Н. Социальная реабилитация лиц с ограниченными возможностями в Западносибирском регионе // Известия высших учебных заведений Социология. Экономика. Политика. 2009, №1. Тюмень: Издательство ТюмГНГУ. С.65-68. - 0,2 п.л.

Научные статьи и тезисы докладов, опубликованные в других изданиях:

4. Кичерова М.Н. Игра и творчество в практике реабилитации людей с ограниченными возможностями // «Играйте на здоровье!»: материалы научно-практической конференции «XXI век. Игра. Творчество. Общение». – Тюмень. Издательство Вектор Бук, 2002.С.21-25. - 0,3 п.л.
5. Кичерова М.Н. Основные направления социальной реабилитации людей с ограниченными возможностями в практике работы Реабилитационного центра «Возрождение» // Медико-социальные аспекты реабилитации инвалидов: тезисы докладов научно-практического семинара. Тюмень: Издательство Вектор Бук, 2002. С.79-84. - 0,4 п.л.
6. Кичерова М.Н. Роль и место социокультурной деятельности в комплексной реабилитации инвалидов // «Играйте на здоровье!»: материалы круглого стола на тему «Организация досуга людей с ограниченными физическими возможностями» областного фестиваля «Затяга». Тюмень: Издательство Вектор Бук, 2004. С.20-24. - 0,3 п.л.
7. Кичерова М.Н., Беспалова Ю.М. Проблема инвалидности и социальной реабилитации в рамках социокультурного подхода // Гуманитарные стратегии российских трансформаций: материалы международной научно-практической конференции. Том 2. – Тюмень: Издательство ТюмГНГУ, 2008. С.133-138. - 0,4 /0,2 п.л.