

17. Sp. — Der Spiegel. Das deutsche Nachrichten-Magazin. 2006, № 10, S. 76-88; № 17, S. 31-32, 34-45.
18. St. — Stern. Das Nachrichtenmagazin. 2005, № 24, S. 61-71, 86-92.
19. Vigo! Das Magazin der AOK Rheinland. 2005, № 4, S. 38-39.
20. W — Willi J. Die Zweierbeziehung. Hamburg: Rowolt Taschenbuch Verlag, 2004. 290 S.
21. Z — Zeit. Die Wochenzeitung für Politik, Wirtschaft, Wissen und Kultur. 2004, № 8, S. 53-55.

*Юлия Михайловна БЕСПАЛОВА —  
профессор кафедры социологии и социального  
управления Международного института  
финансов, управления и бизнеса Тюменского  
государственного университета,  
доктор философских наук*

*Марина Николаевна КИЧЕРОВА —  
директор автономного учреждения  
социального обслуживания населения  
Тюменской области «Социальный приют»*

УДК 316.77

## **ОСОБЕННОСТИ ИНВАЛИДНОСТИ И ПУТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В ЗАПАДНОСИБИРСКОМ РЕГИОНЕ**

*АННОТАЦИЯ. Статья посвящена исследованию причин инвалидности и путей реабилитации инвалидов в западносибирском регионе.*

*The publication is devoted to research the reason of disability and the way rehabilitation invalids in the West Siberia region.*

Инвалидность — 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, а также поддержки и социальной защиты инвалидов.

В настоящее время проблема инвалидности особенно остро стоит для России. Если не предпринимать мер, то в ближайшие десятилетия количество инвалидов среди населения страны может увеличиться до опасных пределов. По прогнозам Федерального научно-практического центра медико-социальной экспертизы и реабилитации, абсолютное число инвалидов в 2010 г. достигнет 13,2 млн человек, а доля инвалидов в 2015 г. составит 10% населения страны при благоприятных условиях развития и 15% — при неблагоприятных.

Особую значимость приобретает проблема инвалидности и реабилитации инвалидов для Западной Сибири, что связано с суровыми условиями жизни в данном регионе, особенностями климата, состоянием окружающей среды.

Инвалидность — не статичный, а динамичный процесс ограничения возможностей человека, когда важную роль в нем выполняет определенная социально-культурная среда. Инвалидность в обществе зачастую понимается не только

как физиологическая патология организма, дефект внешнего вида или поведения человека, но и как социальный «ярлык». Данный ярлык определенная социально-культурная система «приклеивает» к человеку, поскольку данное состояние в ней считается отклонением от нормы. Изменив социально-культурное окружение, человек иногда способен снять с себя данный ярлык или сменить его на какой-либо другой.

Термин «инвалид» восходит к латинскому корню (*valid* — «действенный, полноценный, могущий») и в буквальном переводе означает «непригодный», «неполноценный».

Понятие «реабилитация» в переводе с латинского означает восстановление способности, годности: (*re-вновь, снова, habilitas* — способность, годность). Однозначного и четкого определения данного понятия не существует. Различные аспекты понятия «реабилитация»: медицинский, психологический, профессиональный, экономический, социальный, культурный взаимосвязаны, но размыты, что на практике ведет к рассогласованию деятельности ряда служб, занимающихся реабилитацией. В связи с этим мы считаем понятие «реабилитация» системным понятием, заключающим в себе одновременно целый ряд мер, направленных на восстановление способностей человека.

*Особенности воспроизводства инвалидности в регионе.* Тюменская область представляет собой колоссальный по площади, разнородный по национальному, образовательному, профессиональному и возрастному составу населения регион, имеющий сложные природно-климатические, политические, экономические, социальные и культурные особенности.

В настоящее время можно констатировать, что инвалидность как феномен в Тюменской области развивается более быстрыми темпами, чем в других регионах России. Так, по данным Департамента социального развития, в настоящее время число лиц с ограниченными возможностями здоровья в регионе составляет 110 тыс. человек, то есть 6% всего населения. На протяжении последних пяти лет обращаемость в учреждения медико-социальной экспертизы увеличивается на 11-13 %, т.е. ежегодно более 10000 человек в Тюменской области впервые становятся инвалидами.

Каковы же основные причины инвалидности в регионе?

Первой и основной из данных причин следует назвать высокий травматизм, что обусловлено особенностями трудовой деятельности населения в области. 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.

Здоровье населения в большой степени зависит от состояния окружающей среды, степени загрязнения среды обитания: воды, воздуха, почвы. Следует отметить, что экологическая ситуация в нашем регионе в настоящее время неблагоприятна. За год в атмосферу от стационарных источников поступает более 4122 тыс. тонн загрязняющих веществ. В атмосферных выбросах преобладают оксид углерода, окислы азота, углеводороды и летучие органические соединения. В поверхностные воды региона сбрасываются миллионы кубометров сточных вод, часть из них содержит загрязняющие вещества, опасные для здоровья. На юге области доля загрязнения сточных вод, сбрасываемых в поверхностные водоемы, на 22% выше, чем по области в целом. Объем сброшенных сточных вод без очистки, а также недостаточно очищенных, в среднем выше 50%.

Все более опасный характер приобретает загрязнение земель региона промышленными и сельскохозяйственными отходами. Из-за отсутствия предприятий по переработке основная масса отходов складывается в накопителях, вывозится на свалки, подлежит захоронению на полигонах. Среди данных отходов немало токсичных, особенно вредных для человека.

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.

Помимо промышленных выбросов, в атмосферу ежегодно поступают миллионы тонн загрязняющих веществ от автомобильного транспорта. Обеспеченность населения транспортом в настоящее время резко возросла. Увеличение парка автомобилей с низкими техническими параметрами привело к росту выбросов вредных веществ в воздух, ухудшению экологической обстановки в области. Это приводит, например, к резкому увеличению болезней органов дыхания среди населения.

Инвалидность в Тюменской области, как и в других регионах России, 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 малыми капитальными вложениями в производственную и социальную сферы, неудовлетворительными условиями жизни, низкой обеспеченностью жильем. На рост инвалидности влияют также плохие условия быта и отдыха населения.

Резкое увеличение числа инвалидов в Тюменской области было отмечено в 1992 г., тогда оно достигло 1,1 млн или стало на 201,3 тыс. больше по сравнению с предыдущим периодом. Это было время распада СССР и ухудшения социально-экономического и материального положения населения в целом, что повлекло за собой множество обращений людей во ВТЭК с целью получения группы инвалидности для обеспечения определенных льгот.

В настоящее время численность инвалидов, состоящих на учете в органах социальной защиты населения области, составляет около 158 тыс. человек. Из общего числа инвалидов 8% — дети-инвалиды, получающие социальные пенсии. Почти половину составляют инвалиды в трудоспособном возрасте.

На рост инвалидности в Тюменской области резко влияют процессы миграции населения, что, несомненно, является важной особенностью нашего региона. Медицинская статистика показывает, что часто люди, приезжающие на работу в районы Крайнего Севера, изначально не являются здоровыми людьми, а имеют различные противопоказания для работы в суровом климате. Нелегкая жизнь в северных условиях достаточно быстро ухудшает здоровье таких людей, приводит их к инвалидности.

В последние годы в области наблюдается сокращение числа учреждений здравоохранения, хотя общая численность врачей, оказывающих населению лечебно-профилактическую помощь, увеличивается. Численность врачей на 10000 населения в области составляет 47,5 чел., что превышает данный показатель в регионах Уральского федерального округа, однако это меньше, чем средняя обеспеченность врачами по России (48,4 чел.). На юге области уровень обеспеченности населения врачами всех специальностей ниже, чем в среднем по области (41,6 чел.).

Рост инвалидности в области напрямую связан с ухудшением питания населения. В регионе 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. Сравнение потребления продуктов питания населением области с рациональными нормами потребления продуктов на душу населения, рекомендованными Институтом питания Академии медицинских наук СССР, показало отставание фактического потребления по всем основным видам питания. Наибольшее отставание от нормативного — по потреблению молока и молочных продуктов (на 46%), картофеля (на 43%), фруктов, ягод, овощей, бахчевых культур (на 41%), сахара и кондитерских изделий (на 40%).

В области действует сеть санаторно-курортных организаций и организаций отдыха — 12 санаториев и пансионатов с лечением, 14 санаториев-профилакториев, 2 турбазы и 19 баз отдыха. Однако число санаторно-курортных организаций и организаций отдыха за последнее время уменьшилось на 7,1%, соответственно число койко-мест в них снизилось на 182 места.

Инвалидность в регионе тесно связана с пьянством среди населения, а также и с наркоманией среди молодежи, что особенно актуально для сельских районов юга Тюменской области, а также ряда северных областей региона.

На высокий уровень инвалидности в Тюменской области влияют и общие заболевания: на первом месте по региону — болезни системы кровообращения, на втором — злокачественные новообразования, на третьем — травмы.

Практически во всех районах региона отмечается значительное увеличение показателя первичной инвалидности среди взрослого населения. В Аромашевском, Бердюжском, Исетском, Ишимском, Казанском, Упоровском районах и г. 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). Среди впервые признанных инвалидами по возрасту преобладают люди пенсионного возраста. В ряде районов отмечается очень высокий удельный вес (около 80%) лиц пенсионного возраста, впервые признанных инвалидами (Армизонский, Аромашевский, Бердюжский, Вагайский, Голышмановский, Казанский районы). В Абатском районе данный показатель самый низкий, что свидетельствует о достаточном удельном весе в нем лиц трудоспособного возраста по сравнению с другими территориями.

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

Для исследования проблем инвалидности в регионе мы осуществили экспертный опрос 20 специалистов, работающих в системе социальной реабилитации инвалидов (среди них работники Управления социальной защиты населения г. Тюмени; Реабилитационного центра инвалидов «Возрождение»; автономной некоммерческой организации социального обслуживания «Ночлежка»; комплексных центров социального обслуживания; лица, обслуживающие инвалидов на дому). В работе проанализированы статистические данные Департамента социального развития Тюменской области, собраны 30 биографий (историй жизни) людей, имеющих инвалидность. Изучение биографий инвалидов, а также непосредственное наблюдение за их жизнью позволило нам глубже изучить личность инвалида, понять его внутренние переживания, подойти к проблеме инвалидности в регионе с объективных и субъективных позиций. Опрошенные нами респонденты — люди, имеющие инвалидность,

в возрасте от 40 до 50 лет. Травму, приведшую к инвалидности, они получили в основном во время трудовой деятельности.

Изучение биографий показало, что жизненный путь инвалида нельзя 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 либо на общение и полноценную жизнь в обществе, либо на замкнутое, самостоятельное существование. Наибольшее значение, как показал анализ биографических данных, в жизни человека-инвалида играет поддержка семьи, социального окружения, наличие трудовой сферы, профессиональной самореализации, высокая самооценка собственных достижений. Лучше всего происходит адаптация у людей активных по природе, творческих. Они, как показывает биографический анализ, в большей степени стремятся к активной жизненной позиции, заводят семью, расширяют круг общения, самостоятельно трудоустраиваются, активно участвуют в общественной жизни, самодеятельности, спорте и т. д.

Удивительно, однако ряд биографий людей с инвалидностью — биографии состоявшихся и счастливых людей, что в настоящее время встречается редко даже среди здоровых жителей страны и региона. За внешней беспомощностью и болезненностью (человек передвигается на кресле-коляске, имеет серьезные ограничения в жизнедеятельности), часто наблюдается оптимистический настрой, внутренняя просветленность («я ощущаю себя счастливым человеком»), качественно новая, особая духовная организация личности.

*Система социальной реабилитации инвалидов в регионе, ее состояние и проблемы.* Традиция оказания благотворительной помощи инвалидам в нашем крае имеет многовековую историю. Важную роль в создании условий для жизнеобеспечения инвалидов в свое время играли декабристы. Они организовали «Союз благоденствия», который имел свои филиалы в гг. Тобольск и Ялуторовск. В XIX в. в Тобольске начали работать лечебницы для бедных, была открыта «Община сестер милосердия», затем «Общество попечения о раненых и больных». Тобольская Крестовоздвиженская община стала самой крупной в Сибири после Томской. Большой вклад в дело заботы об инвалидах внесли западносибирские предприниматели второй половины XIX-начала XX в. — А.И. Текутьев, М.К. Сидоров, А.М. Сибиряков, К.Н. Высоцкий, Н.М. Чукмалдин, И.И. Игнатов и другие. Благодаря им в городах и селах Западной Сибири возникли благотворительные заведения.

Многие положительные факты заботы об инвалидах региона были отмечены в советский период. Так, в Тюменском областном государственном архиве (фонд 1457, архивная опись 1, дело № 1) имеются данные о создании артели инвалидов «Искра» «... в целях развития промышленности в районе, организации выпуска товаров широкого потребления и улучшения материального состояния самих инвалидов». В основе деятельности артели был ряд производств: сапожное, гончарное, пошивочное, а также заезжий дом, парикмахерское дело, фотография и баня. С 1938 г. в Тюменской области начали активно функционировать и другие артели инвалидов. Основная их задача заключалась в производстве товаров широкого потребления и продовольствия. Объединение инвалидов в артели шло по следующим видам производств: сапоговаляльное, швейное, кожевенное, силикатно-керамическое, овчинно-шубное, лесозаготовительное, пищевое, текстильное, парикмахерское дело.

К сожалению, положительный опыт трудовой деятельности инвалидов в регионе в настоящее время почти утрачен. Трудовая занятость инвалидов пред-

ставляет одну из основных проблем, как страны, так и региона. Несмотря на некоторые положительные факты, например, создание в г. Тюмени агентства по содействию инвалидам в трудоустройстве, формирование банка данных, проведение ярмарок вакансий, в регионе почти не выполняются законы о квотах на рабочие места для инвалидов. 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.

В советское время органами социальной защиты населения велось профессиональное обучение инвалидов на дому, с помощью выездных занятий. Инвалиды учились по индивидуальным программам в высших учебных заведениях и техникумах. К сожалению, и этот опыт с переходом на рыночные отношения был почти полностью утрачен.

Проблема инвалидности и реабилитации инвалидов отражается в российских и региональных СМИ. Существуют специальные издания: газета «Русский инвалид» (начала издаваться в 1812 г. и возобновлена в 1960 г.), ряд научных журналов — «Медико-социальная экспертиза и реабилитация», «Право социального обеспечения», региональные издания, в которых публикуются материалы журналистов об инвалидах и статьи самих инвалидов. На российском телевидении существуют программы, где освещаются вопросы, связанные с инвалидностью. Однако и в стране в целом, и в Тюменской области нет необходимых для инвалидов телепрограмм с сурдопереводом (данные программы существовали в советское время), нет отдельной телевизионной программы, посвященной насущным ежедневным проблемам инвалидов. Проблемы инвалидности, бесспорно, освещаются в региональных СМИ, но, как правило, в основном это бывает в преддверии Международного дня инвалидов. Инвалиды региона нуждаются в правдивой, качественной информации о возможности получения образования, работы, о помощи общественных организаций в решении их насущных потребностей и др.

В советский период об инвалидах говорили значительно меньше, некоторые их проблемы замалчивались, гораздо меньше было автопробегов, спортивных соревнований, фестивалей, выставок с участием инвалидов, не было премии «Филантроп», предназначенной для инвалидов, однако возможностей для их трудоустройства и образования было, несомненно, больше.

Система социальной реабилитации в Тюменской области в настоящее время представлена целым рядом учреждений: в Тюмени функционирует реабилитационный центр для инвалидов «Возрождение», который предоставляет комплекс услуг лицам в возрасте от 18 лет; областной реабилитационный центр «Красная гвоздика» — стационарное учреждение, ориентированное на предоставление услуг гражданам пожилого возраста и инвалидам; областной детский реабилитационный центр «Родник» предоставляет услуги детям-инвалидам. В Тюмени функционируют три комплексных центра социального обслуживания населения, которые осуществляют надомное обслуживание инвалидов. С 2005 г. эти учреждения реорганизованы путем преобразования в автономные некоммерческие организации (АНО) — «Вера», «Калинушка» и «Ярославна». Такие же комплексные центры функционируют в городах и районах региона — Тобольске, Ишиме, Ялуторовске, Вагае, Упорово и др. Деятельность данных учреждений регулируется постановлением Правительства Тюменской области от 4.03.2006 г. «О социальном обслуживании в Тюменской области», постановлением губернатора Тюменской области от 15.11.1999 г. «Об индивидуальной программе реабилитации инвалидов в области», а также федеральным законом «О социальной защите

инвалидов в Российской Федерации». Центры реабилитации функционируют и в системе здравоохранения, например, детский реабилитационный центр «Надежда» проводит медицинскую реабилитацию детей с ДЦП; областной центр занятости населения работает по выполнению программ профессиональной реабилитации инвалидов. Отдельно действуют общественные организации инвалидов: региональные отделения Всероссийского общества инвалидов (ВОИ), Всероссийского общества слепых (ВОС), Всероссийского общества глухих (ВОГ). Они проводят фестивали творчества, реализуют программы, связанные с досугом, адаптивной физкультурой и спортом. В Тюмени работает клуб «Ритм», где занимаются спортивными танцами на инвалидных колясках. Танцевальные пары данного клуба являются призерами Европы. Молодежная общественная реабилитационная организация «Оптимист» занимается проведением конкурсов красоты, КВН, спортивных праздников и фестивалей. Есть в Тюмени и Федерация параолимпийского спорта. Тюменские спортсмены-инвалиды являются победителями региональных, всероссийских и международных соревнований.

Важнейшими параметрами, характеризующими состояние инвалидности и эффективность системы реабилитации инвалидов в регионе, являются показатели полного восстановления трудоспособности и снятия группы инвалидности. Поэтому в систему социальной реабилитации входят и учреждения, занимающиеся экспертной деятельностью — Федеральное государственное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Тюменской области» и его филиалы.

Следует отметить, что инвалиды региона в последнее время стали более реально и гарантированно обеспечиваться лекарствами, техническими средствами реабилитации, санаторно-курортным лечением и другими видами реабилитационных мероприятий.

В регионе существует программа индивидуальной реабилитации инвалидов (ИПР), в 2005 г. она была разработана для 87% инвалидов Тюменской области, что в 5 раз больше по сравнению с прошлыми годами. В 2006 г. количество трудоустроенных инвалидов стало на 5% больше, чем в предыдущем году.

В г. Тюмени на улучшение жилищных условий инвалидов и ветеранов Великой Отечественной войны было выделено 28 750 тыс. рублей. За счет средств из бюджета города запланировано отремонтировать 180 квартир инвалидов. По состоянию на 2006 г. ремонт проведен в 138 квартирах на общую сумму 2 374,8 тыс. рублей. В целях реализации мер по социальной поддержке населения в городе Тюмени было введено адресное муниципальное пособие в размере 120 рублей в квартал для инвалидов с детства, детей-инвалидов, инвалидов I и II группы общего заболевания.

По результатам проведенного нами опроса выявлено, что все без исключения инвалиды должны пользоваться социальной поддержкой. В большей степени в этом нуждаются дети-инвалиды (45%), инвалиды с поражением опорно-двигательного аппарата, тяжелыми ограничениями жизнедеятельности (15%), инвалиды трудоспособного возраста (15%), инвалиды детства и молодые инвалиды (15%), инвалиды по зрению (5%), инвалиды психических заболеваний (3%), одинокие инвалиды (2%).

На вопрос о том, кто в большей степени должен помогать инвалидам, мнения экспертов распределились следующим образом: в первую очередь должны помогать члены семьи, на втором месте — государство, на третьем месте — сам человек. После этого в списке идут близкие люди, врачи, сотрудники реабилитационных центров, друзья, общественные организации и группы взаимопомощи.

По данным экспертного опроса, 80% специалистов отметили, что люди с ограниченными возможностями в регионе продолжают испытывать большую потребность в психологической, социальной, экономической, культурной и другой поддержке.

По результатам нашего исследования, люди с ограниченными возможностями в регионе испытывают наибольшую потребность в общении и взаимопонимании, далее — потребность в трудоустройстве, затем — потребность в этико-психологической помощи и поддержке, внимании со стороны чиновников, в возможности для самореализации, чтобы «быть нужным и полезным близким людям», потребность в доступной социальной среде, и, наконец, — в доступной медицинской помощи, бесплатной реабилитации, материальной помощи.

Важной проблемой, которая на сегодняшний день продолжает быть актуальной для людей с ограниченными возможностями, остается слабая доступность учреждений региона для инвалидов. Сами инвалиды предлагают взять за основу опыт г. Москвы, где имеются 19 маршрутов, на которых ходят специальные «низкопольные» автобусы, существует специализированное маршрутное такси для инвалидов, есть ряд особых социальных маршрутов.

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, 10% специалистов-экспертов ответили «хорошо», 40% — «удовлетворительно», 30% — «неудовлетворительно», а 20% отметили, что данной системы «практически нет». 50% экспертов выявили 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 ГОСТами резко увеличились тарифы на услуги специалистов, а у инвалидов не хватает средств на их оплату, поэтому реабилитация осуществляется не в полном объеме. Почти 100% экспертов отметили тот факт, что в настоящее время, по сравнению с периодом 1998-2001 гг., система реабилитации инвалидов стала значительно хуже.

На вопрос о том, существует ли региональная специфика работы с инвалидами, 20% специалистов ответили положительно, увидев ее в структуре общественных организаций, а 80% — отрицательно.

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. На вопрос, имеют ли инвалиды в нашем регионе и конкретно в г. Тюмени реальную возможность трудоустройства и конкуренции на рынке, 10% ответили отрицательно, 80% считают, что имеют, но в малом объеме, и только 10% высказались, что «реальная возможность трудоустройства есть, а главное — это желание самого человека найти работу».

Следует отметить также, что система реабилитации в области недостаточно скоординирована. Северные округа имеют значительно больше возможностей вложения средств в социальную защиту, нежели юг Тюменской области, особенно его сельские районы.

Далеко не все инвалиды обеспечиваются современными техническими средствами реабилитации (так, в 2005 г. выполнение заявок в УрФО составило 93,2%, а в 2006 г. только 52%). Не хватает и путевок в санатории (в 2005 г. путевки на санаторно-курортное лечение получили 73,4 тыс. человек, а в 2006 году только 53,7 тыс. человек, или 63% от общего числа подлежащих лечению).

Сеть реабилитационных учреждений не удовлетворяет потребности инвалидов, в том числе детей-инвалидов в реабилитационных услугах. Восстановить

трудоспособность и устранить ограничения жизнедеятельности удастся пока только 3-5% желающих.

Недостаточно эффективна в регионе и деятельность общественных организаций инвалидов, например, отсутствуют структуры, которые регулярно доводили бы до органов государственной власти позицию инвалидов по тем или иным вопросам, влияли бы на их решения. В общественных организациях инвалидов явно не хватает способной молодежи с активными социальными установками, потенциалом к эффективной работе. Сегодня созрела настоятельная необходимость в разработке и реализации целевых программ всесторонней подготовки квалифицированных управленческих кадров для инвалидных организаций.

Существует проблема и острой нехватки квалифицированных кадров, работающих с инвалидами.

Рассматривая индивидуальные программы работы с инвалидами, следует отметить, что только 30% специалистов оценивают порядок составления и выполнения ИПР в регионе положительно; 25% отмечают, что не заполняется графа «исполнитель» и видят в этом серьезную проблему; 20% считают, что составление ИПР делается формально, не хватает конкретности, индивидуального подхода; 10% экспертов отмечают, что заполнение ИПР ущемляет права инвалидов, мешает их трудоустройству; 5% отметили, что при разработке ИПР надо ориентироваться не на количество услуг, а на качество; еще 5% специалистов считают, что при составлении ИПР не учитывается мнение самих инвалидов.

В 2006 г. в Тюменской области утверждены стандарты социального обслуживания, однако только 20% специалистов-экспертов высказали мнение, что в них полностью отражены интересы и потребности инвалидов; 10% экспертов считают, что интересы и потребности инвалидов учтены минимально; 30% высказали мнение, что они учтены не в полном объеме; а 40% считают, что в новых ГОСТах практически не учтены интересы и потребности инвалидов, «не прописаны ни объемы услуг, ни время, ни сроки реабилитации».

*Пути развития системы социальной реабилитации в Тюменской области.* Основными критериями успешной реабилитации эксперты называют уменьшение количества инвалидов (25%); доступность, развитость и результативность реабилитационных услуг (20%); беспрепятственное вхождение в социум, адаптацию и интеграцию (20%); возвращение члена семьи к полноценной жизни (15%); психологический комфорт, уверенность в своих возможностях (10%); трудоустройство (5%); улучшение здоровья, улучшение экономического положения (5%).

Наиболее нужными мероприятиями в целях реабилитации специалисты считают: во-первых, трудоустройство и профобучение, направленное, в том числе, и на искоренение иждивенческих настроений в среде инвалидов, во-вторых, социально-бытовую адаптацию, приспособление жилых домов и улиц под нужды людей, имеющих инвалидность, в-третьих, развитие реабилитационных услуг в области, в-четвертых, спортивно-оздоровительные и культурно-досуговые мероприятия, в-пятых, выполнение качественно составленной ИПР, финансовую и психологическую поддержку, медицинскую помощь.

В числе первоочередных мер, которые необходимо предпринять в Тюменской области для успешного проведения социальной реабилитации инвалидов, специалисты-эксперты отметили также: создание «безбарьерной» среды для инвалидов, изменение отношения общества к инвалидам посредством СМИ, увеличение реабилитационных центров, которые следует открыть в каждом округе. С точки зрения экспертов, важна и активизация деятельности общественных организаций инвалидов, требуется создание клубов для инвалидов, расширение рекламы

социальных услуг, а также пропаганда здорового образа жизни для населения региона. Существует мнение, что сегодня необходимо открывать общежития и специально приспособленные дома для одиноких и малоимущих инвалидов, важно вернуть спецприемники.

В качестве мер социальной профилактики инвалидности специалисты предлагают активизировать пропаганду здорового образа жизни, занятия физкультурой и спортом, проводить профилактические медосмотры и диспансеризацию населения, развивать систему охраны труда на предприятиях, влиять на улучшение экологической обстановки в регионе.

Эксперты считают также, что действенную систему социальной реабилитации в регионе важно построить с опорой на семью, где имеется инвалид, которая может обеспечить необходимый уровень социализации, профессионального определения, культурной занятости своего члена.

Исходя из вышеизложенного, построение региональной модели реабилитации инвалидов, по нашему мнению, должно учитывать следующие принципы:

1. *Интеграцию в общество и регион*, что предполагает преодоление изоляции инвалидов от общества, которая возникает вследствие физических недостатков человека и нежелания или неспособности общества помочь ему преодолеть их. Необходимо разработать и утвердить комплексную программу реабилитации инвалидов с учетом социально-культурных, региональных, пространственных, климатических особенностей, природной, политической и экономической среды Тюменской области.

2. *Правовой принцип* включает соответствие целей, задач и содержания региональной реабилитационной инфраструктуры требованиям российских и международных правовых актов, направленных на защиту прав людей с ограниченными возможностями здоровья (Всеобщей декларации прав человека, Декларации прав инвалидов, Всемирной программе действий в отношении инвалидов, Конституции Российской Федерации, Семейному кодексу Российской Федерации, Федеральному закону «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» и др.).

3. *Принцип консолидации усилий* связан с работой служб, входящих в реабилитационную инфраструктуру, а также с совокупностью их усилий, направленных на создание единого оздоровительного комплекса.

4. *Принцип комплексности* включает комплексность реабилитации инвалидов, базирующуюся на совокупности четырех подходов к инвалидности, принятых в мире: медицинском, социальном, политико-правовом и методе культурного плюрализма.

5. *Принцип доступности* связан с доступностью всех учреждений и служб, входящих в систему социальной реабилитации, для граждан, нуждающихся в их услугах.

6. *Принцип гуманности и нравственности* исходит из идей гуманизма и опирается на общечеловеческие ценности, добро, заботу о ближнем, милосердие, взаимопомощь, высокий уровень нравственной культуры специалиста.

7. *Принцип поддержки семьи* подразумевает неразрывное единство человека и его семьи, учет ситуации в семье, потребностей семьи и желаний самого человека при оказании помощи.

8. *Принцип активной жизненной позиции* направлен на стимулирование собственной жизненной активности человека-инвалида, формирование его веры в успех физического и духовного исцеления, поддержку потенциальных возможностей человека к саморазвитию, интеграцию человека в общество.

9. *Принцип партнерства* предполагает установление вертикальных (между учреждениями разного ранга) и горизонтальных связей (между учреждениями, выполняющими профессиональную, медицинскую, психологическую реабилитацию). Развитие системы реабилитации должно способствовать преодолению межведом-

ственной разобщенности, созданию условий для партнерства и взаимодействия государственных и негосударственных учреждений, организаций, объединений, обществ инвалидов и координацию усилий всех ведомств, в чьи профессиональные обязанности входит решение основных социальных проблем инвалидов.

10. *Принцип сочетания традиций и новаций* опирается на традиционные методы помощи людям с ограниченными возможностями, которые использовались в нашем крае в прошлом (недели помощи, трудовые артели) и на инновационные методы помощи инвалидам (например, аниматерапию, иппотерапию и др.), которые используются в настоящее время в мировой практике.

11. *Принцип системности* связан с системным подходом к инвалидности, как к социальному явлению, с сотрудничеством медицинских, психолого-педагогических, социальных, культурных и других служб реабилитации (для подтверждения данного принципа уместно использовать опыт Московского реабилитационного центра. В центре получают среднее профессиональное образование по таким специальностям, как декоративно-прикладное искусство и народные промыслы, дизайн, живопись, издательское дело. Центр имеет право на выдачу выпускникам документа государственного образца об образовании. В данном центре осуществляются все формы реабилитации: медицинская, профессионально-трудовая, социальная реабилитация, связанная с восстановлением личностного, профессионального статуса человека, его социальных связей в обществе; культурная реабилитация, т.к. в центре используются различные формы развития общей и физической культуры.

В настоящее время существует насущная потребность и в научно-исследовательских работах, в которых проблемы инвалидности и реабилитации инвалидов рассматривалась бы с точки зрения системы, в которой телесное и душевное начало бытия человека с физическим недугом составляли бы единое целое с его духом.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кузин С.Н., Гришина Л.П., Беличенко В.В. Оценка и динамика первичной и общей инвалидности в РФ за 10 лет (1996-2005), и прогноз на 2006-2010 годы // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2007. № 3.
2. Итоги деятельности ФГУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по ТО». Тюмень, 2008.
3. Проблемы инвалидности в России: состояние и перспективы. М.: Медицина, 2002.

*Анна Николаевна ТАРАСОВА —  
доцент кафедры экономической социологии  
Международного института финансов,  
управления и бизнеса Тюменского  
государственного университета,  
кандидат социологических наук*

УДК 316: 331

### **СПЕЦИФИКА ИЗМЕРЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО КАПИТАЛА: РЕГИОНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ\***

*АННОТАЦИЯ. В статье исследуются возможности измерения социального капитала. Выделены показатели, на основе которых может быть произведена оценка уровня социального капитала в регионе. Приведены основные результаты эмпирического исследования.*

\* Работа выполнена при поддержке гранта РГНФ №06-03-00566а «Социокультурный портрет региона».