

*М.Н. Кичерова**

СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

В статье рассматриваются проблемы, связанные с социальной адаптацией и реабилитацией, социальным самочувствием, обеспечением социальной защиты инвалидов, их интеграцией в общество. Представлены результаты социологического исследования по определению эффективности действующей в регионе системы социальной реабилитации.

Инвалидность как социальное явление насчитывает многовековую историю. Вместе с тем очень долго эта проблема считалась чисто медицинской, а ее решение являлось прерогативой врачей. Затем с развитием общества и прикладных наук проблема инвалидности стала рассматриваться в разных аспектах. При этом лица с ограниченными возможностями как отдельная социальная группа не часто являются объектом социологического исследования.

Актуализация проблем лиц с ограниченными возможностями является закономерным результатом нарастания массы физически «неполноценных» людей, не способных осуществлять экономически независимое существование. В условиях трансформации российского общества с учетом углубляющегося демографического кризиса это грозит дестабилизацией и требует разработки комплексных мер социальной реабилитации.

Депопуляционные процессы в России столь интенсивны и продолжительны, что если не предпринимать адекватных мер, то в ближайшие десятилетия численность населения России сократится до опас-

* © Кичерова М.Н., 2007

Кичерова Марина Николаевна — кафедра социологии и социального управления Тюменского государственного университета

ных пределов, что может привести к серьезным геополитическим проблемам. Остро стоит вопрос не только снижения количества, но и сохранения качества населения. Наблюдается рост заболеваемости по всем классам болезней, ежегодно растет число инвалидов [1].

По прогнозам Федерального научно-практического центра медико-социальной экспертизы и реабилитации, абсолютное число инвалидов 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 [2. С.29].

Преобразования, происходящие в стране, затронули все сферы общественной жизни, отразились на жизнедеятельности и жизнеобеспечении всех социальных групп. Сложившееся в общественном сознании восприятие инвалидов как людей немощных, нуждающихся в посторонней помощи, опеке, породило покровительственное отношение к ним со стороны общественных институтов и окружающих и привело к формированию многочисленных барьеров в их жизни: недоступность образования, профессиональной подготовки, трудовой деятельности.

В России имелся собственный исторический опыт оказания помощи людям с инвалидностью, многовековой и уникальный. Разумное использование накопленного опыта, стремление к обогащению и развитию существующих традиций должны стать основой для формирования новой системы социальной реабилитации. Политика советского периода, основанная на интерпретации социальной нормы как категории, отражающей характеристики в основном здоровой части населения, приводила к разрушению и так слабого государственного и общественного института реабилитации, исторической традиции российской благотворительности. Все это явилось причиной обострения и углубления проблем инвалидности. Поэтому формирование и становление развитой системы социальной реабилитации для людей с ограниченными возможностями здоровья являются в настоящее время актуальными и значимыми.

В законе «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» определено, что целью государственной политики в области социальной защиты инвалидов является «обеспечение инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод, предусмотренных Конституцией РФ» [3]. Однако окружающая среда большинства территорий остается не приспособленной к нуждам лиц с ограниченными возможностями (отсутствуют пандусы и лифты в магазинах и общественных учреждениях, общественный транспорт не приспособлен, а служба социального такси пока редкость, явно недостаточно приспособлений в быту и на производстве), что не позволяет инвалидам осуществлять независимую жизнь. Принятые в последнее время законы и постановления всех уровней делают акцент в основном на

экономических нуждах инвалидов, предоставляя компенсационные выплаты и льготы, что не стимулирует собственной активности.

При этом в архитектуре и строительстве накоплен обширный опыт организации пространства, путей передвижения, обеспечения доступа в здания и транспорт, формирования интерьеров общественных и рекреационных помещений с учетом нужд инвалидов. Для сравнения, в качестве примера можно отметить, что в США для реализации Закона об инвалидах специально созданные бригады строителей по всем штатам Америки стали делать съезды и пандусы, обеспечивая доступность американских городов. При Государственном департаменте США разработаны специальные программы, созданы центры независимой жизни по всей стране. В этих центрах инвалиды обучаются навыкам самообслуживания, независимой жизни, получают информационные, юридические услуги, помощь в трудоустройстве. Основой политики в отношении инвалидов здесь является «empowerment» – стимулирование собственной активности [4]. Для людей с ограниченными возможностями это означает самоконтроль, влияние на окружающий мир, участие в решении своих проблем, отстаивание своих прав и интересов.

В условиях современной России очевидна теоретическая и практическая значимость изучения проблем, связанная с социальной адаптацией и реабилитацией, социальным самочувствием, обеспечением социальной защиты инвалидов, их интеграции в общество.

Сам термин «реабилитация» происходит от позднелатинского *rehabilitatio* (*re* – вновь, снова, *habilitas* – способность, годность) и обозначает восстановление способности, годности. Прежде всего, это восстановление доброго имени, прежней репутации (в частности, лиц негритянской национальности после войны за независимость США) в административном и судебном порядке, а также применение к подсудным (прежде всего несовершеннолетним) мер воспитательного характера или наказаний, не связанных с лишением свободы, в целях их исправления. Сюда относится комплекс мер (медицинских, юридических и др.), направленных на восстановление или компенсацию нарушенных функций организма и трудоспособности больных и инвалидов [5].

По определению ВОЗ (1963 г.), реабилитация – это процесс, целью которого является профилактика инвалидности в период лечения заболевания и помощь больным в достижении максимальной физической, психической, профессиональной, социальной и экономической полноценности, на которую они способны в рамках существующего заболевания. По определению ВОЗ (1969 г.), реабилитация рассматривается как скоординированное применение медицинских, социальных, просветительских мероприятий, включающих обучение или переобучение инвалидов для достижения, по возможности, наиболее высокого уровня функциональной активности [7].

Очень кратко можно определить реабилитацию как восстановление деятельности неполноценных. Актуально и определение, данное

национальным советом по реабилитации США в 1942 году, – это восстановление у индивида «по мере его возможности полнейшей физической, психической, социальной, профессиональной и экономической полезности». Безусловно, удачным можно считать и определение А.И.Осадчих – «реабилитация по своему определению означает восстановление способности, то есть способов взаимодействия человека с обществом» [6. С.6].

При такой трактовке реабилитация становится очень широким социальным понятием. В отношении инвалидов любая реабилитация – медицинская, психологическая, профессиональная – является социальной по сути.

Смысловая нагрузка понятия «реабилитация» неоднозначна и подразумевает цель и процесс, метод и итог, концепцию и систему.

Реабилитация как процесс включает определенные мероприятия и шаги, направленные на достижение конкретных целей. Реабилитация как восстановление способности, годности, является одновременно целью данного процесса. Реабилитацию можно рассматривать как метод, то есть способ достижения цели, определенным образом упорядоченную деятельность. Естественно, реабилитация является итогом, который достигается в процессе таковой деятельности.

В России имеется достаточно научных теоретических и прикладных исследований по проблеме реабилитации. Так, Е. Холостова, А. Храпылина, А.Осадчих, Н.Дементьева предлагают систему реабилитации строить на следующих принципах: принцип компенсации, равных социальных прав и возможностей индивидов, принцип неразрывной связи индивида с ограниченными возможностями и социальной среды, принцип изучения и сохранения семейных и социальных связей инвалида, принцип комплексности и последовательности, принцип государственных социальных гарантий, приоритета прав и законных интересов лиц с ограниченными возможностями и последний принцип, наиболее современный – принцип независимой жизни.

Гербен Делонг, инициатор движения за независимую жизнь для инвалидов, сформулировал три основных положения, которые легли в основу идеологии движения за независимую жизнь[8. С. 57-58]:

1. Суверенитет потребителя, то есть человек, имеющий ограничения возможностей, является основным потребителем социальных услуг, является защитником своих интересов и должен принимать активное участие в решении проблем, связанных с инвалидностью.

2. Самоопределение предполагает, что люди, имеющие инвалидность, должны в первую очередь опираться на свои способности и умения, для того чтобы добиться прав и привилегий, на которые они претендуют.

3. Политические и экономические права, иначе говоря люди, имеющие инвалидность, должны получить право участвовать в политической и экономической жизни общества.

Таким образом, именно эти принципы должны быть в основе формирования государственных стандартов социального обслуживания. В настоящее время во всех регионах нашего государства идет активный поиск новых подходов и путей в работе с инвалидами, организации мер по их комплексной реабилитации.

Тюменская область, представляя из себя колоссальный по площади, разнородный по национальному, образовательному, профессиональному и возрастному составу населения регион, имеющий, кроме того, достаточно серьезные природно-климатические и экономические особенности, представляет интерес в плане рассмотрения обозначенной выше проблемы инвалидности.

По данным Департамента социального развития, в Тюменской области число лиц с ограниченными возможностями здоровья составляет 110 тысяч человек (по состоянию на 01.01.2006 года). Анализ деятельности Федерального государственного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Тюменской области» показывает, что на протяжении последних пяти лет увеличивается обращаемость в учреждения медико-социальной экспертизы на 11-13%. Ежегодно более 10000 человек в Тюменской области впервые становятся инвалидами [10].

Строя региональную политику в отношении инвалидов, необходимо четко представлять картину инвалидности по Тюменской области, учитывать ее тенденции по районам. Вместе с этим представляет интерес и анализ эффективности существующей системы реабилитации. В регионе проводятся исследования, касающиеся вопросов жизнеобеспечения людей с ограниченными возможностями [11].

В настоящей работе представлены некоторые результаты многоэтапного комплексного социологического исследования, которое было проведено с целью определения эффективности действующей системы социальной реабилитации лиц с ограниченными возможностями, проживающих в регионе. Одним из этапов комплексного исследования был экспертный опрос специалистов, работающих в системе социальной реабилитации.

В экспертном опросе, проведенном в апреле-мае 2006 года, приняли участие специалисты Департамента социального развития Тюменской области, в частности сектора реабилитации инвалидов, Управления социальной защиты населения города Тюмени, реабилитационного центра инвалидов «Возрождение», автономной некоммерческой организации социального обслуживания «Ночлежка», комплексных центров социального обслуживания, а также социальные работники, которые непосредственно обслуживают инвалидов на дому.

Цель исследования – оценить эффективность и выявить специфику существующей системы реабилитации в регионе; выявить имеющиеся проблемы, недостатки в связи с введением новых стандартов социального обслуживания; определить перспективы развития системы социальной реабилитации в регионе.

По результатам проведенного опроса выявлено следующее: все без исключения специалисты (100%) отмечают, что все инвалиды должны пользоваться социальной поддержкой. При этом в большей степени в поддержке 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 спектре мнений называются близкие люди, врачи, сотрудники реабилитационных центров, друзья, общественные организации и группы взаимопомощи.

По мнению экспертов, люди с ограниченными возможностями в современном обществе испытывают наибольшую потребность в общении и взаимопонимании, на втором месте они отмечают трудоустройство, третье место – психологическая помощь и поддержка, на четвертом месте – внимание со стороны чиновников, возможность самореализации, чтобы «быть нужным и полезным близким людям», доступность социальной среды, и на последнем месте – доступная медицинская помощь, бесплатная реабилитация, материальная помощь.

На вопрос о том, как вы оцениваете существующую в регионе систему реабилитации, 10% специалистов оценили «хорошо», 40% – «удовлетворительно», 30% – «неудовлетворительно», 20% – «системы практически нет».

Таким образом, практически половина экспертов говорит о неудовлетворительном состоянии современной системы социальной реабилитации. Они отмечают отсутствие профессионального подхода, нехватку специалистов-реабилитологов и отсутствие самой системы социальной реабилитации. Удовлетворительно оценили систему 40% экспертов, отмечая при этом, что согласно новым ГОСТам увеличились тарифы на услуги, у инвалидов не хватает средств на оплату, и поэтому реабилитация осуществляется не в полном объеме. Только 10% специалистов оценили современную систему реабилитации положительно. По их мнению, результат реабилитации зависит от желания самого человека, а существующая система позволяет удовлетворить потребности нуждающихся.

В числе первоочередных мер, которые необходимо предпринять в городе Тюмени и Тюменской области для успешного проведения социальной реабилитации инвалидов, специалисты выделяют следующие: во-первых, создание безбарьерной среды, изменение отношения общества к инвалидам посредством СМИ и потребительского отношения инвалидов к государству. Также специалисты говорят о необходимости увеличения реабилитационных центров, предлагая «открыть в каждом округе, создать профильные центры для глухих, незрячих». Во-

вторых, специалисты отмечают необходимость расширения рекламы социальных услуг, пропаганды здорового образа жизни, создание клубов для инвалидов и активизации деятельности общественных организаций. В-третьих, есть и такое мнение, что сегодня необходимо открывать общежития (специально приспособленные дома) для одиноких и малоимущих инвалидов, есть даже мнение, что необходимо вернуть спецприемник.

Действительно, большое место в организации действенной системы социальной реабилитации занимает формирование общественного мнения. Сегодня в Тюмени и Тюменской области нет достаточного количества телепрограмм с сурдопереводом, нет отдельной телевизионной программы, посвященной актуальным проблемам инвалидов. Бесспорно, многие вопросы инвалидности освещаются в СМИ, но, как правило, это бывает в преддверии 3 декабря, когда отмечается Международный день инвалидов. Именно в это время в печати появляются тематические публикации, а в эфир выходят программы, посвященные этой тематике.

Вместе с этим, по мнению автора, на позицию экспертов до сих пор существенное влияние оказывает тот факт, что очень долгое время у нас в стране официально господствовала именно медицинская модель понимания инвалидности. Поэтому некоторые рекомендации экспертов, такие как открытие профильных центров, общежитий для инвалидов, демонстрируют тот факт, что позиция изоляционизма и дискриминации все-таки еще имеет место. Официальная смена ориентира – переход к социальной модели инвалидности, формирование толерантного отношения и возможность социальной интеграции – остается пока достаточно декларативной и малоподкрепленной практически действиями.

В Концепции социально-культурной политики в отношении инвалидов в Российской Федерации, одобренной решением коллегии Министерства культуры РФ в январе 1995 года, впервые в отечественной трактовке проблем инвалидов речь идет о социокультурной адаптации лиц с ограниченными возможностями, и акцент делается на образе жизни этих людей. В концепции излагаются основные характеристики образа жизни инвалидов, связанные с их адаптацией и расширением социокультурных возможностей. Обосновывается позиция, что «в современной России имеется ряд действующих организационных структур, которые могут быть использованы при построении социокультурной политики в отношении инвалидов в качестве «точек роста», то есть накопленный здесь опыт следует развивать и распространять [12. С. 36-38]. Так, в данной концепции выделено семь «точек роста»: 1) консультативные структуры – обучающие центры для инвалидов, которые могут быть встроены в структуры общего и специального образования, медицинского обслуживания, социального обеспечения, обществ и ассоциаций инвалидов, местных органов управления, 2) безбарьерная пространственная среда, 3) средства межличностной

коммуникации, 4) библиотечное обслуживание, 5) издательское дело, 6) средства массовой информации, 7) организация досуга. Все эти институциональные формы приобщения инвалидов к культуре образуют «точки роста», которые при насыщении их социально-адаптационными функциями могут стать важной составляющей частью интеграционной социокультурной политики в отношении инвалидов.

Основными критериями успешной реабилитации эксперты называют в первую очередь уменьшение количества инвалидов (снятие группы инвалидности), вторым по значимости показателем считают доступность, развитость и результативность реабилитационных услуг, «чтобы люди повторно не обращались с одной проблемой», и беспрепятственное вхождение в социум, адаптацию и интеграцию. Часть опрошенных отмечает, что показателем успешной реабилитации можно считать возвращение члена семьи к полноценной жизни, психологический комфорт, уверенность в своих возможностях, в качестве основного показателя успешной реабилитации отмечают трудоустройство и улучшение здоровья.

По результатам опроса более половины специалистов (80%) на вопрос, имеют ли инвалиды в нашем регионе и конкретно в городе Тюмени реальную возможность трудоустройства и конкуренции на рынке труда, отвечают отрицательно, 10% считают, что имеют, но в малом объеме, и только 10% отвечают положительно, считая, что «реальная возможность трудоустройства есть, обучение через центр занятости, главное – желание человека». На вопрос, существует ли региональная специфика работы с инвалидами, 20% отвечают положительно и видят ее в структуре общественных организаций, 80% отвечают отрицательно. 40% специалистов оценивают социальную политику в отношении инвалидов как активную, 60% считают ее пассивной. Наиболее нужными и действенными мероприятиями, проводимыми с целью реабилитации, считают в первую очередь трудоустройство и профобучение, на втором месте – социально-бытовая адаптация, приспособления в жилых домах и на улицах, на третьем месте – развитие реабилитационных услуг, на четвертом месте – спортивно-оздоровительные и культурно-досуговые мероприятия, на последнем месте оказалось «выполнение ИПР, составленной качественно», психологическая помощь, финансовая помощь, медицинская помощь.

Постановлением Губернатора Тюменской области «Об индивидуальной программе реабилитации инвалида в области» в целях реализации Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» утверждено положение об индивидуальной программе реабилитации инвалида в области. Индивидуальная программа реабилитации инвалида (далее ИПР) – разработанный на основе решения учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы перечень реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление способностей инвалида к бытовой, общественной, профессиональной деятельности в соответствии со структурой его по-

требностей, кругом интересов, уровнем притязаний с учетом прогнозируемого уровня его соматического состояния, психофизиологической выносливости, социального статуса и реальных возможностей социально-средовой инфраструктуры [13].

По результатам проведенного опроса, только 30% специалистов оценивают порядок составления и выполнения ИПР положительно, отмечая, что порядок составления ИПР отработан, все предусмотрено, «специалисты бюро Медико-социальной экспертизы составляют, учреждения социальной защиты населения выполняют, возможности есть, было бы желание человека». При этом отмечает, что необходимо формирование позиции, что все меры реабилитации предоставляются инвалидам только в соответствии с ИПР. Четвертая часть опрошенных (25%) отмечают, что не заполняется графа «исполнитель» и видят именно в этом серьезную проблему. Это мнение специалистов, которые работают в Департаменте социального развития и Управлении социальной защиты населения. Иное мнение у специалистов реабилитационных центров – 20% считают, что составление ИПР формальное, не хватает конкретности (периодичности и кратности услуг, объема услуг), подход однотипный, не хватает «индивидуальности», а об исполнении и речи нет, «заполнение ИПР формальное, только ущемляет права инвалидов, «благодаря» ей инвалиды не могут трудоустроиться». Часть опрошенных отмечают, что при разработке ИПР надо ориентироваться не на количество услуг, а на качество. Составлять надо только тем, кому необходимо, и при этом обязательно учитывать мнения самих инвалидов.

Таким образом, в оценке специалистов порядка составления и выполнения ИПР преобладают негативные отзывы. Большинство отмечает формальный подход, отсутствие конкретного исполнителя и личных интересов инвалидов.

Современную социальную политику в отношении инвалидов 60% опрошенных оценили как пассивную, и 40% считают ее активной. При этом только 10% экспертов считают, что она полностью дифференцирована, 10% высказывают мнение, что она дифференцирована наполовину (в частности, в отношении детей-инвалидов), 35% считают ее частично дифференцированной, 20% – совсем не дифференцирована, и 25% затрудняются ответить.

В марте 2006 года в Тюменской области утверждены стандарты социального обслуживания [14]. Только 20% специалистов высказали мнение, что в них полностью отражены интересы и потребности инвалидов. 10% считают, что интересы и потребности учтены по минимуму, 30% высказывают мнение, что не в полном объеме и требуется доработка, 40% считают, что в новых ГОСТах практически не учтены интересы и потребности инвалидов, «не прописаны ни объемы услуг, ни время, ни сроки».

В качестве мер социальной профилактики инвалидности специалисты предлагают активизировать пропаганду здорового образа жизни,

занятий физкультурой и спортом, проводить профилактические медосмотры и диспансеризацию населения, развивать систему охраны труда на предприятиях.

Таким образом, проведенное разведывательное исследование представило спектр мнений специалистов, которые занимаются социальной реабилитацией инвалидов. По мнению автора, на разных «этажах» системы мнения специалистов кардинально различаются, и чем ближе к непосредственному общению с инвалидами специалисты, тем более негативными оказались отзывы об эффективности существующей системы реабилитации.

Существующая в регионе система социальной реабилитации малоэффективна, так как, во-первых, число инвалидов не уменьшается, а стремительно увеличивается, во-вторых, система контроля над реализацией индивидуальных программ реабилитации отсутствует, межуровневая и межведомственная разобщенность, отсутствие взаимосвязи среди участников реабилитационного процесса приводят к его незавершенности и неудовлетворительным результатам.

Действенную систему социальной реабилитации в регионе необходимо строить, во-первых, с опорой не на сеть специализированных учреждений, а на семью как социальный институт и микросоциальную среду, которая может обеспечить необходимый уровень социализации, профессионального определения, трудовой занятости и социокультурного включения; во-вторых, региональные комплексные программы должны быть ориентированы не на оказание социальной помощи и материальной поддержки патерналистического свойства, а на стимулирование собственной активности, создание условий трудоустройства и самообеспечения; третьих, в качестве экспертов по оценке социальных проектов необходимо привлекать самих инвалидов, используя исторический и культурный опыт региона.

Возвращаясь к актуальности нашего исследования, хочется отметить, что феномен инвалидности и социальная политика оказывают друг на друга взаимное влияние. В современных условиях российское общество, претендуя на статус гражданского, а государство – на статус правового социального государства, должно обеспечить условия реализации возможностей для всех граждан, в том числе и для людей с инвалидностью.

Библиографический список

1. Резолюция «круглого стола» на тему: «Демографическое развитие России: сценарии и угрозы».. Утверждена на заседании Комитета Государственной Думы по охране здоровья 16 марта 2006г. протокол №55. – М., 2006.
2. Гришина, Л.П. Анализ инвалидности в Российской Федерации за 1970-1999гг. и ее прогноз до 2015гг. / Л.П. Гришина, Н.Д. Талалаева, Э.К. Амирова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2001. – № 2. – С.27-31.

3. Закон РФ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24 ноября 1995г. №181-ФЗ //Российская газета. — 1995. — 2 декабря. — С.5
4. Adjustment to severe Physical Disability A Metamorphosis. Charlen Deloach, Bobby G.Green, USA, 1981. — P.295.
5. Реабилитология в системе социальных знаний//Развитие социальной реабилитации в России. — М., 2000. — С. 173.
6. Осадчих, А.И. Теоретические предпосылки структуры и содержания реабилитации экспертной диагностики / А.И. Осадчих Медико-социальная экспертиза и реабилитация. — 1998. — №3. — С.3-5; 2000. — №4. — С.30-32.
7. Восстановление трудоспособности: хроники ВОЗ. — М., 1969. — Т.23. — С.253.
8. Холостова, Е.И. Социальная реабилитация: учебное пособие / Е.И. Холостова, Н.Д. Дементьева. — М: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2003. — 340с.
9. Элланский, Ю.Г. Вопросы реабилитации инвалидов в свете основных положений концепции социальной независимости / Ю.Г. Элланский, С.П. Пешков// Медико-социальная экспертиза и реабилитация. — 1997. — №1. — С. 24-28.
10. Медико-социальная экспертиза /сост. Н.В. Олькова, Т.К. Муртазина, Г.Н. Ренева и др. — Тюмень, 2005. — 56с.
11. Скок, Н.И. Жизнеобеспечение людей с ограниченными возможностями в современной России / Н.И. Скок. — Тюмень: Вектор-бук, 2003. — 158с.
12. Концепция социально-культурной политики в отношении инвалидов в Российской Федерации. — М., 1997. — 48с.
13. Постановление Губернатора Тюменской области «Об индивидуальной программе реабилитации инвалида в области» № 252 от 15 ноября 1999г.
14. Постановление Правительства Тюменской области «О социальном обслуживании населения» №40-п от 2 марта 2006г.

М.Н. Kicherova

SOCIAL REHABILITATION OF DISABLED PEOPLE IN THE MODERN CONDITIONS

The article deals with the problems of social adaptation and rehabilitation, social self-orientation, social support for disabled people and their independent existence in the society. In the paper the results of sociological research concerning efficacy of the system of social rehabilitation in the region are presented.

Статья принята в окончательном варианте 26.12.06 г.