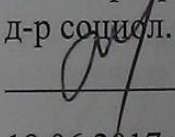


Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
МОРДОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ им. Н. П. ОГАРЁВА»

Историко-социологический институт

Кафедра социологии

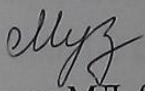
УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой  
д-р социол. наук, проф.  
 С. В. Полутин

19.06.2017 г.

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

ВЛИЯНИЕ ТРАНСФОРМАЦИИ ИНСТИТУТА РЕАБИЛИТАЦИИ  
ИНВАЛИДОВ НА ИНТЕГРАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ЛИЦ С  
ИНВАЛИДНОСТЬЮ В СОВРЕМЕННОМ РОССИЙСКОМ ОБЩЕСТВЕ  
(НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ)

Автор магистерской диссертации  14.06.2017 г. А. Р. Мухаметзянова

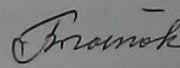
Обозначение магистерской диссертации МД-02069964-39.04.01-09-17

Направление подготовки 39.04.01 социология

Профиль социология социальных изменений

Руководитель работы

доктор социол. наук, профессор



14.06.2017 г. О. А. Богатова

Нормоконтролер

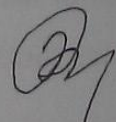
канд. социол. наук, доцент



15.06.2017 г. М. Ю. Бареев

Рецензент

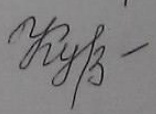
доктор полит. наук, профессор



16.06.2017 г. И. В. Бахлов

Рецензент

канд. социол. наук



16.06.2017 г. Л. Н. Курышова

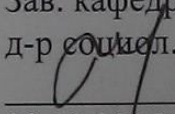
Саранск  
2017

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования

«НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МОРДОВСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ им. Н. П. ОГАРЁВА»

Историко-социологический институт  
Кафедра социологии

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой  
д-р социол. наук, проф.  
 С. В. Полутин  
28.11.2015 г.

### ЗАДАНИЕ НА МАГИСТЕРСКУЮ ДИССЕРТАЦИЮ

Студентка Мухаметзянова Алиса Рашидовна

1 Тема Влияние трансформации института реабилитации инвалидов на интеграционный потенциал лиц с инвалидностью в современном российском обществе (на примере Республики Мордовия)

Утверждена приказом по МордГУ № 10041-с от 26.11.2015

2 Срок представления работы к защите – 25.05.17 г.

3 Исходные данные для магистерской диссертации: научная литература, словари, результаты социологических исследований по изучаемой проблеме.

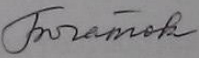
4 Содержание магистерской диссертации

4.1 Трансформация института реабилитации инвалидов. Основные теоретические подходы к реабилитации инвалидов

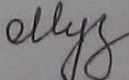
4.2. Интеграционный потенциал инвалидов в региональном социуме (на примере РМ): результаты эмпирических исследований

5 Приложения А, Б, В, Г, Д

Руководитель работы

 27.11.2015 г. О. А. Богатова

Задание принял к исполнению

 27.11.2015 г. А. Р. Мухаметзянова



## РЕФЕРАТ

Магистерская диссертация содержит 159 страниц, 9 рисунков, 14 таблиц, 63 использованных источника, 5 приложений.

ДОСТУПНАЯ СРЕДА, ИНВАЛИД, ИНСТИТУТ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ, ИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЯ И ДЕИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ, ИНТЕГРАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ИНВАЛИДОВ, РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ, СИСТЕМА РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ, ТРАНСФОРМАЦИЯ ИНСТИТУТА РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В РЕГИОНЕ.

Объектом диссертационного исследования выступает институт реабилитации инвалидов.

Цель работы – описать влияние трансформации института реабилитации инвалидов на интеграционный потенциал лиц с инвалидностью в регионе (на примере Республики Мордовия).

Методы исследования – сбор первичной информации осуществляется методом анкетного опроса, дополненного методом наблюдения доступности среды жизнедеятельности в государственных бюджетных стационарных учреждениях социальной защиты населения Республики Мордовия.

Полученные результаты – охарактеризованы понятия «трансформация института реабилитации инвалидов», «интеграционный потенциал инвалида», выявлены преимущества и ограничения выбранных методов исследования к изучению трансформации института реабилитации инвалидов, выявлены интеграционный потенциал инвалидов в сегрегированной и несегрегированной среде в регионе.

Степень внедрения – частичная.

Область внедрения – при разработке стратегий модернизации российского общества и мер социальной политики, в чтении учебных дисциплин «Социальная реабилитация», «Современные методы социологических исследований».

Эффективность – повышение осведомленности государственных и муниципальных служащих разного уровня, а также граждан при принятии государственных решений в отношении лиц с инвалидностью.

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	7
1 Трансформация института реабилитации инвалидов. Основные теоретические подходы к реабилитации инвалидов.	14
1.1 Реабилитация инвалидов: основные теоретико-методологические подходы. Институциональный подход к анализу процессов реабилитации инвалидов	14
1.2 Основные факторы трансформации института реабилитации инвалидов в современном российском обществе.	24
2 Интеграционный потенциал инвалидов в региональном социуме (на примере РМ): результаты эмпирических исследований.	35
2.1 Процесс и характер формирования интеграционного потенциала в оценках инвалидов.	35
2.2 Доступность среды жизнедеятельности для инвалидов как ведущий фактор, формирующий интеграционный потенциал инвалидов в регионе	61
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	82
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	84
ПРИЛОЖЕНИЕ А (обязательное) Программа социологического исследования «Готовность инвалидов к интеграции в общество»	91
ПРИЛОЖЕНИЕ Б (обязательное) Бланк анкеты «Готовность инвалидов к интеграции в общество»	104
ПРИЛОЖЕНИЕ В (обязательное) Бланк социологического наблюдения «Оценка комфортности и доступности, в том числе информационной, процедуры предоставления социальных услуг государственными стационарными организациями социального обслуживания населения Республики Мордовия (дома-интернаты общего типа, детские дома-интернаты и психоневрологические интернаты, социально-реабилитационные центры, социальный приют)»	120

ПРИЛОЖЕНИЕ Г (обязательное) Первичные результаты социологического наблюдения «Оценка комфортности и доступности, в том числе информационной, процедуры предоставления социальных услуг государственными стационарными организациями социального обслуживания населения Республики Мордовия»	141
ПРИЛОЖЕНИЕ Д (обязательное) Расчет и корректировка выборки по инвалидам трудоспособного возраста с учетом численности инвалидов по районам Республики Мордовия	158

## ВВЕДЕНИЕ

### **Актуальность темы исследования.**

Инвалидный контекст социальных проблем общества не перестает быть актуальным в течение более 25 лет существования российского государства в постсоветскую эпоху. В этот период значительно увеличилась численность инвалидов не только в связи с ухудшением здоровья населения, но и в связи с вступлением в действие Федерального закона от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» и изменением классификаций и критериев признания лица инвалидом, вследствие чего увеличилось число лиц, которые имели право на приобретение статуса инвалида (в Республике Мордовия более чем в два раза за этот период, а детская инвалидность в отдельные промежутки периода — более чем в 5 раз). Произошел переход от социалистической системы распределения социальных благ к периоду формирования новой системы социального обеспечения в условиях рыночной экономики, что увеличило количество и сложность проблем инвалидов во всех сферах жизнедеятельности.

Также примерно в этот период части исследователей и представителей общественных организаций инвалидов стали доступны материалы зарубежных исследований, к тому же появилась возможность посетить зарубежные страны и увидеть на практике систему работы с лицами, имеющими инвалидность и отношение к ним остальной части общества. Все это не могло не породить множество идей и концепций по поводу сравнения опыта зарубежных стран и России, а также исследовать возможность реализации этих идей в условиях изменяющейся российской действительности.

Реабилитация инвалидов стала ведущей стратегией оказания непрерывной помощи лицам с инвалидностью, основным этапом на пути возвращения их в социум (интеграции).

Социологические опросы лиц с инвалидностью, также начиная с 1990-х годов получили довольно широкое распространение, в связи с тем, что только

мнение самих инвалидов дает возможность «погрузить» социолога в нужный контекст, особенно в случае применения качественных социологических методов.

**Степень разработанности проблемы.** Реабилитация инвалидов в настоящее время изучена с различных сторон.

За последние 15 лет в области исследований медико-социального аспекта реабилитации инвалидов была проведена огромная научно-практическая работа. Ученые, преимущественно медики, занимающиеся проблемой медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, преимущественно продолжают исследования реабилитации в категориях медико-социальной диагностики, ранее составлявшие предмет отраслевого научного исследования явления и процесса утраты трудоспособности и инвалидности. К числу специалистов этого направления относятся О. С. Андреева, А. А. Дыскин, Д. И. Лаврова, А. И. Осадчих [33] и многие другие.

Изучая социально-психологическую интеграцию инвалидов, Т. А. Добровольская, Н. Б. Шабалина основной упор делают на развитие реабилитационных служб, которые помогают адаптации людей, имеющих инвалидность [5]. В другом исследовании [7], посвященном проблемам семьи с инвалидами, они выявляют различные аспекты проблем у отдельных типов семей с нетрудоспособными (инвалидами) и предлагают примерные направления государственной помощи. Результаты еще одного исследования этих авторов [6] свидетельствуют о том, что инвалиды являются дискриминируемым и сегрегированным меньшинством, и о необходимости гармонизации отношений между обществом и инвалидами.

Е. Н. Ким считает необходимым совершенствование государственной политики по отношению к инвалидам, где важное место должно занимать формирование новых подходов к понятию инвалидности — концепции независимой жизни инвалидов [12].

А. И. Осадчих рассматривает современные подходы к проблемам инвалидов и инвалидности, учитывая при этом историческое развитие отношения к ин-



валидам, а также смену модели инвалидности с медицинской на социальную, произошедшую с начала 1990-х гг. Также он выделяет основные аспекты проблемы инвалидности и предлагает комплексное решение проблемы инвалидности, делая акцент на создании системы комплексной многопрофильной реабилитации [33].

Особенности использования трудовых ресурсов инвалидов, различные аспекты реабилитации, социальные барьеры при трудоустройстве в современном обществе, сущность и содержание инклюзивного образования и трудоустройства рассматривали Е. Ш. Гонтмахер, А. В. Клепиков, А. Н. Рысев [50], Т. В. Зозуля, Е. Г. Свистунова, В. В. Чешихина, [7], Э. Мартц [22], Мухлаева А.И. [28], Э. К. Наберушкина [29; 30; 31], П. В. Романов и Е. Р. Ярская-Смирнова [41; 42; 43; 58; 60], Е. И. Холостова [52], и др.

Региональные аспекты исследования вопросов инвалидности раскрываются в работах Т. А. Аникеевой, Ю. А. Мавликаевой, Л. Ф. Можяевой [21], Г. П. Кулешовой [18], А. Р. Мухаметзяновой [36] и др.

Несмотря на достаточное количество научных работ по проблемам инвалидности и реабилитации инвалидов, рассмотрение реабилитации инвалидов как трансформирующегося институционального социального явления, способствующего повышению интеграционного потенциала инвалидов и требующего изучения социологическими методами, представляют собой малоизученные или даже неизученные аспекты становления института реабилитации инвалидов. Лишь некоторые авторы, такие как В.С. Ткаченко [49], В. Шмидт [54], Е. Р. Ярская-Смирнова [59; 60; 61; 62], изучая отдельные вопросы инвалидного аспекта социальных проблем, в своих исследованиях уделяют внимание методологическим особенностям трансформации института реабилитации инвалидов и формирования их интеграционного потенциала. Изучению некоторых сторон данной проблемы методами и в категориях социологической науки и посвящено настоящее исследование.

**Объектом исследования** является институт реабилитации инвалидов.

**Предметом исследования** выступает трансформация института реабилитации инвалидов как процесса, содержащего в себе этапы институционализации и деинституционализации системы реабилитации инвалидов, влияющего на интеграционный потенциал инвалидов.

**Цель исследования:** описать влияние процесса трансформации института реабилитации на интеграционный потенциал лиц с инвалидностью.

**Задачи исследования:**

- раскрыть институциональный подход к анализу процессов реабилитации инвалидов;
- охарактеризовать содержание понятий «трансформация института реабилитации инвалидов», «интеграционный потенциал лиц с инвалидностью»;
- изучить основные факторы трансформации института реабилитации инвалидов в современном российском обществе;
- обосновать значение доступности среды жизнедеятельности для инвалидов как ведущего фактора трансформации института реабилитации инвалидов, повышающего его социальную эффективность, на основе анализа результатов социологического наблюдения доступности и комфортности предоставления услуг в государственных стационарных организациях социального обслуживания населения Республики Мордовия;
- выявить содержание процесса трансформации института реабилитации инвалидов в оценках инвалидов на основе результатов социологического исследования «Готовность инвалидов к интеграции в общество»;
- охарактеризовать основные группы инвалидов в зависимости от стажа инвалидности и социальных установок в процессе реабилитации исходя из результатов социологического исследования «Готовность инвалидов к интеграции в общество»;
- изложить основные результаты социологического наблюдения доступности и комфортности предоставления услуг в государственных стационарных организациях социального обслуживания населения Республики Мордовия.

**Гипотеза диссертационного исследования.** В процессе трансформации института реабилитации инвалидов в Республике Мордовия наблюдаются диаметрально противоположные тенденции, проявляющиеся в процессах институционализации и деинституционализации системы реабилитации инвалидов, непосредственным образом влияющие на степень интегрированности инвалидов в общество и способствующие повышению значения доступности среды жизнедеятельности для инвалидов как ведущего фактора, формирующего интеграционный потенциал инвалидов в регионе.

**Теоретико-методологическую базу диссертационного исследования** при анализе проблем, связанных с процессом трансформации института реабилитации инвалидов и её влияния на интеграционный потенциал лиц с инвалидностью в регионе составили: *институциональный* (Э. Дюркгейм, Г. Спенсер) и *структурно-функциональный* (Т. Парсонс) *социологические подходы* наряду с *антропоцентристским подходом* Ф. Гиддингса, Ж. Пиаже, Г. Тарда, Э. Эриксона, Ю. Хабермаса, Л. С. Выготского, И. С. Кона, Г. М. Андреевой, А. В. Мудрика и др.

**Эмпирическую базу диссертационного исследования** составили:

– со-  
циологическом исследовании инвалидов трудоспособного возраста «Готовность инвалидов к интеграции в общество», проведенном методом очного индивидуального формализованного интервью. Было опрошено 390 лиц трудоспособного возраста с инвалидностью в районах, городах и поселках городского типа Республики Мордовия. Статистическая погрешность результатов составляет не более  $\pm 5 \%$ ;

- социологическом исследовании методом невключённого наблюдения «Оценка комфортности и доступности, в том числе информационной, процедуры предоставления социальных услуг государственными стационарными организациями социального обслуживания населения Республики Мордовия (дома-интернаты общего типа, детские дома-интернаты и психоневрологические интернаты, социально-реабилитационные центры, социальный приют), проведен-

ном в 27 государственных стационарных организациях социального обслуживания населения Республики Мордовия на базе Государственного казенного учреждения Республики Мордовия «Научный центр социально-экономического мониторинга» (ГКУ РМ «НЦСЭМ»)

**Научная новизна диссертационного исследования.** Процесс реабилитации инвалидов впервые рассматривается в аспекте процессов трансформации института реабилитации: институализации и деинституализации. Введен в научный оборот и обоснован новый термин «интеграционный потенциал инвалида». В ходе анализа результатов исследования нами была получена авторская классификация групп инвалидов в зависимости от стажа инвалидности («новички», «адаптанты», «реабилитанты»).

**Научно-практическая значимость диссертационного исследования.** Результаты исследования могут быть использованы при разработке стратегий модернизации российского общества и мер социальной политики, в практике работы учреждений системы социальной защиты населения, реабилитационных учреждений, служб психологической помощи, а также при чтении лекций студентам в курсах, соответствующим данной теме.

**Апробация результатов диссертационного исследования.** Автором магистерской диссертации опубликованы научные статьи по теме исследования:

1. Мухаметзянова А. Р. Использование метода социологического наблюдения в изучении доступности получения услуг в стационарных учреждениях социальной защиты населения Республики Мордовия // Проблемы повышения качества жизни населения в регионах Российской Федерации : IV Сухаревские чтения: материалы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием, Саранск, 29 января 2015 г. / редкол.: С. М. Вдовин и др.; Науч. центр соц.-экон. мониторинга. – Саранск, 2015. – С. 130-138.

2. Мухаметзянова А. Р. Оценка комфортности и доступности процедуры получения услуг в государственных бюджетных стационарных социального обслуживания населения Республики Мордовия общего типа (дома-интернаты для престарелых и инвалидов, дома-интернаты милосердия и пансионаты ве-

теранов войны и труда, центр для инвалидов войны и труда) и государственном казенном учреждении социального обслуживания системы социальной защиты населения «Дом ночного пребывания» // Комплексная оценка работы учреждений системы социальной защиты населения Республики Мордовия: сборник научных трудов / [под ред. В.В. Конакова и др.] ; Науч.центр соц.-экон. Мониторинга. - Саранск, 2015. - С. 69-82.

3. Мухаметзянова А. Р. Оценка комфортности и доступности процедуры получения услуг в государственных бюджетных стационарных социального обслуживания населения Республики Мордовия психоневрологического типа (психоневрологические интернаты, детские дома-интернаты) и государственных казенных специализированных учреждениях для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации (социально-реабилитационные центры, социальные приют для детей) // Комплексная оценка работы учреждений системы социальной защиты населения Республики Мордовия: сборник научных трудов / [под ред. В.В. Конакова и др.] ; Науч.центр соц.-экон. Мониторинга. - Саранск, 2015. - С. 83-103.

4. Мухаметзянова А. Р. Динамика состава и численности общественных организаций инвалидов в Республике Мордовия // Региональная дифференциация и консолидация социального пространства России: реалии и новые: V Сухаревские чтения: материалы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием, Саранск, 15-16 октября 2015 г. - С. 326-331.

5. Мухаметзянова А. Р. Процессы институционализации и деинституционализации системы реабилитации инвалидов в регионе (на примере Республики Мордовия) // Трансформация социальных отношений в региональном социуме: VI Сухаревские чтения: материалы Всерос. науч.-практ. конф., г. Саранск, 12 октября 2016 г. - С. 142-144.

**Структура работы.** Данная работа состоит из введения, 2 глав (состоящих из двух параграфов каждая), заключения, списка использованных источников, 5 приложений.



# **1 Трансформация института реабилитации инвалидов. Основные теоретические подходы к реабилитации инвалидов.**

## **1.1 Реабилитация инвалидов: основные теоретико-методологические подходы. Институциональный подход к анализу процессов реабилитации инвалидов**

В последние десятилетия реабилитация инвалидов, являясь важнейшим направлением деятельности системы социальной защиты населения и здравоохранения, привлекала все большее внимание широких слоев общественности, специалистов и ученых различных профессий как в нашей стране, так и за рубежом.

Впервые понятие "реабилитация" было введено в 1903 г. Францем фон Бусом в книге "Система общего попечительства над бедными". В 1918 г. термин "реабилитация" был использован по отношению к лицам с физическими уродствами при основании в Нью-Йорке института Красного Креста для инвалидов [15, 11].

Началом международной политики в сфере реабилитации инвалидов следует считать основание в 1922 г. организации "Международная реабилитация". В 1933 г. в Нью-Йорке под руководством Дж. Смита был создан институт калек и инвалидов - первый в мире центр всесторонней реабилитации. В 1930 г. в Москве открыт научно-исследовательский институт экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов (ЦИЭТИН). Первоначально основное внимание уделялось экспертизе остаточной трудоспособности инвалидов и оценке профессиональной пригодности для выполнения той или иной работы. Однако уже в 30-х гг. велись также исследования по компенсации нарушенных психических функций, разрабатывались методы и приемы профессионального обучения некоторых категорий инвалидов [39, 216].

Однако, особенно бурное развитие реабилитационное направление получило после Второй мировой войны в виде создания соответствующих

государственных служб и общественных институтов. В резолюции "Социальная реабилитация инвалидов", принятой Социально-экономическим советом ООН в 1950 г., впервые были подняты вопросы о международном планировании и разработке координационных программ реабилитации физически неполноценных. В 1965 г. отражая тенденции в развитии службы реабилитации, Социально-экономический совет ООН одобрил новую резолюцию по вопросам реабилитации инвалидов вообще, а не только о лиц с физическими недостатками или уродствами. Во многих странах мира началась активная научная разработка различных аспектов реабилитации в специальных научно-исследовательских учреждениях, на профилированных кафедрах медицинских институтов, в подразделениях научно-исследовательских институтов здравоохранения и социального обеспечения, а также в реабилитационных центрах [15, 12].

На практике понятие «реабилитация» в нашей стране было внедрено в медицинскую практику и трудовую экспертизу лишь в 1960-1970-х гг. Над методологией этого научно-практического направления плодотворно работал психиатр М.М. Кабанов. Он указывал, что реабилитация - это не просто профилактика, лечение и трудоустройство, а принципиально новый подход к больному, повторная социализация, восстановление личного и социального статуса инвалида [39, 217].

Сегодня актуальность реабилитации инвалидов уже не вызывает ни у кого сомнения. Стали общепризнанными основные принципы реабилитационного процесса. Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. № 181 - ФЗ "О социальной защите инвалидов в РФ" так определяет реабилитацию инвалидов: "Реабилитация инвалидов - система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма" [34].

Этим же законом также оговариваются цель и виды реабилитации инвалидов.

Целью реабилитации являются восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация. Реабилитация инвалидов включает в себя:

1) медицинскую реабилитацию, которая состоит из восстановительной терапии, реконструктивной хирургии, протезирования и ортезирования;

2) профессиональную реабилитацию инвалидов, которая состоит из профессиональной ориентации, профессионального образования, профессионально-производственной адаптации и трудоустройства;

3) социальную реабилитацию инвалидов, которая состоит из социально-средовой ориентации и социально-бытовой адаптации" [34].

В правиле 3 "Стандартных правил обеспечения равных возможностей для инвалидов", принятых Генеральной Ассамблеей ООН 20 декабря 1993 года, записано, что реабилитация является основополагающей концепцией политики в отношении инвалидов. А также в пункте 23 Введения записано, что она означает "процесс, имеющий целью помочь инвалидам достигнуть оптимального физического, интеллектуального, психического и/или социального уровня деятельности и поддерживать его, предоставив тем самым средства для изменения их жизни и расширения рамок независимости" [47].

Также реабилитация инвалидов - системная деятельность медицинского, психологического, профессионального и социального и т.п. порядка государственных служб, общественных организаций, трудовых коллективов, семьи, отдельных граждан и самих инвалидов, направленная на восстановление их здоровья, трудоспособности и социального статуса, на максимально раннее и полноценное возвращение или включение в обычные жизненные условия [15, 11].

Наличие множества определений реабилитации свидетельствует о том, что процесс осмысления данного термина продолжается с учетом изменений в социальной среде и достижений науки.

Принято выделять четыре тесно взаимосвязанных аспекта реабилитации: медицинский, профессиональный, психологический и социальный [38, 47-48].

Медицинская реабилитация - комплекс лечебных мероприятий, направленных на восстановление и развитие физиологических функций больного человека, на выявление и активизацию компенсаторных возможностей его организма с целью обеспечения в дальнейшем условий для возвращения пациента к активной самостоятельной жизни. Она включает все виды восстановительного лечения в стационарных, амбулаторных, санаторно-курортных условиях, диспансерное наблюдение, профилактические меры, а также реконструктивную хирургию, протезирование и ортезирование.

Профессиональная реабилитация - многопрофильный комплекс мер, направленных на восстановление трудоспособности больного или инвалида в доступных ему по состоянию здоровья условиях труда, с целью достижения им материальной независимости, самообеспечения и интеграции в общество. Включает экспертизу потенциальных профессиональных способностей, профориентацию, профподготовку, профессионально-производственную адаптацию, рациональное трудовое устройство.

Социальная реабилитация - комплекс мер, направленных на создание и обеспечение условий для социальной интеграции инвалидов, восстановления их социального статуса и способностей к самостоятельной общественной и семейно-бытовой деятельности путем социально-средовой ориентации и социально-бытовой адаптации, различных видов патронажа и социального обслуживания.

Психологические мероприятия реабилитации представляют собой целенаправленную систему мер, которая способствует восстановлению (формированию, развитию) различных видов психической деятельности,

психических функций, качеств и образований, позволяющих индивиду успешно адаптироваться в среде и обществе, принимать и выполнять соответствующие социальные роли, достигать высокого уровня самореализации. Психологические мероприятия реабилитации включают психологическую диагностику, психологическое консультирование, психотерапию, психокоррекцию, психологический тренинг, профессиональную ориентацию [38, 43].

Педагогический аспект реабилитации включает восстановление, коррекцию и компенсацию утраченных и нарушенных функций в процессе образования (как общего, так и специального) методами обучения, воспитания, развития, восстановление нарушенных связей в разных областях развития. В широком смысле слова основные цели образования и реабилитации совпадают и направлены на наиболее полную интеграцию личности в общество.

В настоящее время, в Федеральном законе от 24 ноября 1995 г. № 181 - ФЗ "О социальной защите инвалидов в РФ" реабилитационную направленность, кроме главы III "Реабилитация инвалидов", содержат статьи по обеспечению жизнедеятельности инвалидов, их воспитанию, обучению и образованию, трудовой занятости и т.д. [34].

Таким образом, можно считать, что реабилитационное направление стало стержнем государственной социальной политики по отношению к инвалидам.

Вместе с тем реабилитация инвалидов, являясь одним из наиболее приоритетных и устоявшихся направлений государственной политики в отношении инвалидов, имеет недоработки в общих вопросах организации и управления. Попыткой восполнить этот пробел является данная работа.

Существующая система реабилитации Республики Мордовия в целом недостаточно эффективна. Строго говоря, системы социальной реабилитации и интеграции инвалидов на федеральном и региональном уровне не существует. Можно говорить о деятельности различных учреждений с разной степенью результативности, межведомственных мероприятиях, носящих краткосрочный



характер, ведомственных локальных проектах, направленных на компенсацию отдельных социальных ограничений жизнедеятельности инвалидов.

Мы будем придерживаться следующего определения реабилитации: система, включающая в себя все меры, направленные на уменьшение воздействия инвалидизирующих факторов и условий, приводящих к физическим и другим дефектам, а также на обеспечение возможности инвалидов достичь социальной интеграции [33, 32].

А также пониманием реабилитацию как сложную систему элементов, объединенных общими законами функционирования, которые, взаимодействуя между собой на различных этапах, формируют различные варианты ее развития. Формирование разнообразных форм реабилитационного процесса будет определяться двумя основными факторами: потребностями реабилитируемых и возможностями системы реабилитации, имеющейся на данной территории. В этом смысле реабилитация стала приобретать значение как всеобъемлющая система мероприятий восстановительного характера, формирующая уровень общественного здоровья.

Понятия «социальный институт» и «институционализация» в полной мере могут быть применимы к процессу установления системы реабилитации инвалидов в регионах Российской Федерации, в том числе и в социальном пространстве Республики Мордовия. Если исходить из общепринятого определения, согласно которому «социальный институт - это относительно устойчивые типы и формы социальной практики, посредством которых организуется общественная жизнь, обеспечивается устойчивость социальных связей и отношений в рамках социальной организации общества» [56, 227], то очевидно, что реабилитация инвалидов по своим критериям и признакам в полной мере соответствует категориальному статусу социального института .

Понятие институционализации подразумевает установление или укоренение определенной процедуры социальных действий и взаимодействий, обеспечивающих самовозобновляющийся, прочный, четко налаженный характер процесса удовлетворения важнейших потребностей людей [32, 334].

Важнейшими предпосылками этого процесса являются: 1) возникновение определенных общественных потребностей в новых типах социальной деятельности и соответствующих им социально-экономических и политических условий; 2) развитие необходимых организационных структур и связанных с ними социальных норм и регулятивов поведения; интернационализация индивидами новых социальных норм и ценностей, формирование на их основе системы потребностей личности, ценностных ориентаций и ожиданий» [56, 230].

Приведенное выше определение также позволяет заключить, что рассмотрение институционализации системы реабилитации инвалидов в регионе как социального процесса, имеющего обратный ход (процесс деинституционализации), является задачей научного исследования. Специфику процессов институционализация - деинституционализация системы реабилитации инвалидов правомерно рассматривать в системе более широких (основных) социальных институтов общества.

Если принимать во внимание традиционный “секторальный” подход к классификации социальных институтов, предполагающий дифференциацию институтов в соответствии с определенными сферами общественной жизни, то применительно к системе реабилитации инвалидов необходимо рассматривать процессы становления новых социальных институтов и их деинституционализации в социально-культурной сфере, в которую включаются институты, ответственные за воспроизводство и развитие человека и его духовной культуры (семья, здравоохранение, социальная защита, образование, религия, наука и т.п.).

Институализация имеет две группы последствий. Первая – очевидные последствия. К ним относятся: 1) формирование института на месте экспериментальных попыток передачи знаний приводит к существенному повышению уровня овладения знаниями, обогащению интеллекта, способностей личности, ее самореализации и т.д. В результате происходит обогащение всей общественной жизни и ускорение общественного развития в целом; 2) чем шире область институализированного, тем больше предсказуемости, устойчивости, упорядо-

ченности в жизни обществ и личности, повышается организованность социальной жизни [56, 233].

Традиционно степень развитости общества определяется степенью развитости социальных институтов. Но все это отнюдь не означает, что необходима всеобщая институализация всей нашей жизни. Наоборот, по мере развития общества происходит институализация важнейших сфер, направлений взаимодействий при одновременном расширении зоны личной свободы в личных (неколлективных) делах.

Вторая группа последствий – более глубокие последствия. Речь идет об обезличенности требований к тому, кто выполняет определенную функцию. Эти требования облекаются в форму четко фиксированных норм, благодаря которым обезличенность требований приобретает значительную жесткость – эффект неодолимости.

Процесс институализации тесно связан с формированием институциональной культуры как совокупности знаний, ценностей, норм и образцов деятельности и общественного поведения социальных институтов, функционирующих в условиях данной культуры. Ее показателями выступают эффективность деятельности института, его легитимность, обуславливающая уровень доверия к институту со стороны множества людей, а также смыслообразующие ценности (для современных условий это справедливость, гуманность, демократизм), регулирующие решение институтом проблемы соответствия целей его деятельности, и средства, применяемые для их достижения.

Традиционным направлением исследования природы социальной интеграции, и социального порядка является изучение социальных институтов в их становлении, функционировании, взаимосвязи и изменении. Для анализа процесса реабилитации инвалидов выберем такое определение, когда под социальным институтом мы понимаем «упорядоченные и относительно устойчивые социальные образования, которые включают социальные организации, поддерживающие официально или конвенционально принятые правила, регулирующие социальное поведение в определенной сфере общественной жизни на основе

вынужденного или добровольного согласия большинства членов общества с наличием данных социальных организаций и правил» [32, 335].

Исходя из такого понимания социального института, *институционализацию* следует определять как процесс становления новых социальных институтов в трех аспектах:

1) процесс становления и принятия обществом новых социальных правил (законов, нормативных структур, традиций и ритуалов);

2) создание организационных структур, ответственных за артикуляцию и порядок соблюдения данных правил и составляющих социальную инфраструктуру институционализированного поведения;

3) формирование отношения массовых субъектов к социальным правилам и организационным структурам, отражающего согласие людей с данным институциональным порядком.

Соответственно *деинституционализация* является процессом разрушения институциональных образований, изменением социальных правил и явно выраженным (или скрытым, латентным) неприятием институциональных требований к социальному поведению.

Процессу деинституционализации предшествует состояние называемое институциональной ловушкой - неэффективность сложившихся институтов, устойчивых правил, т.е. повторяющееся следование поведенческим установкам, приводящим к неблагоприятным экономическим последствиям; другими словами, устойчивый неэффективный институт [32, 336].

*Институциональной ловушкой* в функционировании системы реабилитации инвалидов является отсутствие комплексности различных видов реабилитации и нарушения непрерывности и хроникализации этапов реабилитации как отдельных индивидуумов, так и групп инвалидов, объединенных по определенному признаку.

В отличие от радикальной деинституционализации, вызывающей социальные потрясения и катастрофы, постепенные изменения социальных институтов являются необходимым условием развития общества в соответствии с вну-

тренними и внешними факторами, определяющими потребность в социальных изменениях. Хотя умеренная деинституционализация неизбежно связана с возникновением аномических тенденций и проблем социальной интеграции, эти явления, как правило, преодолеваются без социальных катаклизмов, благодаря постепенному вытеснению старых институтов новообразующимися.

Применительно к анализу института реабилитации его деинституционализация происходит плавно, хоть и не равномерно, местами неустойчиво, поэтому можно сказать, что в данной случае наблюдается умеренная деинституционализация системы реабилитации инвалидов.

В последние десятилетия в развитых странах мира происходит процесс обратный институционализации системы реабилитации инвалидов – деинституционализация системы реабилитации инвалидов, т.е. перенос практически всех мероприятий по реабилитации инвалидов «в общество», при этом должно сокращаться число «закрытых» стационарных учреждений для инвалидов и переориентация их на полустационарное и амбулаторное обслуживание.

Для этого необходимо не только устранение физических барьеров (повышение доступности среды жизнедеятельности) для инвалидов и создание условий, компенсирующих ограничения жизнедеятельности инвалидов, но и концептуально новый подход к оказанию помощи лицам с инвалидностью. Конкретно процесс деинституционализации системы реабилитации инвалидов выражается в оказании услуг по реабилитации инвалидов посредством системы «открытых» социальных институтов, т.е. с активным привлечением сообщества, общины, в современном виде, опираясь на развивающиеся институты гражданского общества. В этом случае необходимо создание совершенно иной социальной инфраструктуры реабилитационной помощи, включающей службы социальной поддержки менее крупные, но более гибкие в оказании услуг, преимущественно амбулаторные учреждения системы социальной защиты, здравоохранения, образования и т. д.

В России этот процесс только начал формироваться с принятием ряда нормативно-правовых законных актов: Федерального закона от 24 ноября 1995 г.



№ 181 - ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», ратификацией «Конвенции о правах инвалидов» в 2012 г. но еще многое предстоит сделать. Изменения должны касаться не только материально-технической базы, но и менталитета граждан нашего общества, для этого, возможно, потребуется вырастить еще не одно поколение людей, осознающих, что инвалиды должны жить в обществе, а значит и все, что с ними связано должно происходить в «открытых» учреждениях. В связи с тем, что этот процесс в России только начался представляется интересным изучить как он будет развиваться в регионах, в частности, в Республике Мордовия.

Асинхронность и неравномерность процессов институционализации и деинституционализации системы реабилитации инвалидов позволяют сказать, что в данном случае логично будет обобщить их под одним общим понятием трансформации института реабилитации инвалидов, основные факторы которого мы рассмотрим в следующем параграфе.

## **1.2 Основные факторы трансформации института реабилитации инвалидов в современном российском обществе.**

Трансформация института реабилитации инвалидов идет в двух направлениях: институционализации и обратного процесса — деинституционализации. Для того, что разобраться в этих процессах выделим вначале признаки формирования такого социального института как реабилитация инвалидов.

Развитие общества в сторону технического прогресса влечет за собой интеллектуализацию физического и автоматизацию умственного труда, повышение требований к исполнителю, применение новых видов сырья и современных технологий, которые в свою очередь имеют последствиями гиподинамию, увеличение эмоционального напряжения и повышение генетического риска. В результате даже здоровые люди могут в процессе жизнедеятельности, особенно связанной с трудовой занятостью, могут в определенной степени утрачивать свои биосоциальные функции и иметь потребность в их восстановлении.

Инструментом такого восстановления является реабилитация, понимаемая как система медицинских, психологических, профессиональных, социальных мероприятий, направленных на восстановление здоровья, нарушенных функций, оптимальное приспособление индивида к жизни и труду.

Исходя из этого определения, делающего акцент на расстройстве функций, можно выявить значительный контингент лиц, нуждающихся в реабилитационных мероприятиях (временно нетрудоспособные под воздействием бытовых, производственных, экологических и др. факторов, инвалиды и т.д.). Таким образом, в настоящее время потребность в реабилитации растет, и она становится основным фактором формирования общественного здоровья как населения в целом, так и отдельных наиболее социально уязвимых контингентов (инвалиды, пожилые, жертвы природных и антропогенных катастроф, международных конфликтов, наемные работники и др.).

Исходя из вышеописанной актуальности реабилитации для отдельных слоев населения, и особенно для инвалидов, и наличия определенных этапов ее исторического развития в нашей стране, можно предположить наличие признаков институционализации этой социальной системы. Будем придерживаться такого определения: процесс институционализации предполагает установление определенной процедуры социальных действий и взаимодействий, обеспечивающих самовозобновляющийся, прочный, четко налаженный характер процесса удовлетворения важнейших потребностей людей. Для социальных институтов характерны следующие признаки: 1) четкое распределение функций, прав и обязанностей участников институционального взаимодействия; 2) разделение труда и профессионализация выполнения функций; 3) особый тип регламентации; 4) более четкий, жесткий и обязывающий характер механизмов регуляции (формирование норм, наличие социального контроля); 5) наличие учреждений, в рамках которых организуется деятельность института, осуществляется управление, контроль за его деятельностью [32, 336].

Рассмотрим институт реабилитации инвалидов на наличие этих признаков. По первому признаку - четкое распределение функций, прав и

обязанностей участников регламентируется законодательством как на федеральном, так и на уровне субъектов РФ, а также ведомственными приказами и распоряжениями соответствующих министерств, ведомств и их подразделений в регионах. Например, действующие в настоящее время законодательные акты: Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24 ноября 1995 г. № 181—ФЗ (глава III), Федеральный закон «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» от 28 декабря 2013 года N 442-ФЗ непосредственно касаются вопросов реабилитации инвалидов, а также некоторые другие законодательные акты, содержащие вопросы реабилитации инвалидов в качестве второстепенных и смежных.

Второй признак сформированности социального института - разделение труда и профессионализация выполнения функций связан с организацией эффективной системы подготовки специалистов в области социальной защиты населения в целом и специалистов по реабилитации, в частности. Многогранность процесса реабилитации требует подготовки квалифицированных специалистов различных отраслей знаний, и в первую очередь, имеющих высшее и среднее специальное юридическое, медицинское, педагогическое, психологическое, социальное, экономическое и техническое образование. Указанные специалисты готовятся как в учебных заведениях системы Министерства здравоохранения и социального развития РФ (Российский государственный социальный институт – РГСИ, а также колледжи и техникумы социальные работники, юристы, счетно-бухгалтерские работники, протезисты-технологи и др.), так и в высших и средних специальных учебных заведениях других министерств и ведомств (юридические, медицинские, экономические и другие учебные заведения), выпускающие специалистов соответствующего профиля, которые работая в органах и учреждениях системы социальной защиты населения, принимают активное участие в реабилитации и интеграции инвалидов в семью и общество.

Третий признак - особый тип регламентации связан с реализацией программ реабилитации в учреждениях разной ведомственной принадлежности и

соподчиненности, что и требует регламентации и взаимодействия на всех уровнях.

О четвертом признаке - более четком, жестком и обязывающем характере механизмов регуляции (формирование норм, наличие социального контроля) свидетельствует разработка пока в стадии проекта стандарта специалиста по реабилитационной работе в социальной сфере, а также наличие механизма контроля за реализацией индивидуальных программ реабилитации инвалидов, выдаваемых им при освидетельствовании или установлении группы инвалидности региональными отделениями Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации.

О пятом признаке свидетельствует наличие учреждений в рамках региональной системы реабилитации и интеграции инвалидов представлена территориальными органами федерального уровня, региональными органами управления в сфере социальной защиты, учреждениями социальной защиты, региональными органами управления в сфере образования и соответствующими образовательными учреждениями, территориальными структурами российских общественных организаций инвалидов, региональными общественными организациями.

Поскольку процесс деинституализации системы реабилитации, связан с переносом практических всех мероприятий по реабилитации в общество, причем должно сокращаться число «закрытых» стационарных учреждений для инвалидов или переориентация их на полустационарное и амбулаторное обслуживание, а процессы институализации системы реабилитации происходят в прежних условиях необходимо дифференцировать *факторы институционализации и деинституционализации системы реабилитации инвалидов.*

*Факторы институционализации:* 1) установление государством определенных правил и норм при предоставлении реабилитационных услуг инвалидам; 2) наличие отлаженной системы закрытых стационарных учреждений

«институций», в которых проживают, обучаются и работают инвалиды; 3) отсутствие системы учреждений нового типа, специалистов и сформированной доступной среды жизнедеятельности инвалида, когда реабилитационные услуги оказываются преимущественно в обычных условиях, позволяют функционировать прежней системе; 4) система государственных учреждений здравоохранения предоставляет достаточно большой спектр бесплатных медицинских услуг, обладает грамотными специалистами; 5) сохранение системы учреждений специального образования для инвалидов, т.к. для обучения в обычных образовательных учреждениях еще не созданы условия и недостаточно специалистов для работы с детьми с различными видами нарушений; 6) система государственных образовательных учреждений предоставляет стандартный перечень образовательных услуг; 7) сохранение сегрегированной среды в организациях и на предприятиях, где работают преимущественно инвалиды; 8) политика исключения инвалидов из общества, по крайней мере, из институтов, «обнаруживающих» инвалидов в обществе, остается действенным механизмом формального решения социальных проблем.

*Факторы деинституционализации:* 1) неэффективность существующей системы закрытых стационарных учреждений в современных условиях, т.к. их содержание дорогостоящее, а условия проживания инвалидов нарушают отдельные конституционные права, привело к тому, что число этих учреждений и мест в них стало сокращаться; 2) внедрение положений Концепции независимого образа жизни инвалида, состоящей в том, что условия жизнедеятельности инвалида должны придавать как можно больше самостоятельности; 3) влияние процесса развития гражданского общества в России, когда повышается участие всех граждан в общественной жизни и взаимодействии в сообществе; 4) тенденция предоставления медицинской помощи не только инвалидам, но и всем гражданам, преимущественно в амбулаторных условиях и соответственно развитие амбулаторных и полустационарных учреждений, среди которых есть и те, что предоставляют специализированные медицинские услуги для инвалидов; 5) развитие дистанционного образования, в том числе специальных программ для

инвалидов; 6) повышение возможностей получения образования в системе негосударственных образовательных учреждений, где практикуется индивидуальный подход к нуждам инвалидов; 7) разработка и внедрение программ трудоустройства инвалидов в организации и предприятия, где они на равных могут работать со здоровыми; 8) общество постепенно «привыкает» к присутствию инвалидов, среди респондентов, которые раньше не знали и не задумывались о проблемах инвалидов, появилось понимание. Появились общественные механизмы организующие взаимодействие инвалидов и здоровых на уровне общественных организаций.

Нами была разработана схема соотношения процессов институционализации и деинституционализации системы реабилитации инвалидов и временно нетрудоспособных (рисунок 1).



Рисунок 1 — Соотношение процессов институционализации и деинституционализации системы реабилитации инвалидов и временно нетрудоспособных.

Суть изображения процессов институционализации и деинституционализации системы реабилитации на данной схеме состоит в том,



что инвалиды проходят процесс реабилитации преимущественно в институционализированной среде, а временно нетрудоспособные — преимущественно в деинституализированной среде.

Институциональный характер самого процесса и системы реабилитации инвалидов проявляется и в том, что различные ведомства по-своему диктуют проведение процедур установления, подтверждения, сокращения симптомов и полного преодоления инвалидности. Так, особенно тяжело инвалидам проходить медико-социальную экспертизу (освидетельствование) или попросту установление группы инвалидности, т.к. «препоны», чинимые им в ходе этого, больше связаны с институциональными причинами, чем с самим характером болезни, т.е. зависят от порядков установленных внутри института, или более мелко - ведомства, и могут не согласовываться, ни с инфраструктурой системы реабилитации, ни с общественным мнением, ни с тем какие имеются у самого человека ресурсы для самовосстановления (реабилитационного потенциала). Все это порождает ряд трудностей как методологического, так и чисто практического плана. Что мы сейчас и рассмотрим. Так, например, медицинская помощь инвалидам оказывается в лечебно-профилактических учреждениях, а устанавливается группа инвалидности и разрабатывается индивидуальная программа реабилитации в системе социальной защиты. Таким образом, мнение экспертов системы здравоохранения может учитываться, но окончательное решение за врачами-экспертами бюро МСЭ, дальше обжаловать решение можно только в суде.

Вследствие этого в настоящее время на региональном уровне система здравоохранения играет роль «падчерицы», от которой требуется дать анализ нарушений в состоянии здоровья человека, причем краткий, а затем принять пациента назад с уже установленной или не установленной группой, и врачи консультативно-экспертной комиссии лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) по месту жительства человека, претендующего на установление группы инвалидности, не всегда участвуют в заседании бюро МСЭ, тем более не играют там ведущей роли, скорее это информативная роль, несмотря на

существование возможности проводить совместные заседания бюро МСЭ и состава КЭК ЛПУ в равном составе, непосредственно оказывающих медицинскую помощь гражданам, которые вследствие разных причин утрачивают здоровье, но большая часть из них наблюдается, лечится и реабилитируется именно в ЛПУ системы здравоохранения. Так, в частности происходит в Республике Мордовия, т.к. Министерство здравоохранения Республики Мордовия и Министерство труда и социальной защиты населения Республики Мордовия представляют собой автономные ведомства.

Рано или поздно любой социальный институт начинает видоизменяться и/или изживать себя, происходит так называемая деинституализация деятельности в какой-либо сфере, происходит это вследствие того, что те или иные потребности перестают удовлетворяться или удовлетворяются не в полной мере. Так, в последнее десятилетие можно наблюдать, что потребность в сохранении и восстановлении здоровья, одна из важнейших базовых потребностей, реализуется в рамках не только одного института – здравоохранения, понятно, что она уже давно требует активной роли и других институтов в ее удовлетворении, но можно сказать, что она «выносятся в общество», т.е. деинституализируется. В средствах массовой информации, печатной продукции, интернет-источниках все больше появляется рубрик и целых тематических изданий, освящающих тему сохранения и возвращения здоровья, методик и технологий самоисцеления и поддержания здоровья. Разумеется, не все из них профессиональны и требуют критического отношения, но иногда они могут дать ответы на вопросы, разрешить которые официальная медицина пока не способна, либо методы излечения недоступны большинству граждан. Т.е. те потребности, которые не могут быть удовлетворены в рамках одного института, находят свое удовлетворение в рамках разных институтов, как бы отбирая это преимущественное право у одного социального института – здравоохранения или медицины. И если при этом одним из привлекаемых институтов становится новый социальный институт, то трудно говорить о полной деинституализации сферы реабилитации

инвалидов, скорее нужно говорить о реинституализации или реструктуризации системы институтов, присущих данной сфере. Смысл самого процесса деинституализации при этом меняется, т.к. смена одного социального института на другой может и позволяет полнее на данный момент удовлетворить определенные социальные потребности и наладить механизм удовлетворения этой потребности, но сделать его менее жестким, «закостенелым» при этом не удастся. Тем не менее, это является необходимым качеством в наиболее динамичных сферах, подверженным сильным влияниям изменений во внешней социальной среде.

В конечном итоге смысл трансформация института реабилитации инвалидов имеет свои последствия, которые наиболее значительно отражаются на *интеграционном потенциале инвалидов*, который можно определить как вероятность участия инвалидов в типовых или новых социальных отношениях в региональном социуме. Для этого им необходимы определенные ресурсы, которые можно оценить по следующим критериям:

- доступность для них среды жизнедеятельности и социальной инфраструктуры в региональном социуме;
- доступность информации, равноправие и самостоятельность инвалидов в ее использовании и производстве;
- доступность для инвалидов ресурсов социума для обеспечения жизнедеятельности;
- доступность для инвалидов участия в воспроизводстве социокультурной среды;
- доступность для инвалидов участия в самоуправлении социумом;
- доступность для инвалидов участия в общественной и трудовой деятельности социума.

Для того, чтобы критерии интеграционного потенциала инвалида можно было оценивать и использовать, целесообразно ввести и обсудить показатели, которые можно измерять интеграционный потенциал конкретного инвалида, в том числе и с применением методов социологического исследования.

Наиболее удобны для этого показатели, отражающие состояние доступности среды жизнедеятельности и социальной инфраструктуры. Так, показатели физической доступности могут быть рассчитаны на основании определения доли элементов инфраструктуры и их материальных объектов, приспособленных для использования их маломобильными группами населения, среди общего количества объектов, используемых всеми гражданами. Конечно, нужно иметь в виду, что здесь существует определенный простор для применения социологических подходов. Можно не просто фиксировать наличие в здании пандуса как символа физической доступности, а исследовать мнение инвалидов о доступности данного здания. Другим аспектом в обеспечении физической доступности с использованием дополнительных приемов и устройств является то, что в них нуждается только часть граждан, имеющих инвалидность вследствие нарушения опорно-двигательного аппарата и вследствие нарушений органов дыхания и функционирования сердечно-сосудистой системы, либо граждане с нарушениями, ограничивающими их обращение с информацией: незрячие, неслышащие, с ментальными и умственными расстройствами. Процент объектов инфраструктуры либо объектов производственного назначения, признанных доступными гражданами с нарушением физического состояния, вполне может характеризовать интеграционный потенциал инвалида по вопросам доступности физического пространства социума.

Несложно разработать показатели, отражающие возможности инвалидов в общественной деятельности социума. Для этого не всегда требуется привлекать социологические опросы: достаточно на основе государственной статистической отчетности определить фактический объем участия инвалидов, например, в трудовой деятельности либо участвующих в политической работе, а затем вычислить их долю от общего числа инвалидов. Примером показателя может быть процент трудоустроенных инвалидов, или процент специализированных рабочих мест.

Показатели, связанные с готовностью инвалидов участвовать в социальных отношениях, могут быть выражены в количестве инвалидов, высказавших такие пожелания или намерения, и вычислены с использованием методов социологического исследования. Необходимо отметить, что это очень динамичные и неустойчивые показатели, т.к. обусловлены в большой степени текущим социальным положением инвалидов, их социальным самочувствием и психологическим состоянием. Для их корректного вычисления необходимы специальные программы исследования.

Большую роль в формировании интеграционного потенциала играют нормы и ценности, поддерживаемые членами социума. Они создают мотивации, нацеливающие членов социума на активность в интеграционных процессах. При этом если ценности являются результатом естественного развития социума и принадлежат его внутренней среде (внутреннему миру), то нормы могут быть установлены внешними факторами, к примеру, путем введения законов и постановлений государства либо постановлений руководства корпораций или владельцев большей части ресурсов социума, которые распространяются на всех членов социума независимо от того, поддерживали ли они принятие этих законов или постановлений. Для определения распространенности ценностей как показателя интеграционной готовности социума пригодны только социологические методы. Это могут быть опросы с формулировкой прямых вопросов, например, об отношении гражданина к человеку с инвалидностью, а могут быть опросы, выводящие на требуемые отношения косвенно, например, через выявление отношения гражданина к смешанным (инвалид-неинвалид) бракам.

## **2 Динамика интеграционного потенциала инвалидов в региональном социуме (на примере РМ): результаты эмпирического исследования**

### **2.1. Процесс и характер формирования интеграционного потенциала инвалидов в оценках инвалидов**

С целью выявления основного содержания и социальных последствий процесса формирования интеграционного потенциала инвалидов в Республике Мордовия в январе-феврале 2017 г. нами была разработана программа социологического исследования «Готовность инвалидов к интеграции в общество» (ПРИЛОЖЕНИЕ А) и проведено социологическое исследование инвалидов трудоспособного возраста, опрошенных методом очного индивидуального формализованного интервью в следующих «точках» опроса: 1) районных отделах социальной защиты населения районов республики; 2) на дому; 3) общественных организациях инвалидов. Респонденты должны были устно ответить на 62 вопроса, задаваемых интервьюером согласно разработанному бланку интервью (ПРИЛОЖЕНИЕ Б).

*Характеристика исследования.* По итогам опроса в районах, городах и поселках городского типа республики опрошено 390 чел. инвалидов трудоспособного возраста. Что составляет 102,6 % от заявленного объема квотно-территориальной выборки. Состав опрошенных граждан репрезентирует численность инвалидов трудоспособного возраста всех категорий, проживающих в Мордовии, в возрасте от 18 лет до 54 лет для женщин и от 18 лет до 59 лет для мужчин, а также долю каждого района в общей численности инвалидов трудоспособного возраста. Статистическая погрешность результатов составляет не более  $\pm 5\%$ . В одной семье опрашивался только один респондент. Соотношение респондентов по полу (мужчин 45,0 % и женщин 55,0 %) приближается к соотношению численности мужчин и женщин среди всего населения, т.к. нет статистических данных о гендерной асимметрии среди общего числа инвалидов в Республике Мордовия.



Поскольку выборка основывалась на многоступенчатой (территориальной) модели и на двух квотных признаках (группа инвалидности и пол респондента), был произведен расчет необходимого числа респондентов с указанием квотных признаков (ПРИЛОЖЕНИЕ Д). Основным критерием для расчета выборки опроса инвалидов трудоспособного возраста являлась группа инвалидности респондента. По данным региональной и ведомственной статистики за 2010-2015 гг. сложилась следующая тенденция в структуре групп инвалидности в РМ: инвалидов I группы – 10 %, II группы – 60 %, III группы – 30 %.

Первоначально по итогам опроса структура инвалидности в районах Мордовии претерпела искажение в сторону увеличения респондентов с третьей группой и уменьшения числа респондентов со второй группой, т.е. в сторону «облегчения» состояния инвалидности в республике. Это могло несколько изменить характер результатов опроса, сделать их более оптимистичными. Для того, чтобы таких искажений не произошло, был проведен ремонт выборки за счет дополнительного опроса инвалидов второй группы и выбраковки наименее ценных анкет инвалидов третьей группы в тех районах, где выборка по третьей группе была перевыполнена. В итоге одномерное распределение по группам инвалидности в общем объеме выборки выглядит следующим образом: инвалидов I группы – 10,8 %, II группы – 58,2 %, III группы – 31 %, что допустимо с учетом погрешности  $\pm 5$ .

Второй квотный признак – пол респондентов - рассматривался как вероятностный для людей с инвалидностью, т.к. до сих пор региональная статистика не систематизирует данные о распределении численности инвалидов по полу, поэтому за основу было взято соотношение мужчин и женщин среди всего населения – 45 % мужчин и 55 % женщин. По итогам опроса соотношение сложилось такое соотношение мужчин и женщин с инвалидностью: 46,2 % и 53,8 % соответственно, допустимое с учетом погрешности  $\pm 5$ .

Выборки по возрасту респондентов не было, т.к. статистика по возрастам постоянного контингента инвалидов трудоспособного возраста отсутствует. Существует только статистика по возрасту людей, получающих пенсии по инва-

лидности. Но и она ведется по весьма большим возрастным группам, например, до 40 лет, от 41 до 49 лет, от 51 до 59 лет, от 61 до 69 лет, от 71 до 79 лет, от 80 лет и старше. В результате можно построить только вероятностную модель выборки по возрасту. Основная тенденция которой состоит в том, что инвалидов больше среди людей старше 40 лет, а пенсионное население инвалидизировано в еще большей степени. Но поскольку нас интересовали инвалиды трудоспособного возраста, прежде всего, необходимо учитывать, что в массиве опрошенных будет наибольший процент респондентов в возрасте 40-59 лет. По результатам исследования респондентов в двух группах: от 40 до 49 лет — 34,3 % и от 50 до 59 лет — 31,9 %, т.е. в сумме 66,1 %.

*Методы обработки и анализа данных.* Обработка первичной информации проведена при помощи программы обработки социологических данных SPSS версии 12.0. Сначала данные обработаны в SPSS, затем табличные результаты экспортированы в текстовый редактор WORD XP. Для анализа данных применены одномерные и двумерные распределения признаков.

*Формирование социального статуса инвалида и стаж инвалидности.* Формирование социального статуса инвалида зависит от *самоидентификации респондентов по роду деятельности и от стажа инвалидности.* Самоидентификация инвалидов по роду деятельности имеет специфику в связи с тем, что более половины респондентов не имеют определенного рода деятельности — 54,2 %, но среди них выделяются две принципиально различающиеся группы: те, кто относит себя к пенсионерам, и те, кто относит себя к безработным, в том числе не имеющим официального статуса безработного, самостоятельно ищущим работу. К первым относят себя 38,8 % опрошенных, ко вторым — 15,4 % респондентов.

Инвалидов, ищущих работу, среди опрошенных почти вдвое меньше, чем тех, кто относит себя к пенсионерам и считает, что работать не может или не имеет необходимости. Но и такой процент (15,4 %) инвалидов, ищущих работу и считающих себя, в первую очередь, безработными, указывает на наличие

трудностей в поиске работы, т.к. он значительно выше процента безработных среди всего населения.

На формирование социального статуса инвалида еще большее влияние оказывает стаж инвалидности. *Стаж инвалидности* – период, начавшийся с момента, когда впервые официально была установлена группа инвалидности, и закончившийся временем опроса. В соответствии со шкалой, которая предложена в анкете, четко формируются четыре группы инвалидов в зависимости от стажа инвалидности: 1) «новички» - те, кто получил статус инвалида менее года назад, стаж инвалидности менее одного года. Статистически это группа определяется как первичная инвалидность — те, кому впервые в указанном году официально установлена группа инвалидности; 2) «адаптанты» - адаптировавшие статус инвалида, стаж инвалидности от одного года до 10 лет; официальной статистикой это группа не определяется; 3) «реабилитанты» - активно и самостоятельно занимающиеся реабилитацией, стаж инвалидности - более 10 лет; официальной статистикой это группа не определяется; 4) инвалиды с детства — имеют инвалидность с рождения или раннего детства, в любом случае получили ее до 18 лет, стаж инвалидности может составлять несколько десятилетий, весьма мало тех лиц, которые получили ее непосредственно перед совершеннолетием. Статистически это группа учитывается только Пенсионным Фондом Российской Федерации, т. к. размер пенсии определяется не только в зависимости от группы инвалидности, но и от причины инвалидности, и размер пенсии для инвалидов с детства при прочих равных обстоятельствах устанавливается больше, чем для инвалидов в связи с общим заболеванием.

«Новички» - по данным опроса эту группу составляли в основном женщины (78,8 %), преимущественно из двух старших возрастных групп трудоспособного возраста (от 40 до 49 лет — 26,7 %, от 50 до 59 лет — 40,0 %). По месту проживания это были респонденты из сельской местности (60,6 %) со средним профессиональным (30,3 %) и высшим (36,4 %) образованием. Опрошенные из этой группы, которые работали, про род своей деятельности чаще всего отвечали, что являются работниками бюджетной сферы (33,3 %), гораздо реже - слу-

жащими органов государственной власти (9,1 %), работниками производственного предприятия (9,1 %) и еще реже — выбирали вариант ответа - «работаю у частного работодателя» (6,1 %). Не занятые на данный момент в трудовой сфере «новички» намного реже, чем в среднем респонденты из других групп, идентифицировали себя как пенсионеры (18,2 % и 42,3 % соответственно), но почти также часто, как и в среднем все опрошенные, причисляли себя к безработным, (15,2 % и 17,3 % соответственно). Т.е. переход от одного статуса к другому в представлении самого субъекта, получившего новый статус происходит более плавно, чем диктуют социальные условия — даже в условиях повышения уровня безработицы человек, получивший статус инвалида, не становится автоматически пенсионером и нуждается в занятости в трудовой сфере, обозначая свою позицию как безработного.

К числу отличительных характеристик этой группы относятся: небольшой опыт реабилитации, восстановительного лечения - самостоятельно занимаются реабилитацией лишь 19,2 % (в среднем — 21,5 %), для большинства не была разработана ИПР — 69,7 % (это превышает среднее значение - 46,5 % по всем группам в 1,5 раза), 9,1 % не знают о том, что такое ИПР и 23,1 % не знают куда обратиться за разработкой ИПР (такой ответ встречается в 2,5 раза чаще, чем в трех других группах). У «новичков» еще обострены в сознании воспоминания обстоятельств, повлекших инвалидность, и самого момента оформления инвалидности, т.к. они больше, чем респонденты из других групп инвалидов, жалуются на сбор большого количества документов при освидетельствовании в бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ) — 72,2 %, тогда как в среднем среди всех инвалидов таких ровно половина, на негативное отношение сотрудников бюро — 30,3 %, а среди всех инвалидов таких 19,4 %.

Среди «новичков», как и среди всех инвалидов трудоспособного возраста, преобладают инвалиды второй группы — 63,6 %, а вот инвалидов первой группы значительно меньше — всего 3 %, тогда как в среднем во всех группах 10,2 %. Большинству опрошенных инвалидов-«новичков» (75,8 %), т.е. освидетель-

ствованных впервые, группа инвалидности установлена на один год, остальным – пожизненно.

По причине инвалидности самая большая группа – группа инвалидов в связи с общим заболеванием. Среди «новичков» эту причину указало подавляющее большинство - 93,9 %, это намного больше, чем в целом по всем группам – 75,9 %. Также значительно больше в этой группе инвалидов в связи с профессиональным заболеванием, чем в целом по другим группам, (6,1 % и 1,5 % соответственно).

Половина «новичков» указали на первую степень ограничения к труду (51,5 %), что значительно больше, чем в среднем по всем группам (32,4 %). С одной стороны это свидетельствует о более легкой структуре инвалидности, с другой, несмотря на предпенсионный возраст значительной части опрошенных инвалидов из этой группы (40,0 %), им выданы трудовые рекомендации для трудоустройства в обычных условиях труда, некоторым по прежней специальности со снижением объема работы на определенный процент, а значит это включает возможность сохранения прежнего рабочего места.

«Адаптанты» представляют собой самую многочисленную группу опрошенных (56,7 %), в структуре которой больше всего инвалидов с более «легкой» группой инвалидности – третьей (38,5 %, в среднем по всем группам - 31,0 %) и меньше всего «тяжелых» инвалидов – первой группы (6,8 % против 10,8 %), также меньше, чем в среднем инвалидов второй группы (54,8 % и 58,2 % соответственно). Таким образом, эта группа характеризуется более «легкой» структурой инвалидности.

Гендерная структура этой группы практически соответствует квотным критериям выборки по полу. Возрастная структура имеет тяготение к старшему возрасту: от 40 до 49 лет – 37,3 %, от 50 до 59 лет - 33,2 %. Приблизительно половина опрошенных из этой группы проживает в селе. Большинство из них в браке – 63,3 %, но это немного меньше, чем среди «новичков» - 75,8 %. В тоже время респонденты из этой группы чаще, чем из других групп, отмечали наличие детей в возрасте до 18 лет - 35,7 %, в среднем по всем группам – 29,7 %.

Т.е. в этой группе самая высокая иждивенческая нагрузка, т.к. если учитывать, что основной возраст этой группы от 40 до 49 лет, то у многих респондентов могут быть еще и престарелые родители, что увеличивает коэффициент и семейной нагрузки.

Отличительные характеристики этой группы: диаметрально противоположные тенденции в использовании амбулаторно-поликлинической и стационарной сети, только первую выбирают 23,4 % респондентов из этой группы, только вторую — 31,2 % респондентов. Среди адаптантов гораздо меньше тех, кто получает медицинскую помощь преимущественно в стационарных условиях, чем в других группах инвалидов в зависимости от стажа инвалидности — 14,7 % против, например, 25 % инвалидов с детства.

Одним из важнейших блоков анкеты является блок с вопросами по *доступности архитектурной среды и социальной инфраструктуры*, который и дает нам представление о том, насколько они доступны для инвалидов в Республике Мордовия. Из элементов архитектурной среды самыми нуждающимися в оборудовании дополнительными приспособлениями являются крыльцо подъезда (входная группа) — 18,5 % респондентов отметили, что их крыльцо подъезда нуждается в дополнительных приспособлениях, вместе с тем подавляющее большинство (64,9 %) считают, что их крыльцо подъезда не нуждается в дополнительных приспособлениях, возможно это связано с тем, что в опросе не столь весома доля людей со значительными нарушениями опорно-двигательного аппарата, т. к. выборочная совокупность не отбиралась по этому критерию. В тоже время инвалиды, которые не могут выйти из своей квартиры из-за отсутствия лифта, узких дверей или не имеют техническое средство реабилитации для передвижения не могут рассуждать о доступности крыльца, т. к. просто не добираются до него, а также не могут представить, что повышению их мобильности просто мешают отдельные элементы архитектурной среды. Примерно такое же соотношение респондентов по нуждаемости и не нуждаемости в дополнительном оборудовании территории около дома - 19,8 % и 63, % соответственно (рисунок 2).



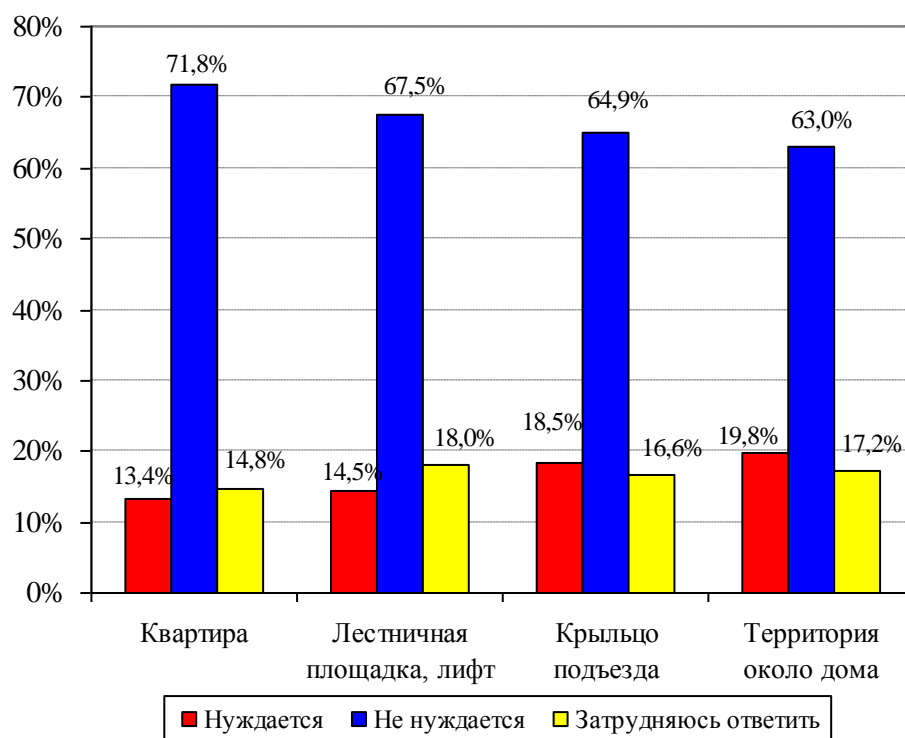


Рисунок 2 — Распределение ответов на вопрос «Что из перечисленного по месту Вашего проживания нуждается в дополнительных приспособлениях?», %

Имеет большое значение степень доступности для инвалидов объектов социальной инфраструктуры, т. к. очень часто они бывают частично доступны или доступны для инвалидов при определенных условиях. Поэтому для ответа на вопрос «В какой степени доступны для Вас объекты социальной инфраструктуры?» была разработана следующая шкала альтернатив: «доступны», «труднодоступны», «недоступны». Наибольшую доступность имеют магазины аптеки (82,9 %), лечебные учреждения (72,8 %), государственные (муниципальные) учреждения (69,7 %). Наименее доступны спортивные учреждения (26,5 %), учебные заведения (32,9 %). Но более всего привлекают внимание данные о полной недоступности ряда учреждений: спортивные учреждения (6,0 %), общественные и благотворительные организации, оказывающие помощь

инвалидам (5,2 %), государственные (муниципальные) учреждения (4,1 %), учреждения культуры (3,9 %) (рисунок 3).

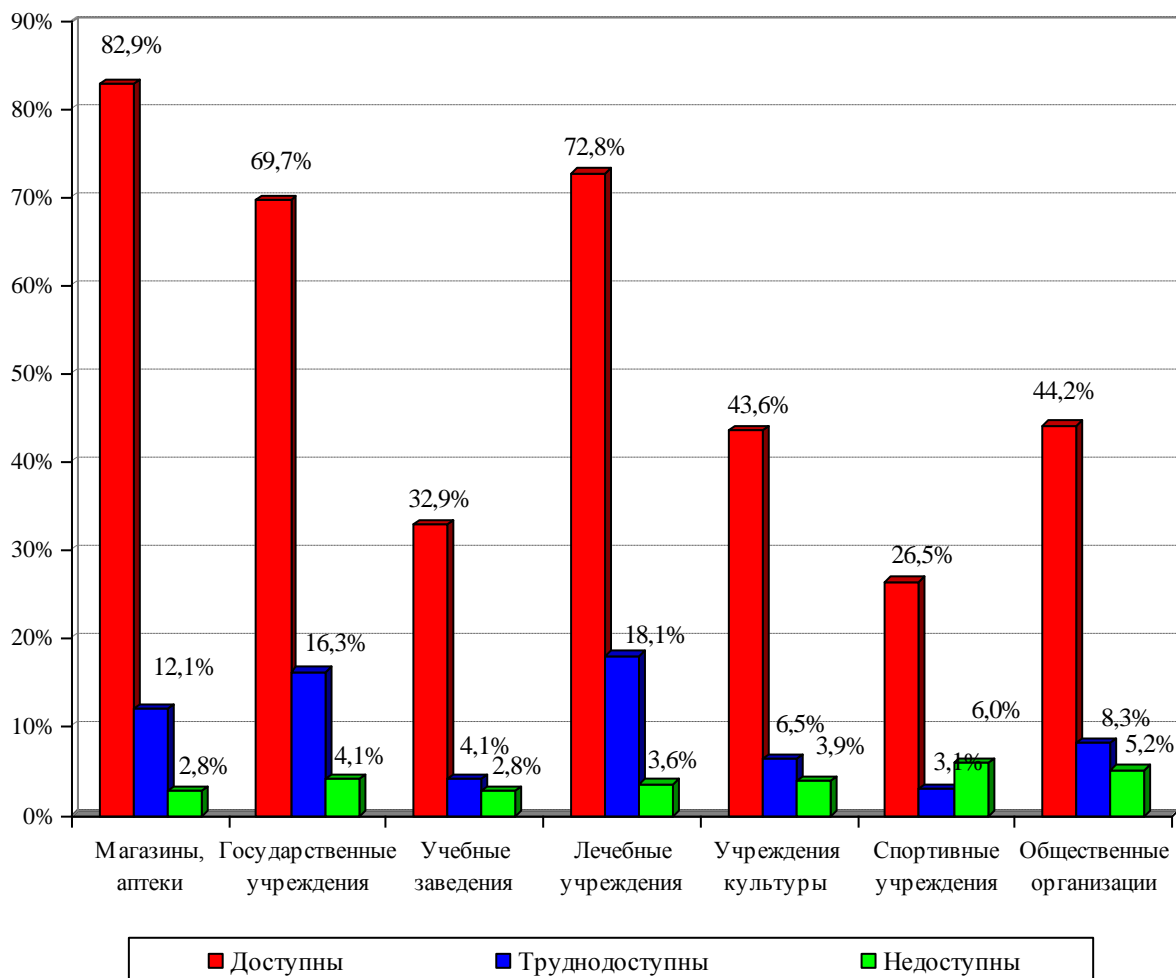


Рисунок 3 — Распределение альтернатив «Доступны», «Труднодоступны» и «Недоступны» при ответе респондентов на вопрос «В какой степени доступны для Вас объекты социальной инфраструктуры?», %

В еще большей степени влияет на доступность объекта социальной инфраструктуры его удаленность от места проживания респондента. Нами была предложена альтернатива в ответе «отсутствуют по месту проживания», этот вариант чаще всего отмечался в отношении общественных и благотворительных

организаций, оказывающих помощь инвалидам (5,5 %), спортивных учреждений (4,4 %) учреждений культуры (3,9 %) (рисунок 4).

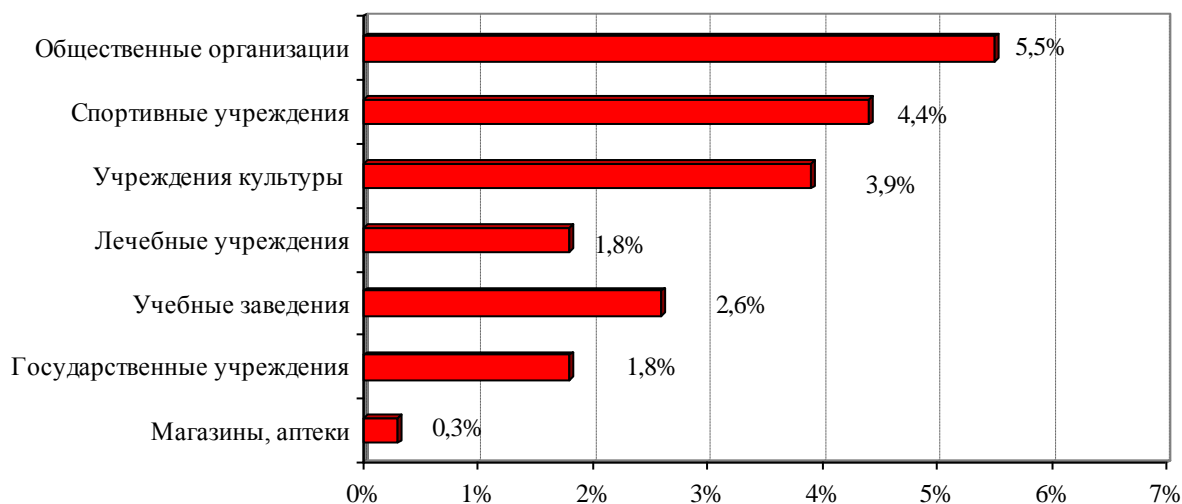


Рисунок 4 — Распределение альтернативы «Отсутствуют по месту проживания» при ответе респондентов на вопрос «В какой степени доступны для Вас объекты социальной инфраструктуры?», %

Для изучения степени актуальности доступа к отдельным объектам социальной инфраструктуры свидетельствует введение альтернативы «не пользуемся». Человек с инвалидностью имеет изначально физические ограничения, имеющие социальные последствия, поэтому он не включен в такой широкий круг социальных связей как среднестатистический человек, поэтому при анализе этого вопроса очень важно учесть, пользуются ли данным типом учреждений респонденты. Так, многие из опрошенных инвалидов не работают и доступность рабочего здания для них не имеет актуальности (45,5 %), но возможно именно потому, что социальная инфраструктура в целом недоступна или частично доступна для многих инвалидов, они и не могут найти подходящую

работу, хотя недоступность здания как причину отсутствия работы выбрали всего лишь 0,9 % респондентов, но многие отметили, что им трудно добираться на работу на общественном транспорте (16,9 %). Также не слишком актуальным является доступ опрошенных инвалидов к учебным заведениям, многие из них уже имеют законченный уровень образования и не предполагают продолжать обучение, поэтому 52,8 % респондентов отметили, что не пользуются данным типом учреждений, как впрочем и спортивными учреждениями (52,5 %), но здесь причина может скрываться и в том, что в республике мало организаций, развивающих спорт для инвалидов, а также у самих инвалидов недостаточно мотивации и средств для занятия спортом (52,5 %) (рисунок 5).

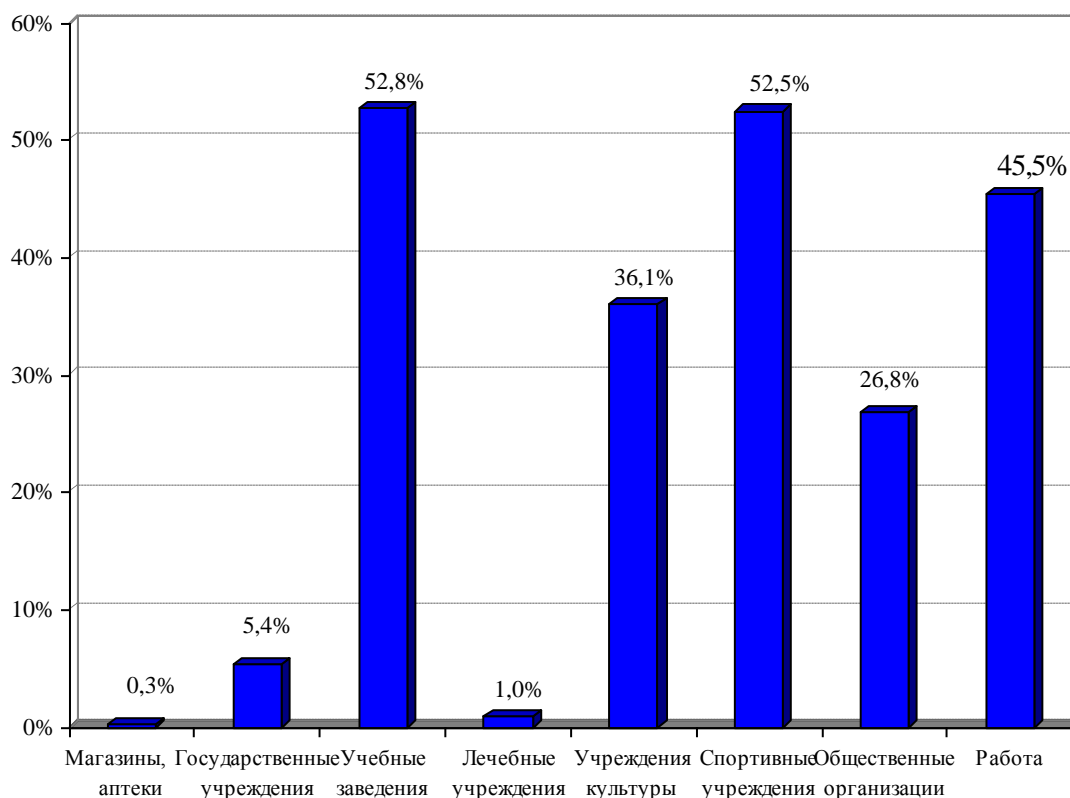


Рисунок 5 — Распределение альтернативы «Не пользуемся» при ответе респондентов на вопрос «В какой степени доступны для Вас объекты социальной инфраструктуры?», %

По результатам исследования стало известно, что личный автомобиль для перемещения не так уже необходим инвалидам, уверенно об этом заявили только 36,0 процентов опрошенных. Возможно это связано с тем, что многие опрошенные инвалиды имеют ограничения для вождения автомобиля, а нанять личного водителя практически ни для кого не представляется возможным, поэтому для многих это предложение звучит как нереальное и они предпочитают пользоваться общественным транспортом. А те, кто совсем обездвижен, как правило, не сами решают вопрос о своем перемещении, а их родственники и опекуны, что становилось известно в ходе интервью (рисунок 6).

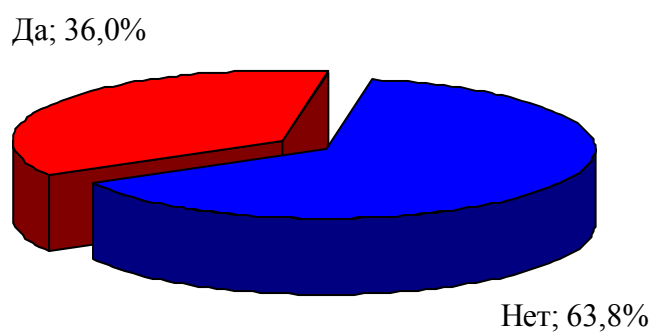


Рисунок 6 — Распределение ответов на вопрос «Необходим ли Вам постоянно автомобиль для перемещения?», %

В блоке вопросов по образованию респондентам были предложены как вопросы, отражающие современное состояние (трудности в обучении, необходимость помощи в обучении), так и отражающие уровень удовлетворенности инвалидов своим образованием, и дальнейшие перспективы его получения. Особого внимания заслуживает вопрос о возможностях обучения детей со специальными образовательными потребностями в рамках обычной и специальной системы образования.

Можно отметить следующие образовательные характеристики респондентов: подавляющее большинство респондентов (92 %) ответили, что не учатся в настоящее время. Те же, кто учиться и испытывает трудности в обучении, чаще всего выбирали следующие причины: «материальные затруднения» (3,9 %), «трудно добираться до учебного заведения, нужен специальный транспорт» (1,5 %). Обучающиеся инвалиды чаще всего нуждаются в помощи: членов семьи (48,1 %), однокурсников (34,6 %), благотворительных организаций (33,3 %) и сотрудников учебного заведения (30,8 %). Гораздо в меньшей степени они нуждаются в помощи друзей и родственников (19,2 %), тем более коллег по работе (7,7 %), что по всей вероятности связано с тем, что инвалиды не могут одновременно работать и учиться.

Большинство инвалидов (59,4 %) удовлетворены своим уровнем образования, если прибавить к ним еще и тех, кто скорее удовлетворен (16,4 %), то это составляет три четверти всех опрошенных и отражает высокий образовательный уровень респондентов — 26,2 % имеют высшее образование и 29,3 % среднее профессиональное. Остальные респонденты-инвалиды ответили, что закончили 8-9 классов (6,4 %), 10-11 классов (19,5 %), получили начальное профессиональное образование (17,0 %). Совсем не имеют образования 1,5 % опрошенных инвалидов.

Незначительное число инвалидов имеет желание продолжить учебу. В ближайшее время на это готовы лишь 3,4 % респондентов, в отдаленной перспективе не намного больше — 6,0 %. Это объясняется следующими основными причинами: состояние здоровья (37,2 %), просто «нет желания учиться» (36,6 %). В два раза реже причиной является недостаток материальных средств (18,0 %), и возраст респондентов, в котором они считают, что учиться поздно или нет необходимости (18,0 %). Причем мы специально не предлагали респондентам такую причину как «возраст», чтобы изначально не делать ее приоритетной и, таким образом, побудить их самих определять насколько важен возраст для продолжения обучения. Ведь в последние годы становится важным непрерывное обучение, в том числе и для людей с инвалидностью.



Самым сложным вопросом блока «Образование» стал вопрос о том, в какой образовательной среде (каких конкретно учреждениях) должны обучаться большинство детей-инвалидов и детей с проблемами здоровья, имеющими специальные образовательные потребности. Мы просили респондентов, учитывая собственный опыт или опыт близких, друзей, знакомых выбрать вариант образовательной среды для этих детей, позволяющий увеличить возможность для них равного доступа к образованию.

Наиболее часто избираемыми стали следующие варианты: «в общеобразовательных учреждениях в обычном классе при поддержке группы специалистов» (25,5 %), «в специальных (коррекционных) группах (классах) общеобразовательных учреждений» (24,7 %). Менее популярны были варианты, предложенные как модель и практически не используемые в настоящее время: «в специальных (коррекционных) дошкольных и школьных учреждениях по месту жительства» (19,8 %), «на дому при помощи технологии дистанционного образования» (11,7 %).

В настоящее время недостаточно специальных (коррекционных) дошкольных и школьных учреждений во многих населенных пунктах республики с точки зрения их транспортной доступности и близости их к месту проживания детей-инвалидов, поэтому нельзя назвать их учреждениями по месту жительства.

Вместе с тем именно такой вариант малокомплектной сети специальных учреждений является эффективным по мнению специалистов, также необходимым признается дистанционное образование, которое только начинает внедряться [29, с. 57].

Особого внимания заслуживает вариант обучения детей-инвалидов в специальных (коррекционных) учреждениях интернатного типа по профилю нарушения, так как это было в советской системе образования. Несмотря на довольно большие сложности с финансированием и функционированием этих учреждений, пятая часть опрошенных (19,8 %), по-прежнему, считает их, основной образовательной, а значит и социальной, средой для детей-инвалидов.

Обобщая все полученные результаты, можно констатировать, что среди половины опрошенных инвалидов (50,2 %) поддерживается идея развития инклюзивного (включенного) образования, но и не отрицается возможность других путей получения образования (сегрегированного пути — в интернате, новых - с использованием новых технических средств, позволяющих создавать виртуальное пространство).

Потенциальная готовность инвалидов к интеграции в общество определяется, прежде всего, тем потенциалом, который зависит от *удовлетворенности их отношениями в семье и личной жизнью*.

Среди инвалидов, принявшие участие в опросе, большая часть состоит в браке (59,2 %), что незначительно ниже доли опрошенных, состоящих в браке среди всего населения республики (62,0 %), по данным социологического опроса «Резервы гармонизации социальных отношений в Республике Мордовия» в 2008 г. (далее все сравнения будут с результатами этого опроса). Практически столько же инвалидов состоит в незарегистрированном браке (3,6 %), как и среди населения в целом (3,3 %).

*Инвалиды, которые на данный момент находятся не в браке (37,2 %), были опрошены на предмет желания вступить в брак. Из них о желании вступить в брак в ближайшее время заявили 2,8 %, в перспективе — 5,7 %. Для тех, кто на данный момент находится не в браке и не хочет вступать в брак был предложен соответствующий вариант, его выбрали 16,8 % респондентов. Оставшиеся 9,3 % опрошенных ответили, что «хочу вступить в брак, но не могу».* Из них половина людей главной причиной, мешающей вступить в брак, чаще всего называли «отсутствие здоровья» (50,0 %), на втором месте по частоте - отсутствие подходящего пары (37,1 %), эта причина в целом характерна и для многих здоровых людей. Но есть и особые причины, чаще выбираемые инвалидами: затруднительное материальное положение (14,3 %), трудности с жильем (10,0 %), причины, связанные с неодобрением ближайшего окружения, семьи (10,0 %). Особое внимание вызывает последняя из указанных причин. Как правило, здоровые люди в меньшей степени боятся вызвать своими поступками

неодобрение близких людей, т.к. в меньшей степени зависят от них в социально-бытовой сфере.

*Внутрисемейные отношения* подавляющее большинство респондентов оценили как позитивные (72, 1 %), из них как «отличные» - 49,2 %, скорее дружелюбные – 22,9 %. Остальные опрошенные назвали свои отношения с членами семьи «нейтральными» (15,2 %), незначительное число - «скорее напряженными» (4,6 %) и «конфликтными» (3,1 %). Таким образом, в большинстве семей с инвалидами отмечены стабильные внутрисемейные отношения, которые могут выступить основой стабильности при решении важных проблем в других сферах жизнедеятельности опрошенных инвалидов.

Вопрос о *выборе наиболее важных ценностей* для респондентов с инвалидностью полностью идентичен вопросу о выборе основных ценностей, заданному в опросе населения «Резервы гармонизации социальных отношений в Республике Мордовия» в 2008 г. Основными ценностями для инвалидов являются здоровье (80,7), семья (59,3 %), наличие материального достатка (32,5 %). Почти в два раза чаще они выбирают ценности, носящие альтруистический характер - «бескорыстие», «взаимопомощь» (Таблица 1).

Таблица 1 — Сравнение наиболее значимых ценностей инвалидов и населения Республики Мордовия, %

Вариант ответа	Ответы населения	Ответы инвалидов
1. Бескорыстие	3,7	7,7
2. Взаимопомощь	17,6	28,4
3. Гражданская активность	3,1	1,3
4. Здоровье	68,1	80,7
5. Любимая работа	14,3	9,5

6. Любовь	14,7	10,1
7. Наличие материального достатка	30,0	32,5
8. Образование	4,8	1,3
9. Патриотизм	6,6	1,8
10. Принципиальность	1,7	0,3
11. Свобода мыслей, демократизм	2,4	0,3
12. Семья	60,6	59,3
13. Социальная справедливость	12,9	8,8
14. Спокойная размеренная жизнь	12,2	15,7
15. Уважение окружающих	10,7	9,3
16. Ценности религии	3,9	5,4
17. Частная собственность, свобода предпринимательства	1,7	0,8
18. Чистота природной среды	4,7	2,8
19. Другое (напишите)	0,2	0,0
20. Затрудняюсь ответить	1,3	1,0

Полученные результаты свидетельствуют о том, что система ценностей инвалидов и населения в целом одинакова. Единственным различием, подчеркивающим проблемы, связанные с наличием инвалидности у респондента, является при одинаковой структуре первых четырех ценностей увеличение доли каждой из этих ценностей. Т.е. респонденты-инвалиды как бы больше аккумулируют свое внимание на основных общечеловеческих ценностях, на насущных потребностях, в меньшей степени «разбрасываются» на другие ценности, особенно идеологического порядка, такие как «социальная справедливость», «гражданская активность», «патриотизм», «свобода мыслей, демократизм», «част-

ная собственность, свобода предпринимательства», «чистота природной среды», им просто «не до жиру».

Подавляющее большинство опрошенных ответило, что *среди их родственников, друзей, знакомых есть инвалиды* – 81,2 %. Это значит не только, что инвалидов статистически много, но и также то, что ситуация инвалидности активизирует деятельность по поиску «друзей по несчастью».

На *вопрос об отношении к ним здоровых людей* инвалиды чаще всего отвечали, что относятся «также как и ко всем» (44,1 %), почти в два раза реже, что «сочувственно» (26,5 %), еще в два раза реже - «равнодушно» (13,1 %) и уж совсем редко - «негативно» (3,4 %). Среди групп инвалидов наиболее часто испытывают на себе сочувственное отношение инвалиды с детства (40,4 %), но одновременно они же чаще других отмечают негативное отношение (5,8 %), а «новички», например, совсем не отмечают такого отношения.

Противоположным вопросом к предыдущему является *вопрос об отношении инвалидов к своей инвалидности*, т.е. фактически восприятие себя в ситуации инвалидности. Пятая часть опрошенных склонна скрывать свою инвалидность (21,6 %), а значит они в какой-то степени испытали на себе отрицательное отношение окружающих. Треть опрошенных решили «рассказывать о своей инвалидности только тем людям, с которыми установлены хорошие близкие отношения» (32,7 %), еще почти треть (29,1 %) ответили, что «специально не скрывают наличие инвалидности», возможно им это просто не удавалось вначале, а потом они перестали прикладывать лишние усилия для того, чтобы скрывать свою инвалидность.

Более трети опрошенных инвалидов ставит на первое место среди *причин, мешающих участию в общественной жизни человека с инвалидностью* «неуверенность в своих силах» (38,3 %), на второе — «собственную социальную пассивность» (26,8 %), и лишь на третье место «сложившийся негативный стереотип отношения в обществе» (21,4 %), на четвертое - «недостаток информации и навыков общения» (15,6 %), на пятое - «недоступность многих культурных объектов» (13,3 %), 18, 2 % инвалидов заявили, что им ничего не

мешает. На факторы, мешающие участвовать инвалидам в жизни общества и которые зависят от общественных усилий, инвалиды указывают в меньшей степени, чем на те, которые зависят от них самих. Но внимание вызывает то, что в тройку лидеров входит такой фактор как «сложившийся негативный стереотип отношения в обществе», который упоминают чаще, чем объективные факторы «недостаток информации и навыков общения», «недоступность многих культурных объектов». Таким образом, инвалиды в большей степени нуждаются в улучшении отношения к ним со стороны членов общества, т.к. эти субъективные причины в большей степени мешают интеграции инвалидов в общество.

Прогностический вопрос о *развитии отношений между инвалидами и обществом* был сложно воспринят респондентами, затруднились ответить 37,2 %. Тем не менее немного больше доля тех, кто считает, что отношения улучшаются (16,5 %), чем тех, кто считает, что отношения ухудшаются (10,6 %). Респондентов, считающих, что «ничего не меняется, отношения итак хорошие» примерно столько же (17,1 %), сколько и «полных оптимистов», столько же и тех, кто считает, что «ничего не меняется, хотя отношения плохие» - 18,6 %. Таким образом, респонденты приблизительно поровну разделились на «оптимистов» (33,6 %) и пессимистов (29,2 %).

Самой актуальной *потребностью у инвалидов при наличии больших возможностей* является устройство личной жизни и создание собственной семьи, об этом заявили 51,5 % ответивших. В три раза реже назывались такие сферы жизни, которыми при наличии возможностей хотели бы заняться инвалиды: «общественная деятельность, связанная с помощью инвалидам» (16,5 %), «карьера, образование» (15,2 %), «собственный бизнес» (14,9 %).

Подавляющее большинство респондентов пользуется *помощью семьи и родственников* (67,2 %), затем по уровню обращаемости за помощью следуют государственные (муниципальные) учреждения (28,2 %), на третьем месте друзья — 20,7 %. С большим отрывом на третьем месте находятся общественные (благотворительные) организации — 5,4 % (рисунок 7).

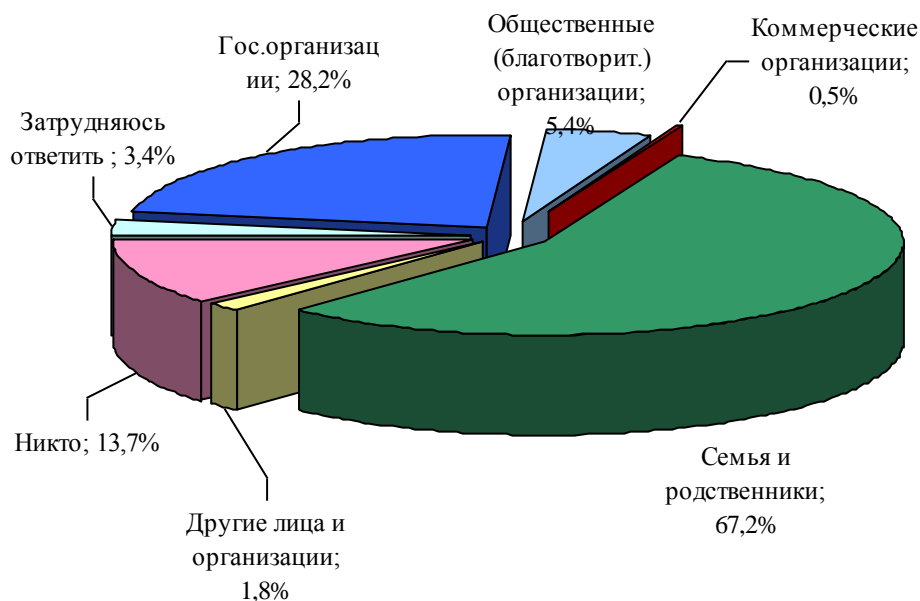


Рисунок 7 — Организации и группы лиц, чаще всего оказывающие помощь инвалидам

На это влияют следующие факторы: во-первых, большинство инвалидов, особенно тех, кто ограничен в общении, передвижении, проживают свою жизнь в кругу семьи, ближайших родственников, соответственно чаще к ним обращаются, во-вторых, уже известная проблема того, что не все инвалиды отличают общественные организации от государственных, в-третьих, большая часть общественных организации инвалидов не ведет деятельности по привлечению большего числа инвалидов в число своих членов, в-четвертых, проблемы инвалидов бывают настолько сложны, что решить их силами только общественных организации невозможно. Общественные (благотворительные) организаций чаще оказывают помощь в городской местности (назвали 7,5 % опрошенных), а если рассматривать среди групп инвалидов, то помощь чаще оказывается инвалидам с детства (15,4 %).



Один из вопросов был направлен на изучение *осведомленности инвалидов о наличии общественных организаций, занимающихся помощью инвалидам и одобряемости обществом их деятельности*. Мнения разделились таким образом, что тех, кто знает об общественных организациях, занимающихся помощью инвалидам, и их деятельности (34,2 %) незначительно меньше тех, кто о них ничего не знает или думает, что таких организаций нет (40,5 %) (рисунок 8).

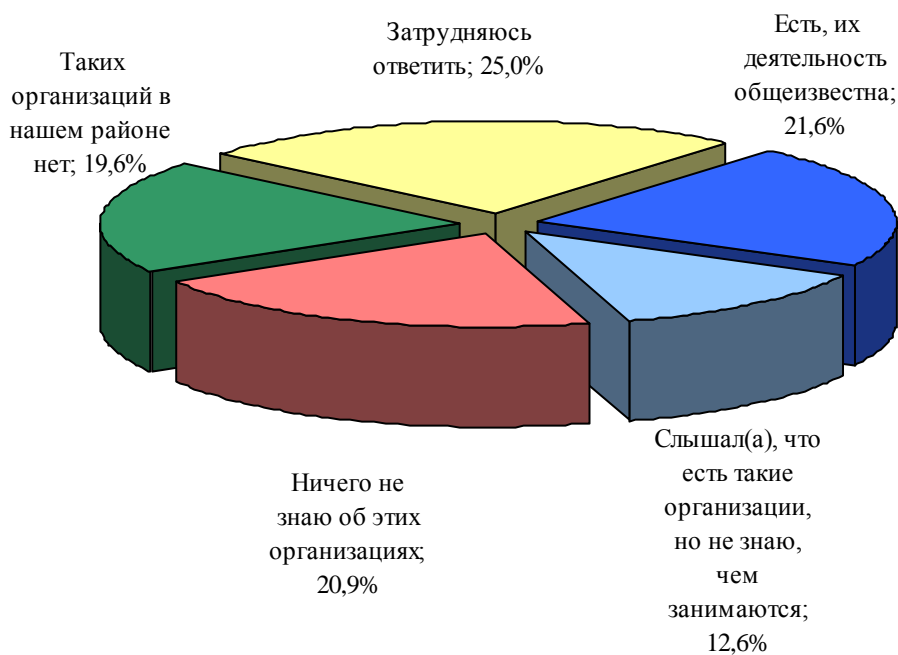


Рисунок 8 — Осведомленность инвалидов о наличии и деятельности общественных организаций, занимающихся помощью инвалидам

Вместе с тем при очном интервьюировании респондентов мы столкнулись с такой проблемой, что инвалиды не всегда четко могут разделить, какие организации относятся к общественным и часто путают их с так называемыми «райсобесами», с этим связан и высокий процент, затруднившихся ответить (25 %). Поэтому даже невысокий суммарный процент респондентов по республике (34,2 %), в городской местности (42,1 %), однозначно считающих, что такие ор-

ганизации есть, можно считать вполне приемлемым и считать деятельность общественных организациях, занимающихся помощью инвалидам, как известной для многих инвалидов. По группам инвалидов более всего осведомлены инвалиды с детства — 55,1 %, среди них же меньше всего респондентов, считающих, что таких организаций в их районе нет (9,6 %).

При выборе альтернативы «Есть, их деятельность общеизвестна и одобряется обществом» мы просили респондентов назвать эти организации. В подавляющем большинстве случаев называли разные варианты названия МРО ВОИ, изредка МРО ООО "Союз Чернобыль", МРО ВОС и МРО ВОГ, в единичном числе случаев назывались следующие организации: Мордовское республиканское отделение Общероссийской общественной организации «Российский Красный Крест», Мордовская республиканская общественная организация инвалидов с детства и детей-инвалидов, Саранская городская общественная организация инвалидов опорно-двигательного аппарата (ОДА), Союз многодетных семей "Семья", Совет ветеранов.

За последние десять лет в Республике Мордовия появилось значительное число общественных организаций инвалидов, которые защищают интересы инвалидов со сложными и редкими заболеваниями, имеющих особую необходимость в мерах социальной защиты - Мордовские республиканские общественные организации: инвалидов муковисцидоза, бронхиальной астмы и общего заболевания «Здоровье»; инвалидов-пациентов гемодиализа «Нефрон»; родителей детей с диагнозом фенилкетонурия «Радость»; Региональная общественная организация инвалидов РМ «Общество больных рассеянным склерозом». Продолжают свою деятельность и другие общественные организации инвалидов, имеющих комплексные проблемы со здоровьем: Мордовское региональное отделение «Российской диабетической ассоциации», Саранская городская общественная организация «Общество инвалидов труда и профбольных», целью которой является защита прав лиц, получивших увечье или профессиональное заболевание. Появление узкопрофильных общественных организаций инвалидов свидетельствует о том, что обще-

ственные организации берутся за решение вопросов, которые не могут быть эффективно решены в рамках действующего законодательства, и более гибко реагируют на появление новых проблем инвалидов.

В рамках пятого этапа социологического исследования «Резервы гармонизации социальных отношений» (2005 г.) респондентам задавался вопрос об отношении к инвалидам в ситуации взаимодействия с ними на работе, в процессе обучения, соседства и проезда в общественном транспорте. Результаты ответа на вопрос «Острой социальной проблемой является увеличение числа лиц с ограниченными возможностями. В связи с этим какова будет Ваша реакция в следующих ситуациях?» позволяют провести замер уровня толерантности по отношению к лицам с ограниченными возможностями (инвалидам) в Республике Мордовия. Обращает на себя внимание факт, что практически во всех ситуациях взаимодействия почти половина респондентов придерживается равнодушной или нейтральной реакции на ситуации взаимодействия с лицами с ограниченными возможностями (инвалидами) в вышеперечисленных сферах жизни (Таблица 2).

Таблица 2 — Реакция респондентов на ситуации взаимодействия с инвалидами

Ситуация	Реакция респондента	%
Работа лиц с ограниченными возможностями в одной организации с Вами	1. Скорее положительная	28,1
	2. Мне все равно	43,5
	3. Скорее отрицательная	10,9
	4. Затрудняюсь ответить	17,4
Работа лиц с ограниченными возможностями в одном помещении с Вами	1. Скорее положительная	23,1
	2. Мне все равно	45,9
	3. Скорее отрицательная	12,9
	4. Затрудняюсь ответить	18,0
Проживание лиц с ограниченными возможностями	1. Скорее положительная	26,2
	2. Мне все равно	51,5

возможностями по соседству с Вами	3. Скорее отрицательная	6,3
	4. Затрудняюсь ответить	15,9
Обучение лиц с ограниченными возможностями вместе с Вашим ребенком в одном учебном заведении	1. Скорее положительная	29,5
	2. Мне все равно	39,6
	3. Скорее отрицательная	13,1
	4. Затрудняюсь ответить	17,9
Присутствие лиц с ограниченными возможностями в общественном транспорте	1. Скорее положительная	28,1
	2. Мне все равно	53,6
	3. Скорее отрицательная	4,9
	4. Затрудняюсь ответить	13,4

Интересно, что наименьшая доля отрицательных реакций наблюдается в ситуациях проживания с инвалидами по соседству и присутствия их в общественном транспорте, в то время как процент нейтрального отношения к ним в этих же ситуациях самый высокий из всех представленных вариантов взаимодействия.

Немного усиливается отрицательная реакция в ситуации работы с инвалидами в одном помещении по сравнению с ситуацией работы в одной организации с ними - с 10,9 % до 12,9 %, и уменьшается доля скорее положительно реагирующих на ситуацию взаимодействия в одном помещении с 28,1 % до 23,1 % соответственно.

В целом наблюдается тенденция, что чем теснее и долговременнее предполагается взаимодействие, тем больше встречается отрицательных реакций.

Можно отметить, что чем выше уровень образования респондентов, преимущественно незаконченно высшее и высшее, тем больше возрастает удельный вес нейтрального и отрицательного отношения к инвалидам и соответственно снижается процент положительных реакций. Исключение составляет только вопрос о совместном обучении детей-инвалидов и других детей, в этом случае процент положительных реакций возрастает с 27,1 % среди лиц, получивших неполное среднее образование, до 31,1 % среди респондентов с высшим образованием. Можно предположить, что респонденты с высшим образов-

анием в большей степени склонны понимать ценность образования для детей-инвалидов и относятся к совместному обучению их со своими детьми более благосклонно.

Среди женщин по сравнению с мужчинами больше ответивших, что реакция будет «скорее положительная» и меньше ответивших «мне все равно» на все представленные ситуации. Также немного меньше тех, кто ответил «скорее отрицательная», за исключением двух ситуаций: проживания по соседству с инвалидами и присутствия их в общественном транспорте.

На все предложенные варианты взаимодействия сельчане реагируют более положительно, чем горожане, в то же время доля нейтральных и тем более отрицательных реакций - ниже.

Учет возраста респондентов свидетельствует о том, что чем старше возрастная группа, тем больше положительных реакций и меньше вариантов «мне все равно» и «скорее отрицательно», и только в ситуации присутствия инвалидов в общественном транспорте процент отрицательных реакций снижается не так уверенно, незначительно.

Наибольший процент положительной реакции (29,5 % опрошенных) отмечается в ситуации совместного обучения детей-инвалидов с детьми респондентов в одном учебном заведении, в оценке этой ситуации взаимодействия также отмечается наибольший процент отрицательных реакций респондентов (13,1 %) и наименьший процент равнодушной оценки (39,6 %), что свидетельствует о том, что эта ситуация является наиболее проблематичной и вызывающей неоднозначную (амбивалентную) оценку.

В двойственном восприятии людей с инвалидностью, амбивалентных установках по отношению к ним видятся скрытые возможности улучшения процесса социальной интеграции инвалидов и сглаживания последствий социальной депривации и изоляции инвалидов. Интегрированное образование в этом случае выступает одним из механизмов социальной интеграции инвалидов и представляет собой закономерный и логичный вариант трансформации институтов общего и специального образования.

Результаты социологического исследования «Готовность инвалидов к интеграции в общество» преимущественно подтверждают вывод о том, что меры, предпринимаемые Правительством Республики Мордовия в этом направлении решают узкий круг проблем и носят несистематизированный характер. Такая ситуация характерна для большинства дотационных регионов., но и свидетелствуют о том, что сами инвалиды все в большей степени становятся сторонниками жизни в обществе, не смотря на возникающие при этом трудности.

Половина опрошенных инвалидов поддерживает идею развития инклюзивного (включенного) образования, но и не отрицает возможность других путей получения образования (сегрегированного пути — в интернате, новых - с использованием новых технических средств, позволяющих создавать виртуальное пространство).

В большинстве семей с инвалидами отмечены стабильные внутрисемейные отношения, которые могут выступить основой стабильности при решении важных проблем в других сферах жизнедеятельности опрошенных инвалидов. Вместе с тем, при создании собственной семьи возникают трудности, об этом говорили, те, кто хотели бы, но не могут вступить в брак по причине отсутствия здоровья, зависимости от близких людей, поэтому это стало у половины опрошенных самой актуальной потребностью.

Система ценностей инвалидов и населения в целом одинакова. Единственным различием, подчеркивающим проблемы, связанные с наличием инвалидности у респондента, является при одинаковой структуре первых четырех ценностей увеличение доли каждой из этих ценностей. Т.е. респонденты-инвалиды как бы больше аккумулируют свое внимание на основных общечеловеческих ценностях, на насущных потребностях, в меньшей степени «разбрасываются» на другие ценности, особенно идеологического порядка.

На факторы, мешающие участвовать инвалидам в жизни общества и которые зависят от общественных усилий, инвалиды указывают в меньшей степени, чем на те, которые зависят от них самих. Но внимание вызывает то, что в тройку лидеров входит такой фактор как «сложившийся негативный стереотип отно-

шения в обществе», который упоминают чаще, чем объективные факторы «недостаток информации и навыков общения», «недоступность многих культурных объектов». Таким образом, инвалиды в большей степени нуждаются в улучшении отношения к ним со стороны членов общества, а не только в наличии системы льгот и развитой инфраструктуры. Так как, по мнению самих инвалидов, эти субъективные причины в большей степени мешают интеграции инвалидов в общество.

## **2.2 Доступность среды жизнедеятельности для инвалидов как ведущий фактор, формирующий интеграционный потенциал инвалидов в регионе**

Доступная (безбарьерная) архитектурная среда — такая среда, которую могут свободно, то есть без посторонней помощи, использовать все маломобильные группы населения (далее — МГН), в том числе все инвалиды с разными формами нарушений, вне зависимости от тяжести заболевания и степени ограничений. Недоступность здания (отсутствие пандуса, перил, туалета для инвалидов, лифта, пониженного бордюра и т. п.) - это не просто отсутствие свободного доступа, а это отказ человеку с инвалидностью в равном доступе к образованию, работе, отсутствие условий для полноценной жизни. Поэтому наличие доступной среды жизнедеятельности является основой для формирования интеграционного потенциала инвалидов в регионе, поскольку затрагивает абсолютно все сферы жизни человека с инвалидностью.

Исследование уровня доступности среды жизнедеятельности для инвалидов как ведущего фактора, формирующего интеграционный потенциал инвалидов в регионе, с целью выявления его влияния на формирование интеграционный потенциал инвалидов в Республике Мордовия было проведено нами в сентябре-декабре 2016 г. на базе Государственного казенного учреждения Республики Мордовия «Научный центр социально-экономического мониторинга» (ГКУ РМ «НЦСЭМ»).



Для оценки комфортности и доступности, в том числе информационной, процедуры предоставления социальных услуг государственными стационарными организациями социального обслуживания населения Республики Мордовия (дома-интернаты общего типа, детские дома-интернаты и психоневрологические интернаты, социально-реабилитационные центры, социальные приюты) нами был использован метод социологического наблюдения. Это обусловлено не только требованиями к оценке показателей, характеризующих общие критерии оценки качества оказания услуг организациями социального обслуживания, утвержденных приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 8 декабря 2014 г. № 995н, но и необходимостью получения данных, которые невозможно получить ни методом социологического опроса, ни статистическими методами.

Социологическое наблюдение как научный метод отличается от обыденного прежде всего тем, что имеет объект наблюдения, цель и задачи, а также выделенные единицы анализа, на основе которых составлен полуструктурированный бланк для исследования объекта наблюдения (ПРИЛОЖЕНИЕ В).

Объектами наблюдения в исследовании выступили государственные стационарные учреждения социального обслуживания населения, подведомственные Министерству социальной защиты населения Республики Мордовия (дома-интернаты общего типа, детские дома-интернаты и психоневрологические интернаты, социально-реабилитационные центры, социальные приюты).

Цель наблюдения — оценка уровня комфортности и доступности, в том числе информационной, процедуры предоставления социальных услуг государственными стационарными организациями социального обслуживания населения Республики Мордовия.

Задачи наблюдения (отдельные показатели, характеризующие открытость и доступность информации об организации социального обслуживания, а также комфортность условий предоставления социальных услуг и доступность их

получения) включали оценку: 1) наличия информации о деятельности организации социального обслуживания (в том числе о перечне, порядке и условиях предоставления социальных услуг) на информационных стендах в помещениях организации, размещения ее в брошюрах, буклетах; 2) наличия дистанционных способов взаимодействия организации и получателей социальных услуг (получение информации, запись на прием) по телефону; 3) доли результативных звонков по телефону в организацию социального обслуживания для получения необходимой информации, от числа контрольных звонков; 4) наличия возможности направления заявления (жалобы), предложений и отзывов о качестве предоставления социальных услуг лично в организацию социального обслуживания; 5) наличия возможности направления заявления (жалобы), предложений и отзывов о качестве предоставления социальных услуг по телефону/на «горячую линию» уполномоченного исполнительного органа в сфере социального обслуживания; 6) наличия информации о порядке подачи жалобы по вопросам качества оказания социальных услуг в общедоступных местах на информационных стендах в организации социального обслуживания; 7) оборудования территории, прилегающей к организации социального обслуживания, с учетом требований доступности для маломобильных групп получателей услуг; 8) оборудования входных зон на объектах оценки для МГН; 9) наличия специально оборудованного санитарно-гигиенического помещения для МГН; 10) наличия в помещениях организации социального обслуживания видео-, аудиоинформаторов для лиц с нарушением функций слуха и зрения; 11) наличия оборудованных помещений для предоставления социальных услуг в соответствии с перечнем социальных услуг, предоставляемых в данной организации социального обслуживания.

Социологическое наблюдение было проведено в 27 государственных стационарных учреждениях социального обслуживания населения Республики Мордовия, подведомственных Министерству социальной защиты населения Республики Мордовия. При полном выполнении требований по всем

показателям учреждения получали максимальный балл — 1. Таким образом, по итогам социологического наблюдения каждое учреждение могло получить высшую оценку — 11 баллов.

*Показатели, характеризующие открытость и доступность информации об организации социального обслуживания.* Показатель «Наличие информации о деятельности организации социального обслуживания (в том числе о перечне, порядке и условиях предоставления социальных услуг) на информационных стендах в помещениях организации, размещение ее в брошюрах, буклетах» оценивается по наличию на информационных стендах перечня социальных услуг, предоставляемых поставщиками социальных услуг в Республике Мордовия (принят законом РМ от 12 ноября 2014 г. № 86-З), а также порядков предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в Республике Мордовия, утвержденных постановлением Правительства РМ от 24 ноября 2014 г. № 563 (ПРИЛОЖЕНИЕ Г, таблица Г. 1). Как видно из данных, приведенных в таблице Г. 1, если перечень социальных услуг имеется на информационных стендах абсолютно во всех оцениваемых учреждениях, то порядок и условия оказания социальных услуг отсутствуют на информационных стендах более чем в трети обследованных учреждений, соответственно, эти организации не получают по данному показателю ни одного балла.

Во всех анализируемых учреждениях имеется возможность телефонного взаимодействия получателей социальных услуг с администрацией учреждения, которое отражает выполнение показателей «Наличие дистанционных способов взаимодействия организации и получателей социальных услуг (получение информации, запись на прием) по телефону» и «Доля результативных звонков по телефону в организацию социального обслуживания для получения необходимой информации, от числа контрольных звонков» (ПРИЛОЖЕНИЕ Г, таблица Г. 2). В ходе социологического наблюдения в учреждениях были выявлены номера телефонов, по которым можно получить информацию по вопросам социального обслуживания. После окончания наблюдения на другой

день по этим номерам были совершены анонимные звонки в учреждения с подготовленным вопросом о социальном обслуживании, результативность звонков и ответы сотрудников зафиксированы в бланках наблюдения.

Показатель «Наличие возможности направления заявления (жалобы), предложений и отзывов о качестве предоставления социальных услуг лично в организацию социального обслуживания» также исследовался методом социологического наблюдения: на информационных стендах производился поиск информации о руководстве учреждения, специалистах учреждения, графике приема потребителей услуг руководителем учреждения, а также анализ местонахождения книги жалоб и предложений.

В большинстве учреждений информация о руководстве учреждения, специалистах, графике приема проживающих, членов их семей руководителем учреждения имеется на доступных для МГН информационных стендах, но в некоторых учреждениях она размещена в административной части учреждения (например, в ГБУСОССЗН РМ «Ардатовский психоневрологический интернат» эта информация есть на информационном стенде в помещении для встреч с посетителями, которое расположено в административном здании, помещение доступно для МГН, но отдалено от места их проживания; в остальных корпусах информационные стенды либо не содержат нужной информации, либо содержат только ее часть), что затрудняет доступ потребителей услуг к данной информации, особенно МГН. Вместе с тем вышеперечисленная информация на информационных стендах, а значит и потенциальная возможность ею воспользоваться имеется во всех оцениваемых организациях социального обслуживания.

Книга жалоб и предложений более чем в половине обследованных учреждений находится не на видном месте (например, в кабинете директора, у специалиста отдела социально-правовых услуг или дежурного медицинского работника), однако на информационном стенде, как правило, есть информация о местонахождении книги жалоб и предложений.

Возможность направления заявления (жалобы), предложений и отзывов о

качестве предоставления социальных услуг по телефону/на «горячую линию» уполномоченного исполнительного органа в сфере социального обслуживания имеется у всех потребителей социальных услуг и опекунов недееспособных потребителей социальных услуг обследованных учреждений. То есть в учреждении предоставляется возможность сделать звонок по телефону (8342) 777-241, вместе с тем этот номер нуждается в популяризации среди всех категорий потребителей социальных услуг.

Информация о порядке подачи жалобы по вопросам качества оказания социальных услуг в общедоступных местах на информационных стендах в организации социального обслуживания отсутствует почти во всех обследованных учреждениях, кроме ГБУСОССЗН РМ «Пуркаевский психоневрологический интернат», ГБУСОССЗН РМ «Темниковский дом-интернат для детей с физическими недостатками», где имеется хотя бы часть такой информации, поэтому эти учреждения получают по 0,5 балла (ПРИЛОЖЕНИЕ Г, таблица Г. 3).

*Показатели, характеризующие комфортность условий предоставления социальных услуг и доступность их получения.* Основное предназначение использования метода социологического наблюдения в процессе проведения независимой оценки учреждений социального обслуживания населения Республики Мордовия состоит в изучении доступности и комфортности условий предоставления социальных услуг по следующим критериям:

— оборудование территории, прилегающей к организации социального обслуживания, с учетом требований доступности для маломобильных групп получателей услуг;

— оборудование входных зон на объектах оценки для МГН;

— наличие специально оборудованного санитарно-гигиенического помещения для МГН;

— наличие в помещениях организации социального обслуживания видео-, аудиоинформаторов для лиц с нарушением функций слуха и зрения;

— наличие оборудованных помещений для предоставления социальных услуг в соответствии с перечнем социальных услуг, предоставляемых в данной организации социального обслуживания.

Выполнение показателя «Оборудование территории, прилегающей к организации социального обслуживания, с учетом требований доступности для маломобильных групп получателей услуг» находится на высоком уровне в подавляющем большинстве обследованных учреждений. Мы разработали подробные критерии для оценки этого показателя в соответствии со Сводом правил 59.13330.2012 «Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения. Актуализированная редакция СНиП 35-01-2001», которые важны для оценки государственных стационарных учреждений социального обслуживания населения Республики Мордовия (ПРИЛОЖЕНИЕ Г, таблица Г. 4).

Несмотря на высокие оценки этого показателя в связи с «грубой» шкалой оценки (0; 0,5; 1), когда приходится округлять до ближайшего «разрешенного» значения, имеется ряд недостатков относительно оборудования прилегающей территории, которые нуждаются в описании. Так, распространенной проблемой является плохой асфальт с крупными выбоинами (перепад высот — более 2,5 см), а также отсутствие части полотна на дорожках по пути к входу в здание. Этот недостаток свойствен ГБУСОССЗН РМ «Старошайговский дом-интернат для престарелых», ГКУСО РМ «Республиканский социальный приют для детей и подростков «Надежда», ГКУСО РМ «Ельниковский социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних», ГКУСО РМ «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Ясная Поляна».

Наиболее проблемной для МГН также является зона отдыха на территории, прилегающей к зданию. В ряде учреждений беседки имеются, они новые и эстетично выглядят, но при этом въезд в них на инвалидной коляске невозможен из-за узкой ширины дверного проема (менее 90 см) или высокого порога — более 2,5 см (в ГБУСОССЗН РМ «Зубово-Полянский специальный дом-интернат для престарелых и инвалидов», ГБУСОССЗН РМ «Кочкуровский

дом-интернат для престарелых и инвалидов», ГБУСОССЗН РМ «Новочадовский дом-интернат для престарелых и инвалидов», ГКУСО РМ «Республиканский социальный приют для детей и подростков «Надежда»). В других учреждениях беседок нет, поэтому места отдыха в них недостаточно оснащенные и благоустроенные: в ГБУСОССЗН РМ «Волгапинский дом-интернат милосердия», ГБУСОССЗН РМ «Поводимовский дом-интернат для престарелых и инвалидов», ГБУСОССЗН РМ «Ширингушский центр для инвалидов войны и труда», ГКУСО РМ «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Ясная Поляна».

В 2 учреждениях (ГБУСОССЗН РМ «Большеберезниковский психоневрологический интернат» и ГБУСОССЗН РМ «Тарханско-Потьминский дом-интернат для престарелых и инвалидов») имеется комплексная проблема недоступности скамеек для МГН, когда нарушены сразу 3 параметра (высота сидения на уровне от 38 до 58 см, наличие у скамеек опоры для спины и хотя бы одного подлокотника). Отсутствуют подлокотники у части скамеек, в основном расположенных в беседках, в большинстве оцениваемых учреждений, но это не является препятствием для МГН, т. к. имеются другие скамейки с подлокотниками либо инвалиды гуляют на прогулочных инвалидных колясках, где есть опора для рук.

Оборудование входных зон на объектах оценки для МГН выступает как очень важный показатель доступности элементов архитектурной среды учреждений. Наиболее низкие оценки по этому критерию, но не ниже 0,5 балла, получили следующие учреждения: ГБУСОССЗН РМ «Волгапинский дом-интернат милосердия», ГБУСОССЗН РМ «Комсомольский пансионат ветеранов войны и труда», ГБУСОССЗН РМ «Козловский дом-интернат для престарелых и инвалидов», ГБУСОССЗН РМ «Новочадовский дом-интернат для престарелых и инвалидов», ГБУСОССЗН РМ «Октябрьский дом-интернат для престарелых и инвалидов, ГКУСО РМ «Республиканский социальный приют для детей и подростков «Надежда», ГКУСО РМ «Ельниковский социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних», ГКУСО РМ



«Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Ясная Поляна» (ПРИЛОЖЕНИЕ Г, таблица Г. 5).

Основная проблема всех учреждений, получивших невысокие оценки по показателю «Оборудование входных зон на объектах оценки для МГН», — это отсутствие пандуса, дублирующего лестницу у главного входа в здание, или наличие пандуса с углом наклона выше 8 % (ГБСУСОССЗН РМ «Волгапинский дом-интернат милосердия», ГБСУСОССЗН РМ «Козловский дом-интернат для престарелых и инвалидов», ГКУСО РМ «Республиканский социальный приют для детей и подростков «Надежда», ГКУСО РМ «Ельниковский социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних», ГКУСО РМ «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Ясная Поляна», ГКУСО РМ «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Солнышко») и отсутствие поручней по стандарту (ГБСУСОССЗН РМ «Комсомольский пансионат ветеранов войны и труда», ГБСУСОССЗН РМ «Новочадовский дом-интернат для престарелых и инвалидов»).

Входные площадки имеют недостаточные размеры для разворота инвалидной коляски в ГБСУСОССЗН РМ «Новочадовский дом-интернат для престарелых и инвалидов», ГБСУСОССЗН РМ «Старошайговский дом-интернат для престарелых и инвалидов», ГКУСО РМ «Республиканский социальный приют для детей и подростков «Надежда», ГКУСО РМ «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Ясная Поляна». В ГБСУСОССЗН РМ «Новочадовский дом-интернат для престарелых и инвалидов» входная дверь является серьезным препятствием для прохода/проезда МГН, ее ширина — меньше 1,2 м, а порог высотой более 10 см, что делает ее непреодолимой для отдельных категорий МГН. В ряде обследованных учреждений тамбур у входной двери имеет недостаточные размеры для самостоятельного передвижения инвалидов на коляске (ГБСУСОССЗН РМ «Большеигнатовский дом-интернат для престарелых и инвалидов», ГБСУСОССЗН РМ «Ковылкинский дом-интернат для

престарелых и инвалидов», ГБУСОССЗН РМ «Козловский дом-интернат для престарелых и инвалидов», ГБУСОССЗН РМ «Новочадовский дом-интернат для престарелых и инвалидов»).

Самыми необорудованными по доступности для МГН из всех выделенных для оценки элементов архитектурной среды учреждений являются санитарно-гигиенические помещения. Учитывая то, что большая часть учреждений находится в изначально неприспособленных для МГН зданиях, построенных до введения свода правил 59.13330.2012 «Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения. Актуализированная редакция СНиП 35-01-2001», мы оценивали наличие хотя бы отдельных элементов, позволяющих сделать имеющиеся санитарно-гигиенические помещения доступными для МГН. В ходе социологического наблюдения выявилось следующее: только два учреждения (ГБУСОССЗН РМ «Большеберезниковский дом-интернат для престарелых и инвалидов» и ГБУСОССЗН РМ «Темниковский дом-интернат для детей с физическими недостатками») имеют в санитарно-гигиенических помещениях оборудование, наиболее соответствующее условиям доступности для МГН (ПРИЛОЖЕНИЕ Г, таблица Г. 6).

Наиболее характерными нарушениями требований доступности для МГН практически во всех обследованных учреждениях, кроме двух вышеперечисленных, являются следующие: 1) отсутствуют специальные поручни и приспособления, штанги в душевых/ванных и туалетных комнатах; 2) двери санитарно-гигиенических помещений имеют ручку не П-образной формы, которой можно управлять одной рукой с обеих сторон, а любой другой, не позволяющей МГН пользоваться ею самостоятельно, — рычаговой, круглой, поворотной (ее особенно тяжело повернуть, санитарам приходится постоянно оставлять двери приоткрытыми, что нарушает интимное пространство проживающих); 3) дверные проемы имеют ширину меньше 90 см, а иногда и меньше 80 см, поэтому инвалиды на колясках могут воспользоваться данным помещением только при помощи персонала учреждения; 4) пороги в дверных проемах имеют высоту более 2,5 см; 5) вместо душевых кабин стоят ванны на

высокой подставке, которые недоступны для самостоятельного пользования МГН; если же душевые кабины имеются, то недостаточно места для подъезда к ним на инвалидной коляске; душевые кабины расположены в глубине помещения и не имеют сквозных проходов; 6) возле унитаза в туалетной комнате не хватает пространства для размещения инвалидной коляски (должно быть не менее 75 см), чтобы была возможность пересест на унитаз; в этой ситуации в учреждении используются технические средства реабилитации — специальные стулья, однако это свидетельствует о том, что проживающие зависимы от помощи персонала и не способны к самообслуживанию; 7) на стенах туалетных, а иногда и ванных комнат отсутствуют специальные крючки для одежды, костылей и проч., что создает дополнительные неудобства для МГН с нарушением функций опорно-двигательного аппарата и зрения, в то же время они не должны быть в помещениях психоневрологических интернатов, где проживающие могут причинить ими вред себе или другим.

В итоге оборудование санитарно-гигиенических помещений частично имеется и позволяет им пользоваться МГН, но в основном при условии сопровождения персонала учреждения.

Применение в помещениях организации социального обслуживания видео-, аудиоинформаторов для лиц с нарушением функций слуха и зрения только начинается, вместе с тем в настоящее время частично эту функцию в учреждении осуществляет система средств информации и сигнализации об опасности. Визуальные компоненты этой системы состоят из световых дорожек (в ряде учреждений), знаков информации и сигнализации об опасности, звуковые — из речевого оповещения о пожаре, тактильные компоненты встречаются реже и представляют собой шероховатые наклейки знаков информации и сигнализации об опасности. Оценка показателя «Наличие в помещениях организации социального обслуживания видео-, аудиоинформаторов для лиц с нарушением функций слуха и зрения» имеет нечувствительную шкалу (0; 1) и представлена в ПРИЛОЖЕНИИ Г, таблица Г. 7.

Для оценки показателя «Наличие оборудованных помещений для предоставления социальных услуг в соответствии с перечнем социальных услуг, предоставляемых в данной организации социального обслуживания» обследовались следующие помещения: 1) жилые комнаты для МГН; 2) помещение для принятия пищи (столовая, где есть); 3) медицинский кабинет; 4) помещение для встреч с посетителями; 5) двери в зоне проживания МГН. В целом по этому показателю обследованные учреждения получили высокую оценку, т. к. в помещениях имеется пространство для разворота инвалидной коляски. Эти требования нарушаются в ГБУСОСССЗН РМ «Кочкуровский дом-интернат для престарелых и инвалидов», ГКУСО РМ «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Ясная Поляна», ГКУСО РМ «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Солнышко». В большинстве обследованных учреждений на дверях в зоне проживания используются ручки не П-образной формы. В ГБУСОСССЗН РМ «Кочкуровский дом-интернат для престарелых и инвалидов», ГБУСОСССЗН РМ «Козловский дом-интернат для престарелых и инвалидов», ГБУСОСССЗН РМ «Новочадовский дом-интернат для престарелых и инвалидов», ГБУСОСССЗН РМ «Октябрьский дом-интернат для престарелых и инвалидов», ГБУСОСССЗН РМ «Поводимовский дом-интернат для престарелых и инвалидов», ГБУСОН РМ «Саранский дом-интернат для престарелых и инвалидов», ГКУСО РМ «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Ясная Поляна», ГКУСО РМ «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Солнышко» зафиксировано сужение ширины дверей в зоне проживания МГН, а также наличие порогов высотой более 2,5 см, что также мешает передвижению лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата и лиц с нарушением функций зрения (ПРИЛОЖЕНИЕ Г, таблица Г. 8).

Результаты социологического наблюдения «Оценка комфортности и доступности, в том числе информационной, процедуры предоставления услуг государственными бюджетными стационарными учреждениями социального

обслуживания населения Республики Мордовия (дома-интернаты общего типа, детские дома-интернаты, психоневрологические интернаты) и государственными казенными специализированными учреждениями для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации (социально-реабилитационные центры, социальные приюты)» позволяют сделать следующие выводы.

Доступность процедуры предоставления услуг в оцениваемых учреждениях связана прежде всего с доступностью архитектурной среды, а также информационной доступностью получения услуг, которая, в свою очередь, частично обеспечивается доступностью отдельных элементов интерьера (например, информационных стендов в учреждении и информации, размещенной на них, для разных категорий инвалидов, детей-инвалидов и маломобильных групп населения). Поэтому основной акцент методики проведения социологического наблюдения в обследованных учреждениях сместился на оценку доступности архитектурной среды и уже затем на оценку условий информационной доступности и организационных решений администраций учреждений, позволяющих компенсировать недоступность отдельных элементов архитектурной среды этих учреждений.

Доступность архитектурной среды обследованных учреждений имеет приспособительный характер, т. к. здания многих учреждений были построены до введения свода правил 59.13330.2012 «Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения. Актуализированная редакция СНиП 35-01-2001» и не предполагали наличия пандусов, дополнительных поручней и других элементов архитектурной и интерьерной среды, необходимых для обеспечения доступности МГН. Основная часть нарушений доступности архитектурной среды связана прежде всего с отсутствием специального оборудования в санитарно-гигиенических помещениях (лишь 2 учреждения — ГБУСОССЗН РМ «Большеберезниковский дом-интернат для престарелых и инвалидов» и ГБУСОССЗН РМ «Темниковский дом-интернат для детей с физическими недостатками» — получили максимальную оценку по этому

критерию), а также с недостаточной оборудованностью входных зон на объектах оценки для МГН, помещений для предоставления социальных услуг в соответствии с перечнем социальных услуг (жилых комнат, медицинского кабинета, помещения для принятия пищи). В отдельных учреждениях нарушение доступности архитектурной среды компенсировалось организационными решениями, что также учитывалось при оценке данных учреждений.

Информационная доступность обследованных учреждений снижена по критерию «Наличие информации о деятельности организации социального обслуживания (в том числе о перечне, порядке и условиях предоставления социальных услуг) на информационных стендах в помещениях организации, размещение ее в брошюрах, буклетах» прежде всего из-за отсутствия на информационных стендах учреждений информации о порядке и условиях предоставления социальных услуг почти в половине учреждений, а также по критерию «Наличие информации о порядке подачи жалобы по вопросам качества оказания социальных услуг в общедоступных местах на информационных стендах в организации социального обслуживания» во всех обследованных учреждениях, кроме ГБУСОССЗН РМ «Пуркаевский психоневрологический интернат», ГБУСОССЗН РМ «Темниковский дом-интернат для детей с физическими недостатками», где имеется хотя бы часть такой информации.

В процессе проведения социологического наблюдения учитывалось то, что абсолютно во всех оцениваемых учреждениях обслуживаемый контингент полностью или преимущественно относится к маломобильным группам населения: инвалиды с нарушением функций опорно-двигательного аппарата, зрения и слуха, инвалиды других категорий, лица преклонного возраста, дети дошкольного возраста. Посетителями данных учреждений также могут быть лица из числа МГН: инвалиды, граждане пожилого возраста, люди с детскими колясками, беременные женщины, временно нетрудоспособные. Поэтому требования доступности архитектурной среды должны выполняться всеми

учреждениями, однако эти требования имеют разную значимость для различных категорий МГН. В обследованных организациях социального обслуживания было отмечено, что контингент учреждений в силу своей недееспособности находится под постоянным патронажем персонала, особенно в психоневрологических интернатах, детских домах-интернатах, специализированных учреждениях для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации, вследствие чего отдельные элементы архитектурной среды и услуги этих учреждений часто недоступны для самостоятельного пользования МГН. Поэтому в данном случае гораздо важнее оценивать доступность условий беспрепятственного доступа к объектам и услугам в организации не с точки зрения жесткого соответствия требований государственным стандартам, а с точки зрения частичной возможности для маломобильных групп населения получить услуги учреждений (когда патронажное содействие персонала и организационные решения администрации учреждений компенсируют условия недоступности среды жизнедеятельности учреждений; например, если ширина дверного проема — 80 см, а порог больше 2,5 см, то не каждый инвалид-колясочник сможет самостоятельно проехать в помещение, при содействии персонала это становится возможным). Эксперты фиксировали в отчетах-наблюдениях факты организационных решений, компенсирующих недоступность условий и объектов архитектурной среды организации, а затем учитывали это при оценке доступности.

В дополнение к методу социологического наблюдения для изучения вопросов доступности среды жизнедеятельности в государственных учреждениях социального обслуживания Республики Мордовия в сентябре 2016 г. проведено репрезентативное социологическое исследование «Удовлетворенность деятельностью государственных бюджетных стационарных учреждений социального обслуживания населения Республики Мордовия общего типа» методом сплошного очного формализованного интервью, в котором изучению доступности среды посвящено несколько



вопросов. Опрошено 514 чел. в 16 государственных учреждениях социального обслуживания Республики Мордовия общего типа. Условия опроса разрешают провести репрезентативное исследование при условии малых генеральных совокупностей, что позволяет сравнивать учреждения представленного типа между собой. В ходе работы были опрошены все проживающие и обслуживаемые в стационарных учреждениях, согласившиеся принять добровольное участие в анкетировании.

Результаты социологического опроса «Удовлетворенность деятельностью государственных бюджетных стационарных учреждений социального обслуживания населения Республики Мордовия общего типа» позволили выявить следующее.

Практически все принявшие участие в исследовании получатели услуг (в том числе инвалиды и другие МГН) в стационарных учреждениях социального обслуживания населения Республики Мордовия считают условия их оказания доступными (скорее доступными). В среднем по всем учреждениям стационарного типа это мнение разделяют 95,5 % респондентов. Тогда как на то, что условия оказания услуг являются недоступными (скорее недоступными), указали лишь 1,0 % опрошенных — в большинстве учреждений такие ответы не встречались (за исключением ГБУСОССЗН РМ «Зубово-Полянский специальный дом-интернат для престарелых и инвалидов», ГБУСОССЗН РМ «Козловский дом-интернат для престарелых и инвалидов», ГБУСОССЗН РМ «Новочадовский дом-интернат для престарелых и инвалидов», ГБУСОССЗН РМ «Октябрьский дом-интернат для престарелых и инвалидов» и ГБУСОССЗН РМ «Ширингушский центр для инвалидов войны и труда», при этом ни в одном из этих учреждений доля получателей услуг, посчитавших условия их оказания недоступными, не превысила 6,3 %) (таблица 3).

Таблица 3 — Значение показателя «Доля получателей услуг (в том числе инвалидов и других маломобильных групп получателей услуг), считающих условия оказания услуг доступными, от общего числа опрошенных»

Учреждение	Значение показателя, %
ГБСУСОССЗН РМ «Большеберезниковский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	100,0
ГБСУСОССЗН РМ «Большеигнатовский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	100,0
ГБСУСОССЗН РМ «Заречный дом-интернат для престарелых и инвалидов»	100,0
ГБСУСОССЗН РМ «Зубово-Полянский специальный дом-интернат для престарелых и инвалидов»	98,4
ГБСУСОССЗН РМ «Инсарский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	100,0
ГБСУСОССЗН РМ «Ковылкинский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	100,0
ГБСУСОССЗН РМ «Комсомольский пансионат ветеранов войны и труда»	100,0
ГБСУСОССЗН РМ «Кочкуровский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	88,9
ГБСУСОССЗН РМ «Козловский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	78,8
ГБСУСОССЗН РМ «Новочадовский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	95,0
ГБСУСОССЗН РМ «Октябрьский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	81,3
ГБСУСОССЗН РМ «Поводимовский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	100,0
ГБУСОН РМ «Саранский дом-интернат для престарелых и	96,3

Учреждение	Значение показателя, %
инвалидов»	
ГБСУСОССЗН РМ «Старошайговский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	95,7
ГБСУСОССЗН РМ «Тарханско-Потьминский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	86,7
ГБСУСОССЗН РМ «Ширингушский центр для инвалидов войны и труда»	95,6
В среднем по учреждениям	95,5

Наличие оборудованного для инвалидов санитарно-гигиенического помещения и его основные технические характеристики определяются со СП 59.13330.2012 «Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения. Актуализированная редакция СНиП 35-01-2001». Следует отметить, что большая часть зданий, в которых размещены учреждения социального обслуживания, не соответствует представленным требованиям изначально, так как строилась для других целей. Значение показателя «доля получателей социальных услуг, удовлетворенных условиями предоставления социальных услуг, в том числе удовлетворенных оборудованным для инвалидов санитарно-гигиеническим помещением, от числа опрошенных» в среднем по учреждениям 86,7 %. Основными недостатками опрошенные назвали отсутствие поручней в туалетной и душевой комнатах и высокие пороги. (таблица 4).

Таблица 4 — Значение показателя «Доля получателей социальных услуг, удовлетворенных условиями предоставления социальных услуг, в том числе

удовлетворенных оборудованным для инвалидов санитарно-гигиеническим помещением, от числа опрошенных»

Учреждение	Значение показателя, %
ГБСУСОССЗН РМ «Большеберезниковский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	97,0
ГБСУСОССЗН РМ «Большеигнатовский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	100,0
ГБСУСОССЗН РМ «Заречный дом-интернат для престарелых и инвалидов»	55,6
ГБСУСОССЗН РМ «Зубово-Полянский специальный дом-интернат для престарелых и инвалидов»	98,3
ГБСУСОССЗН РМ «Инсарский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	100,0
ГБСУСОССЗН РМ «Ковылкинский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	100,0
ГБСУСОССЗН РМ «Комсомольский пансионат ветеранов войны и труда»	100,0
ГБСУСОССЗН РМ «Кочкуровский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	100,0
ГБСУСОССЗН РМ «Козловский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	48,5
ГБСУСОССЗН РМ «Новочадовский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	100,0
ГБСУСОССЗН РМ «Октябрьский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	75,0
ГБСУСОССЗН РМ «Поводимовский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	100,0

Учреждение	Значение показателя, %
ГБУСОН РМ «Саранский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	90,0
ГБСУСОССЗН РМ «Старошайговский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	78,3
ГБСУСОССЗН РМ «Тарханско-Потьминский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	50,0
ГБСУСОССЗН РМ «Ширингушский центр для инвалидов войны и труда»	91,3
В среднем по учреждениям	86,7

Доступность (возможность беспрепятственного доступа) ключевых элементов среды жизнедеятельности учреждения для проживающих является одним из значимых факторов, во многом определяющим удовлетворенность деятельностью государственных бюджетных стационарных учреждений социального обслуживания населения. К числу таких элементов относятся комната проживания, комната личной гигиены, столовая, медицинский кабинет, актовый зал, коридор (рекреация), комната отдыха, вход в здание, прилегающая территория и возможных других помещений.

Если исходить из ответов проживающих на вопрос о доступности для них разных зон в обследованных организациях социального обслуживания, то они свидетельствуют о том, что доступность отдельных элементов среды жизнедеятельности этих учреждений находится на высоком уровне. Так, например, возможность беспрепятственного доступа к оборудованию и элементам интерьера в комнате проживания имеют 92,6 % опрошенных, к комнате личной гигиены — 89,8 %, к коридору/рекреации — 87,5 %, к входу в здание и прилегающей территории — 87,8 и 85,5 % соответственно. При этом уровень общей доступности элементов среды жизнедеятельности дома-интерната (суммирование ответов «доступен» и «скорее доступен») часто

близок к максимально возможному результату. Так, для комнат проживания он составляет 99,3 %, для комнат личной гигиены – 97,4 %, для коридора/рекреации – 95,5 %, для входа в здание – 94,9 % (таблица 5).

Таблица 5 — Распределение ответов респондентов на вопрос «Насколько доступны для Вас помещения в учреждении и прилегающая к нему территория?», %

Помещение, территория	Доступен/доступна	Скорее доступен/доступна	Скорее недоступен/недоступна	Недоступен/недоступна	Затрудняюсь ответить
Комната проживания	92,6	6,7	0,2	0,0	0,6
Комната личной гигиены	89,8	7,6	0,2	1,4	1,0
Столовая	87,0	7,3	1,0	3,3	1,4
Медицинский кабинет	85,9	7,7	1,4	2,8	2,4
Актовый зал	83,8	9,1	0,7	3,7	2,7
Коридор/рекреация	87,5	8,0	1,0	1,6	2,0
Комната отдыха	82,4	7,4	0,6	2,9	6,8
Вход в здание	87,8	7,1	0,4	2,8	2,0
Прилегающая территория	85,5	7,4	0,8	3,5	2,7

Несмотря на ответы респондентов, свидетельствующие о высоком уровне доступности необходимо помнить о том, что в большинстве обследованных учреждений широкий спектр услуг по уходу за проживающими, а также организованы отделения милосердия, где находятся преимущественно не маломобильные проживающие, а полностью немобильные люди, к которым из

медицинского кабинета придут, еду из столовой принесут, медицинскую помощь окажут в комнате проживания, поэтому им нет особой необходимости посещать перечисленные элементы среды жизнедеятельности учреждения, но на этот вопрос они отвечают учитывая, что им поможет в перемещении по организации обслуживающий персонал, поэтому мы не можем не принять их ответы, не смотря на то, что для самостоятельного доступа многие помещения организаций недоступны как уже это было выявлено в ходе социологического наблюдения в данных организациях.

Итоги социологического наблюдения и опроса в государственных стационарных организациях социального обслуживания населения Республики Мордовия позволяют заключить, что используемые методы дают возможность в значительной степени оценить нарушения комфортности и доступности, в том числе информационной, процедуры предоставления социальных услуг в обследованных учреждениях, поэтому их применение целесообразно в дальнейшем для мониторинга динамики этих показателей во всех стационарных учреждениях, подведомственных Министерству социальной защиты населения Республики Мордовия.



## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Интеграционный потенциал инвалидов складывается из объективных (возможности общества, состояние здоровья инвалидов) и субъективных факторов (восприятие собственных возможностей инвалидами, отношение окружающих к ним), поэтому только целенаправленная работа по повышению потенциала в обоих направлениях способна создать стабильную основу по возвращению в общество тех граждан, которые утратили свой социальный статус во взрослом возрасте, и создать условия для более успешного формирования тех, кто столкнулся с проблемами инвалидности с детства.

В процессе исследования нами была получена авторская классификация групп инвалидов в зависимости от стажа инвалидности. *Стаж инвалидности* – период, начавшийся с момента, когда впервые официально была установлена группа инвалидности, и закончившийся временем опроса. В соответствии со шкалой, которая предложена в анкете, четко формируются четыре группы инвалидов в зависимости от стажа инвалидности: 1) «новички» - те, кто получил статус инвалида менее года назад, стаж инвалидности менее одного года; 2) «адаптанты» - адаптировавшие статус инвалида, стаж инвалидности от одного года до 10 лет; 3) «реабилитанты» - активно и самостоятельно занимающиеся реабилитацией, стаж инвалидности - более 10 лет; 4) инвалиды с детства — имеют инвалидность с рождения или раннего детства, в любом случае получили ее до 18 лет, стаж инвалидности может составлять несколько десятилетий.

В результате социологического исследования «Оценка комфортности и доступности, в том числе информационной, процедуры предоставления услуг государственными бюджетными стационарными учреждениями социального обслуживания населения Республики Мордовия (дома-интернаты общего типа, детские дома-интернаты, психоневрологические интернаты) и государственными казенными специализированными учреждениями для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации (социально-

реабилитационные центры, социальные приюты)» нами были выявлены аспекты изменения процедуры предоставления услуг в оцениваемых учреждениях, связанные с доступностью архитектурной среды, а также информационной доступностью получения услуг, которая, в свою очередь, частично обеспечивается доступностью отдельных элементов интерьера (например, информационных стендов в учреждении и информации, размещенной на них, для разных категорий инвалидов, детей-инвалидов и маломобильных групп населения).

Доступность процедуры предоставления услуг в оцениваемых учреждениях связана прежде всего с доступностью архитектурной среды, а также информационной доступностью получения услуг, которая, в свою очередь, частично обеспечивается доступностью отдельных элементов интерьера (например, информационных стендов в учреждении и информации, размещенной на них, для разных категорий инвалидов, детей-инвалидов и маломобильных групп населения). Поэтому основной акцент методики проведения социологического наблюдения в обследованных учреждениях сместился на оценку доступности архитектурной среды и уже затем на оценку условий информационной доступности и организационных решений администраций учреждений, позволяющих компенсировать недоступность отдельных элементов архитектурной среды этих учреждений.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 Васильева Н. В. Жизненные планы молодых инвалидов в современной России : социологический анализ / Н. В. Васильева. – М.: Изд-во Моск. гуман. ун-та, 2007. – 110 с.
- 2 Гордеева А. В. Реабилитационная педагогика: учебное пособие для вузов / А. В. Гордеева. - М.: Академический проспект, 2005. — 320 с.
- 3 Горшков М. К. Прикладная социология: методология и методы: учеб. пособие / М. К. Горшков, Ф. Э. Шереги. - М.: Альфа-М: ИНФРА-М, 2009. - 416 с.
- 4 Добренъков В. И. Методы социологического исследования: учебник / В. И. Добренъков, А. И. Кравченко. — М.: ИНФРА-М, 2004. — 768 с.
- 5 Добровольская Т. А. Инвалид и общество: социально-психологическая интеграция (аналитический обзор) / Т. А. Добровольская, Н. Б. Шабалина // Социологические исследования. - 1991. - N 5. - С. 3-7.
- 6 Добровольская Т. А. Инвалиды: дискриминируемое меньшинство? / Т. А. Добровольская, Н. Б. Шабалина // Социологические исследования. - 1992. - N 5. - С.103-106.
- 7 Добровольская Т. А. Как живет семья с нетрудоспособным? / Т. А. Добровольская, Н. Б. Шабалина // Социологические исследования. - 1994. N 8-9. - С.133-136.
- 8 Инвалиды: группы взаимной поддержки. – М.: РООИ «Перспектива», 2001. - 64 с.
- 9 Инвалиды: К независимой жизни: пособие для инвалидов. – М.: РООИ «Перспектива», 2000. - 278 с.
- 10 Инвалиды в России: причины и динамика инвалидности, противоречия и перспективы социальной политики / Т.М. Малева, С.А. Васин, О.Ю. Голодец, С.В. Бесфамильная; Бюро экономического анализа. – М.: РОССПЭН, 1999. – 368 с.

11 Камышова Е. В. Инвалидность ребенка как фактор риска для семейного благополучия : аспекты социальной работы : монография / Е. В. Камышова, О. А. Ульмова, Е. А. Чапаева. — Саранск : Афанасьев В. С., 2013. — 80 с.

12 Ким Е. Н. Концепция «независимой жизни» в социальной работе с детьми с ограниченными возможностями / Е.В. Ким. - М., 1997. - 64 с.

13 Коновалова М. П. Инвалид-общество-библиотека: учебно-методическое пособие / М. П. Коновалова. - М.: ЛЕБЕРИЯ- БИБИНФОРМ, 2006. - 134 с.

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

15 Коробов М.В. Учебные задания для самостоятельной подготовки к занятиям по социально-трудовой реабилитации инвалидов слушателей отделения специализации / В.С. Коробов. - СПб. : Институт усовершенствования врачей-экспертов МСЗН РФ, 1992. - 94 с.

16 Концепция социокультурной политики в отношении инвалидов в Российской Федерации. – М.: НТЦ «Консерватория», 1997. – 47 с.

17 Кудаева Е. Г. Социальные барьеры трудоустройства инвалидов в современном российском обществе : дис. ... канд. социол. наук / Е. Г. Кудаева. - Саранск, 2009. - 217 с.

18 Кулешова, Г. П. Система социальной защиты населения в РМ / Г. П. Кулешова. – Саранск : Изд-во Мордов. Ун-та, 2004. - 254 с.

19 Ларикина И.В. Взрослые с ментальными нарушениями в России: по следам Конвенции о правах инвалидов / И. В. Ларикина, Р. П. Димештейн, О. О. Волкова, Е. Ю. Таранченко — М.: Теревинф, 2015. - 224 с.

20 Леонтьева Е. Г. Доступная среда и универсальный дизайн глазами инвалида. Базовый курс. / Е. Г. Леонтьева. - Екатеринбург: TATLIN, 2013. - 128 с.

21 Мавликаева Ю. А. Медико-социальные аспекты инвалидности лиц

трудоспособного возраста / Ю. А. Мавликаева // Теория и практика социальной работы : Социально-правовая защита пожилых и инвалидов : межвуз. сб. науч. тр. – Пермь : Изд-во Перм. ун-та, 1999. – С. 93–96.

22 Мартц Э. Инклюзивное трудоустройство : адаптация рабочих мест и барьеры на пути к трудоустройству российских инвалидов / Э. Мартц [электрон. ресурс]. – Режим доступа : [http://rabota.Perspektiva\\_inva.ru](http://rabota.Perspektiva_inva.ru).

23 Мухаметзянова А. Р. Динамика состава и численности общественных организаций инвалидов в Республике Мордовия / А. Р. Мухаметзянова // Региональная дифференциация и консолидация социального пространства России: реалии и новые вызовы : V Сухаревские чтения: материалы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием, г. Саранск, 15-16 октября 2015 г. / редкол. : С. М. Вдовин [и др.] ; Науч. центр соц.-экон. мониторинга. - С. 326-331.

24 Мухаметзянова А. Р. Интеграционный потенциал инвалидов в регионе (по материалам социологического исследования «Готовность инвалидов к интеграции в общество») / А. Р. Мухаметзянова // Гармонизация социальных отношений в полиэтничном регионе : I Сухаревские чтения : материалы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием, 23-24 декабря 2011 г., Саранск: в 2 т. / отв. ред. С. М. Вдовин ; Науч. центр соц.-экон. мониторинга. - Саранск, 2012. - Т. 2 - С. 76-80.

25 Мухаметзянова А. Р. Использование метода социологического наблюдения в изучении доступности получения услуг в стационарных учреждениях социальной защиты населения Республики Мордовия / А. Р. Мухаметзянова // Проблемы повышения качества жизни населения в регионах Российской Федерации : IV Сухаревские чтения: материалы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием, Саранск, 29 января 2015 г. / редкол.: С. М. Вдовин и др.; Науч. центр. соц.-экон. мониторинга. – Саранск, 2015. – С. 130-138.

26 Мухаметзянова А. Р. Оценка комфортности и доступности процедуры получения услуг в государственных бюджетных стационарных социального

обслуживания населения Республики Мордовия общего типа (дома-интернаты для престарелых и инвалидов, дома-интернаты милосердия и пансионаты ветеранов войны и труда, центр для инвалидов войны и труда) и государственном казенном учреждении социального обслуживания системы социальной защиты населения «Дом ночного пребывания» / А. Р. Мухаметзянова // Комплексная оценка работы учреждений системы социальной защиты населения Республики Мордовия: сборник научных трудов / [под ред. В.В. Конакова и др.] ; Науч. центр соц.-экон. мониторинга. - Саранск, 2015. - С. 69-82.

27 Мухаметзянова А. Р. Процессы институционализации и деинституционализации системы реабилитации инвалидов в регионе (на примере Республики Мордовия) / А. Р. Мухаметзянова // Трансформация социальных отношений в региональном социуме: VI Сухаревские чтения: материалы Всерос. науч.-практ. конф., г. Саранск, 12 октября 2016 г. - С. 142-144.

28 Мухлаева А. И. Социальные аспекты профессиональной реабилитации инвалидов : дис. ... канд. социол. наук / А.И. Мухлаева. - М., 2002. - 149 с.

29 Наберушкина Э. К. Инвалиды в большом городе: проблемы социального гражданства / Э. К. Наберушкина. - М.: ООО «Вариант», ЦСПГИ, 2012. - 344 с.

30 Наберушкина Э. К. Доступность городской среды для инвалидов / Э. К. Наберушкина // Социологические исследования. - 2010. - N 9. - С. 58-64.

31 Наберушкина Э. К. Женщины и инвалидность: испытания на прочность / Э. К. Наберушкина, Ярская-Смирнова Е. Р. // Социологические исследования. - 2009. - N 5. - С. 70-76.

32 Общая социология: Учебное пособие / Под общ. ред. проф. А. Г. Эфендиева. — М.: ИНФРА-М, 2000. - 654 с.

33 Осадчих А. И. Проблемы инвалидности и инвалидов: современные подходы / А. И. Осадчих // Социальное обеспечение. - 1998. - N 4. - С. 30-32.

34 О социальной защите инвалидов в Российской Федерации.

Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ [электрон. ресурс]. – Режим доступа : [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_8559/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/)

35 Проблемы социальной консолидации: инвалиды в региональном сообществе : монография / коллектив авт. под рук. д-ра экон. наук А. А. Шабуновой. – Вологда : ИСЭРТ РАН, 2014. – 134 с.

36 Профессиональная реабилитация и занятость инвалидов в Республике Мордовия. (Аналитическая записка.) // Бюллетень Научного центра социально-экономического мониторинга Республики Мордовия / Под общ. ред. А. И. Сухарева ; автор. коллектив : Мухаметзянова А. Р. и др. - 2005. - № 9. - 40 с.

37 Реабилитационные центры для детей с ограниченными возможностями: опыт и проблемы. – М.: Институт социальной работы, Ассоциация работников социальных служб, 1997. – 200 с.

38 Реабилитация: словарь основных терминов / Сост. А. Г. Рябконь, Е. М. Старобина, С. А. Стеценко. - СПб. : Творческое объединение реабилитологов, 1997. - 80 с.

39 Российская энциклопедия социальной работы : в 2 т. / Под ред. А. М. Панова, Е. И. Холостовой. - М.: Академия проблем социальной работы Международной академии информатизации, Институт социальной работы Ассоциации работников социальных служб, 1997. - Т. 1. - 364 с.

40 Рекомендации по проведению натурных обследований элементов городской среды. – М.: ВОИ «Сопричастность», 2001. – 64 с.

41 Романов П. В. Проблема доступности высшего образования для инвалидов / П. В. Романов, Е. Р. Ярская-Смирнова // Социологические исследования. - 2005. - N 10. - С. 48-56.

42 Романов П. В. Политика инвалидности. Проблемы доступной среды и возможности занятости / П. В. Романов, Е. Р. Ярская-Смирнова // Социологические исследования. - 2005. - N 2. - С. 44-55.

43 Романов П. В. Политика инвалидности: Социальное гражданство инвалидов в современной России / П. В. Романов, Е. Р. Ярская-Смирнова – Саратов: Изд-во «Научная книга», 2006. – 260 с.



44 Рузаева Е. М. Лица с ограниченными возможностями как субъекты трудового права: монография / Е. М. Рузаева, М. М. Рузаев. - М.: Юрлитинформ, 2014. - 192 с.

45 Свод Правил 59.13330.2012 «Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения. Актуализированная редакция СНиП 35-01-2001» [электрон. ресурс]. – Режим доступа : <http://docs.cntd.ru/document/1200089976>

46 Сделаем город доступным для инвалидов // Наша жизнь (плоскопечатный шрифт). - 2016. - № 1. - С. 84-85. - Подготовлено по материалам электронных СМИ.

47 Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов / Приняты резолюцией 48/96 Генеральной Ассамблеи от 20 декабря 1993 г. [электрон. ресурс]. – Режим доступа : [http://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/conventions/disabled.shtml](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disabled.shtml)

48 Сигида Е. А. Инвалидность и туризм: потребность и доступность: монография / Е. А. Сигида, И. Е. Лукьянова. - М.: ИНФРА-М, 2016. - 106 с.

49 Ткаченко В. С. Интеграция в Российском обществе людей с инвалидностью : автореф. дис. ... д-ра социол. наук / В. С. Ткаченко ; Северо-Кавказский госуниверситет. - Ставрополь, 2007. - 48 с.

50 Трудовая активность инвалидов : состояние и перспективы / Е. Ш. Гонтмахер, А. В. Клепиков, А. Н. Рысев [и др.] [электрон. ресурс]. – Режим доступа : [http://rabota.Perspektiva\\_inva.ru](http://rabota.Perspektiva_inva.ru)

51 Формы работы организаций Всероссийского общества инвалидов с конкретными категориями инвалидов. Методические рекомендации. – М.: ВОИ «Сопричастность», 2001. - 64 с.

52 Холостова Е. И. Социальная реабилитация : учеб. пособие / Е.И. Холостова, Н.Ф. Дементьева. - М.: “Дашков и К”, 2002. - 340 с.

53 Шек О. Взгляды родственников людей с ментальной инвалидностью на деинституционализацию психиатрии в России / О. Шек, И. Пиетилла // Журнал исследований социальной политики. - 2017. - № 1. - С.

54 Шмидт В. Либерализация: единственный путь деинституционализации или одна из возможных стратегий / В. Шмидт // Журнал исследований социальной политики. - 2005. - Том 3. - № 4. - С. 451- 464.

55 Шмидт В. «Спасем наших детей»: к проблеме дискурса кампаний в пользу реформы общественного воспитания детей с инвалидностью в России» / В. Шмидт // ИНТЕР. - 2016. - № 12. - С. 5-20.

56 Энциклопедический социологический словарь / Ин-т соц.-полит. исслед. – М., 1995. – 939 с.

57 Энциклопедия социальных практик поддержки инвалидов в Российской Федерации / под ред. проф. Е.И. Холостовой, проф. Г.И. Климантовой. - М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2015. - 824 с.

58 Ярская-Смирнова Е. Р. Социальная работа с инвалидами / Е. Р. Ярская-Смирнова, Э. К. Наберушкина. – СПб. : Питер, 2004. - 316 с.

59 Ярская-Смирнова Е.Р. Социальное конструирование инвалидности / Е. Р. Ярская-Смирнова // Социологические исследования. - 1999. - N 4. - С.38-45.

60 Ярская-Смирнова Е.Р. Инвалиды и общество: двадцать лет спустя / Е. Р. Ярская-Смирнова // Социологические исследования. - 2010. - N 9. - С. 50-57.

61 Ярская-Смирнова Е.Р. Инклюзивное образование для детей-инвалидов / Е. Р. Ярская-Смирнова, И. И. Лошакова // Социологические исследования. - 2003. - N 5. - С. 100-106.

62 Ярская-Смирнова Е.Р. Инклюзия как принцип современной социальной политики в сфере образования: механизмы реализации / Е. Р. Ярская-Смирнова. - М.: МОНФ, ЦСПГИ, 2008. – 224 с.

63 Ярская-Смирнова Е. Р. Профессионализация социальной работы в России / Е. Р. Ярская-Смирнова // Социологические исследования. - 2001. - N 5. - С. 86-95.

## **ПРИЛОЖЕНИЕ А** **(обязательное)**

### **Программа социологического исследования «Готовность инвалидов к интеграции в общество»**

*Формулировка и обоснование проблемы исследования.* В европейских странах в настоящее время происходит переход от системы реабилитации, основанной на учреждениях, где инвалид имел незначительную самостоятельность, либо был лишен ее совсем, к системе, где основное внимание, исходя из полного признания права на различия, придается наибольшей самостоятельности инвалидов. Общество должно учитывать определенные потребности инвалидов. И здесь есть необходимость рассмотреть вопрос о готовности самого общества к «открытому включению» инвалидов в жизнь общества наравне с другими гражданами. Для этого необходимо не только физическое устранение барьеров и создание условий, компенсирующих ограничения жизнедеятельности инвалидов, но и концептуально новый подход к оказанию помощи лицам с ограниченными возможностями. Выражается он в процессе деинституционализации системы реабилитации инвалидов, т.е. перенесении большей части мероприятий по реабилитации инвалидов (восстановлению их здоровья и социальных связей) в общество и с активным привлечением сообщества, общины. В этом случае необходимо создание совершенно иной инфраструктуры реабилитационной помощи, включающей социальные службы поддержки менее крупные, но более гибкие в оказании услуг, преимущественно амбулаторные учреждения медицинской помощи и т.д.

*Включенность инвалидов в жизнь общества* – главный показатель деинституализации процесса реабилитации инвалидов. Этот показатель в свою очередь делится на более мелкие показатели: наличие безбарьерной среды как материальной основы деинституализации, приближение уровня и качества жизни инвалидов к среднему уровню и качеству жизни гражданина без

инвалидности, наличие системы социальной поддержки, обеспечивающей наибольшую самостоятельность инвалида, социальное самочувствие и социальные ожидания самих инвалидов, реализация жизненных планов в соответствии с текущими возрастными периодами, наличие возможностей получения образования, в том числе по конкурентоспособным специальностям, адекватное использование возможностей инвалидов в трудовой сфере, снижение коэффициента семейной нагрузки в семьях, где хотя бы один член семьи инвалид; готовность к созданию собственной семьи.

**Цель исследования:** описание процессов институализации и деинституализации (трансформации) системы реабилитации инвалидов на уровне региона на основе изучения отношения опрошенных инвалидов трудоспособного возраста к этим процессам (готовности к интеграции).

**Задачи исследования:**

- определение среднего уровня жизни инвалида;
- выяснить представление инвалидов о доступности среды и возможности получения образования;
- изучить основные проблемы инвалидов в сфере медико-социальной экспертизы, реализации индивидуальной программы реабилитации, адаптации и реабилитации;
- определить осведомленность инвалидов о своих правах;
- изучение на основе мнения инвалидов соблюдения прав инвалидов, закрепленных в российском законодательстве;
- выявить основные социальные условия, способствующие ухудшению условий жизни инвалидов.

**Объект исследования:** инвалиды как социальная группа, испытывающая действие факторов, затрудняющих их функционирование в обществе, и имеющая потребность в реабилитационных услугах; лица с инвалидностью трудоспособного возраста: мужчины в возрасте от 18 до 59 лет, женщины - от 18 до 55 лет.

**Предмет исследования:** мнение инвалидов трудоспособного возраста о функционировании системы реабилитации инвалидов на уровне субъекта Российской Федерации.

**Интерпретация основных понятий.** В структуре понятий, связанных с темой исследования, центральное место занимают такие понятия как "инвалид", "инвалидность", «реабилитация инвалидов», «реабилитационный потенциал». Эффективное решение проблем инвалидности требует формирования единства взглядов на эти понятия.

"Инвалид - лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты".

Под ограничением жизнедеятельности понимается полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

Согласно Декларации о правах инвалидов (ООН, 1975) "инвалид означает любое лицо, которое не может самостоятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной личной и/или социальной жизни в силу недостатка, будь то врожденного или приобретенного, его или ее физических и умственных возможностей".

Инвалидность - ограничения в возможностях, обусловленные физическими, психологическими, сенсорными, социальными, культурными, законодательными и иными барьерами, которые не позволяют человеку, имеющему инвалидность, быть интегрированным в общество и принимать участие в жизни семьи или общества на таких же основаниях, как и другие члены общества.

Третья глава Федерального закона "О социальной защите инвалидов в РФ" так определяет реабилитацию инвалидов: "Реабилитация инвалидов - система медицинских, психологических, педагогических, социально-

экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма".

Этим же законом также оговариваются цель и виды реабилитации инвалидов.

"Целью реабилитации являются восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация.

Реабилитация инвалидов включает в себя:

1) медицинскую реабилитацию, которая состоит из восстановительной терапии, реконструктивной хирургии, протезирования и ортезирования;

2) профессиональную реабилитацию инвалидов, которая состоит из профессиональной ориентации, профессионального образования, профессионально-производственной адаптации и трудоустройства;

3) социальную реабилитацию инвалидов, которая состоит из социально-средовой ориентации и социально-бытовой адаптации".

В Правиле 3 "Стандартных правилах обеспечения равных возможностей для инвалидов", принятых Генеральной Ассамблеей ООН 20 декабря 1993 года, записано, что реабилитация является основополагающей концепцией политики в отношении инвалидов. А также в пункте 23 Введения - она означает "процесс, имеющий целью помочь инвалидам достигнуть оптимального физического, интеллектуального, психического и/или социального уровня деятельности и поддерживать его, предоставив тем самым средства для изменения их жизни и расширения рамок независимости".

Также реабилитация инвалидов - "системная деятельность медицинского, психологического, профессионального и социального и т.п. порядка государственных служб, общественных организаций, трудовых коллективов, семьи, отдельных граждан и самих инвалидов, направленная на восстановление их здоровья, трудоспособности и социального статуса, на максимально раннее и полноценное возвращение или включение в обычные жизненные условия".

Однако в настоящее время *понятие реабилитации* трактуется гораздо шире — как система, включающая в себя все меры, направленные на уменьшение воздействия инвалидизирующих факторов и условий, приводящих к физическим и другим дефектам, а также на обеспечение возможности инвалидов достичь социальной интеграции (доклад ВОЗ, 1983 г.).

Таким образом, реабилитация стала приобретать значение в широком смысле как всеобъемлющая система мероприятий восстановительного характера, формирующая уровень общественного здоровья.

### **Операционализация основных понятий.**

#### **Факторная операционализация.**

Таблица 1.

<b>РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ</b>	
<i>Общая часть</i>	
<i>Факторы институционализации</i>	<i>Факторы деинституционализации</i>
Установление государством определенных правил и норм при предоставлении реабилитационных услуг инвалидам	Неэффективность существующей системы закрытых стационарных учреждений в современных условиях, т.к. их содержание дорогостояще, а условия проживания инвалидов нарушают отдельные конституционные права, привело к тому, что число этих учреждений и мест в них стало сокращаться
Наличие отлаженной системы закрытых стационарных учреждений «институций», в которых проживают, обучаются и работают инвалиды	Внедрение положений Концепции независимого образа жизни инвалида, состоящей в том, что условия жизнедеятельности инвалида должны придавать как можно больше самостоятельности
Отсутствие системы учреждений нового типа, специалистов и сформированной доступной среды жизнедеятельности инвалида, когда реабилитационные услуги оказываются преимущественно в обычных условиях, позволяют функционировать прежней системе	Влияние процесса развития гражданского общества в России, когда повышается участие всех граждан в общественной жизни и взаимодействии в сообществе
<i>Медицинская реабилитация</i>	
<i>Факторы институционализации</i>	<i>Факторы деинституционализации</i>



Система государственных учреждений здравоохранения предоставляет достаточно большой спектр бесплатных медицинских услуг, обладает грамотными специалистами	Тенденция предоставления медицинской помощи не только инвалидам, но и всем гражданам, преимущественно в амбулаторных условиях и соответственно развитие амбулаторных и полустационарных учреждений, среди которых есть и те, что предоставляют специализированные медицинские услуги для инвалидов
<b><i>Профессиональная реабилитация</i></b>	
<i>Факторы институционализации</i>	<i>Факторы деинституционализации</i>
Сохранение системы учреждений специального образования для инвалидов, т.к. для обучения в обычных образовательных учреждениях еще не созданы условия и недостаточно специалистов для работы с детьми с различными видами нарушений	Развитие дистанционного образования, в том числе специальных программ для инвалидов
Система государственных образовательных учреждений предоставляет стандартный перечень образовательных услуг	Повышение возможностей получения образования в системе негосударственных образовательных учреждений, где практикуется индивидуальный подход к нуждам инвалидов
Сохранение сегрегированной среды в организациях и на предприятиях, где работают преимущественно инвалиды.	Разработка и внедрение программ трудоустройства инвалидов в организации и предприятия, где они на равных могут работать со здоровыми
<b><i>Социальная реабилитация</i></b>	
<i>Факторы институционализации</i>	<i>Факторы деинституционализации</i>
Политика исключения инвалидов из общества, по крайней мере, из институтов, «обнаруживающих» инвалидов в обществе, остается действенным механизмом формального решения социальных проблем	Общество постепенно «привыкает» к присутствию инвалидов, среди респондентов, которые раньше не знали и не задумывались о проблемах инвалидов, появилось понимание. Появились общественные механизмы организующие взаимодействие инвалидов и здоровых на уровне общественных организаций

**Гипотеза исследования:** В Республике Мордовия имеются диаметрально противоположные тенденции в процессах институализации и деинституализации системы реабилитации инвалидов, т.к., с одной стороны, имеется не самая развитая инфраструктура «закрытых» стационарных учреждений реабилитации инвалидов среди регионов ПФО, с другой, социально-экономическое положение не позволяет быстрыми темпами создавать и инфраструктуру учреждений «открытого» типа. Поэтому в области реабилитации инвалидов еще долго будут происходить трансформации, говорить о стабильном функционировании системы реабилитации инвалидов пока рано. К тому же часть инвалидов предпочитают жить и получать реабилитационные услуги в условиях сегрегированных и даже изолированных.

**Описание метода сбора социологической информации.** Опрос проведен методом анкетного опроса с элементами очного индивидуального полужормализованного интервью в следующих «точках» опроса: 1) районных отделах социальной защиты населения районов республики; 2) на дому; 3) общественных организациях инвалидов. Респонденты должны были устно ответить на 62 вопроса, задаваемых интервьюером согласно разработанному бланку интервью.

**Обоснование выборочной совокупности.** Реабилитация инвалидов трудоспособного возраста имеет свои особенности, поскольку эта группа, как правило, более перспективна в плане реабилитации и возможностей включения в наибольшее число сфер жизнедеятельности общества после восстановительных мероприятий. Поэтому для опроса по данной теме интерес представляют инвалиды трудоспособного возраста, но учитывая меньший трудовой потенциал в среднем у этой категории граждан, ограничим возраст респондентов до 55 лет, для обоих полов.

**Расчет объема выборки.** В генеральную совокупность вошли 26612 человек, в возрасте от 18 до 55 лет (женщины) и от 18 до 55 лет (мужчины), проживающие в Республике Мордовия. Выборочная совокупность высчитывалась по формуле:

$$n = \frac{0,91}{\left(\frac{\Delta}{100}\right)^2 + \left(\frac{0,91}{N}\right)}$$

где n – выборочная совокупность, N — генеральная совокупность, Δ — погрешность измерения. В данном исследовании была взята погрешность измерения ± 5 % (Δ= 5), статистическая значимость 95 %. Таким образом, выборочная совокупность составила 380 человек.

**Расчет структуры выборки.** В данном исследовании применены квотная и вероятностная модели выборки, т.к. изначально имелись статистические данные о структуре групп инвалидности и месте проживания, но были неизвестны точные пропорции по полу и возрасту.

Расчет выборки по районам республики приведен в Приложении А, а ее корректировка с учетом численности инвалидов в Приложении Б.

Распределение выборочной совокупности по районам Мордовии с учетом группы инвалидности и пола приведено в табл. 2.

Таблица 2 — Распределение выборочной совокупности по районам Мордовии с учетом группы инвалидности и пола

Район	I группы		II группы		III группы	
	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
Ардатовский	0	1	4	5	2	2
Атюрьевский	0	0	1	2	1	1
Атяшевский	1	0	2	4	1	2
Б.Березниковский	1	0	2	3	1	1
Б.Игнатовский	0	0	1	2	1	0
Дубенский	1	0	1	2	1	1
Ельниковский	1	0	1	2	1	1
Зубовополянск й	1	1	7	8	3	4
Инсарский	1	0	2	3	1	1

Ичалковский	0	1	3	3	1	2
Кадошкинский	0	0	1	2	1	0
Ковылкинский	1	1	5	7	3	3
Кочкуровский	0	1	1	2	1	1
Краснослободский	0	1	3	3	1	2
Лямбирский	0	1	4	4	2	3
Ромодановский	0	1	3	3	1	2
Рузаевский	1	1	7	9	4	4
Старошайговский	1	0	1	2	1	1
Темниковский	1	0	2	3	1	1
Теньгушевский	0	1	1	2	1	1
Торбеевский	0	1	3	2	1	1
Чамзинский	1	1	4	4	2	3
г.Саранск	7	8	42	50	20	25
Ленинский	2	3	14	16	7	8
Октябрьский	3	3	16	20	8	10
Пролетарский	2	2	12	14	5	7
ВСЕГО	18	20	101	127	52	62

*Логическая структура инструментария.* Логическая структура анкеты представлена в таблице 3.

Таблица 3 — Логическая структура анкеты «Готовность инвалидов к интеграции в общество»

Операциональное понятие	Индикатор	Тип шкалы измерения	Номер вопроса в анкете
<b>1. Паспортчика</b>			
Социально-демографические и статусные характеристики респондентов	Пол	Номинальная	1
	Возраст	Открытая	2
	Тип местности проживания	Номинальная	3
	Семейное положение	Номинальная	4
	Наличие детей	Номинальная	5
	Уровень образования	Номинальная	6
	Род деятельности	Номинальная	7
	Группа инвалидности	Номинальная	8
	Стаж инвалидности	Номинальная	9
	Периодичность продления	Номинальная	10

	инвалидности Причина инвалидности Степень ограничения способности к труду	Номинальная Номинальная	11 12
<b>2. Уровень доходов и качество жизни</b>			
Уровень потребления товаров	Характеристика денежных доходов	Номинальная	13
Расходы домохозяйств с инвалидами	Структура расходов за год	Метрическая	14
Источники доходов домохозяйств с инвалидами	Структура источников доходов	Номинальная	15
Оценка уровня дохода	Средний уровень дохода	Ранговая	16
Необходимость автомобиля для перемещения	Наличие или отсутствие необходимости в автомобиле	Номинальная	17
Преимущественное пользование автомобилем в семье	Наличие или отсутствие автомобиля	Номинальная	18
Домашний компьютер	Наличие или отсутствие компьютера	Номинальная	19
Подключенность домашнего компьютера к сети Интернет	Наличие или отсутствие подключения	Номинальная	20
Неиспользование сети Интернет	Факторы неиспользования возможностей сети Интернет	Номинальная	21
Использование сети Интернет	Цели использования возможностей сети Интернет	Номинальная	22
Периодичность использования сети Интернет	Структура периодичности использования сети Интернет	Ранговая	23
Жилищные условия	Наличие или отсутствие собственного жилья	Номинальная	24
Жилая площадь	Количество кв.метров на каждого члена семьи	Ранговая	25
<b>3.Медико-социальная экспертиза и индивидуальная программа реабилитации</b>			
Трудности при прохождении медико-социальной экспертизы	Наличие трудностей при прохождении медико-социальной экспертизы	Номинальная	26
Разработка индивидуальной программы реабилитации (ИПР)	Наличие или отсутствие индивидуальной программы реабилитации	Номинальная	27
Проблемы при реализации ИПР	Наличие проблем при реализации ИПР	Номинальная	28
Причины не обращаемости за разработкой ИПР	Наличие причин не обращаемости за разработкой ИПР	Номинальная	29
Предпочтение условий получения медицинской помощи	Выбор амбулаторно-поликлинических или стационарных условий получения медицинской помощи	Номинальная	30
<b>4. Образование</b>			

Трудности в процессе обучения	Наличие трудностей в процессе обучения	Номинальная	31
Нуждаемость в помощи со стороны отдельных групп людей	Наличие нуждаемости в помощи со стороны отдельных групп людей	Номинальная	32
Удовлетворенность своим уровнем образования	Оценка своего уровня образования	Ранговая	33
Планирование продолжения образования	Наличие планов продолжить образование	Номинальная	34
Причины, не позволяющие продолжить образование	Выбор причин, не позволяющих продолжить образование	Номинальная	35
Типы учреждений для детей-инвалидов для сохранения равного доступа к образованию	Выбор типа учреждения для детей-инвалидов для сохранения равного доступа к образованию	Номинальная	36
<b>5. Занятость</b>			
Уровень здоровья, позволяющий инвалидам работать	Наличие уровня здоровья, позволяющего инвалидам работать	Номинальная	37
Трудности, испытываемые инвалидами в работе	Наличие трудностей, испытываемых инвалидами в работе	Номинальная	38
Причины нежелания работать	Наличие причин нежелания работать	Номинальная	39
<b>6. Доступность архитектурной среды и социальной инфраструктуры</b>			
Доступность предприятий, учреждений, организаций	Степень доступности предприятий, учреждений, организаций	Ранговая	40
Бытовые удобства в квартире/доме	Наличие или отсутствие бытовых удобств в квартире/доме	Номинальная	41
Нуждаемость в дополнительных приспособлениях квартиры, лестницы, лифта, крыльца, придомовой территории	Наличие нуждаемости в дополнительных приспособлениях квартиры, лестницы, лифта, крыльца, придомовой территории	Номинальная	42
Затруднения при пользовании общественным транспортом	Наличие или отсутствие затруднений при пользовании общественным транспортом	Номинальная	43
<b>7. Социальная помощь и поддержка</b>			
Оценка уровня информированности инвалидов о своих правах	Уровень информированности инвалидов о своих правах	Ранговая	44
Решение государством проблем инвалидов	Достаточная/недостаточная роль государства в решении проблем инвалидов	Номинальная	45

Наличие и деятельность негосударственных общественных организаций, которые помогают инвалидам	Осведомленность о наличии и деятельности негосударственных общественных организаций, которые помогают инвалидам	Номинальная	46
Приоритет в выборе системы учреждений помощи инвалидам	Выбор стратегии развития системы учреждений помощи инвалидам	Номинальная	47
Нуждаемость в помощи	Наличие/отсутствие нуждаемости в помощи	Номинальная	48
Организации, группы лиц, которые чаще всего оказывали помощь инвалидам	Наличие/отсутствие организаций, групп лиц, которые чаще всего оказывали помощь инвалидам	Номинальная	49
<b>8. Личная жизнь и семья</b>			
Готовность вступить в брак	Проявление готовности вступить в брак	Номинальная	50
Причины, по которым инвалид не может вступить в брак	Факторы небрачного поведения	Номинальная	51
Взаимоотношения с проживающими вместе членами семьи	Оценка взаимоотношений с проживающими вместе членами семьи	Ранговая	52
<b>9. Ценности, социальное самочувствие и жизненные планы</b>			
Наиболее важные ценности	Ценностные установки	Номинальная	53
Наличие инвалидов среди родственников, друзей, знакомых	Наличие инвалидная среды	Номинальная	54
Отношение здоровых людей после информации об инвалидности респондента	Влияние наличия инвалидности у респондентов на отношение к ним здоровых людей	Ранговая	55
Отношение к своей инвалидности	Оценка отношения к своей инвалидности	Номинальная	56
Факторы, мешающие участию в общественной жизни человека с ограниченными возможностями	Наличие/отсутствие факторов, мешающие участию в общественной жизни человека с ограниченными возможностями	Номинальная	57
Различия в отношении к женщинам-инвалидам, к мужчинам-инвалидам	Наличие/отсутствие различий в отношении к женщинам-инвалидам, к мужчинам-инвалидам	Номинальная	58
Развитие отношений между инвалидами и обществом	Оценка развития отношений между инвалидами и обществом	Ранговая	59
Приоритет выбора жизненных планов при наличии возможности вести	Наличие/отсутствие приоритетов выбора жизненных планов при	Номинальная	60



самостоятельный образ жизни	наличии возможности вести самостоятельный образ жизни		
Удовлетворенность различными сторонами жизни респондента	Оценка удовлетворенности различными сторонами жизни респондента	Ранговая	61
Мнение на актуальные темы, которые не были освещены в анкете	Темы, не освещенные в анкете	Открытый	62

**Обработка результатов исследования.** Результаты опроса планируется обрабатывать в программе IBM SPSS Statistics 19. Для построения графиков и диаграмм использовалось приложение Libre Office Calc.

**ПРИЛОЖЕНИЕ Б**  
**(обязательное)**

**АНКЕТА**

**«ГОТОВНОСТЬ ИНВАЛИДОВ К ИНТЕГРАЦИИ В ОБЩЕСТВО»**

Уважаемый гражданин!

Кафедра социологии Мордовского государственного университета им. Н.П. Огарева проводит социологическое исследование по изучению различных сфер жизни людей с ограниченными возможностями здоровья, в опросе участвуют только инвалиды. Внимательно прочитайте вопросы и обведите в кружок номер варианта ответа, который Вы считаете наиболее подходящим. Если ни один из предложенных ответов вас не устраивает, напишите свой вариант. Обращайте внимание на инструкции в скобках, напечатанные курсивом. Результаты исследования будут использованы в обобщенном виде, поэтому подписывать анкету нет необходимости. Мы заранее просим извинение, если какие-то формулировки покажутся Вам некорректными и просим нас поправить. Нам действительно важно знать Ваше мнение!

*Социально-демографические и статусные характеристики*

**1. Ваш пол:**

2. Мужской
3. Женский

**2. Ваш возраст (цифрами укажите количество полных лет):** \_\_\_\_\_

**3. В какой местности Вы проживаете?**

1. Городская
2. Сельская

**4. Ваше семейное положение в настоящее время (укажите только один ответ):**

1. В браке
2. Не в браке
3. Незарегистрированный брак

**5. Сколько у Вас детей до 18 лет (укажите только один ответ)?**

1. Ни одного
2. Один, два
3. Три и более

**6. Каков уровень Вашего образования (укажите только один ответ)?**

1. До 8-9 классов
2. 10-11 классов
3. Начальное профессиональное (училище)
4. Среднее профессиональное (техникум, колледж)
5. Высшее (в том числе два и более высших образования; аспирантура)
6. Не имею образования

**7. Ваш ОСНОВНОЙ род деятельности в настоящее время (укажите только один ответ):**

1. Служащий органов государственной (муниципальной) власти
2. Работник правоохранительных органов, военнослужащий
3. Работник производственного предприятия
4. Работник сельскохозяйственного предприятия
5. Работник общественной организации, политической партии
6. Работник бюджетной сферы (медицина, образование, наука, культура)
7. Индивидуальный (частный) предприниматель, фермер
8. Работаю у частного работодателя, в коммерческой организации
9. Учащийся, студент
10. Домохозяйка, отпуск по уходу за ребенком
11. Безработный (выбирайте этот ответ не только если Вы стоите на бирже, но и в том случае если самостоятельно ищете работу)
12. Пенсионер (напишите по какой причине) \_\_\_\_\_
13. Другой род занятий (напишите) \_\_\_\_\_

**8. Ваша группа инвалидности:**

1. I группа
2. II группа
3. III группа

**9. Когда Вам впервые установлена группа инвалидности (укажите только один ответ)?**

1. Менее одного года назад
2. От года до 10 лет назад
3. Более 10 лет назад
4. С рождения или в возрасте до 18 лет

**10. На какой срок Вам установлена группа инвалидности?**

1. На один год
2. На два года
3. Пожизненно

**11. По какой причине Вам установлена группа инвалидности (укажите только один ответ)?**

1. С детства
2. По общему заболеванию
3. В связи с профессиональным заболеванием
4. В связи с травмой на производстве
5. Ликвидатор аварии на Чернобыльской АЭС, НПО «Маяк»
6. Вследствие участия в боевых действиях, военных конфликтах

**12. Какая у Вас степень ограничения способности к труду (самая легкая — первая степень, указана в справке государственной службы медико-социальной экспертизы (МСЭ) розового цвета)?**

1. Первая
2. Вторая
3. Третья
4. Нет степени ограничения (ее отсутствие также устанавливается государственной службой МСЭ)

### **Уровень доходов и качество жизни**

**13. Какие из приведенных ниже оценок наиболее точно характеризуют Ваши денежные доходы (укажите только один ответ)?**

1. Денег вполне достаточно, чтобы вообще ни в чем себе не отказывать
2. Покупка большинства товаров длительного пользования (холодильник, телевизор и др.) не вызывает у нас трудностей, однако покупка квартиры, автомашины нам сейчас не доступна
3. Денег достаточно для приобретения необходимых продуктов и одежды, более крупные покупки приходится откладывать
4. Денег сейчас хватает только на приобретение продуктов питания
5. Денег не хватает на продукты питания, постоянно приходится занимать в долг
6. Затрудняюсь ответить

**14. Каковы Ваши расходы (укажите в процентах все основные расходы в среднем за месяц! Даже если Вы не тратитесь на какой-то вид расходов каждый месяц, рассчитайте его за год и поделите на двенадцать)?**

### **УКАЖИТЕ ОДИН ОТВЕТ В КАЖДОЙ СТРОКЕ**

Вид расходов	Доля расходов от всего бюджета, %						
	Менее 5	5-10	10-20	20-30	30-40	40-50	Нет такого расхода

1. Питание	1	2	3	4	5	6	7
2. Одежда, обувь	1	2	3	4	5	6	7
3. Коммунальные услуги	1	2	3	4	5	6	7
4. Бытовые услуги	1	2	3	4	5	6	7
5. Лекарства	1	2	3	4	5	6	7
6. Другие медицинские расходы	1	2	3	4	5	6	7
7. Транспортные расходы	1	2	3	4	5	6	7
8. Образование	1	2	3	4	5	6	7
9. Отдых, спорт, развлечения	1	2	3	4	5	6	7
10. Товары длительного пользования	1	2	3	4	5	6	7
11. Другое (напишите)	1	2	3	4	5	6	7
_____							
_____							
ВСЕГО	НЕ БОЛЕЕ 100%						

**15. Каковы основной и дополнительные источники Ваших доходов (в столбце «Основной источник» обведите кружком цифру наиболее значимого источника доходов, а в столбце «Дополнительные источники» укажите все другие, менее значимые источники)?**

Источник доходов	Основной источник (укажите <u>только один ответ</u> )	Дополнительные источники (укажите <u>все возможные варианты</u> )
1. Заработная плата	1	1
2. Случайные (временные) заработки	2	2
3. Стипендия	3	3
4. Пенсия	4	4
5. Доходы от подсобного хозяйства	5	5
6. Доходы от собственности и ценных бумаг	6	6
7. Помощь родственников	7	7
8. Благотворительная помощь	8	8
9. Государственные пособия, компенсации	9	9

**16. Как Вы оцениваете средний уровень дохода инвалидов по сравнению с остальными гражданами (укажите только один ответ)?**

1. Выше
2. Такой же
3. Ниже
4. Затрудняюсь ответить

**17. Вам необходим автомобиль для постоянного перемещения?**

1. Да
2. Нет

**18. Есть ли в Вашей семье автомобиль, которым Вы преимущественно пользуетесь?**

1. Да
2. Нет

**19. Есть ли у Вас дома компьютер?**

1. Да
2. Нет (переходите к вопросу 24)

**20. Подключен ли Ваш домашний компьютер к сети Интернет?**

1. Да (переходите к вопросу 22)
2. Нет

**21. Почему Вы не пользуетесь Интернетом (укажите не более двух ответов)?**

1. Не имею достаточно средств для постоянного доступа к сети
2. Не имею навыков работы в Интернет, но хотел(а) бы обучиться
3. Не имею навыков работы на компьютере, но хотел(а) бы обучиться
4. Нет необходимости и желания приобрести навыки работы в сети и на компьютере
5. Другое (напишите) \_\_\_\_\_

**22. С какой целью Вы чаще всего пользуетесь Интернетом (укажите не более двух ответов)?**

1. Для работы
2. Для получения образования
3. Для проведения досуга
4. Для общения
5. Узнаю новости
6. Для поиска информации о товарах и услугах
7. Другое (напишите) \_\_\_\_\_

**23. Как часто Вы пользуетесь Интернетом (укажите только один ответ)?**

1. Каждый день

2. 2-3 раза в неделю
3. 2-3 раза в месяц
4. Один раз в месяц
5. Реже одного раза в месяц
6. Затрудняюсь ответить

**24. В какой квартире (доме) Вы проживаете (укажите только один ответ)?**

1. Собственной(ом)/приватизированной(ом)
2. Муниципальной(ом)/ведомственной(ом)
3. Съемной(ом)
4. Живу у родственников

**25. Сколько квадратных метров общей площади жилья приходится на каждого члена Вашей семьи (укажите только один ответ)?**

1. Менее 12,5 кв. м.
2. От 12,5 кв. м. до 20,0 кв. м.
3. От 20,0 кв. м. до 45,0 кв.м.
4. Более 45,0 кв.м.

***Медико-социальная экспертиза  
и индивидуальная программа реабилитации***

**26. Какие трудности Вы испытали при прохождении медико-социальной экспертизы (укажите все возможные варианты)?**

1. Сбор большого количества документов, требующихся для прохождения медико-социальной экспертизы
2. Негативное отношение сотрудников бюро медико-социальной экспертизы
3. Неудобный график работы
4. Большие очереди при прохождении непосредственно самой экспертизы
5. Долгое ожидание дня прохождения экспертизы после подачи документов в регистратуру бюро или наоборот слишком быстрое, отсутствие стандартного времени ожидания
6. Большое количество дорогостоящих обследований для прохождения медико-социальной экспертизы
7. Отсутствие необходимых врачей-специалистов в составе бюро
8. Вымогательство для установления группы инвалидности
9. Другое (*напишите*) \_\_\_\_\_
10. Никакие

**27. Была ли для Вас разработана индивидуальная программа реабилитации (ИПР) хотя бы один раз?**



1. Да
- Нет (переходите к вопросу 29)
- Не знаю о ее существовании

**28. С какими проблемами Вы столкнулись при реализации мероприятий ИПР (укажите все возможные варианты)?**

1. За каждым мероприятием ИПР приходится обращаться в разные учреждения и ведомства и оформлять много документов
2. Реализуются только мероприятия из федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, а мне необходимы мероприятия помимо этого перечня
3. Мероприятия ИПР не проводятся или проводятся формально
4. Мероприятия ИПР скудны и не соответствуют моим потребностям в реабилитационных услугах
5. Отсутствие учета индивидуальных потребностей и склонностей при разработке мероприятий ИПР
6. Другое (напишите) \_\_\_\_\_
7. Не сталкивался(лась) с проблемами

**29. Почему Вы не обращаетесь за разработкой ИПР (укажите только один ответ)?**

1. Не знаю, для чего она мне нужна
2. Не знаю, куда обратиться за ее разработкой
3. Мероприятия ИПР не проводятся или проводятся формально
4. Мероприятия ИПР скудны и не соответствуют моим потребностям в реабилитационных услугах
5. Реабилитационные услуги, которые мне нужны, проводятся без ИПР
6. Для подачи заявления на разработку ИПР необходимо повторно проходить медико-социальную экспертизу, хотя срок очередного освидетельствования еще не подошел
7. Занимаюсь реабилитацией самостоятельно
8. Другое (напишите) \_\_\_\_\_

**30. После увеличения объема амбулаторной и уменьшения стационарной медицинской помощи (сокращение количества коек и дней лечения) где Вы предпочитаете при наличии выбора получать медицинскую помощь?**

1. В амбулаторно-поликлинических условиях
2. Преимущественно в амбулаторно-поликлинических условиях
3. Преимущественно в стационарных условиях
4. В стационарных условиях
5. Затрудняюсь ответить

## Образование

### 31. Какие трудности **ЧАЩЕ ВСЕГО** Вы испытываете в процессе обучения?

1. Материальные затруднения
2. Не хватает времени, не справляюсь с учебным планом
3. Приходится занимать много времени и ресурсов в ущерб другим сферам жизни (работа, семья, досуг)
4. Трудно добираться до учебного заведения, нужен специальный транспорт
5. Пренебрежительное, негативное отношение однокурсников и преподавателей
6. Пренебрежительное, негативное отношение коллег и начальства на работе
7. Ухудшение здоровья
7. Напряженные отношения в семье
8. Другое (*напишите*) \_\_\_\_\_
9. Никакие
10. Не учусь в настоящее время (*переходите к вопросу 33*)

### 32. Нуждаетесь ли Вы в том, чтобы Вам оказали помощь в процессе обучения следующие группы людей?

УКАЖИТЕ ОДИН ОТВЕТ В КАЖДОЙ СТРОКЕ

Группа людей	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
1. Члены семьи	1	2	3
2. Сотрудники учебного заведения, где Вы обучаетесь	1	2	3
3. Однокурсники	1	2	3
4. Коллеги и начальство на работе	1	2	3
5. Друзья, родственники	1	2	3
6. Благотворительные организации, помогающие инвалидам	1	2	3

### 33. Насколько Вы удовлетворены своим уровнем образования (*укажите один ответ*)?

1. Удовлетворен(а)
2. Скорее удовлетворен(а), чем не удовлетворен(а)
3. Скорее не удовлетворен (а), чем удовлетворен(а)
4. Не удовлетворен(а)

### 34. Планируете ли Вы продолжить образование?

УКАЖИТЕ ОДИН ОТВЕТ В КАЖДОЙ СТРОКЕ

Вариант ответа	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
1. В ближайшее время	1 <i>(переходите к вопросу 36)</i>	2	3

2. В отдаленной перспективе	1 <i>(переходите к вопросу 36)</i>	2	3
-----------------------------	---------------------------------------	---	---

**35. Назовите основные причины, не позволяющие Вам продолжить образование (укажите не более двух ответов)?**

1. Состояние здоровья
2. Недостаточно материальных средств
3. Не хватает времени, чтобы работать и учиться
4. Не хватает времени, чтобы заниматься семьей и учиться
5. Трудно добираться до учебного заведения, нужен специальный транспорт
6. Нет подходящей специальности
7. Я уже поступал(а) в то учебное заведение, где хотел(а) бы учиться, но не прошел(ла) по конкурсу, больше нет желания поступать
8. Нет желания учиться
9. Отсутствие дистанционной формы образования
10. Другое (*напишите*) \_\_\_\_\_

**36. Как Вы думаете, в каких учреждениях при наличии выбора должны учиться дети с ограниченными возможностями здоровья для сохранения равного доступа к образованию (укажите не более двух ответов)?**

1. В общеобразовательных учреждениях в обычном классе при поддержке группы специалистов
2. В специальных (коррекционных) группах (классах) общеобразовательных учреждений
3. В специальных (коррекционных) дошкольных учреждениях и школах по месту жительства
4. В специальных (коррекционных) учреждениях интернатного типа по профилю нарушения
5. На дому при помощи технологии дистанционного обучения
6. Затрудняюсь ответить

### *Занятость*

**37. Как Вы считаете, позволяет ли Вам работать состояние здоровья?**

1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

**Если Вы не работаете, то переходите к вопросу 39.**

**38. Какие основные трудности Вы испытываете в работе (укажите не более трех ответов)?**

1. Трудно добираться до работы на общественном транспорте
2. Здание, где располагается рабочее помещение, труднодоступно
3. Рабочее место и общие помещения не приспособлены

4. Пренебрежительное, негативное отношение коллег и начальства
5. Большой объем работы
6. Неудобный график работы
7. Недостаток профессиональных знаний, навыков и умений
8. Отсутствие возможности повышать квалификацию
9. Недостаток навыков общения, трудности адаптации в коллективе
10. Наличие конфликтов с коллегами и начальством
11. Другое (*напишите*) \_\_\_\_\_
12. Никакие

**Если Вы работаете, то переходите к вопросу 40.**

**39. По какой причине Вы не работаете? (укажите не более трех ответов)?**

1. По состоянию здоровья
2. По семейным обстоятельствам
3. Из-за отсутствия на местном рынке труда подходящих рабочих мест
4. Из-за невысокой оплаты предлагаемых вариантов работы
5. Из-за того, что трудно добираться на работу, нужен специальный транспорт
6. Здание, где располагается рабочее помещение, недоступно (отсутствуют поручни, пандусы при входе в здание и др.)
7. Не имею желания работать
8. Другое (*напишите*) \_\_\_\_\_

***Доступность архитектурной среды  
и социальной инфраструктуры***

**40. В какой степени доступны для Вас здания следующих предприятий, учреждений, организаций?**

**УКАЖИТЕ ОДИН ОТВЕТ В КАЖДОЙ СТРОКЕ**

Предприятия, учреждения, организации	Доступно	Трудно оступно	Недосту пно	Не пользу юсь	Отсутст вует по месту прожива ния	Затруд няюсь ответи ть
1. Магазины, аптеки	1	2	3	4	5	6
2. Государственные и муниципальные учреждения	1	2	3	4	5	6
3. Учебные заведения	1	2	3	4	5	6
4. Лечебные учреждения	1	2	3	4	5	6
5. Учреждения культуры и досуга	1	2	3	4	5	6
6. Спортивные учреждения	1	2	3	4	5	6
7. Общественные и	1	2	3	4	5	6

благотворительные организации, оказывающие помощь инвалидам						
8. Здание, где Вы работаете	1	2	3	4	5	6
9. Другие (напишите) _____ _____	1	2	3	4	5	6

**41. Какие бытовые удобства отсутствуют в Вашей квартире (доме) (укажите только один вариант ответа)?**

1. Отсутствует водоснабжение и канализация
2. Отсутствует канализация
3. Нет горячей воды
4. Есть все удобства
5. Другое (напишите) \_\_\_\_\_

**42. Что из перечисленного по месту Вашего проживания нуждается в дополнительных приспособлениях для Вашего более свободного перемещения?**

**УКАЖИТЕ ОДИН ОТВЕТ В КАЖДОЙ СТРОКЕ**

Элемент архитектурной среды	Нуждается	Не нуждается	Затрудняюсь ответить
1. Квартира	1	2	3
2. Лестничная площадка, лифт	1	2	3
3. Крыльцо подъезда	1	2	3
4. Территория около дома	1	2	3

**43. Какие затруднения, больше всего, у Вас вызывает пользование общественным транспортом (укажите не более трех ответов)?**

1. Отсутствие специальных приспособлений (подъемника, дополнительных поручней, специальных сидений)
2. Пассажиры не уступают инвалидам место
3. Транспорт переполнен, на рейсах недостаточно автобусов, троллейбусов
4. Нарушение графика расписания следования транспорта на часто используемых маршрутах
5. Не хватает государственного транспорта, где есть льготный проезд
6. Не могу пользоваться общественным транспортом без сопровождающего
7. Не могу пользоваться общественным транспортом вообще
8. Другое (напишите) \_\_\_\_\_
9. Никакие
10. Не пользуюсь общественным транспортом

## Социальная помощь и поддержка

**44. Как Вы оцениваете уровень своей информированности о правах инвалидов (укажите только один вариант ответа)?**

1. Полностью информирован(а)
2. В основном информирован(а)
3. Частично информирован(а)
4. Вообще не информирован(а)

**45. Как Вы считаете, решению каких проблем инвалидов в настоящее время государство уделяет достаточно и недостаточно внимания?**

УКАЖИТЕ ОДИН ОТВЕТ В КАЖДОМ СТРОКЕ

Проблемы	Достаточно	Недостаточно
1. Получение медицинских услуг (лечения)	1	2
2. Лекарственное обеспечение	1	2
3. Обеспечение санаторно-курортным лечением	1	2
4. Получение образования	1	2
5. Трудоустройство	1	2
6. Правовые	1	2
7. Социально-экономические	1	2
8. Получение социальных услуг и льгот	1	2
9. Социально-бытовая адаптация	1	2
10. Социально-психологические	1	2
11. Обеспечение техническими средствами реабилитации	1	2

**46. Есть ли в Вашем районе негосударственные, общественные организации, которые занимаются помощью инвалидам (укажите только один ответ)?**

1. Есть, их деятельность общеизвестна и одобряется обществом (*напишите какие организации*) \_\_\_\_\_

2. Слышала, что есть такие организации, но я не знаю чем именно они занимаются

3. Ничего не знаю об этих организациях

4. Думаю, что таких организаций в нашем районе нет

5. Затрудняюсь ответить

**47. Развитие какой системы учреждений помощи инвалидам Вы считаете наиболее приоритетной (укажите только один ответ)?**

1. Развитие системы стационарных учреждений
2. Повышение денежных выплат инвалидам и, как следствие, развитие системы платных услуг для инвалидов
3. Оказание комплексной поддержки семьям, где один и более членов являются инвалидами, комплексными центрами социального обслуживания населения
4. Другое (*напишите*) \_\_\_\_\_
5. Затрудняюсь ответить

**48. В какой помощи Вы нуждаетесь ЧАЩЕ ВСЕГО (укажите не более трех ответов)?**

1. Материальная
2. Натуральная
3. Бытовая
4. Психологическая
5. Правовая
6. Медицинская
7. Не нуждаюсь в помощи
8. Затрудняюсь ответить

**49. Какие организации, группы лиц ЧАЩЕ ВСЕГО оказывают Вам помощь (укажите не более трех ответов)?**

1. Государственные (муниципальные) учреждения
2. Общественные (благотворительные) организации
3. Коммерческие организации
4. Семья, родственники
5. Друзья
6. Другие лица и организации (*напишите*) \_\_\_\_\_
7. Никто
8. Затрудняюсь ответить

### *Личная жизнь и семья*

**50. Если Вы на данный момент находитесь не в браке, то хотели бы в него вступить (укажите только один ответ)?**

1. Да, собираюсь вступить в брак в ближайшее время (переходите к вопросу 52)
2. Да, собираюсь вступить в брак в перспективе (переходите к вопросу 52)
3. Да, хочу вступить в брак, но не могу



4. Нет, я не хочу вступать в брак (переходите к вопросу 52)
5. Состою в браке (переходите к вопросу 52)
6. Затрудняюсь ответить

**51. По какой причине Вы не можете вступить в брак (укажите не более двух ответов)?**

1. Не могу найти подходящей пары
2. Не позволяет здоровье
3. Не позволяет материальное положение
4. Не позволяют трудности с жильем
5. Не одобряет ближайшее окружение, семья
6. Другое (напишите) \_\_\_\_\_

**52. Каковы у Вас взаимоотношения с членами семьи, с которыми Вы жили или живете вместе (укажите только один ответ)?**

1. Отличные
2. Скорее дружелюбные
3. Нейтральные, ровные
4. Скорее напряженные
5. Конфликтные
6. Затрудняюсь ответить

### *Ценности, социальное самочувствие и жизненные планы*

**53. Укажите наиболее важные для Вас ценности (укажите не более трех ответов):**

1. Бескорыстие
2. Взаимопомощь
3. Гражданская активность
4. Здоровье
5. Любимая работа
6. Любовь
7. Наличие материального достатка
8. Образование
9. Патриотизм
10. Принципиальность
11. Свобода мыслей, демократизм
12. Семья
13. Социальная справедливость
14. Спокойная размеренная жизнь
15. Уважение окружающих
16. Ценности религии
17. Частная собственность, свобода предпринимательства
18. Чистота природной среды
19. Другое (напишите) \_\_\_\_\_
20. Затрудняюсь ответить

**54. Среди Ваших родственников, друзей, знакомых есть инвалиды?**

1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

**55. Как к Вам ЧАЩЕ ВСЕГО относятся здоровые люди, когда узнают что Вы имеете инвалидность (укажите только один ответ)?**

1. Сочувственно
2. Также как ко всем
3. Равнодушно
4. Негативно
5. Затрудняюсь ответить

**56. Как Вы относитесь к своей инвалидности (укажите только один ответ)?**

1. Стараюсь скрыть при каждой возможности
2. Рассказываю о ее наличии только тем людям, с которыми у меня установлены хорошие близкие отношения
3. Я специально не скрываю наличие инвалидности
4. Затрудняюсь ответить

**57. Что, по Вашему мнению, мешает участию в общественной жизни человека с ограниченными возможностями здоровья (инвалида) (укажите не более трех ответов)?**

1. Сложившийся негативный стереотип отношения в обществе
2. Неуверенность в своих силах
3. Недостаток информации и навыков общения
4. Недоступность многих культурных объектов
5. Собственная социальная пассивность
6. Ничего не мешает
7. Другое (*напишите*) \_\_\_\_\_
8. Затрудняюсь ответить

**58. Как Вы думаете, наблюдаются ли различия в отношении к женщинам-инвалидам и мужчинам-инвалидам со стороны общества (укажите только один ответ)?**

1. Никогда не наблюдал(а) таких различий
2. В обществе лучше относятся к женщинам-инвалидам
3. В обществе лучше относятся к мужчинам-инвалидам
4. Затрудняюсь ответить

**59. Как, на Ваш взгляд, развиваются отношения между инвалидами и обществом (укажите только один ответ)?**

1. Улучшаются

2. Ничего не меняется, отношения итак хорошие
3. Ничего не меняется, хотя отношения плохие
4. Ухудшаются
5. Затрудняюсь ответить

**60. Если помощь со стороны государства и общества обеспечивала бы Вам более самостоятельный образ жизни и больше возможностей, чем Вы занялись бы в первую очередь (укажите не более трех ответов)?**

1. Карьерой, образованием
2. Собственным бизнесом
3. Общественной деятельностью, связанной с помощью инвалидам
4. Общественной деятельностью, не связанной с помощью инвалидам
5. Личной жизнью, семьей
6. Творческой самореализацией
7. Спортом
8. Развитием специальных способностей для повышения реабилитационного потенциала и уравнивания в возможностях со здоровыми людьми
9. Другое (*напишите*) \_\_\_\_\_
10. Затрудняюсь ответить

**61. Подводя итог анкетированию, мы хотели бы узнать, насколько Вас устраивают различные стороны Вашей жизни?**

УКАЖИТЕ ОДИН ОТВЕТ В КАЖДОЙ СТРОКЕ

Вариант ответа	Полностью устраивает	Устраивает отчасти	Не устраивает совсем	Затрудняюсь ответить
1. Работа	1	2	3	4
2. Дружеские контакты	1	2	3	4
3. Жилищные условия	1	2	3	4
4. Материально-финансовое положение семьи	1	2	3	4
5. Место проживания	1	2	3	4
6. Отношения внутри семьи	1	2	3	4

**62. Выскажите свое мнение на актуальные для Вас темы, которые не были освещены в анкете** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Спасибо за участие в опросе!**

**ПРИЛОЖЕНИЕ В**  
**(обязательное)**

**ОЦЕНКА КОМФОРТНОСТИ**  
**И ДОСТУПНОСТИ ПРОЦЕДУРЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ**  
**В ГОСУДАРСТВЕННЫХ БЮДЖЕТНЫХ СТАЦИОНАРНЫХ**  
**УЧРЕЖДЕНИЯХ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ**  
**НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ,**  
**ГОСУДАРСТВЕННЫХ КАЗЕННЫХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ**  
**УЧРЕЖДЕНИЯХ ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ,**  
**НУЖДАЮЩИХСЯ В СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

Бланк наблюдения

**Наименование учреждения:** \_\_\_\_\_

**Адрес учреждения:** \_\_\_\_\_

**Дата заполнения:** \_\_\_\_\_

**Время заполнения:**

**Начало:** \_\_\_\_\_ часов \_\_\_\_\_ минут

**Окончание:** \_\_\_\_\_ часов \_\_\_\_\_ минут

**ФИО эксперта:** \_\_\_\_\_

Саранск 2016

## I. ТЕРРИТОРИЯ, ПРИЛЕГАЮЩАЯ К ЗДАНИЮ

**Внимание!** В примечаниях ко всем пунктам необходимо написать все, что не позволяет ответить на вопрос бланка наблюдения однозначно «да» или «нет», отметить обнаруженные факты недоступности здания и отдельных его элементов для маломобильных групп населения (МГН; лица с нарушениями зрения, слуха, с психическими расстройствами, с нарушениями опорно-двигательного аппарата, передвигающиеся с помощью технических средств реабилитации: трости, костылей, инвалидной коляски), указать организационные решения, принятые администрацией обследуемого учреждения для преодоления недоступности архитектурно-строительной среды.

### 1. Территория имеет хотя бы один вход/въезд, позволяющий войти/въехать МГН:

Требования	Да	Нет
1. Отсутствуют турникеты, навесные калитки	1	2
2. Ворота не закрыты или регулируются в непрерывном режиме	1	2
3. Ширина проема калитки составляет не менее 0,9 м	1	2
4. Высота порога составляет не более 2,5 см	1	2

**Примечания:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 2. На территории имеется возможность для беспрепятственного и удобного передвижения МГН на пути следования к зданию:

Требования	Да	Нет
1. Ширина дорожек составляет не менее 1 м	1	2
2. Отсутствуют какие-либо препятствия на дорожках (например, скамейки, мусорницы), сужающие их ширину	1	2
3. Отсутствуют перепады высот более 2,5 см	1	2
4. Отсутствуют насыпи щебня, песка на дорожках, асфальтовое	1	2

покрытие не имеет значительных повреждений и выбоин		
---	--	--

**Примечания:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. На прилегающей территории имеется возможность совмещения транспортного проезда и пешеходных дорожек на пути следования к зданию (между транспортным проездом и пешеходной дорожкой нет бордюра или перепада высот более 2,5 см):**

- 1. Да
- 2. Нет

**Примечания:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4. Поверхность дорожек на пути к зданию не имеет насыпных и крупноструктурных материалов (при наличии бетонных плит — ровная укладка, толщина швов между плитами — не более 1,5 см):**

- 1. Да
- 2. Нет

**Примечания:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

***Внимание!** П. 5 необходимо заполнять только в том случае, если на пути к зданию Вы обнаружили лестницу (с пандусом или без него).*

**5. Лестница на пути к зданию соответствует следующим требованиям:**

Требования	Да	Нет
1. Лестница оснащена стандартными поручнями высотой 90 см (допустима от 85 до 92 см)	1	2
2. Длина марша пандуса не превышает 9 м	1	2
3. Уклон поверхности пандуса — не круче 1:20 м	1	2
4. Ширина пандуса составляет не менее 1 м	1	2
5. На пандусе имеются параллельные поручни с двух сторон на высоте 70 и 90 см (допустима от 85 до 92 см)	1	2
6. Длина горизонтальной площадки пандуса составляет не менее 1,5 м для разворота инвалидной коляски	1	2
7. В верхнем и нижнем окончаниях пандуса предусмотрена свободная зона размерами не менее 1,5x1,5 м	1	2

**Примечания:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**6. Проезду и маневрированию инвалидной коляски, проходу МГН от входа/въезда на территорию до крыльца здания препятствуют устройства и оборудование (почтовые ящики, укрытия таксофонов, информационные щиты) на стенах зданий, сооружений или на отдельных конструкциях, сужающие ширину дорожек до размера менее 1 м:**

1. Да
2. Нет

**Примечания:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---



**7. На территории имеются места отдыха (скамейки, беседки), доступные для МГН:**

Требования	Да	Нет
1. Расстояние от входа в здание до места отдыха составляет не более 100—150 м	1	2
2. Ширина дорожек — не менее 1 м	1	2
3. Отсутствуют насыпи щебня, песка на дорожках	1	2
4. Асфальтовое покрытие не имеет выбоин глубиной более 2,5 см, препятствующих ходу инвалидной коляски	1	2
5. Отсутствуют какие-либо препятствия на дорожках (например, скамейки, мусорницы), сужающие их ширину	1	2
6. При входе/въезде в беседку имеется пандус или съезд	1	2
7. Ширина входа/въезда в беседку — не менее 90 см	1	2
8. Высота сидений скамеек — от 38 до 58 см	1	2
9. Скамейки имеют опору для спины	1	2
10. Каждая скамейка имеет не менее одного подлокотника	1	2

**Примечания:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>II. ВХОД В ЗДАНИЕ, ДОСТУПНЫЙ ДЛЯ МГН</b>
---

**Внимание!** Обычно входом в здание, доступным для МГН, является центральный вход. Если Вы обнаружили, что он недоступен для МГН, то найдите и обследуйте дополнительный вход, куда могут войти/въехать МГН. Если обследуемое учреждение включает несколько корпусов, Вы выбираете тот, где проживает их наибольшее количество.

**8. Вход в здание оборудован лестницей:**

1. Да

- Нет, лестница не нужна, крыльцо находится на одном уровне с порогом

**Примечания:** \_\_\_\_\_

---



---



---



---

**9. Лестница при входе в здание оборудована поручнями:**

- Да, поручни соответствуют стандарту (высота — 90 см, допустима от 85 до 92 см)
- Да, но поручни не соответствуют стандарту (ниже 85 см или выше 92 см)
- Нет, но поручни необходимы (лестница имеет больше 3 ступеней и выше 45 см)
- Нет, поручни не нужны, лестница невысокая (имеет 3 и меньше ступеней и ниже 45 см)

**Примечания:** \_\_\_\_\_

---



---



---



---

**10. Вход в здание оборудован специальным подъемником для МГН (или другим подъемным средством) или пандусом, соответствующим стандарту:**

Требования	Да	Нет
1. Пандуса нет, но есть специальный подъемник для МГН ( <b>Внимание! Если отвечаете положительно на этот критерий, то дальше переходите к п. 11)</b>	1	2
2. Пандус имеет параллельные поручни с двух сторон на высоте 70 и 90 см при необходимости (когда лестница, которую дублирует пандус, выше 45 см)	1	2
3. Соотношение длины и высоты пандуса 1:12 (правильный угол уклона пандуса)	1	2
4. Длина горизонтальной площадки после каждого марша пандуса — не менее 1,5 м для разворота инвалидной коляски	1	2
5. Ширина пандуса — не менее 1 м	1	2

**Примечания:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**11. Входная площадка соответствует следующим требованиям:**

Требования	Да	Нет
1. Имеются навес, водоотвод	1	2
2. Размеры входной площадки при открывании дверей наружу — не менее 1,4x2,0 м или 1,5x1,85 м <i>(Внимание! Это требование оценивается, если двери открываются наружу, а не внутрь здания)</i>	1	2
3. Размеры входной площадки с пандусом — не менее 2,2x2,2 м	1	2
4. Поперечный уклон — в пределах 1—2 % (визуально ровный пол)	1	2
5. Твердые поверхности покрытий не допускают скольжения при намокании	1	2

**Примечания:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**12. На фасаде здания располагаются осветительные приборы:**

1. Да
2. Нет

**Примечания** (напишите, где именно): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**13. Входная дверь соответствует следующим требованиям:**

Требования	Да	Нет
1. Отсутствуют качающиеся петли или конструкция дверей-вертушек	1	2
2. Ручка имеет форму, позволяющую управлять ею одной рукой с обеих сторон (П-образная)	1	2
3. Ручка располагается на высоте от 85 до 110 см от пола	1	2
4. Ручка располагается на расстоянии не менее 60 см от боковой стены	1	2
5. Ширина дверного проема составляет не менее 1,2 м	1	2
6. Высота порога составляет не более 2,5 см	1	2

**Примечания:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**14. Тамбур у входной двери не имеет препятствий для передвижения МГН и соответствует следующим требованиям (если есть препятствия, напишите, какие):**

Требования	Да	Нет
1. Глубина тамбура при прямом движении и одностороннем открывании дверей наружу составляет не менее 2,3 м при ширине не менее 1,5 м, при реконструкции здания глубина тамбура — от 1,5 до 1,8 м при ширине не менее 2 м	1	2
2. При открывании одной из дверей внутрь междверного пространства глубина тамбура составляет не менее 1,4 м «плюс» ширина двери, открываемой внутрь	1	2

3. Дренажные и водосборные решетки в полу тамбура или входной площадки установлены на одном уровне с поверхностью покрытия пола	1	2
4. Твердые поверхности покрытий не допускают скольжения при намокании	1	2

**Примечания:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### III. ПУТИ ДВИЖЕНИЯ ВНУТРИ ЗДАНИЯ

**15. Помещение при входе (коридор, вестибюль, зона ожидания):**

Требования	Да	Нет
1. Нескользящее покрытие пола	1	2
2. Ковровые покрытия (если есть) на путях движения плотно закреплены, особенно на стыках и границе покрытий	1	2
3. Нет ворсовых ковров, а толщина покрытия ковра составляет не более 1,3 см	1	2

**Примечания:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**16. Лестница внутри здания:**

Требования	Да	Нет
1. Ступени ровные, без выбоин, с шероховатой поверхностью	1	2
2. Поручни соответствуют стандарту (высота 90 см)	1	2
3. Ширина марша лестницы составляет не менее 1,2 м (при наличии лифта) или 1,35 м (при отсутствии лифта)	1	2

**Примечания:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**17. Внутри здания имеются пандусы, дублирующие лестницу (оцените все имеющиеся; если Вы не обнаружили ни одного пандуса в здании, напишите об этом):**

Требования	Да	Нет
1. Пандус имеет параллельные поручни с двух сторон на высоте 70 и 90 см при необходимости (когда лестница, которую дублирует пандус, выше 45 см)	1	2
2. Соотношение длины и высоты пандуса 1:12 (правильный угол уклона пандуса)	1	2
3. Длина горизонтальной площадки после каждого марша пандуса — не менее 1,5 м для разворота инвалидной коляски	1	2
4. Ширина пандуса — не менее 1 м	1	2

**Примечания:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**18. Внутри здания имеется лифт или подъемник, приспособленный для МГН:**

Требования	Да	Нет
1. Световая и звуковая сигнализация есть у каждой двери лифта	1	2
2. Имеется тамбур-шлюз перед дверью лифта для инвалидов	1	2
3. Кабина лифта имеет размеры: дверной проем — не менее 90 см; внутренние размеры — 1,1 м в ширину и 1,4 м в глубину	1	2

**Примечания:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

---

**19. Двери внутри общих помещений здания (оцените все имеющиеся двери на пути движения):**

Требования	Да	Нет
1. Ручка имеет форму, позволяющую управлять ею одной рукой с обеих сторон (П-образная)	1	2
2. Ручка располагается на высоте от 85 до 110 см от пола	1	2
3. Ручка располагается на расстоянии не менее 60 см от боковой стены	1	2
4. Дверные проемы имеют ширину не менее 90 см	1	2
5. Порог в дверном проеме отсутствует или составляет не более 2,5 см	1	2

**Примечания:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**20. Пути эвакуации обеспечивают безопасность для всех категорий МГН (расположены не далее 15 м от аварийного выхода и исключают эвакуацию по открытой металлической лестнице):**

1. Да
2. Нет

**Примечания:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---



**21. Информационные стенды располагаются в доступных для просмотра местах, в том числе для тех, кто передвигается на инвалидной коляске:**

Требования	Да	Нет
1. Ширина подходов к информационным стендам составляет не менее 0,9 м и не менее 1,2 м при необходимости поворота инвалидной коляски на 90°	1	2
2. Зона для самостоятельного разворота на инвалидной коляске (на 90—180°) составляет не менее 1,4 м в диаметре	1	2

**Примечания** (если требования не выполняются, то напишите, как эта информация предоставляется МГН: сотрудники копируют информационные листы, дают в руки для прочтения, зачитывают их и пр.):

---

---

---

---

---

---

---

**22. В помещении при входе или на информационном стенде имеется книга жалоб и предложений:**

1. Да, на видном месте
2. Да, не на видном месте
3. Отсутствует

**Примечания** (уточните, где находится): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**23. Информационные стенды содержат следующую информацию (отметьте ВСЕ имеющееся):**

Информация	Да	Нет
1. Перечень социальных услуг	1	2
2. Порядок предоставления социальных услуг	1	2
3. Условия предоставления социальных услуг	1	2
4. Книга жалоб и предложений	1	2
5. Порядок подачи жалобы по вопросам качества оказания социальных услуг	1	2

**Примечания:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**IV. ЖИЛЫЕ ПОМЕЩЕНИЯ И ЗОНА ОБСЛУЖИВАНИЯ**

***Внимание!** В жилой зоне вначале выберите по одной комнате из каждого типа комнат, имеющих в данном учреждении. В нашем исследовании к первому типу мы относим самую маленькую из типовых комнат каждого исследуемого учреждения, но она должна быть не уникальной, а повторяющейся в данном учреждении, для того чтобы в случае необходимости ее можно было сравнить с другими комнатами. Ко второму типу мы относим самую крупную из типовых комнат каждого исследуемого учреждения, но она также должна быть не уникальной, а повторяющейся в данном учреждении, для того чтобы в случае необходимости ее можно было сравнить с другими комнатами.*

**24. Двери в зоне проживания МГН (оцените двери всех обследуемых комнат):**

Требования	Да	Нет
1. Ручка имеет форму, позволяющую управлять ею одной рукой с обеих сторон (П-образная)	1	2
2. Ручка располагается на высоте от 85 до 110 см от пола	1	2
3. Ручка располагается на расстоянии не менее 60 см от боковой стены	1	2

4. Дверные проемы имеют ширину не менее 90 см	1	2
5. Порог в дверном проеме отсутствует или составляет не более 2,5 см	1	2

**Примечания:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**25. Жилые комнаты соответствуют следующим требованиям:**

Требования	Да	Нет
1. Ширина подходов к оборудованию и мебели составляет не менее 0,9 м и не менее 1,2 м при необходимости поворота инвалидной коляски на 90°	1	2
2. Зона для самостоятельного разворота на инвалидной коляске (на 90—180°) составляет не менее 1,4 м в диаметре	1	2
3. Свободное пространство около столов, настенных приборов, аппаратов и устройств для инвалидов составляет не менее 0,9х1,5 м	1	2
4. Высота столов над уровнем пола для индивидуального пользования лиц на инвалидных колясках — не более 0,8 м	1	2

**Примечания:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**26. У каждого проживающего имеются следующие предметы мебели (в комнатах первого типа):**

Предмет мебели	Да	Нет
1. Кровать	1	2
2. Тумбочка	1	2

**Примечания:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**27. Количество человек, одновременно использующих предметы мебели (в комнатах первого типа):**

Предмет мебели	1 человек	2 человека	3 человека	4 человека
1. Стол	1	2	3	4
2. Шкаф	1	2	3	4
3. Стул	1	2	3	4

**Примечания:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**28. У каждого проживающего имеются следующие предметы мебели (в комнатах второго типа):**

Предмет мебели	Да	Нет
1. Кровать	1	2
2. Тумбочка	1	2

**Примечания:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**29. Количество человек, одновременно использующих предметы мебели (в комнатах второго типа):**

Предмет мебели	1 человек	2 человека	3 человека	4 человека
1. Стол	1	2	3	4
2. Шкаф	1	2	3	4
3. Стул	1	2	3	4

**Примечания:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**30. Помещение для принятия пищи соответствует следующим требованиям:**

Требования	Да	Нет
1. Ширина подходов к оборудованию и мебели составляет не менее 0,9 м и не менее 1,2 м при необходимости поворота инвалидной коляски на 90°	1	2
2. Зона для самостоятельного разворота на инвалидной коляске (на 90—180°) составляет не менее 1,4 м в диаметре	1	2
3. Свободное пространство около столов, настенных приборов, аппаратов и устройств для инвалидов составляет не менее 0,9x1,5 м	1	2
4. Высота столов над уровнем пола для индивидуального пользования лиц на инвалидных колясках — не более 0,8 м	1	2

**Примечания:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**31. Медицинский кабинет соответствует следующим требованиям:**

Требования	Да	Нет
1. Ширина подходов к оборудованию и мебели составляет не менее 0,9 м и не менее 1,2 м при необходимости поворота инвалидной коляски на 90°	1	2
2. Зона для самостоятельного разворота на инвалидной коляске (на 90—180°) составляет не менее 1,4 м в диаметре	1	2
3. Свободное пространство около столов, настенных приборов, аппаратов и устройств для инвалидов составляет не менее 0,9х1,5 м	1	2
4. Высота столов над уровнем пола для индивидуального пользования лиц на инвалидных колясках — не более 0,8 м	1	2

**Примечания:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**32. Помещение, где проживающие встречаются со своими посетителями, соответствует следующим требованиям:**

Требования	Да	Нет
1. Ширина подходов к оборудованию и мебели составляет не менее 0,9 м и не менее 1,2 м при необходимости поворота инвалидной коляски на 90°	1	2
2. Зона для самостоятельного разворота на инвалидной коляске (на 90—180°) составляет не менее 1,4 м в диаметре	1	2
3. Свободное пространство около столов, настенных приборов, аппаратов и устройств для инвалидов составляет не менее 0,9х1,5 м	1	2
4. Высота столов над уровнем пола для индивидуального пользования лиц на инвалидных колясках — не более 0,8 м	1	2

Примечания: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**V. САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ПОМЕЩЕНИЯ**

**33. Двери в санитарно-гигиеническом помещении, которым пользуются МГН (оцените все имеющиеся двери):**

Требования	Да	Нет
1. Ручка имеет форму, позволяющую управлять ею одной рукой с обеих сторон (П-образная)	1	2
2. Ручка располагается на высоте от 85 до 110 см от пола	1	2
3. Ручка располагается на расстоянии не менее 60 см от боковой стены	1	2
4. Дверные проемы имеют ширину не менее 90 см	1	2
5. Порог в дверном проеме отсутствует или составляет не более 2,5 см	1	2

Примечания: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**34. Душевая/ванная комната имеет:**

Требования	Да	Нет
1. Специальные поручни и приспособления, штанги	1	2
2. Нескользящий пол и нескользкое дно ванны	1	2
3. Проходы между рядами душевых кабин, где могла бы развернуться инвалидная коляска, не менее 1,8 м в ширину	1	2

4. Не менее одной душевой кабины с пространством для подъезда инвалидной коляски перед ней; параметры душевой: 1,8x1,8 м (для закрытой) или 1,2x0,9 м (для открытой, со сквозным проходом)	1	2
---	---	---

**Примечания:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**35. В здании оборудованы специальные туалетные комнаты (кабина в общей туалетной комнате), предназначенные для МГН:**

Требования	Да	Нет
1. Устойчивые поручни	1	2
2. Нескользящий пол	1	2
3. Пространство для подъезда инвалидной коляски имеет следующие размеры: ширина — 1,65 м, глубина — 1,80 м	1	2
4. Рядом с унитазом есть пространство для размещения инвалидной коляски шириной не менее 75 см	1	2
5. На стенах есть крючки для одежды, костылей и других принадлежностей	1	2

**Примечания:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## VI. СИСТЕМА СРЕДСТВ ИНФОРМАЦИИ В УЧРЕЖДЕНИИ

**36. Система средств информации и сигнализации об опасности в учреждении включает:**



Компоненты	Да	Нет
1. Визуальные	1	2
2. Звуковые	1	2
3. Тактильные	1	2

**Примечания:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>VII. ТЕЛЕФОННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ И ИНФОРМАЦИОННАЯ ДОСТУПНОСТЬ ЧЕРЕЗ СЕТЬ ИНТЕРНЕТ</b>
--

**Внимание!** Для заполнения п. 37.1 необходимо, находясь в учреждении, узнать, можно ли оформить заявление/жалобу по вопросам социального обслуживания (саму жалобу не оформлять, так как она сразу будет зафиксирована в Министерстве социальной защиты населения и будет рассматриваться как настоящая жалоба, на которую необходимо ответить в течение 30 дней).

Для заполнения п. 37.2 и п. 38.1 необходимо зайти на Портал учреждений системы социальной защиты Республики Мордовия (<http://soc13.ru/>) и найти страницу учреждения.

**37. Имеется возможность направления заявления/жалобы в следующих формах:**

Формы направления заявления/ жалобы	Да	Нет
1. Лично в учреждение социального обслуживания	1	2
2. В электронной форме на Портале учреждений системы социальной защиты Республики Мордовия ( <a href="http://soc13.ru/">http://soc13.ru/</a> ), зайдя на страницу учреждения	1	2

**Примечания:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**38. Имеется информация о порядке подачи жалобы по вопросам качества:**

Источники информации	Да	Нет
1. На Портале учреждений системы социальной защиты Республики Мордовия, на странице учреждения	1	2
2. На официальном сайте Министерства социальной защиты населения Республики Мордовия ( <a href="http://www.e-mordovia.ru">http://www.e-mordovia.ru</a> )	1	2

**Примечания:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

***Внимание!** Для заполнения п. 39 необходимо, находясь в учреждении, узнать номер телефона, по которому можно получить информацию от сотрудников учреждения по вопросам социального обслуживания, а приехав из командировки, позвонить по данному номеру. При звонке в учреждение необходимо подождать ответа до 5—7 телефонных зуммеров.*

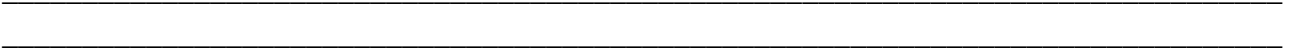
**39. Звонок в обследуемое учреждение:**

1. Вы дозвонились и получили ответ на свой вопрос
2. Вы дозвонились, но не получили ответ на свой вопрос

**3.2.** Вы не дозвонились

**Примечания:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## ПРИЛОЖЕНИЕ Г

(обязательное)

### Первичные результаты социологического наблюдения «Оценка комфортности и доступности, в том числе информационной, процедуры предоставления социальных услуг государственными стационарными организациями социального обслуживания населения Республики Мордовия»

Таблица Г. 1 — Оценочные баллы по показателю «Наличие информации о деятельности организации социального обслуживания (в том числе о перечне, порядке и условиях предоставления социальных услуг) на информационных стендах в помещениях организации, размещение ее в брошюрах, буклетах»

Организация	Компоненты информации о деятельности организации социального обслуживания на информационных стендах			Сумма оценочных баллов
	Перечень социальных услуг	Порядок предоставления социальных услуг	Условия предоставления социальных услуг	
ГБСУСОССЗН РМ «Ардатовский психоневрологический интернат»	0,33	0	0	0,33
ГБСУСОССЗН РМ «Большеберезниковский психоневрологический интернат»	0,33	0	0	0,33
ГБСУСОССЗН РМ «Пуркаевский психоневрологический интернат»	0,33	0,33	0,33	1
ГБСУСОССЗН РМ «Старотешелимский психоневрологический интернат»	0,33	0,33	0,33	1
ГБСУСОССЗН РМ «Большеберезниковский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,33	0	0	0,33
ГБСУСОССЗН РМ «Большеигнатовский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,33	0,33	0,33	1
ГБСУСОССЗН РМ «Волгапинский дом-интернат милосердия»	0,33	0	0	0,33
ГБСУСОССЗН РМ «Заречный дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,33	0,33	0,33	1
ГБСУСОССЗН РМ «Зубово-Полянский специальный дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,33	0,33	0,33	1
ГБСУСОССЗН РМ «Инсарский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,33	0,33	0,33	1
ГБСУСОССЗН РМ «Ковылкинский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,33	0	0	0,33

Организация	Компоненты информации о деятельности организации социального обслуживания на информационных стендах			Сумма оценочных баллов
	Перечень социальных услуг	Порядок предоставления социальных услуг	Условия предоставления социальных услуг	
ГБСУСОССЗН РМ «Комсомольский пансионат ветеранов войны и труда»	0,33	0,33	0,33	1
ГБСУСОССЗН РМ «Кочкуровский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,33	0	0	0,33
ГБСУСОССЗН РМ «Козловский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,33	0,33	0,33	1
ГБСУСОССЗН РМ «Новочадовский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,33	0	0	0,33
ГБСУСОССЗН РМ «Октябрьский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,33	0	0	0,33
ГБСУСОССЗН РМ «Поводимовский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,33	0,33	0,33	1
ГБУСОН РМ «Саранский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,33	0	0	0,33
ГБСУСОССЗН РМ «Старошайговский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,33	0,33	0,33	1
ГБСУСОССЗН РМ «Тарханско-Потьминский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,33	0,33	0,33	1
ГБСУСОССЗН РМ «Потьминский детский дом-интернат для умственно отсталых детей»	0,33	0,33	0,33	1
ГБСУСОССЗН РМ «Темниковский дом-интернат для детей с физическими недостатками»	0,33	0,33	0,33	1
ГБСУСОССЗН РМ «Ширингушский центр для инвалидов войны и труда»	0,33	0,33	0,33	1
ГКУСО РМ «Республиканский социальный приют для детей и подростков «Надежда»	0,33	0,33	0,33	1
ГКУСО РМ «Ельниковский социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних»	0,33	0	0	0,33
ГКУСО РМ «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Ясная Поляна»	0,33	0,33	0,33	1
ГКУСО РМ «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Солнышко»	0,33	0,33	0,33	1

Таблица Г. 2 — Оценочные баллы по показателям телефонного взаимодействия получателей социальных услуг с организацией социального обслуживания

Организация	Показатель		Сумма оценочных баллов
	Наличие дистанционных способов взаимодействия организации и получателей социальных услуг (получение информации, запись на прием) по телефону	Доля результативных звонков по телефону в организацию социального обслуживания для получения необходимой информации, от числа контрольных звонков	
ГБСУСОССЗН РМ «Ардатовский психоневрологический интернат»	1	1	2
ГБСУСОССЗН РМ «Большеберезниковский психоневрологический интернат»	1	1	2
ГБСУСОССЗН РМ «Пуркаевский психоневрологический интернат»	1	1	2
ГБСУСОССЗН РМ «Старотешелимский психоневрологический интернат»	1	1	2
ГБСУСОССЗН РМ «Большеберезниковский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	1	1	2
ГБСУСОССЗН РМ «Большеигнатовский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	1	1	2
ГБСУСОССЗН РМ «Волгапинский дом-интернат милосердия»	1	1	2
ГБСУСОССЗН РМ «Заречный дом-интернат для престарелых и инвалидов»	1	1	2
ГБСУСОССЗН РМ «Зубово-Полянский специальный дом-интернат для престарелых и инвалидов»	1	1	2
ГБСУСОССЗН РМ «Инсарский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	1	1	2
ГБСУСОССЗН РМ «Ковылкинский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	1	1	2
ГБСУСОССЗН РМ «Комсомольский пансионат ветеранов войны и труда»	1	1	2
ГБСУСОССЗН РМ «Кочкуровский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	1	1	2
ГБСУСОССЗН РМ «Козловский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	1	1	2
ГБСУСОССЗН РМ «Новочадовский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	1	1	2
ГБСУСОССЗН РМ «Октябрьский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	1	1	2
ГБСУСОССЗН РМ «Поводимовский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	1	1	2
ГБУСОН РМ «Саранский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	1	1	2
ГБСУСОССЗН РМ «Старошайговский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	1	1	2

Организация	Показатель		Сумма оценочных баллов
	Наличие дистанционных способов взаимодействия организации и получателей социальных услуг (получение информации, запись на прием) по телефону	Доля результативных звонков по телефону в организацию социального обслуживания для получения необходимой информации, от числа контрольных звонков	
ГБСУСОССЗН РМ «Тарханско-Потьминский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	1	1	2
ГБСУСОССЗН РМ «Потьминский детский дом-интернат для умственно отсталых детей»	1	1	2
ГБСУСОССЗН РМ «Темниковский дом-интернат для детей с физическими недостатками»	1	1	2
ГБСУСОССЗН РМ «Ширингушский центр для инвалидов войны и труда»	1	1	2
ГКУСО РМ «Республиканский социальный приют для детей и подростков «Надежда»	1	1	2
ГКУСО РМ «Ельниковский социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних»	1	1	2
ГКУСО РМ «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Ясная Поляна»	1	1	2
ГКУСО РМ «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Солнышко»	1	1	2

Таблица Г. 3 — Оценочные баллы по показателям наличия информации и возможностей направления заявления (жалобы) получателями социальных услуг разными способами

Организация	Показатель			Сумма оценочных баллов
	Наличие возможности направления заявления (жалобы), предложений и отзывов о качестве предоставления социальных услуг лично в организацию социального обслуживания	Наличие возможности направления заявления (жалобы), предложений и отзывов о качестве предоставления социальных услуг по телефону/на «горячую линию» уполномоченного исполнительного органа в сфере социального обслуживания	Наличие информации о порядке подачи жалобы по вопросам качества оказания социальных услуг в общедоступных местах на информационных стендах в организации социального обслуживания	
ГБСУСОССЗН РМ «Ардатовский психоневрологический интернат»	1	1	0	2
ГБСУСОССЗН РМ «Большеберезниковский	1	1	0	2

Организация	Показатель			Сумма оценочных баллов
	Наличие возможности направления заявления (жалобы), предложений и отзывов о качестве предоставления социальных услуг лично в организацию социального обслуживания	Наличие возможности направления заявления (жалобы), предложений и отзывов о качестве предоставления социальных услуг по телефону/на «горячую линию» уполномоченного исполнительного органа в сфере социального обслуживания	Наличие информации о порядке подачи жалобы по вопросам качества оказания социальных услуг в общедоступных местах на информационных стендах в организации социального обслуживания	
психоневрологический интернат»				
ГБСУСОССЗН РМ «Пуркаевский психоневрологический интернат»	1	1	0,5	2,5
ГБСУСОССЗН РМ «Старотештелимский психоневрологический интернат»	1	1	0	2
ГБСУСОССЗН РМ «Большеберезниковский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	1	1	0	2
ГБСУСОССЗН РМ «Большеигнатовский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	1	1	0	2
ГБСУСОССЗН РМ «Волгапинский дом-интернат милосердия»	1	1	0	2
ГБСУСОССЗН РМ «Заречный дом-интернат для престарелых и инвалидов»	1	1	0	2
ГБСУСОССЗН РМ «Зубово-Полянский специальный дом-интернат для престарелых и инвалидов»	1	1	0	2
ГБСУСОССЗН РМ «Инсарский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	1	1	0	1
ГБСУСОССЗН РМ «Ковылкинский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	1	1	0	2
ГБСУСОССЗН РМ «Комсомольский пансионат ветеранов войны и труда»	1	1	0	2
ГБСУСОССЗН РМ «Кочкуровский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	1	1	0	2
ГБСУСОССЗН РМ «Козловский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	1	1	0	2
ГБСУСОССЗН РМ «Новочадовский	1	1	0	2



Организация	Показатель			Сумма оценочных баллов
	Наличие возможности направления заявления (жалобы), предложений и отзывов о качестве предоставления социальных услуг лично в организацию социального обслуживания	Наличие возможности направления заявления (жалобы), предложений и отзывов о качестве предоставления социальных услуг по телефону/на «горячую линию» уполномоченного исполнительного органа в сфере социального обслуживания	Наличие информации о порядке подачи жалобы по вопросам качества оказания социальных услуг в общедоступных местах на информационных стендах в организации социального обслуживания	
дом-интернат для престарелых и инвалидов»				
ГБСУСОССЗН РМ «Октябрьский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	1	1	0	2
ГБСУСОССЗН РМ «Поводимовский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	1	1	0	2
ГБУСОН РМ «Саранский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	1	1	0	2
ГБСУСОССЗН РМ «Старошайговский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	1	1	0	2
ГБСУСОССЗН РМ «Тарханско-Потьминский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	1	1	0	2
ГБСУСОССЗН РМ «Потьминский детский дом-интернат для умственно отсталых детей»	1	1	0	2
ГБСУСОССЗН РМ «Темниковский дом-интернат для детей с физическими недостатками»	1	1	0,5	2,5
ГБСУСОССЗН РМ «Ширингушский центр для инвалидов войны и труда»	1	1	0	2
ГКУСО РМ «Республиканский социальный приют для детей и подростков «Надежда»	1	1	0	2
ГКУСО РМ «Ельниковский социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних»	1	1	0	2
ГКУСО РМ «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Ясная Поляна»	1	1	0	2
ГКУСО РМ «Социально-реабилитационный центр для	1	1	0	2

Организация	Показатель			Сумма оценочных баллов
	Наличие возможности направления заявления (жалобы), предложений и отзывов о качестве предоставления социальных услуг лично в организацию социального обслуживания	Наличие возможности направления заявления (жалобы), предложений и отзывов о качестве предоставления социальных услуг по телефону/на «горячую линию» уполномоченного исполнительного органа в сфере социального обслуживания	Наличие информации о порядке подачи жалобы по вопросам качества оказания социальных услуг в общедоступных местах на информационных стендах в организации социального обслуживания	
несовершеннолетних «Солнышко»				

Таблица Г. 4 — Оценочные баллы по показателю «Оборудование территории, прилегающей к организации социального обслуживания, с учетом требований доступности для маломобильных групп получателей услуг»

Организация	Дробные критерии показателя					Сумма оценочных баллов*
	Территория имеет хотя бы один вход/въезд, позволяющий войти/въехать МГН*	На территории имеется возможность для беспрепятственного передвижения МГН на пути следования к зданию*	На прилегающей территории имеется возможность совмещения транспортного о проезда и пешеходных дорог на пути следования к зданию*	Поверхность дорог на пути к зданию не имеет насыпных и крупноструктурных материалов*	На территории имеются места отдыха (скамейки, беседки), доступные для МГН*	
ГБСУСОССЗН РМ «Ардаговский психоневрологический интернат»	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	1
ГБСУСОССЗН РМ «Большеберезниковский психоневрологический интернат»	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,9
ГБСУСОССЗН РМ «Пуркаевский психоневрологический интернат»	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	1

Организация	Дробные критерии показателя					Сумма оценочн ых баллов* *
	Территория имеет хотя бы один вход/въезд, позволяющи й войти/въехат ь МГН*	На территории имеется возможност ь для беспрепятст венного передвижен ия МГН на пути следования к зданию*	На прилегающе й территории имеется возможность совмещения транспортног о проезда и пешеходных дорог на пути следования к зданию*	Поверхность дорог на пути к зданию не имеет насыпных и крупнострук турных материалов*	На территории имеются места отдыха (скамейки, беседки), доступные для МГН*	
ГБСУСОССЗН РМ «Старотештелимский психоневрологический интернат»	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	1
ГБСУСОССЗН РМ «Большеберезниковский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	1
ГБСУСОССЗН РМ «Большеигнатовский дом- интернат для престарелых и инвалидов»	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	1
ГБСУСОССЗН РМ «Волгапинский дом- интернат милосердия»	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,9
ГБСУСОССЗН РМ «Заречный дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	1
ГБСУСОССЗН РМ «Зубово- Полянский специальный дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,9
ГБСУСОССЗН РМ «Инсарский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	1
ГБСУСОССЗН РМ «Ковылкинский дом- интернат для престарелых и инвалидов»	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	1
ГБСУСОССЗН РМ «Комсомольский пансионат ветеранов войны и труда»	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	1
ГБСУСОССЗН РМ «Кочкуровский дом- интернат для престарелых и инвалидов»	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,9
ГБСУСОССЗН РМ «Козловский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	1

Организация	Дробные критерии показателя					Сумма оценочных баллов*
	Территория имеет хотя бы один вход/въезд, позволяющий войти/въехать МГН*	На территории имеется возможность беспрепятственного передвижения МГН на пути следования к зданию*	На прилегающей территории имеется возможность совмещения транспортного проезда и пешеходных дорог на пути следования к зданию*	Поверхность дорог на пути к зданию не имеет насыпных и крупноструктурных материалов*	На территории имеются места отдыха (скамейки, беседки), доступные для МГН*	
ГБСУСОССЗН РМ «Новочадовский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,8
ГБСУСОССЗН РМ «Октябрьский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	1
ГБСУСОССЗН РМ «Поводимовский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,9
ГБУСОН РМ «Саранский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	1
ГБСУСОССЗН РМ «Старошайговский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,9
ГБСУСОССЗН РМ «Тарханско-Потьминский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,9
ГБСУСОССЗН РМ «Потьминский детский дом-интернат для умственно отсталых детей»	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	1
ГБСУСОССЗН РМ «Темниковский дом-интернат для детей с физическими недостатками»	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	1
ГБСУСОССЗН РМ «Ширингушский центр для инвалидов войны и труда»	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,9
ГКУСО РМ «Республиканский социальный приют для детей и подростков «Надежда»	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,8
ГКУСО РМ «Ельниковский социально	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,8

Организация	Дробные критерии показателя					Сумма оценочных баллов*
	Территория имеет хотя бы один вход/въезд, позволяющий войти/въехать МГН*	На территории имеется возможность для беспрепятственного передвижения МГН на пути следования к зданию*	На прилегающей территории имеется возможность совмещения транспортного проезда и пешеходных дорог на пути следования к зданию*	Поверхность дорог на пути к зданию не имеет насыпных и крупноструктурных материалов*	На территории имеются места отдыха (скамейки, беседки), доступные для МГН*	
реабилитационный центр для несовершеннолетних»						
ГКУСО РМ «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Ясная Поляна»	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,8
ГКУСО РМ «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Солнышко»	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	1

\*Максимальное значение — 0,2.

\*\*Максимальное значение — 1.

Таблица Г. 5 — Оценочные баллы по показателю «Оборудование входных зон на объектах оценки для МГН»

Организация	Компоненты оборудования входных зон на объектах оценки для МГН	Сумма
-------------	--	-------

	Лестница при входе для МГН оборудована стандартными поручнями *	Вход в здание оборудован стандартным пандусом или специальным подъемником для МГН*	Входная площадка соответствует требованиям для МГН*	Входная дверь соответствует требованиям для МГН*	Тамбур у входной двери не имеет препятствий, соответствует требованиям для МГН*	Оценочных баллов*
ГБСУСОССЗН РМ «Ардатовский психоневрологический интернат»	0,2	0,15	0,2	0,2	0,2	0,95
ГБСУСОССЗН РМ «Большеберезниковский психоневрологический интернат»	0,2	0,15	0,2	0,2	0,2	0,95
ГБСУСОССЗН РМ «Пуркаевский психоневрологический интернат»	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	1
ГБСУСОССЗН РМ «Старотешелимский психоневрологический интернат»	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	1
ГБСУСОССЗН РМ «Большеберезниковский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	1
ГБСУСОССЗН РМ «Большеигнатовский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,8
ГБСУСОССЗН РМ «Волгапинский дом-интернат милосердия»	0	0	0,2	0,15	0,2	0,55
ГБСУСОССЗН РМ «Заречный дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	1
ГБСУСОССЗН РМ «Зубово-Полянский специальный дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	1
ГБСУСОССЗН РМ «Инсарский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	1
ГБСУСОССЗН РМ «Ковылкинский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,9
ГБСУСОССЗН РМ «Комсомольский пансионат ветеранов войны и труда»	0,2	0,1	0,2	0,15	0,1	0,65
ГБСУСОССЗН РМ «Кочкуровский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,2	0,1	0,2	0,15	0,15	0,8
ГБСУСОССЗН РМ «Козловский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,2	0	0,15	0,1	0,1	0,55

Организация	Компоненты оборудования входных зон на объектах оценки для МГН					Сумма оценочных баллов*
	Лестница при входе для МГН оборудована стандартными поручнями *	Вход в здание оборудован стандартным пандусом или специальным подъемником для МГН*	Входная площадка соответствует требованиям для МГН*	Входная дверь соответствует требованиям для МГН*	Тамбур у входной двери не имеет препятствий, соответствует требованиям для МГН*	
ГБСУСОССЗН РМ «Новочадовский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,2	0,15	0,1	0,05	0,1	0,5
ГБСУСОССЗН РМ «Октябрьский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,2	0	0,15	0,2	0,15	0,7
ГБСУСОССЗН РМ «Поводимовский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,2	0,15	0,2	0,2	0,2	0,95
ГБУСОН РМ «Саранский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	1
ГБСУСОССЗН РМ «Старошайговский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,8
ГБСУСОССЗН РМ «Тарханско-Потьминский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	1
ГБСУСОССЗН РМ «Потьминский детский дом-интернат для умственно отсталых детей»	0,2	0,2	0,2	0,2	0,15	0,95
ГБСУСОССЗН РМ «Темниковский дом-интернат для детей с физическими недостатками»	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	1
ГБСУСОССЗН РМ «Ширингушский центр для инвалидов войны и труда»	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,9
ГКУСО РМ «Республиканский социальный приют для детей и подростков «Надежда»	0,2	0,0	0,1	0,2	0,2	0,7
ГКУСО РМ «Ельниковский социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних»	0,2	0	0,2	0,1	0,2	0,7
ГКУСО РМ «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Ясная Поляна»	0,2	0	0,1	0,2	0,2	0,7

Организация	Компоненты оборудования входных зон на объектах оценки для МГН					Сумма оценочных баллов*
	Лестница при входе для МГН оборудована стандартными поручнями*	Вход в здание оборудован пандусом или специальным подъемником для МГН*	Входная площадка соответствует требованиям для МГН*	Входная дверь соответствует требованиям для МГН*	Тамбур у входной двери не имеет препятствий, соответствует требованиям для МГН*	
ГКУСО РМ «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Солнышко»	0,2	0	0,2	0,15	0,2	0,75

\*Максимальное значение — 0,2.

\*\*Максимальное значение — 1.

Таблица Г. 6 — Оценочные баллы по показателю «Наличие специально оборудованного санитарно-гигиенического помещения для МГН»

Организация	Компоненты специально оборудованных санитарно-гигиенических помещений для МГН			Сумма оценочных баллов**
	Двери в санитарно-гигиенических помещениях соответствуют требованиям доступности для МГН*	Душевая/ванная комната соответствует требованиям доступности для МГН*	Специальные туалетные комнаты/кабина в общей туалетной комнате, оборудованные для МГН*	
ГБСУСОССЗН РМ «Ардатовский психоневрологический интернат»	0,18	0,23	0,18	0,55
ГБСУСОССЗН РМ «Большеберезниковский психоневрологический интернат»	0,23	0,23	0,18	0,65
ГБСУСОССЗН РМ «Пуркаевский психоневрологический интернат»	0,13	0,18	0,18	0,49
ГБСУСОССЗН РМ «Старотешелимский психоневрологический интернат»	0,28	0,23	0,13	0,64
ГБСУСОССЗН РМ «Большеберезниковский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,28	0,33	0,23	0,85
ГБСУСОССЗН РМ «Большеигнатовский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,28	0	0,18	0,46
ГБСУСОССЗН РМ «Волгапинский дом-интернат милосердия»	0,28	0,23	0,23	0,74
ГБСУСОССЗН РМ «Заречный дом-	0,33	0,18	0,23	0,74



Организация	Компоненты специально оборудованных санитарно-гигиенических помещений для МГН			Сумма оценочных баллов**
	Двери в санитарно-гигиенических помещениях соответствуют требованиям доступности для МГН*	Душевая/ванная комната соответствует требованиям доступности для МГН*	Специальные туалетные комнаты/кабина в общей туалетной комнате, оборудованные для МГН*	
интернат для престарелых и инвалидов»				
ГБСУСОССЗН РМ «Зубово-Полянский специальный дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,28	0,13	0,23	0,64
ГБСУСОССЗН РМ «Инсарский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,33	0,18	0,23	0,74
ГБСУСОССЗН РМ «Ковылкинский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,28	0,18	0,18	0,64
ГБСУСОССЗН РМ «Комсомольский пансионат ветеранов войны и труда»	0,28	0,18	0,13	0,59
ГБСУСОССЗН РМ «Кочкуровский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,13	0,18	0,13	0,44
ГБСУСОССЗН РМ «Козловский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,23	0,18	0,23	0,64
ГБСУСОССЗН РМ «Новочадовский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,18	0,13	0,18	0,49
ГБСУСОССЗН РМ «Октябрьский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,18	0,13	0,13	0,44
ГБСУСОССЗН РМ «Поводимовский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,18	0,18	0,23	0,59
ГБУСОН РМ «Саранский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,18	0,23	0,23	0,64
ГБСУСОССЗН РМ «Старошайговский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,28	0,13	0	0,41
ГБСУСОССЗН РМ «Тарханско-Потьминский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,28	0,00	0,08	0,36
ГБСУСОССЗН РМ «Потьминский детский дом-интернат для умственно отсталых детей»	0,28	0,33	0	0,61
ГБСУСОССЗН РМ «Темниковский дом-интернат для детей с физическими недостатками»	0,28	0,33	0,28	0,89

Организация	Компоненты специально оборудованных санитарно-гигиенических помещений для МГН			Сумма оценочных баллов**
	Двери в санитарно-гигиенических помещениях соответствуют требованиям доступности для МГН*	Душевая/ванная комната соответствует требованиям доступности для МГН*	Специальные туалетные комнаты/кабина в общей туалетной комнате, оборудованные для МГН*	
ГБСУСОССЗН РМ «Ширингушский центр для инвалидов войны и труда»	0,28	0,23	0,23	0,74
ГКУСО РМ «Республиканский социальный приют для детей и подростков «Надежда»	0,28	0,13	0,13	0,54
ГКУСО РМ «Ельниковский социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних»	0,28	0,13	0	0,41
ГКУСО РМ «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Ясная Поляна»	0,33	0,13	0,08	0,54
ГКУСО РМ «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Солнышко»	0,13	0,13	0,08	0,34

\*Максимальное значение — 0,33.

\*\*Максимальное значение — 1.

Таблица Г. 7 — Оценочные баллы по показателю «Наличие в помещениях организации социального обслуживания видео-, аудиоинформаторов для лиц с нарушением функций слуха и зрения»

Организация	Компоненты системы средств информации и сигнализации об опасности в учреждении			Сумма оценочных баллов**
	Визуальные*	Звуковые*	Тактильные*	
ГБСУСОССЗН РМ «Ардатовский психоневрологический интернат»	0,33	0,33	0,33	1
ГБСУСОССЗН РМ «Большеберезниковский психоневрологический интернат»	0,33	0,33	0	0,66
ГБСУСОССЗН РМ «Пуркаевский психоневрологический интернат»	0,33	0,33	0	0,66
ГБСУСОССЗН РМ «Старотештелимовский психоневрологический интернат»	0,33	0,33	0	0,66
ГБСУСОССЗН РМ «Большеберезниковский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,33	0,33	0	0,66
ГБСУСОССЗН РМ «Большеигнатовский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,33	0,33	0	0,66
ГБСУСОССЗН РМ «Волгапинский дом-интернат милосердия»	0,33	0,33	0	0,66
ГБСУСОССЗН РМ «Заречный дом-интернат для	0,33	0,33	0	0,66

Организация	Компоненты системы средств информации и сигнализации об опасности в учреждении			Сумма оценочных баллов**
	Визуальные*	Звуковые*	Тактильные*	
престарелых и инвалидов»				
ГБСУСОССЗН РМ «Зубово-Полянский специальный дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,33	0,33	0	0,66
ГБСУСОССЗН РМ «Инсарский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,33	0,33	0	0,66
ГБСУСОССЗН РМ «Ковылкинский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,33	0,33	0,33	1
ГБСУСОССЗН РМ «Комсомольский пансионат ветеранов войны и труда»	0,33	0,33	0	0,66
ГБСУСОССЗН РМ «Кочкуровский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,33	0,33	0	0,66
ГБСУСОССЗН РМ «Козловский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,33	0,33	0	0,66
ГБСУСОССЗН РМ «Новоачадовский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,33	0,33	0	0,66
ГБСУСОССЗН РМ «Октябрьский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,33	0,33	0	0,66
ГБСУСОССЗН РМ «Поводимовский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,33	0,33	0	0,66
ГБУСОН РМ «Саранский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,33	0,33	0,33	1
ГБСУСОССЗН РМ «Старошайговский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,33	0,33	0	0,66
ГБСУСОССЗН РМ «Тарханско-Потьминский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,33	0,33	0	0,66
ГБСУСОССЗН РМ «Потьминский детский дом-интернат для умственно отсталых детей»	0,33	0,33	0	0,66
ГБСУСОССЗН РМ «Темниковский дом-интернат для детей с физическими недостатками»	0,33	0,33	0	0,66
ГБСУСОССЗН РМ «Ширингушский центр для инвалидов войны и труда»	0,33	0,33	0	0,66
ГКУСО РМ «Республиканский социальный приют для детей и подростков «Надежда»	0,33	0,33	0	0,66
ГКУСО РМ «Ельниковский социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних»	0,33	0,33	0,33	1
ГКУСО РМ «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Ясная Поляна»	0,33	0,33	0	0,66
ГКУСО РМ «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Солнышко»	0,33	0,33	0	0,66

\*Максимальное значение — 0,33.

\*\*Максимальное значение — 1.

Таблица Г. 8 — Оценочные баллы по показателю «Наличие оборудованных помещений для предоставления социальных услуг в соответствии с перечнем социальных услуг, предоставляемых в данной организации социального обслуживания»

Организация	Компоненты оборудования помещений для предоставления социальных услуг, предоставляемых в данной организации социального обслуживания					Сумма оценочных баллов*
	Двери в зоне проживания МГН*	Жилые комнаты для МГН*	Помещение для принятия пищи*	Медицинский кабинет*	Помещение для встреч с посетителями*	
ГБСУСОССЗН РМ «Ардатовский психоневрологический интернат»	0,15	0,15	0,2	0,2	0,2	0,9
ГБСУСОССЗН РМ «Большеберезниковский психоневрологический интернат»	0,15	0,2	0,2	0,2	0,2	0,95
ГБСУСОССЗН РМ «Пуркаевский психоневрологический интернат»	0,15	0,2	0,2	0,2	0,2	0,95
ГБСУСОССЗН РМ «Старотешелимский психоневрологический интернат»	0,15	0,2	0,2	0,2	0,2	0,95
ГБСУСОССЗН РМ «Большеберезниковский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,15	0,2	0,2	0,2	0,2	0,95
ГБСУСОССЗН РМ «Большеигнатовский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,15	0,2	0,2	0,2	0,2	0,95
ГБСУСОССЗН РМ «Волгапинский дом-интернат милосердия»	0,15	0,2	0,2	0,2	0,1	0,85
ГБСУСОССЗН РМ «Заречный дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,15	0,2	0,2	0,2	0,2	0,95
ГБСУСОССЗН РМ «Зубово-Полянский специальный дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,15	0,2	0,2	0,2	0,2	0,95
ГБСУСОССЗН РМ «Инсарский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	1
ГБСУСОССЗН РМ «Ковылкинский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,15	0,2	0,2	0,2	0,2	0,95
ГБСУСОССЗН РМ «Комсомольский пансионат ветеранов войны и труда»	0,15	0,2	0,2	0,15	0,2	0,9
ГБСУСОССЗН РМ «Кочкуровский дом-интернат для престарелых и	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,7

Организация	Компоненты оборудования помещений для предоставления социальных услуг, предоставляемых в данной организации социального обслуживания					Сумма оценочных баллов*
	Двери в зоне проживания МГН*	Жилые комнаты для МГН*	Помещение для принятия пищи*	Медицинский кабинет*	Помещение для встреч с посетителями*	
инвалидов»						
ГБУСОССЗН РМ «Козловский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,9
ГБУСОССЗН РМ «Новочадовский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,9
ГБУСОССЗН РМ «Октябрьский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,9
ГБУСОССЗН РМ «Поводимовский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,9
ГБУСОН РМ «Саранский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,9
ГБУСОССЗН РМ «Старошайговский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,15	0,2	0,2	0,2	0,2	0,95
ГБУСОССЗН РМ «Тарханско-Потьминский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	0,15	0,2	0,2	0,2	0,2	0,95
ГБУСОССЗН РМ «Потьминский детский дом-интернат для умственно отсталых детей»	0,15	0,2	0,2	0,2	0,2	0,95
ГБУСОССЗН РМ «Темниковский дом-интернат для детей с физическими недостатками»	0,15	0,2	0,2	0,2	0,2	0,95
ГБУСОССЗН РМ «Ширингушский центр для инвалидов войны и труда»	0,15	0,2	0,2	0,2	0,2	0,95
ГКУСО РМ «Республиканский социальный приют для детей и подростков «Надежда»	0,15	0,15	0,2	0,2	0,2	0,9
ГКУСО РМ «Ельниковский социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних»	0,15	0,2	0,2	0,2	0,2	0,95
ГКУСО РМ «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Ясная Поляна»	0,1	0	0,1	0,2	0,2	0,6
ГКУСО РМ «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Солнышко»	0,1	0,1	0	0,2	0,1	0,5

\*Максимальное значение — 0,2.

\*\*Максимальное значение — 1.



## ПРИЛОЖЕНИЕ Д

(обязательное)

Таблица Д.1 — Расчет и корректировка выборки по инвалидам трудоспособного возраста с учетом численности инвалидов по районам Республики Мордовия

Район	Численность населения, чел.	Генеральная совокупность, чел.	Выборочная совокупность, чел.	Из них инвалидов			Из них	
				I группы	II группы	III группы	мужчин	женщин
Ардатовский	29515	915	14	1	9	4	6	8
Атюрьевский	10716	332	5	0	3	2	2	3
Атяшевский	20610	639	10	1	6	3	4	6
Б.Березниковский	14512	450	8	1	5	2	4	4
Б.Игнатовский	8860	275	4	0	3	1	2	2
Дубенский	14654	454	6	1	3	2	3	3
Ельниковский	12416	385	6	1	3	2	3	3
Зубовополянский	62227	1929	24	2	15	7	11	13
Инсарский	14416	447	8	1	5	2	3	5
Ичалковский	21541	668	10	1	6	3	4	6
Кадошкинский	8290	257	4	0	3	1	2	2
Ковылкинский	23021	1365	20	2	12	6	9	11
г. Ковылкино	11050	343	6	1	3	2	2	4
Кочкуровский	27347	820	10	1	6	3	4	6

Краснослободский	33196	1029	14	1	8	5	6	8
Лямбирский	21070	653	10	1	6	3	4	6
Ромодановский	18605	2071	26	2	16	8	12	14
Рузаевский	14404	447	6	1	3	2	3	3
Г. Рузаевка	18466	573	8	1	5	2	4	4
Старошайговский	13084	405	6	1	3	2	3	3
Темниковский	21869	678	8	1	5	2	4	4
Теньгушевский	32552	1009	15	2	8	5	7	8
Торбеевский	322413	9995	152	15	92	45	69	83
Чамзинский	100669	3020	50	5	30	15	23	27
г.Саранск	127687	3831	60	6	36	18	27	33
ВСЕГО	94196	2826	42	4	26	12	19	23



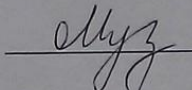
### Последний лист магистерской диссертации

Магистерская диссертация выполнена мной самостоятельно.

Использованные в работе материалы из опубликованной научной литературы и других источников имеют ссылки на них.

Библиография 63 наименования.

«24» мая 2017 г.

 А. Р. Мухаметзянова

Заявление о самостоятельном характере выполнения  
выпускной квалификационной работы

Я, Мухаметзянова Алиса Рашидовна, студентка 2 курса направления подготовки 39.04.01 социология заявляю, что в моей выпускной квалификационной работе на тему «Влияние трансформации института реабилитации инвалидов на интеграционный потенциал лиц с инвалидностью в современном российском обществе (на примере Республики Мордовия)», представленной в Государственную экзаменационную комиссию для публичной защиты, не содержится элементов неправомерных заимствований.

Все прямые заимствования из печатных и электронных источников, а также ранее защищенных письменных работ, кандидатских и докторских диссертаций имеют соответствующие ссылки.

Я ознакомлена с действующим в Университете Положением о проверке выпускных квалификационных работ студентов ФГБОУ ВПО «МГУ им. Н.П. Огарёва» на наличие заимствований, в соответствии с которым обнаружение неправомерных заимствований является основанием для неудовлетворительной оценки выпускной квалификационной работы.

*Муз*

*24.05.2017г.*

*Диссертация представлена для  
проверки в системе «Антиплагиат».  
Оригинальность текста составляет 90%.*

*24.05.2017г.*

*Брамов*



Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
МОРДОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ им. Н. П. ОГАРЁВА»

**ОТЗЫВ**

на магистерскую диссертацию

1. Выпускника (цы) Историко-социологического института  
(наименование факультета)  
Мухаметзяновой Алисы Рашидовны
2. По направлению подготовки 39.04.01 социология, профиль «Социология социальных изменений»  
(номер и наименование направления подготовки)
3. Тема магистерской диссертации «Влияние трансформации института реабилитации инвалидов на интеграционный потенциал лиц с инвалидностью в современном российском обществе (на примере Республики Мордовия)».
4. Выбор темы (актуальность, по заявке предприятия, инициативная) Исследование носит инициативный характер и посвящено актуальной в теоретическом и практическом отношении проблеме интеграции лиц с инвалидностью в современном российском обществе. Цель магистерской диссертации заключается в выявлении влияния трансформации института реабилитации инвалидов на интеграционный потенциал лиц с инвалидностью в регионе на примере Республики Мордовия.
5. Степень теоретической научности проблемы (формы изложения – описательная, критический обзор, обоснование собственной позиции): магистерская диссертация А. Р. Мухаметзяновой сочетает описательный подход в первой главе при характеристике различных теоретико-методологических подходов к определению и изучению проблем интеграции лиц с инвалидностью с самостоятельным теоретическим анализом данных массового социологического опроса «Готовность инвалидов к интеграции в общество».
6. Характеристика сложности и глубины решаемых задач, применяемые методы и обоснованность результатов: магистерская диссертация А. Р. Мухаметзяновой основана на данных авторского социологического исследования — массового социологического опроса лиц с инвалидностью «Готовность инвалидов к интеграции в общество» (2014-2016 гг.), n=390 человек, а также социологического наблюдения по авторской методике «Оценка комфортности и доступности, в том числе информационной, процедуры предоставления социальных услуг государственными стационарными организациями социального обслуживания населения Республики Мордовия (дома-интернаты общего типа, детские дома-интернаты и психоневрологические интернаты, социально-реабилитационные центры, социальный приют)» (выборка сплошная). Содержание магистерской диссертации свидетельствует о том, что цель диссертационного исследования достигнута, поставленные задачи решены на высоком профессиональном уровне. Программа, выборка и инструментарий исследований разработаны автором самостоятельно и профессионально, их качество гарантирует достоверность полученных данных и обоснованность выводов исследования. В работе проанализированы в рамках институционального подхода основные концепции реабилитации инвалидов, раскрыто



содержание понятий «трансформация института реабилитации инвалидов», «интеграционный потенциал лиц с инвалидностью», изучены основные факторы трансформации института реабилитации инвалидов в современном российском обществе, обосновано значение доступности среды жизнедеятельности как ведущего фактора трансформации института реабилитации инвалидов, повышающего его социальную эффективность, исходя из результатов социологического исследования «Готовность инвалидов к интеграции в общество» выявлено основное содержание процесса трансформации института реабилитации инвалидов в оценках инвалидов, дана характеристика основных групп инвалидов в зависимости от стажа инвалидности и социальных установок в процессе реабилитации в Республике Мордовия.

7. Использование математических методов ПЭВМ, специальных программных средств: обработка первичной информации проводилась при помощи программного пакета Microsoft Office , SPSS Statistics.

8. Недостатки магистерской диссертации: отдельные стилистические и синтаксические ошибки.

9. Степень внедрения результатов исследования (полная, частичная, наличие акта о внедрении) результаты исследования были использованы при разработке аналитических записок и рекомендаций по разработке стратегий социальной политики в Республике Мордовия, в практике работы учреждений системы социальной защиты населения, реабилитационных учреждений, служб психологической помощи.

10. Анализ отчета проверки магистерской диссертации на наличие заимствований Диссертационная работа А. Р. Мухаметзяновой выполнена самостоятельно. Доля оригинального текста составляет 90%, заимствования в тексте диссертации оформлены при помощи ссылок и цитат в соответствии с правилами научного цитирования.

11. Оценка профессиональной подготовленности выпускника В целом диссертационная (выпускная квалификационная) работа А. Р. Мухаметзяновой по своему оформлению и полученным результатам соответствует требованиям, предъявляемым к магистерским диссертациям, и заслуживает оценки «отлично». Содержание дипломной работы свидетельствует о возможности присвоения ее автору, Мухаметзяновой Алисе Рашидовне, квалификации «магистр» по направлению 39.04.01 - Социология.

Научный руководитель Богатова О.А., профессор кафедры социологии  
(Ф.И.О., должность и место работы)



«9» июня 2017 г.

Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
МОРДОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ им. Н. П. ОГАРЁВА»

РЕЦЕНЗИЯ  
на магистерскую диссертацию

- 1. Выпускницы:** Историко-социологического института Мухаметзяновой Алисы Рашидовны
- 2. По направлению подготовки:** 39.04.01 социология, профиль – социология социальных изменений
- 3. Тема дипломной работы:** Влияние трансформации института реабилитации инвалидов на интеграционный потенциал лиц с инвалидностью в современном российском обществе (на примере Республики Мордовия)
- 4. Руководитель магистерской диссертации:** доктор социологических наук, профессор Богатова Ольга Анатольевна
- 5. Актуальность разрабатываемой темы.** Актуальность темы магистерской диссертации убедительно доказывается автором в процессе проделанной работы. Выбор темы обусловлен актуальной социальной проблемой. Реабилитация инвалидов стала ведущей стратегией оказания непрерывной помощи лицам с инвалидностью, основным этапом на пути возвращения их в социум (интеграции). Несмотря на достаточное количество научных работ по проблемам инвалидности и реабилитации инвалидов, рассмотрение реабилитации инвалидов как трансформирующегося институционального социального явления, способствующего повышению интеграционного потенциала инвалидов и требующего изучения социологическими методами, представляют собой малоизученные или даже неизученные аспекты реабилитации инвалидов. Изучению некоторых сторон данной проблемы методами и в категориях социологической науки и посвящено исследование автора.
- 6. Положительные качества магистерской диссертации.** Магистерская диссертация отличается сложностью и глубиной решаемых задач. В качестве методологической основы работы применяются как теоретические, так и практикоориентированные подходы. Автор опирается на разнообразные теоретико-методологические подходы к изучаемой проблеме, в практической части сочетаются методы социологического опроса и социологического наблюдения. А также автор рассматривает процесс реабилитации инвалидов в аспекте процессов трансформации института реабилитации (институализации и деинституализации), что является новым подходом к этой теме в научных исследованиях.



Положения, выносимые на защиту, обоснованы, подкреплены данными собственных социологических исследований и соответствуют проблеме исследования. Автор имеет пять научных публикаций по теме исследования.

**7. Анализ и оценка результатов исследования, обоснованность выводов.** Теоретическая и практическая значимость научной проблемы, выдвинутой автором не вызывает сомнения. Указанная проблематика является предметом дискуссий в социологии и в ряде других смежных дисциплин (психологии, педагогике, социальной медицине и др.). Диссертация богата авторскими позициями по ряду проблем. Автором введен в научный оборот и обоснован новый термин «интеграционный потенциал инвалида». В ходе анализа результатов собственных социологических исследований автором была разработана классификация групп инвалидов в зависимости от стажа инвалидности. Выводы исследования являются обоснованными.

**8. Недостатки магистерской диссертации.** На наш взгляд автору следовало бы обдумать возможность применения метода социологического наблюдения для изучения доступности среды жизнедеятельности инвалидов в несегрегированной среде, что, позволило бы взглянуть на проблему доступности среды жизнедеятельности инвалидов и ее влияния на интеграционный потенциал инвалида немного шире.

**9. Общая оценка магистерской диссертации с заключением о подготовленности выпускника самостоятельно решать научные, экономические и производственные задачи и возможности присвоения ему квалификации.** Ответственный подход к написанию магистерской диссертации, самостоятельно проведенные социологические исследования, наличие научных публикаций, практическая апробация результатов исследования, свидетельствуют о профессиональной подготовленности магистранта. Магистерская диссертация является самостоятельным, законченным исследованием и научной работой, соответствует требованиям, предъявляемым к магистерским диссертациям и достойна самой высокой оценки, а ее автор заслуживает присвоения искомой квалификации магистра социологии.

**Рецензент:** Бахлов И. В., доктор политических наук, профессор



«16» марта 2017 г.

Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
МОРДОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ им. Н. П. ОГАРЁВА»

РЕЦЕНЗИЯ  
на магистерскую диссертацию

1. **Выпускницы:** Историко-социологического института Мухаметзяновой Алисы Рашидовны

2. **По направлению подготовки:** 39.04.01 социология, профиль – социология социальных изменений

3. **Тема дипломной работы:** Влияние трансформации института реабилитации инвалидов на интеграционный потенциал лиц с инвалидностью в современном российском обществе (на примере Республики Мордовия)

4. **Руководитель магистерской диссертации:** доктор социологических наук, профессор Богатова Ольга Анатольевна

5. **Актуальность разрабатываемой темы.** Актуальность темы магистерской диссертации убедительно доказывается автором в процессе проделанной работы. Приведены ссылки на авторитетных ученых, практиков. Выбор темы обусловлен актуальной социальной проблемой. Инвалидный контекст социальных проблем общества не перестает быть актуальным в течение всего периода существования российского государства в постсоветскую эпоху в связи с тем, что произошел переход от социалистической системы распределения социальных благ к периоду формирования новой системы социального обеспечения в условиях рыночной экономики, что увеличило количество и сложность проблем инвалидов во всех сферах жизнедеятельности.

6. **Положительные качества магистерской диссертации.** Магистерская диссертация отличается сложностью и глубиной решаемых задач. В качестве методологической основы в работе применяются как теоретические, так и практикоориентированные подходы.

В работе автор рассматривает процесс реабилитации инвалидов в аспекте процессов трансформации института реабилитации (институализации и деинституализации), что является новым подходом к этой теме. Автором введен в научный оборот и обоснован новый термин «интеграционный потенциал инвалида». В ходе анализа результатов собственных социологических исследований автором была разработана классификация групп инвалидов в зависимости от стажа инвалидности («новички», «адаптанты», «реабилитанты»).

Положения, выносимые на защиту, обоснованы, подкреплены данными собственных социологических исследований и соответствуют проблеме исследования. Автор имеет пять научных публикаций по теме исследования.



**7. Анализ и оценка результатов исследования, обоснованность выводов.** Степень теоретической научности и практической значимости диссертации не вызывает сомнения. Указанная проблематика является предметом дискуссий не только в социологии, но и в ряде других смежных дисциплин. Диссертация богата авторскими позициями по ряду проблем. Автор опирается на работы ряда известных ученых и практиков, рассматриваются разнообразные теоретико-методологические подходы к изучаемой проблеме, в практической части сочетаются методы социологического опроса и социологического наблюдения, что также повышает валидность полученных результатов исследований и обоснованность выводов, сделанных на их основе.

**8. Недостатки магистерской диссертации.** Автору следовало бы изучить возможность применения к данной теме методов социологического исследования в качественной парадигме, что, на наш взгляд, позволило бы взглянуть на проблему немного шире.

**9. Общая оценка магистерской диссертации с заключением о подготовленности выпускника самостоятельно решать научные, экономические и производственные задачи и возможности присвоения ему квалификации.** Ответственный подход к написанию магистерской диссертации, самостоятельно проведенные социологические исследования, наличие научных публикаций, практическая апробация результатов исследования, свидетельствуют о профессиональной подготовленности магистранта. Магистерская диссертация является самостоятельным, законченным исследованием и научной работой, соответствует требованиям, предъявляемым к магистерским диссертациям и достойна самой высокой оценки, а ее автор заслуживает присвоения искомой квалификации магистра социологии.

Рецензент: Курьшова Л.Н., кандидат социологических наук

«16» июня 2017 г.