

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ИНСТИТУТ ТРУДА, МИГРАЦИИ И ЗАНЯТОСТИ НАСЕЛЕНИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ТРУДА, МИГРАЦИИ И ЗАНЯТОСТИ НАСЕЛЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

УДК 316.35 (575.3)
ББК 60.55 (2 тадж.)
К-63

На правах рукописи

Комилова Замира Абдувалиевна

**СОЦИАЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И МЕХАНИЗМЫ СИСТЕМЫ
СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ ДЕТЕЙ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ
(на примере Таджикистана)**

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени
кандидата социологических наук
по специальности 22.00.04 – «Социальная структура, социальные
институты и процессы»

Научный руководитель:
член –корреспондент НАНТ, доктор
социологических наук, профессор, заведующий
отделом социологии Института философии,
политики и права им. А. Баховаддинова
Национальной академии наук Таджикистана
ШОИСМАТУЛЛОЕВ ШОНАЗАР

Душанбе - 2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ ДЕТЕЙ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ	19
1.1. Инвалидность: сущность, особенности и модели в условиях социальных изменений	19
1.2. Основные подходы к изучению процессов управления социальной вовлеченности и защиты детей с инвалидностью	56
ГЛАВА II. МОДЕЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ ДЕТЕЙ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ ТАДЖИКИСТАНА	53
2.1. Социальная технология «Реабилитация детей с инвалидностью» как фактор социальной защиты	96
2.2. Модель мониторинга и оценки качества предоставления социальной услуги «Реабилитация детей с инвалидностью на уровне сообщества» на основе спецификаций и стандартов	129
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	154
Рекомендации по практическому применению результатов исследования	157
Список литературы.....	160
Приложение 1.	181
Приложение 2.....	185
Приложение 3.....	186
Приложение 4.....	187
Приложение 5.....	190

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Серьёзные социально-экономические, политические и эпидемиологические вызовы и риски, становятся угрозой для глобальной и национальной экономики, проблемой общественного здравоохранения, социальной системы, что приводит к социальным потрясениям и травмам миллионы людей, усугубляют существовавшее ранее неравенство, подвергая незащищённые группы населения бедности и уязвимости.

Многие семьи в условиях кризисов, растущей бедности, социальной незащищенности и ограниченных ресурсов часто не могут позволить себе расходы на содержание и развитие детей с инвалидностью.

Ограниченные финансовые ресурсы, слабый кадровый потенциал, отсутствие механизмов определения уязвимости и устаревшие программы социальной помощи наряду с ограниченными возможностями, не могут противостоять возникающим социальным рискам, подрывают эффективность управления системой социальной защиты Таджикистана, тем самым исключая большое количество людей из общественной жизни. Более 900 тыс. детей проживают за чертой бедности¹. Большая часть из которых проживает в сельских регионах страны, без достаточных средств для удовлетворения своих основных потребностей, не имеют доступ к действенным системам социальной защиты, что приводит к еще более высокому уровню уязвимости. Бедность еще больше усугубляет положение детей с инвалидностью.

Но, несмотря на это, государство продолжает занимать основополагающие позиции в формировании благоприятной среды для развития детей с инвалидностью и их вовлечения в социальную жизнь. В формирующейся модели государства социальных инвестиций предполагается учитывать возникающие

¹ См.: Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан [Электронный ресурс]: Детская бедность в Таджикистане / – Электрон. Текстовые дан. – Душанбе: 2022. – Режим доступа: https://stat.tj/storage/pages/Child_Poverty_Tajikistan_Rus_Aug2018.pdf, свободный

вызовы и риски, усиление сфер здравоохранения, социальной защиты, образования, мобильной занятости и создание гибких условий труда².

Военный конфликт между Россией и Украиной, беспорядки в приграничных районах на севере Таджикистана и последствия COVID-19 ухудшают социально-экономическое положение страны, вызывая острый медицинский, гуманитарный и социально-экономический кризис. Исследования показывают, что несмотря на экстренные денежные выплаты и помощь в натуральной форме, которая была предоставлена государством во время пандемии более 40% населения нуждались в продовольственной поддержке, около 18% домохозяйств не получили медицинскую помощь³. Последствия социальных изменений в наибольшей степени ощутимы для тех, кто уже проживает в бедности или подверженные риску бедности, включая около 160 тыс. людей с инвалидностью.

Существующая система социальной защиты населения Таджикистана оказалась не готовой для решения задач и обеспечения защиты уязвимого населения в условиях кризиса. Правительство Таджикистана ставит задачу трансформацию системы социальной защиты населения и оптимизацию управления ее процессами.

Степень научной разработанности изучаемой проблемы. Роль государства как института для решения социальных проблем исследуются в научных трудах таких ученых как С. Алькире, Г. Беккера, П. Бурдые, Д. Вернона, Н. Григорьевой, Р. Капелюшникова, Д. Квона, Б. Кикере, П. Козловского, Дж.

² См.: Lister, R. Investing in the citizen-workers of the future: transformations in citizenship and the state under New Labour [Текст] / R. Lister // Social Policy & Administration. 2003. Vol. 37. – № 5. P. 427-443.

³ См.: Группа Всемирного банка [Электронный ресурс]: Экономическое и социальное влияние COVID-19: Обновлённая информация, полученная из исследования «Слушая Таджикистан» / W. Seitz. – Электрон. Текстовые дан. – Душанбе: 2022. – Режим доступа: <https://www.vsemirnyjbank.org/ru/news/factsheet/2020/07/13/economic-and-social-impacts-of-covid-19-update-from-listening-to-tajikistan>, свободный.

Коулмана, М. Крозье, А. Маршала, А. Рубинштейна, М. Рыбаковой, А. Сена, Н. Смакотиной, Т. Чубаровой, Т. Шульца⁴ и др.

Влияние социальных изменений на различные процессы общества отображаются в работах П. Бергера, И. Валлерштейна, М. Вебера, Э. Гидденса, М. Горшкова, В. Жукова, С. Кравченко, Т. Лукмана, К. Мангейма, Т. Парсонса, М. Рутковского, П. Сорокина, Н. Тихоновой, Дж. Ходжсона, Ш. Шоисматуллоева, П. Штомпки, В. Ядова и др⁵.

⁴ Alkire, S. Human development: definitions, critiques, and related concepts. Oxford Poverty & Human Development Initiative. 2010.; Becker, G.S. Human Capital: a Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education / G.S. Becker. – Chicago: The University of Chicago Press, 2009. – 412p.; Bourdieu, P. The forms of capital. In J. Richardson (Ed.) Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education / P. Bourdieu / Под ред. Richardson J. – New York: Greenwood Press, 1986. – 241-258с.; Vernon, D. Human potential: Exploring techniques used to enhance human performance / D. Vernon. – New York: Routledge, 2009. – 266 с.; Григорьева, Н.С.; Чубарова, Т.В. Современное социальное государство между «старым» и «новым» патернализмом: ловушки мотивации [Текст] / Н.С. Григорьева, Т.В. Чубарова // Проблемы теории и практики управления Международный научный журнал. 2019. – №7. – С.16-28.; Капелюшников, Р.И. Сколько стоит человеческий капитал России? / Р.И. Капелюшников. – Москва: ВШЭ, 2012. – 76с.; Kwon, D. B. Human capital and its measurement / D.B. Kwon. – Busan: OECD, 2009. – 65 с.; Kiker, B.F. The Historical Roots of the Concept of Human Capital / B.F. Kiker. // Journal of Political Economy. 1966. – № 74. – С. 481-499.; Козловски, П. Общество и государство: неизбежный дуализм / Пер. с нем. – М.: Республика, 1998. – 368 с.; Коулман, Дж. Капитал социальный и человеческий / Дж. Коулман. // Общественные науки и современность. 2001. – №3. – С.121-139.; Крозье, М. Современное государство – скромное государство. Другая стратегия изменения / М. Крозье // Антология мировой политической мысли; В 5 т. – Т. II «Зарубежная политическая мысль. XXв.». – М.: Мысль, 1997. – С. 699 -711.; Marshall, A. Principles of Economics / A. Marshall. – London: Great Mind Series. Macmillan and Co Lts, 1890. – 627с.; Рубинштейн, А.Я. Экономика общественных предпочтений. Структура и эволюция социального интереса / А.Я. Рубинштейн. – СПб.: Алетейя, 2008. – 560 с.; Рыбакова, М.В. Управление развитием человеческого капитала студенческой молодежи / М.В. Рыбакова // Социально-гуманитарные знания. 2019. – №6. – С.129-135.; Сен, А. Развитие как свобода / А. Сен. – М.: Новое издательство, 2004. – 432 с.; Смакотина, Н. Л. Молодежь в ситуации социальной нестабильности / Н.Л. Смакотина // Народонаселение. 2012. – №3 (57). – С.91-95.; Schultz, T. Investment in Human Capital / T. Schultz // American Economic Review. 1961. – №51. – С.1-17.

⁵ Бергер, П., Лукман, Т. Социальное конструирование реальности. Трактат по социологии знания / П. Бергер, Т. Лукман. – М.: Медиум, 1995. – 323 с.; Wallerstein, I. From Society to Historical Social Science: Prospects and Obstacles / I. Wallerstein // The British Journal of sociology. 2000. – № 51(1) – P.25-36.; Вебер, М. Избранные произведения / М. Вебер – М.: «Прогресс», 1990. – 808с.; Гидденс, Э. Социология / Э. Гидденс. – М.: Эдиториал УРСС, 2005. – 632 с.; Жуков, В.И. Российские преобразования: социология, экономика, политика. 1985-2001 годы / В.И. Жуков. – М., 2002. – 666с.; Заславская, Т.И., Ядов, В.А. Социальные трансформации в России в эпоху глобальных изменений / Т.И. Заславская, В.А. Ядов // Социологический журнал. 2008. – № 4. – С. 8-22.; Кравченко, С.А., Зарубина, Н.Н., Подберезкин, А.И., и др. Доверие к знанию в условиях социальной турбулентности: риски, уязвимости, вызовы безопасности: монография / Под общ. ред. С.А. Кравченко. – Москва: МГИМО-Университет, 2018. – 274с.; Мангейм, К. Человек и общество в эпоху преобразования / Мангейм К. Диагноз нашего времени. – М.: Юрист, 1994. – С.693.; Parsons, T. The Social System / T. Parsons. – New York: Routledge, 1991. – 575с.; Rutkowski, M. Responding to crisis with digital payments for social protection: short term measures with long-term benefits [Электронный ресурс] / M. Rutkowski – Электрон. текстовые дан. – Washington [б.и.], 2020. – Режим доступа: https://blogs.worldbank.org/voices/responding-crisis-digital-payments-social-protection-short-term-measures-long-term-benefits?cid=SHR_BlogSiteShare_EN_EXT, свободный; Сорокин, П. А. Социология революции / П.А. Сорокин // Человек. Цивилизация. Общество – М., 1992. – 153с.; Тихонова, Н. Е. Социальная политика в современной России: новые системные вызовы / Н.Е. Тихонова // Общественные науки и современность. 2019. – №2. – С. 5-18.; Hodgson, G. M. Institutions and Individuals: Interaction and Evolution / G. M. Hodgson // Organization Studies. 2007. – Vol. 28 (1). – P. 95-116.; Шоисматуллоев, Ш., Кодиров, З.К. Социальные условия и факторы участия граждан в решении проблем местного значения в условиях модернизации таджикского общества / Ш. Шоисматуллоев, З.К. Кодиров // Вестник Таджикского государственного финансово-экономического университета. – 2018. – №1. – С.78-84; Штомпка, П. Социология социальных изменений / Пер, с англ, под ред. В.А. Ядова. – М.: Аспект Пресс – 1996 г. – 417с.

Уязвимые группы населения рассматривались в работах Е. Авериной, Н. Васильевой, Л.С. Выготского, И. Гейца, Дж. Дональдсона, И. Голдберга, Д. Зайцева, Р. Ленуара, У. Липпмана, Б. Райта, Б. Ровердера, П. Романова и др.⁶

Эволюция понимания инвалидности и историческое восприятие общества людей с инвалидностью изучались С. Аббот, Х. Аиден, Дж. Джаффе, Е. Кетриш, А. Лоусон, Л. Меттс, С. Новиковой, М. Оливер, Т. Парсон, М. Рассел, М. Ретиф, А. Риммерман, С. Смелтзер, Д. Филшер, Е. Хассанейн, Е. Ярской-Смирновой⁷.

⁶ Аверина, Е.А. Интеграция инвалидов в общество: теоретическое осмысление проблемы Е.А. Аверина // Вест. Том. гос. ун-та. Философия. Социология. Политология. 2011. – № 1 (13). – С. 5-11.; Barker, R.G., Wright, V.A., Meyerson, L., Gonick, M.R. Adjustment to physical handicap and illness: A survey of the social psychology of physique and disability / R.G. Barker, V.A. Wright, L. Meyerson, M.R. Gonick // *Social Forces*. 1947. – № 26 (1). – С. 111–112.; Васильева, Н.В. Жизненные планы молодых инвалидов: особенности формирования и реализации в современном российском обществе [Текст]: дис. ... канд. соц. наук: 22.00.04. /Васильева Наталья Владимировна. – М., 2000. 155с.; Выготский, Л.С. Основы дефектологии /Л.С. Выготский. – СПб.: Лань, 2003. – 654 с.; Гейц, И.В. Гарантии, социальная защита и поддержка населения в Российской Федерации /И.В. Гейц. – М.: ДИС, 2005. – 640 с.; Goldberg, P., Lippman, L. Plato had a word for it / P. Goldberg, L. Lippman // *Exceptional children*. 1974. – №40.5. – С.325-334.; Donlandson, J. Changes and attitudes towards handicapped persons: a review and analysis of research / J. Donlandson // *Council for exceptional children*. 1980. – № 46 (7). – С. 504-514.; Зайцев, Д.В. Социальная интеграция детей-инвалидов в современной России /Д.В. Зайцев. – Саратов: Научная книга, 2003. – 255с.; Lenoir, R. Les exclus: Un français sur dix. [The Excluded: One French Person out of Ten] / R. Lenoir // *Population*. 1975. – № 30 (1). – С.180-181.; Lippman, L. UNESCO Braille Courier, 1972.; Rohwerder, V. Disability Inclusion: Topic guide. /V. Rohwerder. – Birmingham. UK: GSDRC, University of Birmingham. 2015. – 54с.; Романов, П.В., Ярская-Смирнова, Е.Р. Политика инвалидности: Социальное гражданство инвалидов в современной России /П.В. Романов, Е.Р. Ярская-Смирнова. – Саратов: Изд-во «Научная книга», 2006. – С.10-32.; Wright, V.A. Changes and attitudes towards handicapped people /V.A. Wright // *Rehabilitation Literature*. 1973. – №. 34. – С. 354-368.

⁷ Abbot, S., McConkey, R. The barriers to social inclusion as perceived by people with intellectual disabilities. [Текст] / S. Abbot, R. McConkey // *Journal of Intellectual Disabilities*. 2006. – №10 (3). – P.275-287.; Aiden, H., McCarthy, A. Current attitudes towards disabled people /H. Aiden, A. McCarthy. – London: Scope about disability, 2014. – 20с.; Jaffe, J. Attitudes and interpersonal contact: relationships between contact with the mentally retarded and dimensions of attitude. [Текст] / J. Jaffe // *Journal of Counseling Psychology*. 1967. – №.14. – С.482-484.; Кетриш, Е. Эволюция отношения общества к детям с нарушениями в развитии. [Текст] /Е. Кетриш // *Научный диалог*. 2015. – № 7(43). – С.8-26.; Lawson, A., Beckett, A. The social and human rights models of disability: towards a complementarity thesis [Текст] /A. Lawson, A. Beckett // *The International Journal of Human Rights*. 2021. – № 25(2). – С.348-379.; Metts, R. L. Disability issues, trends and recommendations for the World Bank. [Текст] / R. L. Metts. – Washington: The World Bank, 2000. – 97с.; Новикова, С.И. Определение понятий, связанных с инвалидностью на современном этапе развития законодательства республики Беларусь. [Текст] /С.И. Новикова // *Право*. 2017. – №3. – С. 23-31.; Oliver, M. A social model of disability: a thirty years on. [Текст] /M. Oliver // *Disability & Society*. 2013. – № 28 (7). – P. 1024-1026.; Parsons, T. The Sick Role and the Role of the Physicians Reconsidered. [Текст] /T. Parsons // *Millbank Memorial Fund Quarterly. Health and society*. 1975. – №. 53 (3). – P.257-278.; Rassel, M., Larskaia-Smironova, E. Disability in Eastern Europe and the Former Soviet Union: History, policy and everyday life. [Текст] /M. Rassel, E. Larskaia-Smironova. – Oxon: Routledge, 2013. – P. 288.; Retief, M., Letsosa, R. Models of disability: a brief overview. [Текст] / M. Retief, R. Letsosa // *HTS Theological Studies*. 2018. – № 74 (1). – С.1-8.; Rimmerman, A. Social inclusion of people with disabilities. [Текст] /A. Rimmerman. – Cambridge: Cambridge University Press, 2013. – 193с.; Smeltzer, S., Mariani, B., Meakim, C. и др. Perceptions of persons with disability of their experience as standardized patients in an undergraduate nursing program / S. Smeltzer, B. Mariani, C. Meakim и др. // *Nursing Education Perspectives*. 2015. – № 36(6). – С.398-400.; Hassanein, E. Inclusion, Disability and Culture /E. Hassanein. – The Netherlands: Sense Publisher, 2015. – 212с.; Fleischer, D., Zames, F. The Disability Rights Movement: From Charity to Confrontation /D. Fleischer, F. Zames. – Philadelphia: Temple University Press, 2011. – 360с.; Ярская-Смирнова, Е., Романов, П. Герои и тунеядцы: иконография инвалидности в советском визуальном дискурсе / Е. Ярская-Смирнова, П. Романов // *Визуальная антропология: режимы видимости при социализме* / Под ред. Е.Ярской-Смирновой, П.Романова. – М.: Вариант, ЦСПГИ, 2009. – С. 289-331.

Механизмы социальной защиты детей, в частности детей с инвалидностью, рассмотрены в научных трудах Н. Васильевой, Д. Вернера, М. Весселса, И. Выдриной, Н. Голиковой, Б. Дженкинса, К. Джойнеса, Д. Зайцева, Е. Ключко, Р. Миттлера, Т. Поддубной, К. Репковой, А. Спицыной, Э. Хижнего и др.⁸

Государственная социальная политика и механизмы управления социальными системами изучались И. Аубакировой, С. Бабонсом, П. Бергером, Л. Бургановой, Дж. Варгас-Гернандесом, П. Веддербоурном, П. Кайнером, Р. Леньковым, Т. Лукманым, Ф. Мали, Г. Пестовой, М. Плотниковым, А. Пригожиным, Д. Ричардсем, Т. Сидориной, Л. Скрипкой, А. Соловьевым, Б. Ровердерым, П. Спайкером, Е. Тавокиным, Ж. Тощенко, И. Фененко, Р. Хольцманном, В. Щербиным и др.⁹

⁸ Васильева, Н.В. Жизненные планы молодых инвалидов: особенности формирования и реализации в современном российском обществе [Текст]: дис. ... канд. соц. наук: 22.00.04 / Васильева Наталья Владимировна. – М.: 2000. – 155 с.; Выдрина, И.И., Ефременкова, Е.А. и др. Социальная защита инвалидов (теория, история и практика правового регулирования): коллективная монография / Под. общ. ред. И.И. Выдровой. – М.: КноРус, 2020. – 154с.; Голиков, Н.А. Дети инвалиды: инвалидизация, интеграция, инклюзия. [Текст] / Н.А. Голиков // Теория и практика общественного развития. 2015. – №13. – С.1-4.; Jenkins, B., Tilbury, C., Mazerolle, P. и др. The complexity of child protection recurrence: the case for a systems approach. [Текст] / B. Jenkins, C. Tilbury, P. Mazerolle и др // Child Abuse & Neglect. 2017. – № 63. – С.162-171.; Joynes, Ch., Jacqui, M., A systems approach to child protection. [Текст] / Ch. Joynes, M. Jacqui. – Brighton: Institute of Development Studies, 2018. – 15с.; Зайцев, Д.В. Социальная интеграция детей-инвалидов в современной России. [Текст] / Д.В. Зайцев. – Саратов: Научная книга, 2003. – 255с.; Ключко, Е. Жизнь без барьеров: о перспективах и изменениях в положении детей с инвалидностью и инвалидов с детства. [Текст] / Е. Ключко // Psychological Science & Education. 2016. – № 21(1). – С. 94-107.; Mittler P., Including children with disabilities. [Текст] / P. Mittler // Prospects. 2004. – №34(4). – С.385-396.; Поддубная, Т. Н., Поддубный, А.О. Социальная защита семьи и детства в Российской Федерации. [Текст]: справочник. // Т.Н. Поддубная, А.О. Поддубный. – Ростов н/Д.: Феникс, 2015. – 510с.; Repkova, K. Children with disabilities as citizens or from charity towards citizenship and human rights. [Текст] / K. Repkova // Sociologia. 2005. – № 37. – С.509-528.; Rohwerder, V. Disability Inclusion: Topic guide. [Текст] / V. Rohwerder – Birmingham: University of Birmingham. 2015. – P.54.; Спицына, А., Ламонов, Д., Беликова, Н. Социальная защита детей и инвалидов как приоритетное направление социальной политики государства. [Текст] / А. Спицына, Д. Ламонов, Н. Беликова // Сборник научных трудов 2-й Всероссийской научно-практической конференции «Структурные преобразования экономики территорий: в поиске социального и экономического равновесия» (14-15 марта 2019г.). – Курск: ЗАО «Университетская книга», 2019. – С.274-280.; Werner, Sh., Peretz, H. и др. Israeli children's attitude towards children with disabilities and without disability. [Текст] / Sh. Werner, H. Peretz // Early Childhood Research Quarterly. 2015. – № 33(4). – С.98-107.; Wessells, M. Bottom-up approaches to strengthening child protection systems: placing children, families, and communities at the center. [Текст] / M. Wessells // Child Abuse & Neglect. 2015. – № 43. – С. 8-21.; Хижный, Э. Государственная система социальной защиты граждан в странах Западной Европы. [Текст] / Э. Хижный. – М.: ИНИОНРАН, 2006. – 230с.

⁹ Аубакирова, И.У. Социальное государство и современная евразийская модель государственного управления. [Текст] / И.У. Аубакирова // Правовое поле современной экономики. 2016. – № 9. – С.24-38; Babones, S. What is world-systems analysis? Distinguishing theory for perspective. [Текст] / S. Babones // Thesis Eleven. 2015. – № 127. – С.3-20.; Бергер, П., Лукман, Т. Социальное конструирование реальности. Трактат по социологии знания. [Текст] / П. Бергер, Т. Лукман. – М.: Медиум, 1995. – 323 с.; Бурганова, Л.А. Теория управления. [Текст] / Л.А. Бурганова. – М., 2009. – 151с.; Леньков, Р.В., Богданов, В.С. Проблемы «сборки» будущей российской интеллигенции как потенциала социокультурной модернизации: социолого-управленческий дискурс. [Текст] / Р.В. Леньков, В.С. Богданов // Научный результат. Социология и управления. Т.5, – №4, 2019. – С. 163-175.; Mali, F. Modern social system theory and the sociology of science. [Текст] / F. Mali // Druzboslovne razprave XXII. 2001. – № 37(38). – С. 71-80.; Пестова, Г.А. Социология управления. [Текст] / Г.А. Пестова. – М.: Академия Естествознания, 2011. – 103с.; Плотников, М.В., Смелцова, С.В. Социальные технологии как объект социологического исследования. [Текст] / М.В. Плотников, С.В. Смелцова // В мире научных открытий. – 2012. – №4. – С.169-180.;

Вопросы социальной защиты, детская инвалидность и реабилитация детей с инвалидностью отражены в работах Р. Бабаджанова, Б. Боймуродова, А. Гаибова, Ф. Магзумовой, Н. Маруповой, А. Муродзоды и др.¹⁰.

Внедрение современных управленческих процессов в системе социальной защиты и вовлеченности детей с инвалидностью в полноценную жизнь требуют дальнейшего исследования.

При этом, наблюдается *противоречие* между законодательно утвержденным принципом равенства возможностей, доступности к ресурсам людей с инвалидностью и сохраняющимся негативным общественным отношением к ним и отсутствием управленческих решений, способствующих формированию дискриминационной среды, которая приводит не к социальной изоляции и маргинализации, а гармоничной реализации человеческого капитала.

Связь исследования с программами (проектами) и научными темами.

Пригожин, А.И. Современная социология организаций. [Текст] /А.И. Пригожин. – М.: Интерпракс, 1995. – С. 296.; Richards, D., Smith, M.J., Governance and Public Policy in the UK. [Текст] / D. Richards, M.J. Smith. – Oxford: Oxford University Press, 2002. – 332с.; Cairney, P. Understanding Public Policy. Theories and Issues. [Текст] /P. Cairney. – Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2012. – 327с.; Сидорина, Т.Ю. Два века социальной политики. [Текст] /Т.Ю. Сидорина. – М.: Типография «Наука», 2005. – 448с.; Скрипко, Л.Е. Процессный подход в управлении качеством. [Текст] /Л.Е. Скрипко. – СПб.: ГУЭФ. 2011. – 105с.; Соловьев, А.И. Массовое сознание и государственная политика: точки пересечения и проблемы взаимодействия. [Текст] /А.И. Соловьев // Политическая наука. 2017. – №1. – С. 186-203.; Spicker, P. Social Policy: Theory and Practice. [Текст] /P. Spicker. – Bristol: Policy Press, 2014. – 512с.; Тавокин, Е.П. Социология управления. [Текст] /Е.П. Тавокин. – Москва: Инфра-М, 2016. – 200с.; Тощенко, Ж.Т. Социология управления. [Текст] /Ж.Т. Тощенко. – М.: Центр социального прогнозирования и маркетинга, 2011. – 300с.; Фененко, Ю.В. Основы социологии управления. [Текст] /Ю.В. Фененко. – М.: ПКЦ Альтекс. 2005. – 236с.; Holzmann, R., Jorgensen, S. Social risk management: a new conceptual framework for social protection and beyond. [Текст] /R/Holzmann, S/Jorgensen // International tax and public finance. 2011. – №8. – С.529-556.; Щербин, В.В. Социальные технологии: история появления термина, трансформация содержания, современное состояние. [Текст] /В.В. Щербин // Социологические исследования. 2014. – № 7. – С. 113-124.; Vargas-Hernandez, J., Noruzi, M.R., Nezhad, I.F. H. A. What is Polic, Social Policy and Social Policy Changing? [Текст] / J.Vargas-Hernandez, M.R.Noruzi, I.F. Nezhad // International Journal of Business and Social Science. 2011. – № 2(10). – С.287-291.; Wedderburn, P., Townsend, D. The Aged in the Welfare State. [Текст] /P. Wedderburn, D. Townsend. – London: G. Bell & Sons, 1965. – 150с.

¹⁰ Проблемы социального отчуждения и развитие человеческого потенциала Республики Таджикистан. Коллективная монография /Р.М. Бабаджанов/ Под ред. Бабаджанова Р.М. – Душанбе: ООО «Фарзин 2012», 2012. – 169с.; Халикова, М., Боймуродов, Б., Вохидов А. Причинно-следственные факторы детской инвалидности в Республике Таджикистан [Текст] / Халикова М., Боймуродов Б., Вохидов А. // Медицинский вестник национальной Академии наук Таджикистана. 2021. - №2 (38). – С. 65-71.; Гаилов, А., Лукьянов, Н., Рузиев, М., Абдурахимов, А. Условия перехода к социальной модели инвалидности и особенности реабилитации лиц с ограниченными возможностями в Республике Таджикистан. [Текст] / А. Гаилов, Н. Лукьянов, М. Рузиев, А. Абдурахимов // Вестник последилового образования в сфере здравоохранения. 2017. – № 3. – С.11-15.; Магзумова, Ф.П. Пути улучшения системы медико-социальной реабилитации инвалидов в Республике Таджикистан. [Текст] / Ф.П. Магзумова // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2022. – №4 (40). – С.7-12.; Марупова, Н.Ш. Система социальной защиты населения в Республике Таджикистан и ее особенности. [Текст] /Н.Ш. Марупова // Вестник Таджикского государственного университета коммерции. 2012. – №2 (36). – С.87-95.; Муродзода, А. Основные направления социальной защиты инвалидов в Таджикистане. [Текст] / А. Муродзода // Вестник Таджикского национального университета. 2019. – №4. – С.126-133.

Данная диссертационная работа выполнена в рамках научно-исследовательской работы отдела «Регулирования проблем миграции» Государственного учреждения «Научно-исследовательского института труда, миграции и занятости населения» Министерства труда, миграции и занятости населения Республики Таджикистан.

Этапы исследования. Этапы диссертационного исследования охватывают 2015 – 2022гг.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИССЕРТАЦИИ

Цель работы – выявить условия внедрения международных подходов и предложить механизм их реализации, направленный на усовершенствование системы социальной защиты детей с инвалидностью в Таджикистане.

Для достижения поставленной цели предполагается решить следующие **задачи**.

- Проанализировать фундаментальные теоретические концепции социальной политики.
- Описать основные теоретические подходы изучения механизмов системы социальной защиты.
- Представить характеристику инвалидности и обобщить ее основные модели.
- Определить состояние системы социальной защиты и выявить сдерживающие причины социальной вовлеченности детей с инвалидностью.
- Предложить трёхконтурный механизм совершенствования системы социальной защиты, состоящий из функций планирования, реализации и мониторинга социальных программ.
- Адаптировать международную социальную технологию ВОЗ «Реабилитация на уровне сообщества» в условиях Таджикистана.
- Разработать систему мониторинга и оценки на основе спецификаций и стандартов предоставления услуги «Реабилитация детей с инвалидностью на уровне сообщества».

Объект исследования – система социальной защиты детей с инвалидностью.

Предмет исследования – совершенствование механизмов системы социальной защиты детей с инвалидностью в Таджикистане.

Теоретическую основу исследования составляют теории социального неравенства и социальной справедливости, концепции базовых нужд, концепция государства социальных инвестиций и теория человеческого капитала, позволяющие рассмотреть развитие человеческого потенциала детей с инвалидностью. Внедрение системного, ситуативного, процессного методов позволили разработать модель мониторинга и оценки качества предоставления услуги на основе спецификаций и стандартов. Нормоцентрический, гуманистический, социокультурный и социометрический подходы дали возможность сместить существующую парадигму «единый шаблон для всех» к человеко-центрированному подходу, который ставит ребенка с инвалидностью и его потребности в центре системы социальной защиты.

Методологическая основа исследования базируется на использовании методов научно-исследовательской деятельности, в частности теоретико-методологического анализа, методов эмпирического исследования, сравнительного, синтез и контента анализа, обобщения, аргументации и интерпретации полученных данных. Качественные и количественные методы исследования (анкетирование, глубинные интервью, экспресс анализ и фокус групповые дискуссии) использовались для аргументации и решения научных задач.

Данные методы и подходы позволили обосновать и протестировать трехконтурную модель управления процессом вовлеченности детей с инвалидностью. Данная модель включает в себя социальные технологии, подробно описывающие все стороны управления системой социальной защиты, в протестированных пилотных районах Республики Таджикистан: Истаравшане, Шахристане и Кубодиёне.

Надежность применяемых исследовательских методик обеспечена использованием математических методов обработки и анализа результатов исследования с применением программного обеспечения Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) и MicroSoft Excel, а также сопоставления данных вторичных социологических исследований.

Научная новизна исследования:

➤ Уточнено определение инвалидности, обосновано, что инвалидность является не болезнью, а состоянием человека и не должно быть ограничением для вовлечения в социальную жизнь, если созданы благоприятные условия. Вместе с тем выявлено сохраняющееся до настоящего времени негативное общественное отношение к людям с инвалидностью, которое носит социальный характер и приводит к неравенству.

➤ Предложен авторский подход к изучению модели инвалидности и ее роли в развитие человеческого капитала детей с инвалидностью, заключающийся в том, что в ребенок с инвалидностью находятся в центре внимания, а остальные субъекты (семья, сообщество, местная власть, государство) взаимодействуют для удовлетворения его потребностей.

➤ Выявлены основные взаимосвязи системы социальной защиты Таджикистана с различными отраслями экономики, уточнены основные направления социальной вовлеченностью детей с инвалидностью. В частности, определено, что необходимо получение своевременной квалифицированной медицинской помощи, реабилитации и социальных услуг, изменение негативного общественного отношения и создание специальных условий для инклюзивного образования, проведение мониторинга выполнения индивидуального плана развития ребёнка.

➤ Предложен трехконтурный механизм совершенствования взаимодействия социальных институтов, усиливающий социальные процессы, координацию между центральными и местными органами власти, обеспечивающий адресность предоставляемых услуг. Данный механизм представляет собой комплексный подход к предоставлению услуг

(здравоохранение, образование, самообеспечение, социальные вопросы, расширение прав и возможностей), учитывающий индивидуальные потребности детей и предоставляющий возможность для развития их человеческого капитала. Участие детей с инвалидностью и их семей, способствуют изменению подходов, профилактике и партнерству.

➤ Адаптирована международная социальная технология ВОЗ «Реабилитация на уровне сообщества» к условиям Таджикистана, позволяющая более рационально использовать ресурсы. Она направлена на вовлеченность детей с инвалидностью в общественную жизнь. Её особенностями являются трансформация механизмов управления социальной защиты, рациональное использование ресурсов, совершенствование процедур предоставления услуг.

➤ Предложена и применена методология для разработки *спецификаций и минимальных стандартов* услуги «Реабилитация детей с инвалидностью на уровне сообщества», протестирована система мониторинга и оценки качества в Таджикистане. Она заключается в определении минимальных требований к предоставлению услуг, является индикатором измерения качества и адресности социального обслуживания, осуществления контроля и функционирования социальной службы.

Основные положения, выносимые на защиту:

➤ Инвалидность рассматривается, как уникальное, врожденное или приобретенное физическое или когнитивное состояние человека, которое при отсутствии благоприятных условий, ограничивает мобильность, препятствует в реализации человеческого капитала и создает барьеры при взаимодействии с обществом.

➤ Интеграция и реализация прав людей с инвалидностью позволяет включить их в систему общественных отношений и быть независимыми экономическими субъектами, активно участвовать в политической, культурной и социальной жизни общества. Во многом это зависит от участия государства и социальной политики для решения проблем, вклада общественных движений, а

также общественного признания инвалидности в рамках социальной справедливости, а не медицинского диагноза.

➤ Функции социальной защиты детей с инвалидностью фрагментарны и распределены между государственными структурами: здравоохранением, образованием, занятость и др., международными и общественными организациями, бизнес сообществом и семьей.

➤ Трехконтурный механизм взаимодействия социальных институтов, основывается на сотрудничестве центральной, местной власти и обществом. Он способствует максимальному участию людей с инвалидностью в социальной жизни страны, предоставляя им возможность реализовать свой потенциал и внести свой вклад в развитие страны.

➤ Адаптированная автором международная социальная технология предлагает комплексный подход к предоставлению услуг (здравоохранение, образование, самообеспечение, социальные вопросы, расширение прав и возможностей), учитывающий индивидуальные потребности детей и предоставляющий возможность для их развития.

➤ Внедрение минимальных стандартов регулирует структуру и функции социальной услуги, измеряет качество социального обслуживания и закладывает основу для контроля. Спецификация услуги включает полное ее описание и предоставление адресного обслуживания детей с инвалидностью.

Теоретическая и практическая значимость исследования заключается в том, что результаты, полученные на основе исследований, могут быть широко использованы в процессе научного и практического анализа сферы социальной защиты детей с инвалидностью. Также важные моменты, выявленные в данной работе, могут стать основой для проведения новых исследований по совершенствованию социальных технологий и механизмов системы социальной защиты детей с инвалидностью.

Адаптированная международная социальная технология ВОЗ «Реабилитация на уровне сообщества» внедрена в практику предоставления социального обслуживания детям с инвалидностью Министерством здравоохранения и

социальной защиты населения. На основе предложенного механизма и адаптированной социальной технологии разработаны спецификации и минимальные стандарты предоставления услуги «Реабилитация детей на уровне сообщества», которые внедрены Министерством здравоохранения и социальной защиты населения в практику предоставления услуг.

Результаты авторского социологического исследования могут быть использованы для разработки целевых программ и проектов социальной защиты уязвимого населения; распределения и перераспределения ресурсов для удовлетворения потребностей населения; планирования практических рекомендаций по инвестированию в человеческий капитал; при подготовке учебно-методических и практических пособий, руководств, курсов гуманитарного блока, таких как «Социология», «Социальная работа», «Социальные институты», «Теории и методы социальной работы с уязвимыми группами населения», «Основы государственного и местного управления», «Организация и управление в социальной сфере», «Этика социальной работы», «Методы социального исследования», курсов подготовки, переподготовки и повышения квалификации социальных работников и специалистов, работающих в социальном секторе.

Достоверность результатов диссертационного исследования подтверждается достаточностью объемов исследовательских материалов и публикаций, разработкой и использованием результатов социологических исследований. Результаты теоретико – практических исследований и выводы представлены на основании всестороннего научного анализа.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертация соответствует специальности 22.00.04 – Социальная структура, социальные институты и процессы.

Личный вклад соискателя ученой степени в исследовании. Автором лично проведен анализ определений инвалидности и отношения общества к людям с инвалидностью. На основе проведенного анализа разработана человеко-центрированная социальная технология, которая ориентируется на ребенка с инвалидностью и объединяет все социальные субъекты для удовлетворения его

потребностей. Также, разработан трехконтурный механизм управления, способствующий взаимодействию социальных институтов и усиливающий социальные процессы на национальном, местном и личностном уровнях. Проведенные исследования, позволили дать новое определение концепции «инвалидности» и выявить взаимосвязь между состоянием человеческой инвалидности и его уязвимостью перед социальными потрясениями, что имеет важный научный и мировоззренческий аспект решения сложных экономических и социальных проблем.

В результате проведенного системного анализа отечественных и зарубежных научных трудов, автором разработан подход к изучению модели инвалидности в контексте развития человеческого капитала, позволяющая вовлечению детей с инвалидностью в систему общественных отношений. Научно обоснован тот факт, что исключая людей с инвалидностью из социума государство помимо экономических потерь, теряет возможность полноценного использования человеческого капитала как своего основного богатства. Проведенные исследования позволили выявить наиболее уязвимую и подверженную дискриминации социальную группу – детей с инвалидностью и эмпирически проверить эффективность разработанной модели и социальной технологии «Реабилитация детей на уровне сообщества».

Эмпирическая база диссертационной работы представлена социологическими исследованиями, проведенными диссертантом. Исследование «Определение потребностей социальных групп в услугах» (2019 г.) проведено в пилотных районах Шахристон, Кубодиен и Истаравшан. Цель исследования: выявление потребностей в услугах на уровне сообщества уязвимых групп населения. Метод исследования: анкетирование (N = 1272); исследование уровня знания, отношения и поведения населения по отношению к детям и женщинам с инвалидностью в Республике Таджикистан (2020) проведено в городах Душанбе, Худжанд, Гиссар и районах Восеъ, Б.Гафурова, Шугнан. Цель исследования: анализ социальных норм, социальной интеграции детей и женщин с инвалидностью в Таджикистане. Метод исследования: анкетный опрос (N = 2000).

Респонденты – население в возрасте 18 и старше лет, а также дети и подростки в возрасте 10-17 лет. Глубинные интервью (N = 20) проведены с представителями местных органов власти, общественных организаций, ассоциаций родителей с детьми с инвалидностью. Фокус-групповые дискуссии (N = 24 ФГД при участии 192 респондентов) с членами семьи и сообщества.

Апробация результатов исследования.

Диссертация выполнена при отделе Регулирования проблем миграции Государственного учреждения Научно-исследовательского института труда, миграции и занятости населения Министерства труда, миграции и занятости населения Республики Таджикистан. По теме диссертации опубликованы 22 научных статей, в том числе 8 статьи в рекомендованных Высшей аттестационной комиссией при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации.

Основные положения и выводы диссертационного исследования докладывались и обсуждались на конференциях: «Здоровье населения: профилактика заболеваний и инвалидность в Республике Таджикистан» (Душанбе, 2016г.), XII международной научной конференции «Сорокинские чтения» «Социальная несправедливость в социологическом измерении: вызовы современного мира» (Москва, 2018г.), международной научной конференции, посвящённой X юбилейным Санкт-Петербургским социологическим чтениям «Четвертая промышленная революция: реалии и современные вызовы» (Санкт-Петербург, 2018), всероссийской научной конференции «Цифровое общество – новый формат социальной реальности: структуры, процессы и тенденции развития» (Санкт-Петербург, 2020г.), «Всероссийская научная конференция XV Ковалевские чтения: Социолог: образования и социальные траектории» (Санкт-Петербург, 2021г.), международная научная конференция «Трансформация социально-трудовой сферы в условиях цифрового общества» (Душанбе, 2022).

По теме диссертации опубликованы 22 научных статей, в том числе 8 статьи в рекомендованных Высшей аттестационной комиссией при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации.

.

Структура работы. Диссертация включает введение, две главы (четыре параграфа), заключение, рекомендации, список литературы, 5 приложений. Работа содержит 196 страниц, 31 рисунка, 13 таблиц.

Список литературы включает в себя 206 наименования.

ГЛАВА I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ ДЕТЕЙ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ

Социум формирует среду, в которой функционируют и взаимодействуют миллионы людей, а взаимоотношения людей, как членов общества с общественными структурами выступает объектом исследований различных социальных наук.

Процессы развития человека и общества изучались многими отечественными и зарубежными исследователями. Тем не менее, вопросы вовлечения индивида в систему общественных отношений в современном мире как активный член общества и уникальная личность требует изучения.

Инвалидность и вовлечение людей с инвалидностью в процесс развития общества становится приоритетным императивом глобальной повестки, в том числе для достижения Целей устойчивого развития до 2030 года, которые требуют совместных усилий государственных структур, местного сообщества и людей с инвалидностью. Вопросы социальной и экономической интеграции людей с инвалидностью приобретают особую актуальность в условиях меняющейся социальной реальности, вызванные социально-политической нестабильностью в регионе и последствиями пандемии COVID-19.

1.1. Инвалидность: сущность, особенности и модели в условиях социальных изменений

Социальные изменения, происходящие на национальном и глобальном уровнях, определяются не только социально-политическим контекстом, глобальным социально-экономическим кризисом, но и резким ухудшением уровня жизни населения. Ухудшение уровня жизни в большей степени затрагивают малозащищённые группы населения: одиноких, пожилых, детей и женщин,

оставленных без попечения, людей с инвалидностью, многодетных и неполных семей, неспособных самостоятельно преодолевать жизненные трудности.

Рассматривая происходящие в мире события с точки зрения реальности повседневной жизни, основатель феноменологического направления в социологии, А. Шютц¹¹ подчеркивает значение социального отношения как ключевого элемента для объяснения значения действий человека в повседневном мире в зависимости от его принадлежности к той или иной социальной группе.

Выделяются¹² пять социальных групп, нуждающихся в государственной поддержке, что нашло отражение в законодательстве различных стран.

1. Экономически активное население в трудоспособном возрасте (в том числе лица, уволенные из Вооруженных сил, безработные и незанятые граждане, беженцы и вынужденные переселенцы в трудоспособном возрасте, беременные женщины, а также женщины, находящиеся в отпуске по беременности и родам, в отпуске по уходу за ребенком).

2. Нетрудоспособные граждане в трудоспособном возрасте (люди с инвалидностью и лица, имеющие профессиональное заболевание).

3. Граждане в возрасте младше трудоспособного (в том числе дети с инвалидностью): дети из многодетных и неполных семей; дети-сироты, безнадзорные дети и подростки, иные категории детей, нуждающихся в социальной защите.

4. Граждане старше трудоспособного возраста (одинокое престарелые граждане, пенсионеры по возрасту, лица с инвалидностью и участники Великой Отечественной войны, блокадники и иные лица старше трудоспособного возраста).

5. Иные граждане, нуждающиеся в социальной помощи, в том числе малообеспеченные (среднедушевой доход которых ниже прожиточного

¹¹ См.: Шютц, А. Смысловая структура повседневного мира: очерки по феноменологической социологии // А.Шютц. Сост. А.Я. Алхасов; Пер. с англ. А.Я. Алхасова и др. – М.: Институт Фонда «Общественное мнение», 2003. – 336с.

¹² См.: Гейц, И.В. Гарантии, социальная защита и поддержка населения в Российской Федерации. /И.В. Гейц. – М.: Дело и сервис, 2005. – 640с.

минимума): молодые семьи с детьми и семейным стажем до трех лет, семьи, находящиеся в трудной жизненной ситуации.

Люди с инвалидностью, чаще чем представители других социальных групп испытывают дискриминацию, ограниченный доступ к образованию, занятости, не имеют возможности участвовать в социальных программах и не могут всесторонне участвовать в жизни общества наравне с другими.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рассматривает инвалидность как временное или постоянное состояние здоровья человека, при котором происходит полное или частичное нарушение функций организма¹³. Комплексные услуги здравоохранения, реабилитации и социальной защиты способствуют повышению социально-экономического статуса и улучшению качества жизни людей с инвалидностью и их семей.

Совершенно противоположный подход к определению инвалидности заложен в основе Конвенции ООН о правах инвалидов, принятой в 2006 году. Она рассматривает инвалидность, как «эволюционирующее понятие, и что инвалидность является результатом взаимодействия, которое происходит между имеющимися нарушениями здоровья людьми и средовыми барьерами и которое мешает их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими»¹⁴.

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья рассматривает инвалидность с точки зрения взаимодействия людей с нарушениями здоровья (например, с церебральным параличом, синдромом Дауна и т.п.) с личными и контекстовыми факторами (такими как негативное отношение к ним, недоступность транспорта и общественных зданий и ограниченная социальная поддержка)¹⁵.

Закон Республики Таджикистан «О социальной защите инвалидов» определяет человека, имеющего инвалидность, как «лицо, имеющее нарушение

¹³ См.: Всемирный доклад об инвалидности. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2011. – 325с.

¹⁴ Конвенции ООН о правах инвалидов, принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеей от 13.12.2006. [Электронный ресурс]. – Электрон. текстовые дан. – Душанбе: [б.и.], 2022. – Режим доступа https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml, свободный

¹⁵ См.: Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. МКФ: краткая версия. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2001. – 228с.

здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, травмами, физическими и умственными дефектами, приведшими к ограничению жизнедеятельности, и вызывающее необходимость в его социальной защите»¹⁶. Такая трактовка приравнивает человека с инвалидностью к больному, который нуждается в постоянной заботе и защите, и не способного к самостоятельной жизнедеятельности.

Законодательство Таджикистана рассматривает инвалидность с медицинской точки зрения, носит стигматизирующий характер и подчеркивает несамостоятельность лица с инвалидностью. В то время как международное определение, акцентирует понятие инвалидности на барьерах (общественное восприятие и окружающую среду), которые ограничивают возможности людей с инвалидностью взаимодействовать с социальной средой.

Анализ данных определений дает возможность сделать вывод о том, что инвалидность – не болезнь, а состояние человека, которое носит социальный характер, проявляется в негативном общественном отношении и приводит к неравенству.

Уровень развития любого общества определяется не только экономическими характеристиками, социальным благополучием, но и его отношением к людям с инвалидностью. Известно, что на разных этапах развития цивилизации у людей существовали неоднозначные критерии оценки человеческой неполноценности, что являлось характеристикой производительных сил, культуры общественного сознания по отношению к физическим и психическим качествам личности¹⁷.

По оценкам ВОЗ, в настоящее время, свыше 1,3 миллиарда людей (16% населения мира) живут, имея какую-либо форму инвалидности, в том числе примерно 150 миллионов детей (5,1%)¹⁸.

¹⁶ Закон Республики Таджикистан «О социальной защите инвалидов» от 29-го декабря 2010 года, № 675 в редакции от 17 декабря 2020 года, №1739 // Ахбори Маджлиси Оли Республики Таджикистан. - 2010. – ст.1;

¹⁷ См.: Аверина, Е.А. Интеграция инвалидов в общество: теоретическое осмысление проблемы. [Текст]/ Е.А. Аверина //Вес. Том. гос. ун-та. Философия. Социология. Политология. 2011. – № 1(13). – С. 5-11.

¹⁸ См.: Всемирный доклад об инвалидности. [Электронный ресурс]. – Электрон. текстовые дан. – Душанбе: [б.и.], 2022. – Режим доступа <https://www.who.int/health-topics/disability>, свободный

Восприятие инвалидности обществом претерпевает значительные изменения. Исследования межкультурного отношения к людям с инвалидностью, проведенного институтом Ройхера, показывают неоднородное и динамичное понимание инвалидности. В Древней Греции больные дети воспринимались как неполноценные¹⁹, а в Спарте (IX–XI в. до н.э.) общество избавлялось от них. Платон в своей книге «Государство»²⁰ предлагал разместить «деформированных» детей из высшего и низшего слоев общества в «неизвестных загадочных местах». В религиозных системах отражено гуманное отношение к людям с инвалидностью. В исламе и христианстве инвалидность не считалась позором или наказанием за грехи, обязанностью человека провозглашалась помощь страдающим и нуждающимся.

Понятие «инвалид» берет свое начало от латинского слова *invalidus* и означает слабый, немощный²¹. В русском языке слово «инвалид» укоренилось в XVIII веке и изначально применялось по отношению к военным, не способным к самообслуживанию из-за полученных ранений. Постепенно к инвалидам стали относить лиц с нарушением здоровья²². В средневековый период (1 д.н.э. – 1700-х) инвалидность воспринималась в качестве наказания за грехи, плохое поведение или создание дьявола. К людям с инвалидностью относились как к дефектным, их стигматизировали, оскорбляли, избивали, осуждали и содержали изолировано от других. Людей, имеющих физическую инвалидность (например, лилипуты, глухие, слепые), заставляли развлекать королевский двор и дворянство²³.

¹⁹ См.: Barker, R.G., Wright, B.A., Meyerson, L., Gonick, M.R. Adjustment to physical handicap and illness: A survey of the social psychology of physique and disability / R.G. Barker, B.A. Wright, L. Meyerson, M.R. Gonick // *Social Forces*. 1947. – № 26 (1). – С. 111–112.

²⁰ См.: Goldberg, Il., Lippman, L. Plato had a word for it / Il. Goldberg, L. Lippman // *Exceptional children*. 1974. – №40.5. – С.325-334.

²¹ См.: Прохоров, А.М. Большой энциклопедический словарь. 2-е изд., перераб. и доп. /А.М. Прохоров. – СПб.: «Норинт», 2004. – 1456с.

²² См.: Новикова, С.И. Определение понятий, связанных с инвалидностью на современном этапе развития законодательства Республики Беларусь. [Текст] /С.И. Новикова // *Право*. 2017. – №3. – С.23-31.

²³ См.: Smeltzer, S., Mariani, B., Meakim, C. и др. Perceptions of persons with disability of their experience as standardized patients in an undergraduate nursing program. [Текст] /S. Smeltzer, B. Mariani? C/ Meakim // *Nursing Education Perspectives*. 2015. – №36(6). – P. 398-400.

В 1800-х годах людей с инвалидностью считают непригодными и неспособными вносить вклад в развитие общества, их воспринимают как ненормальных и слабоумных. Многих вынуждают пройти стерилизацию, других помещают в специальные учреждения и приюты, третьих заставляют попрошайничать. Стерилизация и сегрегация людей с инвалидностью рассматриваются как акт милосердия²⁴.

С начала 1900-х годов движение евгеники набирает популярность и большое количество людей верит, что человечество должно контролировать свою эволюцию, стерилизуя людей с «дефектной» генетикой, включая людей с инвалидностью. Принимаются законы, запрещающие людям с инвалидностью вступать в брак или предписывающие принудительную стерилизацию²⁵.

Н. Васильева²⁶ отмечает, что «для русской культуры инвалиды (юродивые, калеки) традиционно являлись одним из объектов благотворительности и милосердия. Инвалиды, чье развитие существенно отличалась от общепринятой нормы, в православной культуре вызвали чувство жалости, сострадания и сочувствия».

В рамках социологического подхода, с точки зрения структурного функционализма, Т. Парсонс²⁷ предлагает рассматривать болезнь как социальный феномен, обозначающий физическое неблагополучие, приводящее к нарушению на уровне организма, а инвалидность как социальный статус, которое общество приписывает личности.

Конструирование социальной реальности [П. Бергер и Т. Лукман]²⁸ происходит во взаимосвязи личного и социального, поведение и социальные отношения личности определяются закрепленными в общественном опыте

²⁴ См.: Fleischer, D., Zames, F. The Disability Rights Movement: From Charity to Confrontation. /D. Fleischer, F.Zames. – Philadelphia: Temple University Press, 2011. – 360p.

²⁵ См.: Disability rights history. Equal access and disability rights commission [Электронный ресурс]. – Электрон. текстовые дан. – Душанбе: [б.и.], 2022. – Режим доступа: <https://www.equalaccesscommission.org/disability-history>, свободный.

²⁶ См.: Васильева, Н.В. Жизненные планы молодых инвалидов: особенности формирования и реализации в современном российском обществе [Текст]: дис. ... канд. соц. наук: 22.00.04 / Васильева Наталья Владимировна. – М.: 2000. – С.41.

²⁷ См.: Parsons, T. The Social System /T. Parsons. – New York: Routledge, 1991. – С.36.

²⁸ См.: Бергер, П., Лукман, Т. Социальное конструирование реальности. Трактат по социологии знания /П.Бергер, Т.Лукман. – М.: Медиум, 1995. – 323с.

коллективными представлениями. Социальный статус и роль личности в обществе относительны, зависят от культурного и исторического контекстов, определяются их индивидуальным и общественным сознанием, а точнее объясняющими мир символическими конструкциями.

Дж. Мид²⁹ и Г. Блумер³⁰ в рамках концепции символического интеракционизма придерживаются мнения, что люди несут ответственность за социальное конструирование своей реальности и проживают в ней при помощи символов, которые объясняют происходящее взаимодействие. Социальное взаимодействие зависит от принятых норм и ценностей в обществе и предопределяет положительное или негативное отношение людей друг к другу (например, отношение врача с пациентом), которое в свою очередь предписывает коллективное действие и индивидуальное поведение. Такое разделение ролей и обязанностей приводит к сегрегации в обществе, в частности, к негативному отношению общества к людям с психическими заболеваниями.

Известный психолог Л.С. Выготский³¹ указывает, что отклонения в развитии представляют собой особый, атипичный способ развития, не тождественный болезни. «Дефективный ребенок» имеет все возможности для вхождения в культуру, социализации и адаптации в обществе при использовании «обходных путей культурного развития», т.е. тех способов осуществления обучения, общения, деятельности, которые позволяют восстанавливают нормальную жизнедеятельность через опору на сохраненные функции, развитие компенсаторных возможностей и т.п.

В Советском Союзе организация обслуживания людей с инвалидностью складывалась следующим образом: были созданы интернатные учреждения, школы, санатории, специализированные предприятия для их трудоустройства.

²⁹ См.: Мид, Г. Интернализированные другие и самость /Г. Мид //Американская социологическая мысль / Под ред. В.И. Добренкова. – М.: Изд-во МГУ, 1994. – 496 с.

³⁰ См.: Блумер, Г. Общество как символическая интеракция /Г.Блумер // Современная зарубежная социальная психология: Тексты / Под ред. Т. М. Андреевой, Н. Н. Богомоловой, Л. А. Петровской. – М., 1984. - С.173–179.

³¹ См.: Выготский, Л.С. Основы дефектологии /Л.С. Выготский. – СПб.: Лань, 2003. – 654с.

Предоставление пенсий, льгот, социального и медицинского обслуживания всегда являлось делом государственной важности.

Вместе с тем, система государственного управления способствовала формированию в обществе представления о том, что проблем инвалидности не существует³². Они не могли реализовать ряд конституционных прав. Системы психологических, педагогических, социально-экономических, реабилитационных и интеграционных мероприятий в масштабе страны были не достаточными.

Она воспринималась с точки зрения неспособности человека к самообслуживанию и активному участию в общественной жизни, которое привело к формированию дискриминационного общественного сознания и ограничению доступа к ресурсам.

С одной стороны, недоступность к материальным ресурсам, включая доход, работу, землю и жилье, или к таким услугам, как образование и здравоохранение, а с другой стороны, отсутствие возможности взаимодействия человека как друг с другом, так и с обществом приводят людей с инвалидностью к *социальной исключенности* (social exclusion).

Впервые термин «социальная исключенность» был применен во Франции в 1974 году социологом Р. Ленуаром. Он обозначает сложный и многоплановый процесс, возникающий из-за отсутствия или отказа в ресурсах, правах, товарах и услугах, а также неспособности человека участвовать в нормальных отношениях и действиях, доступных большинству людей в обществе, будь то в экономических, социальных, культурных или политических отношениях. В большинстве случаев инвалидность и бедность взаимосвязаны, они усиливают друг друга, увеличивают социальную исключенность, ограничивают в доступе к базовым услугам и полноценному участию в социальной жизни.

В связи с этим возникает необходимость пересмотреть подход к проблеме инвалидности, которая затрагивает все общество в целом.

³² См.: Ярская-Смиронова, Е., Романов, П. Герои и тунеядцы: иконография инвалидности в советском визуальном дискурсе / Е. Ярская-Смиронова, П. Романов // Визуальная антропология: режимы видимости при социализме / Под ред. Е.Ярской-Смирновой, П.Романова. – М.: Вариант, ЦСПГИ, 2009. – С.289-331.

Социально-экономическая основа и техническая развитость страны не влияет на восприятие обществом людей с инвалидностью. Согласно исследованиям У. Липпмана в Дании и Швеции они чувствуют себя более комфортно в обществе, чем в Соединенных Штатах Америки. В Скандинавских странах распространена социальная ответственность ко всем членам общества без учёта вида или степени инвалидности³³. Несмотря на то, что в мире произошли значительные изменения по восприятию статуса и признания людей с инвалидностью, они все еще испытывают негативное отношение к себе³⁴. Например, общественное восприятие детей с инвалидностью в Таджикистане все еще остается негативным. Подавляющее большинство населения (62%)³⁵ считают, что дети с инвалидностью должны изолированно проживать. По данным исследований, более 73% опрошенных уязвимых групп чувствуют себя социально исключенными³⁶.

Изменение отношения и восприятия обществом произошло после Второй мировой, когда появилось большое количество военных, получивших увечья во время войны. Со второй половины XX века начинается движение за свободу и равные права. Разрабатываются, принимаются и ратифицируются множество деклараций и конвенций на международном и национальном уровнях. В европейских странах отказываются от изоляции в специализированных учреждениях, тогда как в Советском пространстве их сегрегация в подобные учреждения считается частью системы социальной защиты³⁷.

Конец XX века и начала XXI века знаменуется движением общества от равных прав к равным возможностям для людей с инвалидностью. Принятая Генеральной ассамблеей Конвенция ООН о правах инвалидов в 2006 году является

³³ См.: Lippman, L. UNESCO Braille Courier. 1972.

³⁴ См.: Wright, B.A. Changes and attitudes towards handicapped people /B.A. Wright // Rehabilitation Literature. 1973. – №. 34. – С. 354-368.

³⁵ См.: Исследование уровня знаний, отношения и поведения населения по отношению к детям и женщинам с инвалидностью в Республике Таджикистан. – Душанбе: ЮНИСЕФ, 2016. – 131с.

³⁶ См.: Beyond transition: towards inclusive societies. – Bratislava: UNDP Regional Bureau for Europe and CIS, 2011. – 125с.

³⁷ См.: Кетриш, Е. Эволюция отношения общества к детям с нарушениями в развитии. [Текст] /Е. Кетриш // Научный диалог. 2015. – № 7(43). – С.8-26.

наглядным доказательством того, что 186 страны, ратифицировавших ее³⁸, готовы создать равные возможности и условия для изменения общественного отношения ко всем людям. Республика Таджикистан присоединилась к этой Конвенции только в марте 2018 года.

Анализ истории общественного отношения к инвалидности в мире свидетельствует о том, что, пройдя путь от идей физического уничтожения «неполноценных» до концепции обеспечения их прав, человечество в конце XX века подошло к пониманию необходимости формирования их человеческого потенциала. Тем не менее, многовековое предвзятое и негативное отношение к ним сохранилось до сих пор, изолируя и делая их «невидимыми» для общества.

Выделяются три логических этапа эволюции социального взаимодействия: *изгойства* (со стигмой «особого» человека), *иждивенчества* (нуждающийся в государственной помощи) и *сотрудничества* (государство формирует среду для активного участия человека в социальной жизни).

Анализ современных подходов позволил обобщить основные характеристики моделей инвалидности: религиозную, благотворительную, медицинскую, социальную и основанную на правах.

Религиозная модель является самой ранней и опирается на моральные и религиозные убеждения. В рамках данной модели она воспринимается как наказание за грехи или как благословение. Эти люди наделены Богом особыми способностями для выполнения определенных функций в обществе³⁹. При этом они не воспринимаются как полноценные члены общества, что приводит к исключению не только самого индивида, но и всей его семьи из социальной жизни общества⁴⁰.

³⁸ См.: Организация Объединенных Наций. [Электронный ресурс]. – Электрон. текстовые дан. – Душанбе: [б.и.], 2022. – Режим доступа: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>, свободный.

³⁹ См.: Niemann, S. Persons with disabilities /S. Niemann // Religious and spiritual issues in counseling: Applications across diverse populations/ Под ред. M. Burke, J. Chauvin и J. Miranti (eds.). – New York: Brunner-Routledge, 2005. – P.105–134.

⁴⁰ См.: Rimmerman, A. Social inclusion of people with disabilities /A. Rimmerman. – Cambridge: Cambridge University Press, 2013. – 193с.

В рамках *благотворительной модели* люди с инвалидностью рассматриваются как пассивные жертвы обстоятельств – объект жалости, нуждающиеся в постороннем уходе. М. Ретив высказывается, что «... здоровые люди должны заботиться о них, так как им нужны специальные услуги, специальные учреждения, потому что они «другие»»⁴¹. Данная модель способствовала возникновению стереотипа о их беспомощности и зависимости.

Медицинская модель рассматривает патологию организма человека, отклоняющуюся от нормального⁴², которую необходимо лечить для улучшения физического состояния, но не рассматривает условия возникновения. Людей с инвалидностью воспринимают как пациентов, пользующихся разнообразными услугами квалифицированных специалистов. Такая модель порождает дуализм и превосходство «здоровых людей» над всеми остальными.

В социологических исследованиях Т. Парсонс⁴³ описывает роли врача и больного следующим образом «... 1) освобождение от выполнения обычных социальных обязанностей, 2) не возможность заботиться о себе, 3) желания возвратиться к нормальной жизни, 4) обращение за компетентной профессиональной помощью...».

В данной модели предполагается, что люди с инвалидностью должны играть «роль больного» для получения поддержки и помощи. При этом не учитывается разница между «болезнью» и «инвалидностью» и то, что это состояние не может быть изменено.

Социальная модель рассматривает инвалидность как социально сконструированный феномен и подчеркивает, что именно общество «ограничивает» возможности. Юридические, поведенческие, архитектурные,

⁴¹ См.: Retief, M., Letsosa, R. Models of disability: a brief overview /M. Retief, R. Letsosa //HTS Theological Studies. 2018. – №74 (1). – С. 1-8.

⁴² См.: Creamer, D. Disability and Christian theology: Embodied limits and constructive possibilities /D. Creamer. – Oxford: Oxford University Press, 2009. – 168с.

⁴³ См.: Parsons, T. The Sick Role and the Role of the Physicians Reconsidered. [Текст] /T. Parsons // Millbank Memorial Fund Quarterly. Health and society. 1975. – №. 53 (3). – P.257-278.

коммуникационные и другие дискриминационные барьеры препятствуют реализации человеческого потенциала в полной мере⁴⁴.

Решения должны быть направлены на изменение социальной среды, где люди с инвалидностью сами контролируют свою жизнь, а профессионалы поддерживают их⁴⁵. Пропагандируется изменение социальной структуры и законодательства, закрепляющие права для равного участия в общественной, социально-политической, экономической и культурной жизни общества.

В основе *модели инвалидности, основанной на правах*, лежит человеческое достоинство как важный аспект человеческой культуры, и подчёркивает неотъемлемые права всех людей, независимо от их состояния. Она ставит человека в центр при принятии решений, касающихся его и рассматривает «проблему» в обществе, а не в человеке.

Данная модель подчеркивает, что инвалидность не ущемляет человеческого достоинства и не может быть причиной ограничения его прав.

Уважение, обеспечение доступности (включая доступность к услугам и информации), равенства возможностей и гендерного равенства, недискриминация, поощрение и гарантия прав, содействие участию и расширению прав и возможностей, усиление подотчетности являются руководящими принципами данной модели⁴⁶. Данные принципы заложены в Конвенции ООН о правах инвалидов и главный лозунг модели – «Ничего для нас, без нас».

Модель инвалидности, основанной на правах, стремится к социальной справедливости, признавая, что она может усилить бедность, и наоборот. Данная модель предлагает пути изменения ситуации⁴⁷.

В настоящее время используется комбинация различных моделей, подчеркивающих трудности, связанные с интеграцией людей с инвалидностью в общество. Наиболее популярными являются совместное использование

⁴⁴ См.: Lawson, A., Beckett, A. The social and human rights models of disability: towards a complementarity thesis [Текст] /A. Lawson, A. Beckett // The International Journal of Human Rights. 2021. – № 25(2). – С.348-379.

⁴⁵ См.: Oliver, M. A social model of disability: a thirty years on. [Текст] /M. Oliver // Disability & Society. 2013. – № 28 (7). – P. 1024-1026.

⁴⁶ См.: Worm, I. A human rights-based approach to disability in development. – Bonn & Eschborn: Metzgerdruck, 2012. – С.44.

⁴⁷ См.: Degerner, T. Disability in a Human Rights Context / T. Degerner // Laws. 2016. –№ 5 (35). – С.1-24.

социальной модели и модели, основанной на правах. Они продвигают политическую реформу и формирование благоприятной среды для людей с инвалидностью.

Данная диссертационная работа методологически опирается на использовании двух взаимодополняющих моделей: *модель, основанная на правах, и социальную модель.*

Проведённый анализ различных подходов и моделей позволил уточнить определение инвалидности, которая рассматривается как *уникальное, врожденное или приобретенное физическое или когнитивное состояние человека, которое при отсутствии благоприятных условий, ограничивает мобильность, препятствует в реализации человеческого потенциала и создает барьеры при взаимодействии с обществом.*

Интеграция и реализация прав людей с инвалидностью позволяет включить их в систему общественных отношений и быть независимыми экономическими субъектами, активно участвовать в политической, культурной и социальной жизни общества. Во многом это зависит от участия государства и социальной политики в решении проблем, вклада общественных движений, а также общественного признания в рамках социальной справедливости, а не медицинского диагноза.

Наглядным примером реализации прав на основе социальной солидарности в условиях устойчивого развития служит Конвенция о правах инвалидов (2006г.), которая базируется на идее «Инклюзивного развития», т.е. общество для всех. В рамках данной идеи государство предоставляет всем равную возможность и свободу для развития своего человеческого капитала, приобретения навыков и способностей, а также использования права на социальную защиту в целях выхода из трудной жизненной ситуации.

Роль государства в современном мире претерпевают изменения. Основная задача современного социального государства по мнению Е. Тавокина⁴⁸ заключается в «обеспечение условий и создание механизмов для наиболее

⁴⁸ Тавокин, Е.П. К вопросу о концепции социального государства /Е.П. Тавокин // Социологические исследования. 2015. – № 9 (377). – С.125-134.

рационального и всеобъемлющего обеспечения разумных материальных и духовных потребностей людей за счёт и в пределах созданных обществом в данный момент общественных благ».

Государства признают, что меры по ликвидации бедности и обеспечению благосостояния населения должны приниматься параллельно усилиям по наращиванию экономического роста и решению целого ряда вопросов в области образования, здравоохранения, социальной защиты и трудоустройства, а также борьбе с последствиями социально-политической нестабильности, COVID-19, изменением климата, и защите окружающей среды⁴⁹.

В современном научном дискурсе выделяются три основных подхода к перспективам развития социального государства. Первый подход говорит о кризисе социального государства, обострившегося после первого мирового финансового и экономического кризиса 2010-х годов. Результатом данного кризиса стали сокращение социальных программ и расходов. Второй описывает социальное государство как сложившийся институт, со своим вектором развития и стабильными социальными расходами. При этом подчеркивается, что расходы на социальную сферу (образование, наука, культурно-рекреационный комплекс и здравоохранение) должны учитывать реальные экономические возможности страны. Третий подчеркивает необходимость трансформации социального государства, в котором для решения социальных проблем участвуют государство, бизнес и общество и разделяют ответственность и расходы. Пандемия COVID-19, регулярно возникающие конфликты, политическая дестабилизация, разрушительные последствия природных катаклизмов, продемонстрировали, правильность данного подхода, когда государственные структуры, гражданское и международное сообщество объединили усилия для смягчения последствий социально-экономического кризиса. При этом, данная трактовка социального государства вступает в противоречие со сложившимся научным подходом:

⁴⁹ См.: Организация Объединенных Наций [Электронный ресурс] – Электрон. текстовые дан. – Душанбе: [б.и.], 2020. – Режим доступа: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/sustainable-development-goals/>, свободный.

государство считается единственным поставщиком социальных услуг населению (социальные услуги включают образование, качественный уход за детьми, здравоохранение, обучение, помощь в поиске работы и реабилитацию, пенсии и пособия и пр.)⁵⁰.

При этом, ученые подчеркивают, что роль государства, действующего во благо населения, не уменьшается, а наоборот, добавляются новые функции, такие как: 1) формирование стратегии на национальном и субнациональном уровне, 2) четкое регулирование расходов и качества предоставляемых услуг, 3) разработка и внедрение стандартов предоставления услуг, 4) мониторинг и оценка результатов⁵¹.

Модель социального государства, получившая наиболее активное развитие с середины прошлого века, сегодня не справляется с решением социальных проблем, но продолжает формировать у населения патерналистские настроения и подвергается критике.

Неолиберальный рыночно-ориентированный подход, пришедший на замену государства всеобщего благоденствия в 70-е годы XX века, основывался на сокращении государственных расходов на социальную сферу и продвигал идею приватизации государственных услуг. Однако, такой подход приводит к появлению социальных напряжений и росту бедности и социально-экономического неравенства среди населения⁵².

Социальная роль государства меняется и сегодня в мире наиболее распространёнными концепциями управления в социальной сфере являются концепция базовых нужд, концепция государства социальных инвестиций и теория человеческого капитала, пришедшие на смену модели социального государства.

Концепция базовых нужд, предложенная Международной организацией труда (МОТ) в середине 1970-х годов прошлого века, основывается на иерархической модели потребностей человека А. Маслоу. Базовые нужды МОТ рассматривал с точки зрения двух перспектив. Первое, потребности в еде, одежде

⁵⁰ См.: Чубарова, Т.В. Социальная сфера в современной экономике: вопросы теории и практики / Т. В. Чубарова. – СПб.: Нестор-История, 2015. – 240с.

⁵¹ См.: Там же.

⁵² См.: Там же.

и жилье необходимые для частного потребления. Второе, потребность в безопасной питьевой воде, санитарии, общественном транспорте, а также медицинские и образовательные учреждения, которые предоставляются сообществом для всего населения⁵³. Потребность в самоопределении, уверенность в своих силах, политической свободе и безопасности, участие в принятии решений, национальная и культурная идентичность рассматривались как нематериальные потребности⁵⁴. Трудоустройство считалось как средством и так конечной целью.

Цель данной концепции – это предоставление возможностей для полного физического, умственного и социального развития человека через мобилизацию ресурсов для определенных групп.

Данная концепция считалась инновационной, поскольку подчеркивала необходимость структурных изменений и участия населения в политическом дискурсе, ставила акцент на правах человека, их самостоятельности и участия. Предполагалось, что через устранение первопричины, страны могут искоренить голод и недоедание, бороться с болезнями и отсутствием образования, обеспечить безопасную питьевую воду, санитарию и достойное жилье. Отличительной чертой данной концепции от предыдущих являлось ее направленность на искоренение бедности и ее причин, способствующих развитию страны.

Развитие страны предполагает повышение уровня жизни населения, в частности бедных и уязвимых групп населения, создание инклюзивного общества предоставление им возможностей для полного раскрытия своего потенциала, способствующих приобретению профессиональных навыков и квалификации на рынке труда. В основе концепции государства социальных инвестиций так же лежат цели развития страны, но пути решения несколько отличаются.

Государство социальных инвестиций имеет три направления: 1) интеграция социальной и экономической политики, 2) переход государства от

⁵³ См.: Emmerij, L. The Basic Needs Development Strategy. [Электронный ресурс] /L. Emmerij. – Электрон. текстовые дан. – Душанбе: [б.и.], 2022. – Режим доступа: https://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess_bg_papers/bp_wess2010_emmerij.pdf, свободный

⁵⁴ См.: Streeten, P. Basic needs: premises and promises /P.Streeten // Journal of Policy Modeling. 1979. – № 73. – С. 136-146.

перераспределительного подхода к стимулирующему и 3) стимулирование экономического роста при помощи вложений в человеческий капитал. Данные направления, учитывают изменяющиеся потребности общества, предоставляют лучшую защиту населения от социальных потрясений и рисков, и основываются на фактических данных, обеспечивают политическую и финансовую стабильность⁵⁵.

Данная концепция рассматривает человека как активного участника общественной жизни⁵⁶, а социальные инвестиции рассматриваются как вложения в развитие человеческого потенциала, направленные на получение образования, укрепление профессиональных знаний и навыков самообслуживания, а также способностей людей и оказание им поддержки для полноценного участия в трудоустройстве и социальной жизни.

Т. Чубарова рассматривает социальные инвестиции как новый императив для обеспечения эффективной защиты населения от социальных рисков⁵⁷. Одним из таких новейших рисков становится цифровизация, Т. Пикетти⁵⁸ характеризуя взаимосвязь образования и цифровых технологий, определяет XXI век, как «век человеческого капитала».

Вместе с тем, концепция государства социальных инвестиций имеет и недостатки:

- продолжение опоры на рынок, как центральный принцип организации общества;
- неопределенность по поводу роли государства в оказании услуг;
- недостаточный учет вопросов устойчивости окружающей среды;
- недостаток внимания к созданию рабочих мест⁵⁹;
- человек рассматривается как товар и способ получения дохода.

⁵⁵ См.: Leoni, T. Social investment as a perspective on welfare state transformation in Europe /T. Leoni // *Intereconomics*. 2016. – № 51 (4). – С.194-200.

⁵⁶ См.: Аубакирова, И.У. Социальное государство и современная евразийская модель государственного управления. [Текст] /И.У. Аубакирова // *Правовое поле современной экономики*. 2016. – № 9. – С.24-38.

⁵⁷ См.: Чубарова, Т.В. Государство социальных инвестиций – новый поворот в социальной политике? /Т.В. Чубарова // *Общественные науки и современность*. 2015. – №6. – С.14-28.

⁵⁸ См.: Piketty, T. *Capital in the twenty-first century* /T. Piketty. – Cambridge: Harvard University Press, 2014. – 816с.

⁵⁹ См.: Чубарова, Т.В. Социальная сфера в современной экономике: вопросы теории и практики / Т. В. Чубарова. – СПб.: Нестор-История, 2015. – 240с.

При этом, рассмотрение человека как фактора социально-экономического развития, обусловила возникновение новой парадигмы развития – теория развития человеческого капитала, в которой человеческий капитал рассматривается как одно из главных богатств страны. Некоторые страны приравнивают человеческий капитал к 80% национального богатства⁶⁰. В научной литературе наряду с концепцией «человеческий капитал» используется понятие «человеческий потенциал» и «развитие человека».

Человеческий потенциал подразумевает процесс совершенствования индивида посредством обучения, тренировок и практики для ведения счастливой и полноценной жизни, ориентированный на самоактуализацию⁶¹. Человеческий капитал, рассматривается как актив или ресурс в совокупности с привычками, знаниями, социальными и личностными качествами, которые используются для получения экономической выгоды⁶².

При анализе актуальных проблем в рамках социологического подхода чаще используется концепция человеческого потенциала. Данная диссертационная работа носит междисциплинарный характер: проводится анализ механизмов вовлечения детей с инвалидностью в социальную жизнь с точки зрения теории государства социальных инвестиций, способствующих вложению в человеческий капитал. В связи с этим, в основе одного из методологических подходов лежит концепция «человеческого капитала», но образование и поддержка детей связана с развитием человеческого потенциала. В данной работе методологически будут использоваться обе концепции.

В экономическом словаре человеческий капитал определяется как «Оценка воплощенной в индивидууме потенциальной способности приносить доход.

⁶⁰ См.: Туебеков, Ш.Ж. Человеческий капитал: понятие и особенности его использования. [Электронный ресурс] / Ш.Ж. Туебеков. – Электрон. текстовые дан. – Душанбе: [б.и.], 2022. – Режим доступа: <https://articlekz.com/article/10736>, свободный.

⁶¹ См.: Vernon, D. Human potential: Exploring techniques used to enhance human performance / D. Vernon. – New York: Routledge, 2009. – 266с.

⁶² См.: Goldin, C. Human Capital. In: Handbook of Cliometrics /C Goldin. – Heidelberg: Springer Verlag, 2016. – С. 55-86.

Человеческий капитал включает врожденные способности и таланты, а также образование и приобретенную квалификацию»⁶³.

Современная теория человеческого капитала была разработана в последние 50 лет, но истоки ее зарождения прослеживаются в истории экономической и социальной мысли с XVIII века⁶⁴.

Дж. С. Милль, рассматривает человеческий капитал с точки зрения его экономической полезности⁶⁵. А. Маршал изучает человека как члена социального организма и заявляет, что самое ценное вложение – это инвестиции в человека⁶⁶.

Т. Шульц предложил и рассмотрел теорию человеческого капитала как «все формы богатства, вместе взятые»⁶⁷.

Интерпретируя человеческий капитал как процесс аккумуляции знаний, накапливаемых во время формального обучения (в школах, средних профессиональных и высших учебных заведениях), Г. Беккер сосредотачивает внимание на изучении отношений между человеческим капиталом и доходами от труда. По его мнению, вложения в образование повышают производительность, в связи с чем у человека появляется стимул для вложения в свое образование и здоровье⁶⁸. При этом игнорируется факт, что навыки и знания могут быть приобретены в течение всей жизни. П. Бурдые рассматривает капитал как экономический (который немедленно и напрямую конвертируется в деньги и может быть институционализирован в форме прав собственности), культурный (который при определенных условиях превращается в экономический капитал и может быть институционализирован в форме образовательных квалификаций), символический (относящийся к степени накопленного престижа, известности или

⁶³ Экономический словарь терминов [Электронный ресурс] – Электрон. текстовые дан. – Душанбе: [б.и.], 2022. – Режим доступа: <https://gufo.me/search?term=человеческий+капитал>, свободный.

⁶⁴ См.: Kiker, B.F. The Historical Roots of the Concept of Human Capital / B.F. Kiker. // Journal of Political Economy. 1966. – № 74. – С. 481-499.

⁶⁵ См.: Gash, T., Panchamia, N., Sims, S., Hotson, L. Making public service markets work: Professionalising government's approach to commissioning and market stewardship. /T. Gash, N.Panchamia, S.Sims, L.Hotson. – London: Institute for Government, 2013. – 127с.

⁶⁶ См.: Marshall, A. Principles of Economics /A. Marshall. – London: Great Mind Series. Macmillan and Co Lts, 1890. – 627с.

⁶⁷ См.: Schultz, T. Investment in Human Capital / T. Schultz // American Economic Review. 1961. - №51. – С.1-17.

⁶⁸ См.: Чубарова, Т.В. Социальная сфера в современной экономике: вопросы теории и практики / Т. В. Чубарова. – СПб.: Нестор-История, 2015. – 240с.

чести, который основывается на диалектике знаний и признания) и социальный (состоящий из социальных обязательств («связей»), который в определенных условиях превращается в экономический капитал и может быть институционализирован в форме дворянского титула)⁶⁹.

Лауреат Нобелевской премии А. Сен рассматривает человеческий капитал с позиции возможностей и отмечает, что «процесс развития – это не возрастание только материального или экономического благосостояния, а расширение возможностей человека, которое подразумевает «большую свободу выбора, чтобы каждый мог выбирать из большого числа вариантов ту цель и тот образ жизни, которые он считает предпочтительными»⁷⁰. При этом возможности различаются, в связи с социально-экономическими обстоятельствами, окружающей средой и состоянием здоровья.

Дж. Коулман рассматривает социальный капитал как общественное благо, производимое человеком для извлечения последующей выгоды. При этом, социальный капитал строится с учетом социальных норм и обмена, базируется на доверии и существует во взаимоотношениях людей⁷¹.

Теория человеческого капитала по мнению Р. Капелюшников в основном рассматривается с двух точек зрения: во-первых, измерение отдачи от инвестиций в человека (таких как образование, здравоохранение и т.д.) и, во-вторых, оценке вклада подобных инвестиций в экономический рост⁷².

Цель формирования человеческого капитала М. Рыбакова определяет как «обеспечение такого уровня личностных, профессиональных качеств, навыков, способностей человека, который обеспечивает эффективное функционирование системы производства движение к устойчивому развитию общества»⁷³.

⁶⁹ См.: Bourdieu, P. The forms of capital. In J. Richardson (Ed.) Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education / P. Bourdieu /Под ред. Richardson J. – New York: Greenwood Press, 1986. – 241-258с.

⁷⁰ Сен, А. Развитие как свобода. /А. Сен. – М.: Новое издательство, 2004. – 432с.

⁷¹ См.: Коулман, Дж. Капитал социальный и человеческий / Дж. Коулман. // Общественные науки и современность. 2001. – №3. – С. 121-139.

⁷² См.: Капелюшников, Р.И. Сколько стоит человеческий капитал России? /Р.И. Капелюшников. – Москва: ВШЭ, 2012. – 76 с.

⁷³ Рыбакова, М.В. Управление развитием человеческого капитала студенческой молодежи. /М.В. Рыбакова //Социально-гуманитарные знания. 2019. – №6. – С.129-135.

Инвестиции в человеческий капитал определенных групп населения, в частности детей с инвалидностью, которые могли бы внести значительный вклад в социально-экономическое развитие общества практически не анализировались.

В условиях формирования устойчивого развития, человеческий капитал является важнейшим элементом в глобальной повестке дня⁷⁴ и состоит из следующих компонентов: образование, опыт, обучение, интеллект, энергия, рабочие навыки, надёжность и инициатива, влияющих на ценность работника и способствующих созданию личного, социального и экономического благосостояния.

Следовательно, расходы на образование и здравоохранение представляют собой инвестиции в целях повышения производительности труда и, вследствие, экономического роста и устойчивого развития страны.

Таким образом, анализ научной литературы показал, что единого мнения о концепции развития человеческого капитала нет. В данной работе он рассматривается в широком смысле и имеет четыре основных взаимодополняющих элемента (знания, навыки, умения и способности). Государство финансируя в образование, здравоохранение и профессиональное обучение, создает условия для повышения знаний, навыков, умений и способностей человека, приводящих к получению экономических, личных и социальных благ, способствующих извлечению максимальной выгоды и быстрой адаптации к новым вызовам современности (См. Рис.1).

⁷⁴ См.: Доклад о человеческом развитии: Человеческое развитие для всех и каждого. – Нью Йорк: ПРООН, 2016. – 289с.

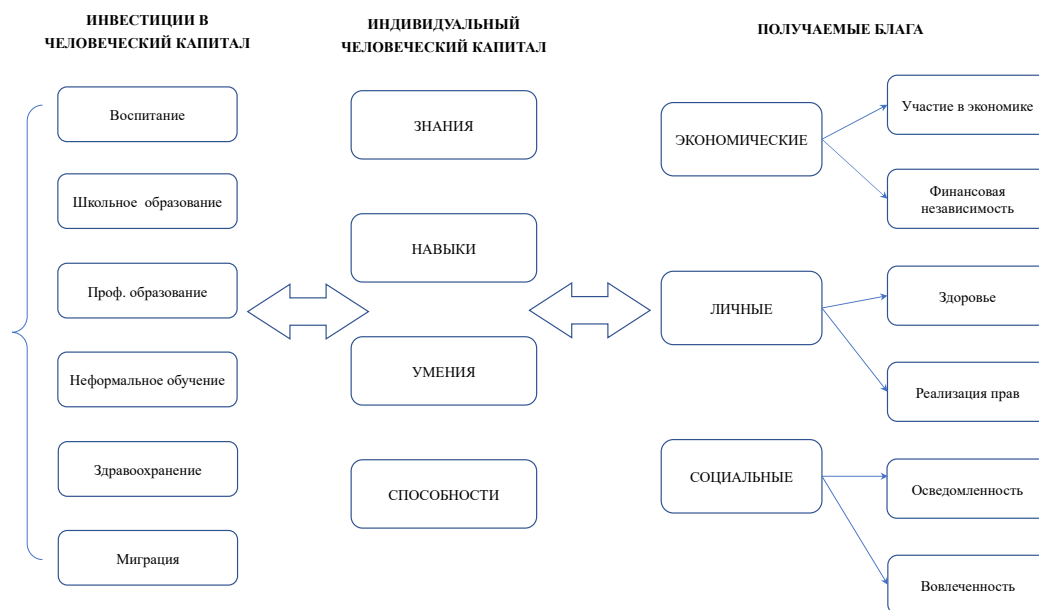


Рисунок 1. Взаимосвязь инвестиции в человеческий капитал с получением благ
 Источник [составлено автором на основе анализа указанной научной литературы]

В основе формирования человеческого капитала лежит социально-политическая и экономическая стабильность общества. Однако, социальная реальность в условиях глобализации, пандемии, миграции, цифровизации и урбанизации меняет содержание, структуру и функции социума, с одной стороны способствует ее развитию, а с другой порождает негативные изменения и социальные травмы⁷⁵ населения.

В методологической концепции используется понятие «социальные изменения», под которым понимается трансформация общественной системы и его структуры из одного состояния в другое, которое приводит к перемене систем и появлению новых социальных групп и институтов.

Э.Гидденс⁷⁶ характеризуя социальные изменения, сопоставляет их с социальными трансформациями, «которые радикально отличаются от трансформаций прежних периодов», в основе которого лежит прогресс знания.

⁷⁵ См.: Штомпка, П. Социология социальных изменений / Т. Штомпка // Пер, с англ, под ред. В.А. Ядова. – М.: Аспект Пресс – 1996 г. – 417с.

⁷⁶ Гидденс, Э. Социология. /Э.Гидденс. – М.: Эдиториал УРСС, 2005. – 632 с.

М. Вебер⁷⁷ отождествляет социальные изменения с человеческими ценностями (политическими, культурными, религиозными), которые могут облегчить или затруднить развитие социума. П. Штомпка⁷⁸ описывает их, как «любую необратимую переменную социальной системы, рассматриваемой как целостность».

При этом, важной идеей концепции социальных изменений является социальный прогресс. П. Сорокин описывает его, как «любой вид движения, модификации, трансформации, чередования или «эволюции», короче говоря, любое изменение данного изучаемого объекта в течение определенного времени, будь то изменение его места в пространстве, либо модификация его количественных или качественных характеристик»⁷⁹.

Другими словами, социальные изменения подразумевают развитие, влекущие за собой перемены социальных систем и институтов, норм, культуры, мировоззрения, ценностей и человека.

Ускоряющаяся динамика развития общества обуславливает разработку политики на международном и национальном уровнях, позволяющей управлять данными изменениями в интересах человека. На передний план выходит анализ взаимодействия государства и общества, базирующиеся на социальном прогнозировании и моделировании последствий социальных изменений, нацеленных на принятие оптимальных решений⁸⁰.

Целенаправленная деятельность государства для решения общественных проблем и достижения социально значимых целей включает правовые, экономические, финансовые и административные методы. Государственная политика опирается на имеющиеся правовые ресурсы, как основы эффективного функционирования власти. А. Соловьев подчеркивает комплексность и

⁷⁷ См.: Вебер, М. Избранные произведения / М. Вебер – М.: «Прогресс», 1990. – 808с.

⁷⁸ См.: Штомпка, П. Социология социальных изменений / Пер, с англ, под ред. В.А. Ядова. – М.: Аспект Пресс – 1996 г. – 417с.

⁷⁹ Сорокин, П. А. Социология революции /П.А. Сорокин // Человек. Цивилизация. Общество – М., 1992. – 153с.

⁸⁰ См.: Тощенко, Ж.Т. Социология управления. [Текст] /Ж.Т. Тощенко. – М.: Центр социального прогнозирования и маркетинга, 2011. – 300с.

потребность в взаимодействии «всех статусных и не статусных игроков» при ее формировании⁸¹.

Социальная политика как важная часть государственной деятельности с одной стороны, решает социальные проблемы, обеспечивает благосостояние и защиту наиболее нуждающихся групп населения, а с другой стороны, способствует экономическому развитию.

Под социальной политикой понимается система конкретных мер и мероприятий, направленных на жизнеобеспечение населения. С ее помощью государство обеспечивает минимальный уровень социальных гарантий, создаёт благоприятные условия для жизнедеятельности граждан, поддерживает оптимальные отношения между доходами активной части населения и нетрудоспособных граждан, минимальными размерами оплаты труда, пенсий, стипендий, социальных пособий и величиной прожиточного минимума, создаёт условия для укрепления здоровья населения, роста его образованности и культуры, решения жилищных проблем и прочее.

В существующих моделях социальной политики, по-разному, формируется человеческий капитал. Рассмотрим инвестиции в человеческий капитал на примере моделей социальной политики, предложенной Г. Эспинг-Андерсеном. Страны, реализующие социал-демократическую модель (на примере Скандинавских стран), выделяют большие ресурсы на дошкольное, школьное, начальное и средне-профессиональное и высшее образование, что приводит к наличию большого количества специалистов высокой квалификации. В рамках корпоративной модели (на примере Континентальной Европы), расходы на профессиональное образование и защиту занятости довольно высоки, а государственные расходы на дошкольное, школьное и высшее образование остаются низкими. В такой модели превалирует доля специалистов с навыками, которые востребованы на рынке труда; государство обеспечивает защиту трудоустроенных. Либеральная модель (на примере США) характеризуется низким уровнем государственных расходов на

⁸¹ См.: Соловьев, А.И. Массовое сознание и государственная политика: точки пересечения и проблемы взаимодействия. [Текст] /А.И. Соловьев // Политическая наука. 2017. – №1. – С. 186-203.

дошкольное и профессиональное образование, и умеренными расходами на начальное и средне-профессиональное и высшее образование. При этом, частные расходы на высшее образование значительны, способствующие неравенству в доходах и положениях⁸². В социальной политике Таджикистана присутствуют отдельные элементы каждой из модели.

В данном диссертационном исследовании предлагается фокусировать внимание на вопросах обеспечения государством не только равенства при распределении ресурсов, но и равенства возможностей, в частности в таких секторах как образование, здравоохранение, трудоустройство и участие в экономической и политической жизни общества, что приведет к снижению неравенства и социальной напряженности в обществе.

Здоровье рассматривается как социальное и экономическое состояние, предопределяющее взаимодействие человека с общественными структурами.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рассматривает здоровье как «состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов»⁸³.

Представитель структурного функционализма Э. Дюркгейм подчеркивает важность социальных связей для поддержания здоровья человека, которые способствуют его адаптации⁸⁴.

По мнению Э. Фромма, «здоровым является общество, соответствующее потребностям человека», т.е. здоровье человека зависит скорее от структуры общества, а не от самого человека. Подчеркивается, что общество должно подстроиться под потребности человека, чтобы он мог счастливо функционировать, при этом потребности человека должны быть выявлены в процессе объективного изучения⁸⁵.

⁸² См.: Iversen T., Stephens, J. Partisan politics, the welfare state, and three worlds of human capital formation /T. Iversen, J. Stephens // Comparative Political Studies. 2008. - № 41(4-5). – С.600-637.

⁸³ Всемирная организация здравоохранения. [Электронный ресурс]. – Электрон. текстовые дан. – Душанбе: [б.и.], 2022. – Режим доступа: <https://www.who.int/ru/about/who-we-are/constitution>, свободный.

⁸⁴ См.: Дюркгейм, Э. Самоубийство: Социологический этюд/Пер, с фр. с сокр./ Под ред. В. А. Базарова. – М.: Мысль, 1994. – 399с.

⁸⁵ Фромм, Э. Здоровое общество/Пер. Т. В. Банкетовой. – М.: АСТ, Хранитель, 2006. – 544 с.

Академик Ю. Лисицын придерживается мнения, что «здоровье человека не может сводиться лишь к констатации отсутствия болезней, недомогания, дискомфорта, оно – состояние, которое позволяет человеку вести несуетную в своей свободе жизнь, полноценно выполнять свойственные человеку функции, прежде всего трудовые, вести здоровый образ жизни, т. е. испытывать душевное, физическое и социальное благополучие»⁸⁶.

При этом Н. Григорьева подчеркивает социальную ответственность государства в обеспечении охраны здоровья населения⁸⁷. В контексте развития человеческого капитала здоровье рассматривается с точки зрения инвестиции и вовлеченности индивида в социальную жизнь. При этом не только генетическая предрасположенность объясняет эволюцию здоровья, когнитивных и социально-эмоциональных навыков, но и экономическое положение семьи и окружающая среда играют важную роль в определении будущего здоровья человека.

Проблемы с внутриутробным развитием и сложности в раннем возрасте влияют на состояние здоровья человека и могут иметь длительные последствия для развития человеческого капитала. Последствия возникших событий и потрясений в раннем возрасте проявляются на более поздних этапах жизнедеятельности человека и влияют на последующую траекторию развития человеческого капитала⁸⁸. Ограниченный доступ к качественной квалифицированной медицинской помощи, отсутствие чистой питьевой воды, пищи и ненадлежащих условий жизни усугубляют нормальное развитие ребёнка⁸⁹.

Инвестиции в здоровье на раннем этапе развития человека снижают возможность появления рисков и увеличивают способности человека к самореализации.

⁸⁶ Лисицын, Ю.П., Улумбекова, Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение/ Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 544с.

⁸⁷ См.: Григорьева, Н.С., Чубарова, Т.В. Мотивация в системе государственного регулирования (на примере формирования здорового образа жизни) /Н.С. Григорьева, Т.В. Чубарова // Государственное управление. Электронный вестник. 2018. – №70. – С. 194-219.

⁸⁸ См.: Sustaining Human Progress: Reducing Vulnerability and Building Resilience. Human Development Report. – New York: UNDP, 2014. – 226с.

⁸⁹ См.: Там же.

Другой важной предпосылкой для обеспечения равенства возможностей является образование. М. Гроссман в своих трудах подчеркивает корреляцию состояния здоровья и образования, определяя последнее как основной фактор⁹⁰.

Образование как важнейший социальный институт выполняет ряд функций в обществе и представляется собой основной компонент развития человеческого капитала. Государство несет ответственность за инвестирование и формирование образовательной среды для своих граждан.

Еще Петр I в 1700-х годах, понимая важность образования в процветании страны и становлении личности, заложил основу государственных инвестиций в образование.

В Советском Союзе образование занимало одно из приоритетных мест, выделялись значительные ресурсы, в результате чего была достигнута 100% грамотность населения и колоссальные успехи практически во всех областях науки.

Таджикистан, как и другие постсоветские республики, имел хорошо развитую систему образования, подготовки и переподготовки кадров. В 1980-е годы уровень грамотности населения Таджикистан составлял 99%⁹¹.

Исследование по изучению источников экономического роста, проведенное Организацией экономического сотрудничества и развития ЮНЕСКО, выявило, что инвестиции в образование за последние двадцать лет обусловили среднегодовой темп роста на 1,5%, а дополнительный год обучения может увеличить ВВП на душу населения на 4–7%. Тем не менее, высокий уровень образования населения не является гарантией устойчивого развития⁹².

Образование имеет большое значение для повышения роста благосостояния населения и использования современных технологий для развития потенциала и самоподдерживающегося роста.

⁹⁰ См.: Grossman, M. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health /M. Grossman // Journal of Political Economy. 1972. – №80 (2). – 223-255с.

⁹¹ См.: Borjjan, H. Education xxviii. in Tajikistan. Encyclopaedia Iranica. [Электронный ресурс] / H. Borjjan. – Электрон. текстовые дан. – Душанбе: [б.и.], 2022. – Режим доступа: <https://iranicaonline.org/articles/education-xxviii-in-tajikistan>, свободный.

⁹² См.: Сидорина, Т.Ю. Два века социальной политики. [Текст] /Т.Ю. Сидорина. – М.: Типография «Наука», 2005. – 448с.

Концепция государства социальных инвестиций основывается на человеко-центрированном подходе, когда человек со своими знаниями, опытом, умениями и возможностями становится в центре социальной системы. Инвестиции в развитие человеческого капитала научное сообщество считает наиболее эффективными для реализации Концепции устойчивого развития.

Таджикистан, страна с населением около 10,1 млн. человек, является самой бедной среди стран Восточной Европы и Средней Азии. В начале 1990-х годов прошлого столетия страна оказалась перед серьезными экономическими трудностями, вызванными развалом СССР и переходным периодом: прекращением дотаций из союзного бюджета; обострение общественно-политической ситуации и гражданская война, нанеся экономика страны более \$7 млрд. ущерба; резкий спад производства; макроэкономическая нестабильность; быстрое обеднение населения и др.

Экономическая и политическая ситуация в Таджикистане еще больше обострилась в период гражданской войны (1991-1997 гг.). За 1992-1996 гг. ВВП Таджикистана уменьшился более чем в 3 раза, показатели отраслей реальной экономики - в 2-10 раз, инфляция выросла до нескольких тысяч процентов⁹³. Большинству населения стали недоступны даже предметы первой необходимости. Бедность приобрела угрожающий характер⁹⁴.

Данные трагические трансформации привели к краху всей системы государственной поддержки, нарушению привычного образа жизни, изменению модели поведения людей и социальной травме⁹⁵.

Серьезные политические и экономические проблемы отразились на состоянии систем здравоохранения, образования, социальной защиты, жилищно-коммунального хозяйства, водоснабжения, санитарии, экологии и гендерных

⁹³ См.: Комилова, З.А. Влияние технической помощи на достижение Таджикистаном повсеместной ликвидации нищеты во всех ее формах /З.А. Комилова // Экономика Таджикистана. – № 4. 2015. Душанбе. – С.74-80.

⁹⁴ См.: Доклад о человеческом развитии в Центральной Азии [Электронный ресурс]. – Электрон. текстовые дан. – Душанбе: [б.и.], 2022. – Режим доступа: http://www.un.org/ru/development/hdr/central_asia_2005.pdf, свободный.

⁹⁵ См.: Штомпка, П. Социальная травма: Социальные изменения как травма /П. Штомпка //Социальные исследования. 2001. – №1. – С.6-16.

отношений. Сокращение доступа к качественному социальному обслуживанию, недостаточное финансирование системы социальной защиты населения, ухудшение кадрового потенциала и материально-технической базы, сохранение затратных методов предоставления социальных услуг привели к ухудшению условий жизни всего населения.

Социальные потрясения после развала СССР привели к нестабильности в таджикском обществе и до настоящего времени еще наблюдаются сложности в адаптации людей к изменившимся социально-экономическим условиям. Советская социальная система еще трансформируется и не в полной мере выполняет функции социальной защиты населения. Новая форма социальной защиты населения только формируется, а большое число людей остается без доступа к базовым услугам (образование, здравоохранение, социальное обслуживание, занятость и т.д.).

Вместе с тем, в стране были осуществлены меры по реформированию экономики и были достигнуты существенные изменения в макроэкономической и финансовой стабилизации, предприняты ряд мер по структурным преобразованиям, необходимым для эффективного функционирования экономики. Однако социально-экономическая ситуация все еще оставалась весьма сложной: Таджикистан занимал 110 место среди 130 оцениваемых государств по индексу человеческого развития⁹⁶, большинство населения проживали на уровне или ниже черты бедности. Бедность, определяемая уровнем доходов и потребления, уровнем доступа к образованию, здравоохранению, водоснабжению, различным энергоресурсам, транспортным услугам, средствам массовой информации, прежде всего отражалась на незащищенных группах населения.

Главной целью социальной политики Таджикистана в 2000-х гг. было увеличение реальных доходов в стране, справедливое распределение результатов экономического роста и, в частности, обеспечение повышения уровня жизни наименее обеспеченных групп населения. Государству удалось снизить уровень бедности (с

⁹⁶ См.: Жуков, В.И. Российские преобразования: социология, экономика, политика. 1985–2001 годы. /В.И. Жуков – М.: МГСУ, 2002. – 666с.

83% в 1999 г. до 64% в 2003 году)⁹⁷, тем не менее, снижение бедности не носило равномерный характер.

Достижение социальной, политической и макроэкономической стабильности, способствовали экономическому росту страны что позволило обеспечить стране высокие темпы экономического развития: в период 2000-2005 гг. ежегодный прирост ВВП составил 9,4%; инфляция снизилась до 7,1%; внешний долг, составивший в 2000 г. 108% к ВВП, уменьшился до 38,9% к ВВП⁹⁸.

Однако, несмотря на достижения, Таджикистан все еще оставался самой бедной республикой в регионе с уровнем ВВП на душу населения в размере \$337,5 в 2005 г.⁹⁹.

В результате реализации двух стратегий сокращения бедности и программ среднесрочного развития главным достижением Таджикистана стало снижение уровня общей и крайней бедности с 81,0% (1999) до 22,5% (2022)¹⁰⁰. Это означает, что за указанный период среднегодовые темпы сокращения бедности составили 2,3%. Уровень крайней бедности (1,08\$ ППС в день) ныне составляет 14,1%, а среднегодовые темпы сокращения этого показателя, согласно нашим подсчетам составляют 3,2%, т.е. намного выше по сравнению с темпами сокращения общей бедности¹⁰¹ (см. Рис. 2).

⁹⁷ См.: Комилова, З.А. Влияние технической помощи на достижение Таджикистаном повсеместной ликвидации нищеты во всех ее формах /З.А. Комилова // Экономика Таджикистана. – № 4. 2015. Душанбе. – С.74-80.

⁹⁸ См.: Там же

⁹⁹ См.: Комилова, З.А. Инвалидность и социальная политика: проблемы и перспективы /З.А. Комилова // Материалы международной научно-практической конференции «Здоровье населения: профилактика заболеваний и инвалидность в Республике Таджикистан». – Душанбе.: 2016. – С. 218-223.

¹⁰⁰ См.: Бедность в Таджикистане. Всемирный Банк. [Электронный ресурс] – Электрон. текстовые дан. – Душанбе: [б.и.], 2022. – Режим доступа <https://www.vsemirnyjbank.org/ru/news/infographic/2021/10/15/poverty-in-tajikistan-2021>, свободный.

¹⁰¹ См.: Комилова, З.А. Влияние технической помощи на достижение Таджикистаном повсеместной ликвидации нищеты во всех ее формах /З.А. Комилова // Экономика Таджикистана. – № 4. 2015. Душанбе. – С.74-80.

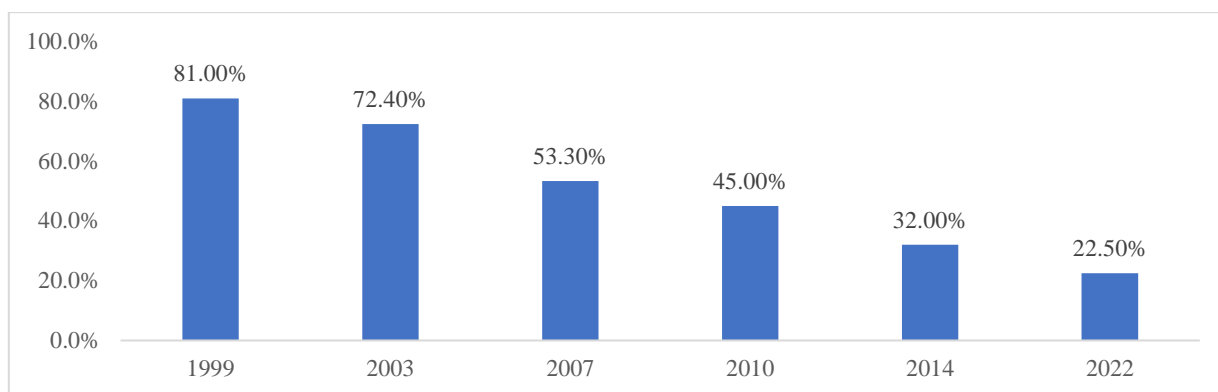


Рисунок 2. Динамика сокращения уровня бедности в Республике Таджикистан

Источник [составлено автором на основе статистических данных]

Процессы глобализации и модернизации социального государства во всем мире привели к возникновению концепции государства социальных инвестиций, которая была рассмотрена ранее. Она предусматривает распределение ресурсов и их вложение в развитие человеческого капитала. Важнейшей социальной группой, требующей вложений являются дети, как источник будущей рабочей силы¹⁰².

Несмотря на определенные недостатки государства социальных инвестиций, связанных с демографическими проблемами, в частности старение мирового населения, но в условиях Таджикистана данная концепция может рассматриваться с точки зрения преимущества, так как медианный возраст населения составляет 23.2, а средний возраст населения составляет 26.10 лет, дети и молодежь до 24 лет составляют 50.7% всего населения¹⁰³.

Ежегодно в Таджикистане рождаются в среднем 94000 детей. Общее количество детей составляет 3,5 млн. человек, из них 1,1 млн. – это дети до 4 лет, 2,1 млн. – дети от 5 до 15 лет и 361 тыс. – дети в возрастной категории от 16 до 18 лет, молодежь в возрасте до 24 лет – 848 тыс.

Национальная стратегия развития Таджикистана до 2030 года, сформированная на основе Концепции устойчивого развития направлена на обеспечение равных возможностей для всех, в особенности детей и молодежи. Конституция Таджикистана гарантирует реализацию этих прав.

¹⁰² См.: Чубарова, Т.В. Социальная сфера в современной экономике: вопросы теории и практики / Т. В. Чубарова. – СПб.: Нестор-История, 2015. – 240с.

¹⁰³ См.: Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан [Электронный ресурс] – Электрон. текстовые дан. – Душанбе: [б.и.], 2022. – Режим доступа https://stat.tj/storage/publications/July2019/macmuai_sumorai_aholi_to_1_anvari_soli_2019.pdf, свободный.

С момента ратификации Таджикистаном Конвенции ООН «О правах ребенка» в 1993 году, страна достигла значительного прогресса в реализации международных профильных обязательств. За 25 лет уровень бедности в стране снизился с 81% до 22.5%¹⁰⁴. Показатель смертности детей в возрасте до 5 лет снизился с 108 на 1000 живорожденных в 1990 году до 33 в 2017 году. За идентичный период времени уровень материнской смертности сократился со 107 на тысячу живорождённых до 24.1¹⁰⁵.

Для обеспечения здоровья и профилактики заболеваний среди детей, которые в будущем могут привести к осложнениям и инвалидности ключевую роль играет своевременная вакцинация (от кори, коклюша, полиомиелита, дифтерии, эпидемического паротита и др.). Уровень вакцинации детей вырос с 70% в 1995 году до 86.3% в 2017¹⁰⁶.

Современное и качественное образование закладывает основу для развития человеческого потенциала, которое формируется с раннего детства. С 2009 года охват дошкольным образованием повысился с 6.6% до 14%. Наблюдается позитивная динамика и рост показателей гендерного паритета в общем образовании в последнее десятилетие: с 0.88 до 0.91. Ежегодный объем финансирования сектора образования характеризуется стабильностью и достигает 18% от общего объема государственных расходов¹⁰⁷. Финансирование дошкольного образования составляет 1.1% от общего объема государственных расходов.¹⁰⁸

Тем не менее, несмотря на значительный успех, достигнутый Таджикистаном в реализации прав ребенка, многие проблемы остаются нерешенными.

¹⁰⁴ См.: Бедность в Таджикистане. Всемирный Банк. [Электронный ресурс] – Электрон. текстовые дан. – Душанбе: [б.и.], 2022. – Режим доступа <https://www.vsemirnyjbank.org/ru/news/infographic/2021/10/15/poverty-in-tajikistan-2021>, свободный.

¹⁰⁵ См.: Медико-демографическое исследование Таджикистана. – Душанбе: Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, 2018г. – С. 471.

¹⁰⁶ См.: Там же.

¹⁰⁷ См.: Социально-экономическое положение Республики Таджикистан. – Душанбе: Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, 2022г. – С.309.

¹⁰⁸ См.: Там же.

За национальной черной бедности находятся 900 тыс. детей. Большая часть, из которых проживает в сельских регионах страны, где семьи не имеют достаточного дохода для удовлетворения основных жизненных потребностей.

Далее следует отметить, что многие дети в возрасте до 5 лет не имеют возможности и условий для полноценного когнитивного и социального развития, так как только 12,5% детей (122241 тыс.) посещают центры дошкольного образования¹⁰⁹.

Существуют гендерные различия в неравенстве к доступности образования. Девочки чаще и в более раннем возрасте оставляют школу для выполнения многочисленных домашних обязанностей. Только 80,2% и 74,1% девушек переходят в 10 и 11 классы¹¹⁰.

При этом важно отметить, что многие школы имеют серьезные инфраструктурные проблемы, связанные с их освещением, отоплением, водоснабжением и базовыми санитарными условиями, что в конечном итоге отрицательно сказывается на посещаемости, особенно в зимний период.

Относительно общих показателей в секторе образования следует обратить внимание на тот факт, что почти 30% молодежи не имеют образования, занятости и не проходят профессиональное обучение; 9 из 10 из них – девушки¹¹¹.

Также отмечается, значительное социально-экономическое неравенство с получением базовых качественных медицинских услуг. Это обусловлено дефицитом инфраструктуры, отсутствием квалифицированного медицинского персонала и постоянной нехваткой расходных материалов. Становятся все более распространенными среди молодежи проблемы, связанные с психическим здоровьем, а специализированные услуги в этой области ограничены. Растут показатели распространенности инфекционных заболеваний, как ВИЧ и туберкулез¹¹².

¹⁰⁹ См.: Там же.

¹¹⁰ См.: Образование в Республике Таджикистан. Таджикистан. – Душанбе: Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, 2022г. – С.106.

¹¹¹ См.: Положение на рынке труда. Обследование рабочей силы. – Душанбе: Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, 2017. – С. 219.

¹¹² См.: Здравоохранение в Республике Таджикистан. – Душанбе: Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, 2022. – С. 85с.

Несмотря на позитивную динамику снижения детской смертности с 2010 по 2022гг., её уровень всё ещё оценивается как достаточно высокий, а тенденции заболеваемости и травматизма среди детей, приводящих к существенным негативным последствиям для здоровья либо к инвалидности, характеризуются стабильным ежегодным ростом¹¹³.

Ограниченный доступ и низкое качество услуг водоснабжения, санитарии и гигиены, негативно влияют на уровень выживания и развития детей в стране. При этом статистика указывает, что каждое четвертое домохозяйство в Таджикистане не имеет доступа к достаточному количеству питьевой воды¹¹⁴.

Отсутствие регистрации факта рождения в государственных органах, не позволяют детям получить образование и медицинскую помощь. Данные медико-демографического исследования демонстрируют, что у 4% детей младше 5 лет отсутствует государственная регистрация рождения¹¹⁵. Нет официальной статистики о наличии свидетельств о рождении среди детей старше 5 лет.

Демографические, социальные и экономические причины, среди которых увеличение числа родственных браков, рост инфекционных заболеваний, несвоевременное обращение в медицинские учреждения, отсутствие доступа к санитарии и гигиене, тяжелый труд, недостаток питания во время беременности приводят к увеличению уровня инвалидности в стране, в частности детской инвалидности.

Внедрение инклюзивного образования в Таджикистане также все ещё находится на начальной стадии. Дети с инвалидностью не вовлечены в школьную среду. Родители, учителя и администрация школ не имеют достаточных знаний и плохо осведомлены о правах и потребностях детей с инвалидностью. Кроме того, дети с аутизмом и «скрытыми» нарушениями не имеют профессиональной квалифицированной помощи. Многие родители защищают своих детей от проявления дискриминационного отношения и не отправляют их в школу. Все эти

¹¹³ См.: Там же.

¹¹⁴ См.: Медико-демографическое исследование Таджикистана. – Душанбе: Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, 2018г. – С. 471.

¹¹⁵ См.: Там же.

проблемы приводят к частым отказам от регистрации детей с инвалидностью в социальных службах.

В 2010 году уровень инвалидности составил 16,9, а в 2019 году – 8,8 человека на 10 тыс. населения¹¹⁶. На декабрь 2022 года численность людей с инвалидностью, получающих пенсии и пособия по инвалидности, составила 157,933 человек (см. Рис. 3). Общая численность детей с инвалидностью составляет 32,197. Снижение числа людей с инвалидностью в 2015 году в Таджикистане является результатом пересмотра политики и методологии в отношении определения инвалидности¹¹⁷.

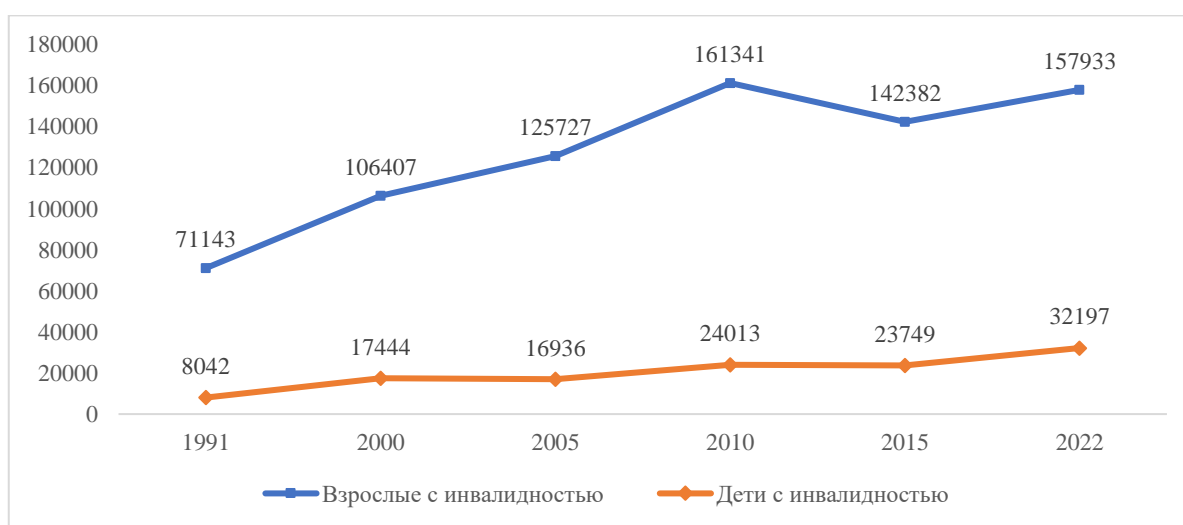


Рисунок 3. Число людей с инвалидностью в Таджикистане

Источник: [составлено автором на основе статистических данных]

В Таджикистане крайне остро стоит проблема адаптации и создание условий для данной социальной группы. Решение этой проблемы требует глубокого теоретического анализа возможных путей интеграции детей с инвалидностью в общество и перспектив их практической реализации в государственной социальной политике.

Согласно методике расчета инвалидности ВОЗ в Таджикистане люди с инвалидностью составляют 1,3 миллион, из них около 300 тыс. детей с

¹¹⁶ См.: Комилова, З.А. Инвалидность и социальная политика: проблемы и перспективы /З.А. Комилова // Материалы международной научно-практической конференции «Здоровье населения: профилактика заболеваний и инвалидность в Республике Таджикистан». – Душанбе.: 2016. – С. 218-223.

¹¹⁷ См.: Там же.

инвалидностью, но по данным официальной статистики, основанной на данных о получении социальной пенсии в Таджикистане проживают более 157 тыс. людей с инвалидностью, из них 32 тыс. детей¹¹⁸. Точное число людей с инвалидностью остаются неизвестными в связи с тем, что: низкий уровень социальной пенсии по инвалидности препятствует прохождению сложной процедуры медицинского освидетельствования; социальные нормы и стигматизация заставляет родителей «скрывать» ребенка с инвалидностью; не соответствие инфраструктуры потребностям детей с инвалидностью (отсутствие специализированного транспорта, расстояние от места жительства до учреждения медико-социальной экспертизы, не приспособленные для детей с инвалидностью здания); коррупция.

Согласно положениям нормативно-правовых документов, лицом с инвалидностью является человек, имеющий нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, травмами, физическими и умственными дефектами, приведшими к ограничению жизнедеятельности, и вызывающее необходимость в его социальной защите, а также имеющий непросроченное свидетельство об инвалидности, выданное Государственной службой медико-социальной экспертизы (ГСМСЭ) и его ведомственными структурами на местах. Однако, к лицам с инвалидностью можно отнести также и лиц, подпадающих под установленное законом «О социальной защите инвалидов» определение инвалидности¹¹⁹, но не обратившихся в Государственную службу медико-социальной экспертизы, поскольку их заболевание еще не было выявлено.

В Таджикистане, начиная с 1991 года, наблюдается постоянный рост числа детей с инвалидностью, достигший высокого уровня в 2010 году (см. Рис. 3 и 4). Данная динамика вызвана разнообразными социально-экономическими факторами: усилением социальной политики непосредственно в отношении детей с инвалидностью (расширение понятия инвалидности, спектра и объёма гарантий),

¹¹⁸ Данные получены из Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

¹¹⁹ См.: Закон Республики Таджикистан «О социальной защите инвалидов» от 29-го декабря 2010 года, № 675 в редакции от 17 декабря 2020 года, №1739 // Ахбори Маджлиси Оли Республики Таджикистан. – 2010. – ст.1.

адресной поддержки малообеспеченных нуждающихся граждан, в том числе имеющих инвалидность, рост числа травм, ранений, отравлений, родственных браков и т.д. На Рисунке 4 показано число людей, впервые признанных инвалидами.

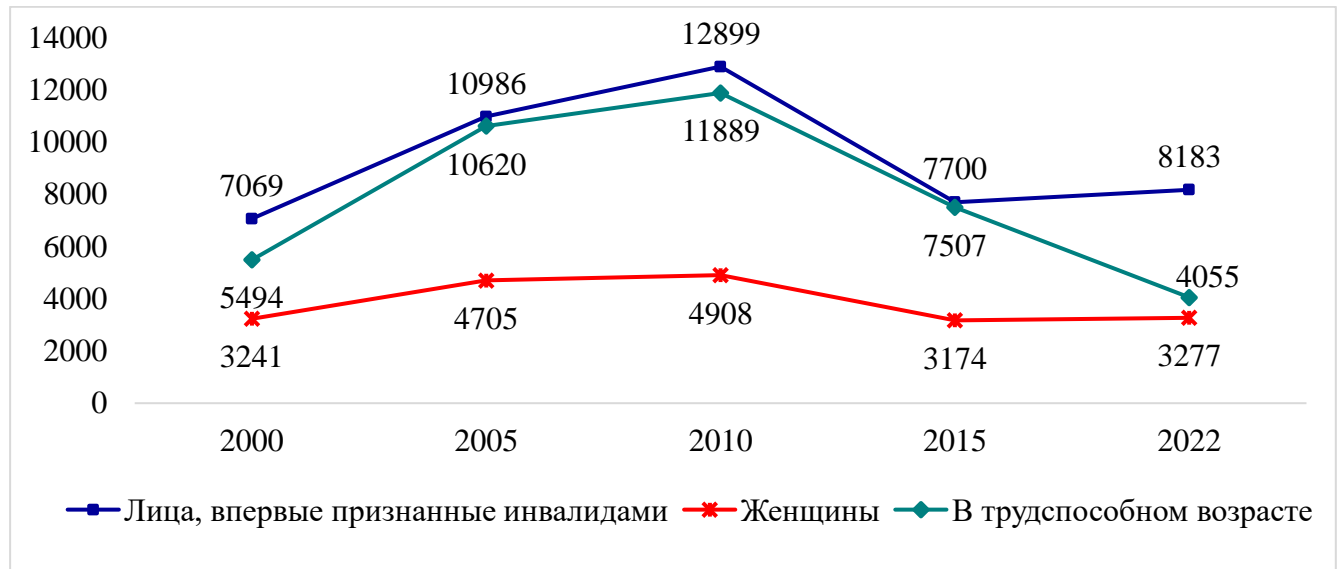


Рисунок 4. Число лиц, впервые признанных инвалидами
Источник: [составлено автором на основе официальной статистики]

Таким образом, ежегодное увеличение числа детей с инвалидностью, требуют разработку комплексных инициатив и тщательно подобранных механизмов социальной защиты, способные обеспечить необходимый уровень поддержки и развития человеческого капитала детей с инвалидностью.

Проведенный анализ, позволяет заключить, что к 2022 г. в Таджикистане сложилась социальная политика, декларирующая права «особого» ребенка на развитие, образование, здравоохранение, реабилитацию, но отсутствуют механизмы ее реализации. Дети с инвалидностью имеют ограниченный доступ к ресурсам для реализации своего капитала, а сохраняющееся негативное общественное отношение способствуют их социальной исключенности.

Совершенствование механизмов управления в области инвалидности для обеспечения приемлемого уровня жизни приобретает особую значимость в условиях Таджикистана. Решение данной проблемы через повышение государственных выплат, которые ложатся бременем на местные бюджеты и в

современных условиях оказались неэффективными. В связи с этим необходимо, придерживаться принципов и приоритетов национальной социальной политики, совершенствовать механизмы управления, осуществить поиск новых технологий, инструментов, методов и организационно-институциональных подходов для социального вовлечения детей с инвалидностью в Таджикистане.

В настоящее время законодательством Таджикистана термин «социальная вовлеченность» не определен, соответственно не выявлены механизмы управления процессом вовлечения детей с инвалидностью в социальную жизнь.

В этой связи исследование путей управления процессом социального вовлечения детей с инвалидностью в Таджикистане приобретает не только социальную, но и экономически-политическую значимость.

1.2. Основные подходы к изучению процессов управления социальной вовлеченности и защиты детей с инвалидностью

Правительство Таджикистана поставило своей задачей реализацию Концепции государства социальных инвестиций, которая предполагает обеспечения реализации прав людей на равное использование ресурсов и содействия их участию в полноценной жизни общества, тем самым способствуя социальной вовлеченности и повышению уровня благосостояния населения.

Управление механизмами социальной вовлеченности лежит на государстве, но предполагает активное и непосредственное участие населения в формировании справедливого и обеспечивающего равные возможности общества.

В связи с этим, необходимо принимать эффективные управленческие решения для обеспечения доступности общественных ресурсов: системы социального обеспечения, образования, здравоохранения, занятости и т.д. Комплекс ресурсов способствует повышению уровня сопротивляемости и адаптации особой социальной группы детей с инвалидностью к новым вызовам, рискам, кризисным и социально-экономическим изменениям, которые по словам

Н. Зарубиной¹²⁰ «предполагают выработку новых способов ориентации в меняющемся мире и форм адаптации к трансформациям». Улучшение благосостояния и качества жизни семей с детьми с инвалидностью зависит от внедрения социальных технологий и управленческих механизмов¹²¹.

Общество, состоящее из множества организационных систем и социальных процессов, требует нелинейных подходов к управленческой деятельности и к субъект-объектным отношениям.

Субъект-объектные отношения в управлении Е. Тавокиным¹²² понимаются, как «основанные на достоверном знании систематическое воздействие субъекта управления (управляющей подсистемы) на объект управления (управляемую подсистему), в качестве которого могут выступать общество в целом и его отдельные сферы – экономика, политика, культура, наука, социальная, духовная сфера или звенья (предприятия, учреждения, организации и т.д.)».

Воздействие управленческих процессов на социальные системы Л. Бурганова¹²³ определяет как «осознанное, специально организованное воздействие на социальные процессы для достижения поставленных целей с учетом интересов отдельных личностей, формальных и неформальных групп».

Функции управления зависят от различных факторов: социально-экономических, демографических, культурных, политических. Выделяются различные подходы среды, которых: процессный, системный, ситуативный и сегментные подходы к управленческой деятельности, а также управление в социальных системах.

Процессный подход, зарожdenный в рамках школы административного управления, предполагает, что управление – это непрерывный процесс взаимосвязанных действий, нацеленных на достижение целей. Действия, по своей

¹²⁰ Зарубина Н. Н. Упрощенные социальные практики как способ адаптации к сложному социуму. [Текст] //Н.Н. Зарубина // Социологические исследования. 2014. – №5 (361). – С. 37-46.

¹²¹ См.: Доклад о человеческом развитии 2019. За рамки уровня доходов и средних показателей сегодняшнего дня: неравенство в человеческом развитии в XXI веке. – Нью Йорк. ООН, 2019. – 368с.

¹²² Тавокин Е.П. Социология управления. [Текст]: учебное пособие //Е.П. Тавокин. – Москва: Инфра-М, 2016. – 200с.

¹²³ Бурганова Л.А. Теория управления. [Текст]: учебное пособие //Л.А. Бурганова. – М.: Инфра-М, 2009. – 151с.

сути, являются управленческим процессом и неотъемлемой частью успеха организации, обеспечивающие систематическое выявление проблем и применение своевременных вмешательств¹²⁴.

Исследования управленческой деятельности как процесса привело к зарождению системного метода анализа, позднее названного *системным подходом*. С. Бабонс¹²⁵ и Ф. Мали¹²⁶, рассматривают организацию как интегрированную систему, образующуюся из совокупности взаимосвязанных элементов (персонала, управленческой структуры, ресурсов, технологии, задач и пр.), подчеркивается, что каждое решение имеет последствия для всей организации и поэтому не может быть принято в изоляции от других действий. Таким образом, при принятии решений системный подход полагается на информацию, поступающую извне организации и способен быстро адаптироваться к происходящим вовне организации переменам.

Для принятия управленческих решений, направленных на социальную защиту детей с инвалидностью, будет применен сегментный подход, получивший популярность в 1960-1980-е годы прошлого века. По утверждениям В. Шляпентоха сегментный подход базируется на «концепциях классовых антагонизмов и влияния социальной среды на сознание людей»¹²⁷. Общество состоит из слоев/сегментов с характерными для каждого сегмента нормами поведения, убеждениями, ценностями и социальными структурами, взаимодействующими друг с другом. Разделение детей на сегменты (например, по полу, возрасту, нозологии и пр.) позволит учесть индивидуальные потребности ребенка при разработке управленческих решений, отвечающих специфике каждой группы.

Если в рамках процессного, системного и сегментного подходов акцент ставился на поиске управленческих функций, то *ситуативный подход*

¹²⁴ См.: Скрипко Л.Е. Процессный подход в управлении качеством. [Текст]. /Л.Е. Скрипко. – СПб.: ГУЭФ, 2011. – 105с.

¹²⁵ См.: Babones S. What is world-systems analysis? Distinguishing theory for perspective. [Текст] /S.Babones // Thesis Eleven. 2015. – №127. - С. 3–20.

¹²⁶ См.: Mali F. Modern social system theory and the sociology of science. [Текст] /F. Mali // Druzboslovne razprave XXII. 2001. – № 37(38). - С. 71-80.

¹²⁷ Шляпентох В. Многослойное общество: «антисистемный» взгляд на современную Россию. [Текст] /В. Шляпентох // Социологический журнал. 2015. – № 4. – С. 5-21.

фокусируется на применении управленческих функций в определенной ситуации. При этом каждая специфическая ситуация является объектом отдельного изучения, упоминание о которых отражены в трудах Ю. Фененко¹²⁸ о «законах ситуации», в которых описывается, что «различные типы ситуаций, требуют различных типов знания». Отличительной характеристикой ситуативного подхода по словам С. Баркова¹²⁹ является поиск и применение правильных управленческих действий в конкретной ситуации для достижения организационных целей. При этом ситуативный подход, интегрируя разные фрагментарные подходы, подчеркивает необходимость тесного взаимодействия всех управленческих ресурсов, в связи с чем субъект-объектное отношение формируют платформу для поиска оптимальных управленческих решений. В свою очередь, взаимодействие достигается путем внедрения социальных технологий, представляющие собой совокупность методов и функций, направленных на достижение управленческих целей в процессе планирования и поэтапной реализации для изменения системы или ситуации.

Следовательно, наиболее значимым из всех доступных ресурсов (материальных, технологических, человеческих, финансовых) является ресурс управления, отражающий весь спектр управляемого объекта. В данном контексте ресурс управления воздействует на конкретные подсистемы, тем самым обуславливая воздействие субъекта управления на объект управления. Общество, представляя собой сложную систему, способную самоадаптироваться, требует внедрения управленческих инструментов в каждом конкретном случае. Поэтому от грамотного их использования в конечном счете зависит благополучие общества в целом, в частности детей с инвалидностью, как наиболее незащищенной социальной группы.

В рамках данной диссертационной работы применение процессного подхода помогает изучить управленческие функции отраслевых систем социального блока

¹²⁸ См.: Фененко Ю.В. Основы социологии управления. [Текст]: учебное пособие //Ю.В. Фененко. – М.: ПКЦ Альтекс, 2005. – С. 236.

¹²⁹ См.: Барков С.А., Зубков В.И. Социология организаций. 2-е изд., перераб и доп. [Текст]: учебное пособие // С.А. Барков, В.И. Зубкова. – М.: Юрайт, 2015. – 414с.

(например, образования, здравоохранения, социального обеспечения), тогда как системный подход применяется для изучения взаимодействия отдельных отраслей в системе социальной защиты населения. Понимание влияния сложившейся социальной, политической, экономической ситуации в стране и мире на социальную вовлеченность детей с инвалидностью, базируется на ситуативном подходе. Сегментный подход, включающий в себя количественный и качественный анализ, позволяет изучить потребности детей с инвалидностью и приоритизировать их в зависимости от имеющихся ресурсов для разработки междисциплинарных программ социальной защиты и социальной вовлеченности.

Сложившаяся социально-экономическая ситуация требует внедрения новых, управленческих подходов, использующих результаты социологических данных и имеющих конечной целью координированное, согласованное управление, направленное на защиту и интересов конкретных людей и способствующее развитию человеческого капитала.

Труды А. Пригожина¹³⁰, определяющие общество как систему организаций и рассматривающие организацию как средство, направленное на решение специфических задач социальной среды, идеи «идеального типа» М. Вебера¹³¹, способствующие конструированию человеческого действия в идеальных условиях для определения специфических особенностей социального феномена, наряду с социальными технологиями В. Щербина¹³² адресующие инновационную управленческую деятельность для привлечения, активизации и рационального использования человеческого капитала составляют методологическую основу управления процессом социальной вовлеченности детей с инвалидностью данной диссертационной работы.

¹³⁰ См.: Пригожин А.И. Современная социология организаций. [Текст] /А.И. Пригожин. – М.: Интерпракс, 1995. – 296с.

¹³¹ См.: Вебер М. Избранные произведения. [Текст] /М. Вебер. – М.: «Прогресс», 2003. – 797с.

¹³² См.: Щербин В.В. Социальные технологии: история появления термина, трансформация содержания, современное состояние. [Текст] /В.В. Щербин // Социологические исследования. 2014. – № 7. – С.113-124.

Принцип *социальной вовлеченности* (social inclusion), определяемый как процесс улучшения условий участия в жизни общества и правом голоса лежит в основе Конвенции ООН о правах инвалидов¹³³.

Социальная вовлеченность представляет собой процесс объединения в единое целое ранее разрозненных частей и элементов социокультурной системы на основе их взаимозависимости и взаимодополняемости¹³⁴. С одной стороны, индивид стремится максимально адаптироваться к жизни в обществе, с другой общество старается приспособиться к особенностям конкретного индивида на основе принципов толерантности и социальной справедливости.

Основная идея социальной вовлеченности заключается в расширении прав и возможностей людей с инвалидностью для включения и участия в социальную жизнь, путем усиления межличностных отношений. Однако, данные права не реализуются из-за устоявшихся негативных, общепринятых убеждений о беспомощности и несамостоятельности детей с инвалидностью, которые приводят к социальной сегрегации.

В процессе социализации человек осваивает определённые социальные нормы и роли, которые не являются фиксированными, они видоизменяются в зависимости от восприятия субъектов взаимодействия. Вовлеченность человека в социум предполагает не только взаимодействие с другими людьми, но и самим собой.

Социальную вовлеченность ООН определяет как «процесс улучшения условий участия в жизни общества, особенно для людей, находящихся в неблагоприятном положении, посредством расширения возможностей, доступа к ресурсам, голоса и уважения прав»¹³⁵. Данное определение предусматривает улучшение социальной политики, которая улучшает условия участия людей в

¹³³ См.: Конвенция ООН о правах инвалидов, принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеей от 13.12.2006. [Электронный ресурс]. – Электрон. текстовые дан. – Душанбе [б.и.], 2022. – Режим доступа: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml, свободный.

¹³⁴ См.: Зайцев Д.В. Социальная интеграция детей-инвалидов в современной России. [Текст] /Д.В. Зайцев. – Саратов: Научная книга, 2003. – 255с.

¹³⁵ Департамент по экономическим социальным вопросам ООН. [Электронный ресурс]. – Электрон. текстовые дан. – Душанбе [б.и.], 2022. – Режим доступа: <https://social.desa.un.org/publications/promoting-social-integration-through-social-inclusion-2021-resolution>, свободный.

обществе, находящихся в неблагоприятном положении, в связи с возрастом, полом, инвалидностью, расой, этнической принадлежностью, происхождением, религией, экономическим или иным статусом, посредством расширения возможностей, доступа к ресурсам, голоса и уважения на основе прав.

Определение Всемирного банка рассматривает социальное вовлечение с точки зрения повышения возможностей и способностей индивида для участия в обществе и изменение окружающей среды под нужды детей с инвалидностью. В частности, социальная вовлеченность определяется «во-первых, как процесс улучшения условий для отдельных лиц и групп с целью участия в жизни общества, а во-вторых, как процесс улучшения способностей, возможностей и достоинства людей, находящихся в неблагоприятном положении по причине их индивидуальности, ограничивающие их участие в обществе»¹³⁶.

В научном дискурсе понятие социальная вовлеченность детей с инвалидностью возникла как противоположное понятие к социальной исключенности/ изоляции/маргинализации/отчужденности. Данное понятие рассматривается с точки зрения нормоцентрического и гуманистического подходов. На основе нормоцентрического подхода инвалидность рассматривается с точки зрения отношения человека и общества, т.е. инвалидность – это патология, отклонение в развитии человека. В рамках данной парадигмы, по словам И. Волковой, людей с инвалидностью рассматривают «как объект политики, а не как субъект»¹³⁷. Гуманистический подход, заложенный в России в начале XX века С. Выготским, предполагает возможности человека конструировать собственную жизнь и активно интегрироваться в социум, реализуя свой потенциал¹³⁸.

Автор рассматривает социальную вовлеченность как механизм улучшения условий участия в обществе детей, находящихся в трудной жизненной ситуации по признаку инвалидности, через расширение прав и возможностей, использование

¹³⁶ Inclusion Matters: The Foundation for Shared Prosperity. – Washington: World Bank Group, 2013. – 274с.

¹³⁷ См. Волкова И., Свердлов А. Перспективное направление развития современной коррекционной психологии [Электронный ресурс]: научно-педагогический интернет-журн. / Электрон.науч.журн. – СПб., 2013. -. Режим доступа: <http://www.emissia.org/offline/2013/2073.htm>, свободный.

¹³⁸ См.: Волкова И. Современные парадигмы теории и практики социально-психологической адаптации и интеграции инвалидов по зрению. [Текст] /И. Волкова // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. 2008. – №3. – С.477-486.

ресурсов, и реализацию человеческого капитала.

Проблемы социальной вовлеченности, в зависимости от экономических и политических условий актуальны для каждой страны. Социальная вовлеченность детей с инвалидностью в социальную жизнь не может быть осуществлена, если государство не формирует среду для их развития.

Концепция социальной вовлеченности, возникшая вследствие изменения отношения общества к детям с инвалидностью, опирается на модель инвалидности, основанная на правах, которая стремится к обеспечению равенства возможностей и доступности к ресурсам и услугам. Однако, для полной реализации данной концепции в равной степени важно взаимодействие с социальной моделью инвалидности, в рамках которой, окружающая среда адаптируется под нужды детей с инвалидностью.

Исследование уровня знания, отношения и поведения населения по отношению к детям и женщинам с инвалидностью в Таджикистане, проведенного с участием автора, показало восприятие обществом ребенка с инвалидностью. Детей рассматривают как объект жалости 82,5% респондентов, а у 1,8% респондентов присутствует чувство страха и неприязни. Мнения, о том что дети с инвалидностью должны проживать наравне со всеми в обществе придерживаются 93% респондентов, 62% считают, что детям с инвалидностью нужно проживать в своих социальных группах, а 10,3%¹³⁹ считают необходимым изолировать детей с инвалидностью от общества. Более 73% детей чувствуют себя социально исключенными¹⁴⁰.

Подавляющее большинство респондентов (95%) ассоциируют инвалидность с физическими нарушениями, которые видны визуально (например, отсутствие конечностей), с сенсорными нарушениями (глухота, слепота) – 59%, и психическими расстройствами – 42%.

¹³⁹ См. Исследование уровня знания, отношения и поведения населения по отношению к детям и женщинам с инвалидностью в Республике Таджикистан. – Душанбе: ЮНИСЕФ, 2020. – 156с.

¹⁴⁰ См.: Beyond transition: towards inclusive societies. – Bratislava: UNDP Regional Bureau for Europe and CIS, 2011. – 125с.

Мнения респондентов о причинах, приводящих к инвалидности, обобщены в Табл. 1.

Таблица 1

Факторы, влияющие на инвалидность в Таджикистане

Причина инвалидности	Респонденты (%)
Родственные браки	80%
Травмы при несчастных случаях	52%
Злоупотребление наркотиком/алкоголизмом	42%
Плохая экология и окружающая среда	33%
Наказание за грехи	32%
Нехватка витаминов и минералов	31%
Инфекции	25%

Источник: [составлено автором на основе данных социологического исследования «Исследование уровня знания, отношения и поведения населения по отношению к детям и женщинам с инвалидностью в Республике Таджикистан»]

Интересно то, что 99% респондентов рассматривают ребенка с инвалидностью, как объекта помощи со стороны государства и общества. Под помощью подразумеваются деньги – 50%, скидки на еду – 18% и медицинская помощь – 17%, приобретение одежды – 8%, помощь в получении пенсии – 7% и приобретении инвалидной коляски – 4%. Только 4% респондентов, считают, что государство должно способствовать в трудоустройстве подростков с инвалидностью. Таким образом, в Таджикистане общество воспринимает детей с инвалидностью с точки зрения медицинской модели, а согласно трактовке Т. Парсонса, воспринимаются как больные.

Респонденты отметили, что детям с инвалидностью сложнее интегрироваться в общество, чем детям без инвалидности. Детей с психологическими ограничениями воспринимают значительно хуже, чем детей с физическими ограничениями.

Проведенный анализ позволил выявить основные причины, препятствующие социальной вовлеченности детей с инвалидностью в Таджикистане.

Во-первых, *отсутствие финансовых ресурсов*, ограничивают получение своевременной медицинской помощи и реабилитации.

Во-вторых, *ограниченное количество специалистов* в государственных структурах, способных провести мониторинг реализации планов, направленных на социальную интеграцию детей с инвалидностью.

В-третьих, *отказ родителей от обучения*, из-за боязни стигматизации, предвзятого отношения и существующих социальных норм.

В-четвертых, *не доступная инфраструктура* зданий и сооружений, которая не приспособлена к потребностям детей с инвалидностью (отсутствие пандусов, поручней, специальных лифтов и др.).

В-пятых, *отсутствие рабочих мест*, несмотря на квоты для трудоустройства людей с инвалидностью, предусмотренные законом.

В-шестых, *ограниченное количество медицинского персонала*, предоставляющие услуги на дому.

Несмотря на изменение законодательства в сторону обеспечения равных возможностей и права, анализ социологического исследования показал, что в таджикском обществе дети с инвалидностью воспринимаются как объекты благотворительности и жалости - типичные характеристики благотворительной модели инвалидности.

С целью обеспечения равных возможностей и управления процессом социальной вовлеченности детей с инвалидностью в социальную жизнь требуется разработка и внедрение специфических социальных технологий.

Под социальной технологией М. Плотников¹⁴¹ понимает процесс воздействия на людей, социальные системы и явления путем изучения, диагностики, планирования и моделирования с целью их изменения и улучшения для оптимизации управленческого процесса. Являясь важнейшим элементом

¹⁴¹ См.: Плотников М.В. Социальные технологии как объект социологического исследования / М.В. Плотников, С.В. Смельцова // В мире научных открытий. 2012. – №4. – С.169-180.

механизма управления, социальная технология способствует реализации на практике поставленных целей.

В современной науке воздействие социальных технологий направлены на три уровня: макро (управление обществом на национальном или субнациональном уровне), мезо (управление общественными структурами на региональном или областном уровне) и микро (управление небольшой группой людей или сообществом)¹⁴².

В рамках данного диссертационного исследования для управления процессом социальной вовлеченности детей с инвалидностью в общество, применяется адаптированная международная социальная технология «Реабилитация на уровне сообщества», которая подчеркивает необходимость трансформации общественных структур.

ВОЗ определяет реабилитацию как комплекс мероприятий, необходимых в тех случаях, когда человек сталкивается с функциональными ограничениями в повседневной жизни по причине старения или проблем со здоровьем, включая хронические заболевания или расстройства, физические или психические травмы. К числу примеров ограничений в повседневной деятельности относятся: нарушения зрения, слуха, коммуникации, двигательной активности, невозможность прочного формирования личных отношений. Реабилитационные услуги позволяют лицам всех возрастов не прекращать или же возобновлять повседневную деятельность, полноценно участвовать в социальной жизни и повышать уровень своего благополучия¹⁴³.

Социальная технология «Реабилитация на уровне сообщества» была разработана в середине 1980-х годов, под эгидой ВОЗ, и направлена на улучшение качества жизни, удовлетворение базовых потребностей и обеспечение социального вовлечения в социальную жизнь людей с инвалидностью.

¹⁴² См.: Пестова Г.А. Социология управления. /Г.А. Пестова. – М.: Академия Естествознания, 2011. – 103с.

¹⁴³ См.: Всемирная организация здравоохранения. [Электронный ресурс] – Электрон. текстовые дан. – Душанбе: [б.и.], 2022. – Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>, свободный.

Данная технология применяется мировым сообществом с конца XX века, а в Таджикистане необходимость ее адаптации и использования возникла в связи с увеличением количества детей с инвалидностью (в т.ч. из-за вспышки полиомиелита в 2010 и 2021гг.). Их реабилитация обеспечивает успешное взаимодействие со социальной средой. Выделены пять основных направлений социальной вовлеченности (см. Рис.5).



Рисунок 5. Международная социальная технология «Реабилитация на уровне сообщества» (ВОЗ).
Источник [Всемирная организация здравоохранения, 1987]

Предлагаемая на Рис. 5 социальная технология включает в себя пять направлений (здоровье, образование, самообеспечение, социальные вопросы и расширение прав и возможностей), которые в свою очередь состоят из пяти направлений. Первые четыре направления носят межсекторальный характер и коррелируются с основными блоками социальной сферы. Пятое направление подчёркивает необходимость работы в области расширения прав и возможностей детей с инвалидностью и их семей для обеспечения доступа ребенка к каждому

направлению, что в итоге приведет к социальной вовлеченности, повышению качества жизни и реализации человеческого капитала¹⁴⁴.

На основе анализа научной информации о роли социальных структур в развитии ребенка, можно сделать вывод о том, что процесс внедрения данной социальной технологии возможен только при активном участии различных субъектов: начиная от ребенка с инвалидностью и его социального окружения, заканчивая государственными служащими, отвечающие за обеспечение благосостояния населения в рамках Национальной стратегии развития, вытекающего из концепции государства социальных инвестиций.

Данная социальная технология основывается на человеко-центрированном подходе. Инновацией в данном диссертационном исследовании является, то что, ребенок с инвалидностью и его потребности находятся в центре, а остальные субъекты объединяются для удовлетворения этих потребностей. Поэтапный подход воздействия в процесс управления социальной вовлеченностью детей с инвалидностью на уровне сообщества в рамках данного социальной технологии показан на Рис 6.

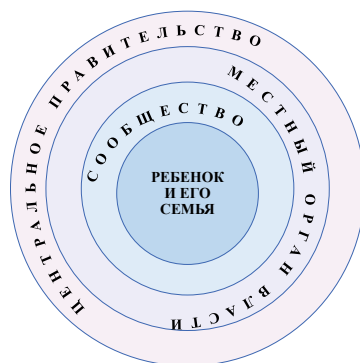


Рисунок 6. Этапы воздействия в процесс управления социальной вовлеченностью детей с инвалидностью
Источник [составлено автором]

Согласно эмпирическим данным реабилитация детей с инвалидностью на уровне сообщества является той технологией, которая позволит путем

¹⁴⁴ См.: Реабилитация на уровне общины. Руководство по РУО. – Мальта: Всемирная организация здравоохранения, 2010. – 524с.

перераспределения имеющихся ресурсов, обеспечить доступ к равным возможностям и социальной вовлеченности детей с инвалидностью. При этом, внедрение данной технологии не требует значительных финансовых ресурсов и является более рентабельным, чем существующие фрагментарные малоэффективные программы помощи детям с инвалидностью (в частности, пенсионные программы и содержание детей с инвалидностью в стационарных учреждениях)¹⁴⁵. Таким образом, инвестиции, связанные с социальным включением детей с инвалидностью, в долгосрочной перспективе финансово выгодно как для государства, так и для самого ребенка с инвалидностью и его семьи.

Процесс внедрения и реализации социальной технологии «Реабилитации на уровне сообщества» предполагает совместные усилия детей с инвалидностью, их семей, организаций и сообществ, а также правительственных и неправительственных организаций для развития человеческого капитала и улучшения благосостояния семей.

Для рассмотрения механизмов внедрения этой социальной технологии в условиях Таджикистана, необходимо изучить действующую систему социальной защиты и ее реальные возможности.

Система социальной защиты населения как предмет управленческой деятельности государства представляет собой второй механизм управления процессом социальной вовлеченности детей с инвалидностью, которая направлена на расширение прав и возможностей, реализацию человеческого капитала, обеспечение достойного уровня жизни и безопасности. Сущность системы социальной защиты населения состоит в обеспечении государством минимального уровня безопасности, путем перераспределения ресурсов между различными социальными группами, чтобы ни одна из них не чувствовала себя несправедливо обделенной. Перераспределение ресурсов осуществляется с помощью различных управленческих методов и социальных технологий, определенных в рамках

¹⁴⁵ См.: Rohwerder B. Disability Inclusion: Topic guide. – Birmingham. UK: GSDRC, University of Birmingham. 2015. – 54с.

социальной политики страны.

Социальная защита рассматривается как совокупность социально-экономических мероприятий, проводимых государством и обществом и обеспечивающих детей с инвалидностью оптимальными условиями жизни, удовлетворяющих потребности, поддерживающих жизнеобеспечение и достойное существование детей с инвалидностью в социальной среде; совокупность мер, преодолевающих последствия риска, комплекс мер по обеспечению гарантированного государством минимального уровня материальной поддержки социально уязвимых групп в период преобразований¹⁴⁶.

Социальную защиту можно определить как одну из важнейших функций государства. При этом ее подразделяют на общую и специальную. Под общей понимается деятельность по обеспечению основных социальных и иных прав граждан, а под специальной – специальная регулятивная система стабилизации личности, социальной группы, нуждающихся в силу тех или иных особенностей в особом социальном попечении¹⁴⁷.

Исторический анализ, системы социальной защиты в мире, показал, что она использовалась странами для поддержания определенного уровня жизни, в первую очередь для решения проблем, связанных с бедностью¹⁴⁸.

Первые примеры государственной социальной защиты прослеживаются у римского императора Траяна, который расширил программу выдачи бесплатного зерна, чтобы привлечь в свою империю большее количество бедных людей. Также он учредил фонд государственной поддержки бедным детям¹⁴⁹. Однако, система социальной защиты не являлась общепринятым механизмом борьбы против искоренения бедности до конца XIX и начала XX веков.

¹⁴⁶ См.: Комилова З.А., Рыбакова М.В. Государственное управление модернизацией интегрированной системы социального обслуживания в Таджикистане. //З.А. Комилова, М.В. Рыбакова // Государственное управление. Электронный вестник. – № 72 (02). 2019. – С. 165- 187.

¹⁴⁷ См.: Захаров М.Л., Тучкова Э.Г. Право социального обеспечения России. /М.Л. Захарова, Э.Г. Тучкова. – М.: Волтерс Клувер, 2005. – С. 34.

¹⁴⁸ См.: Combating Poverty and Inequality: Structural Change, Social Policy and Politics. – Geneva: UNRISD/UN Publications, 2010. – 360с.

¹⁴⁹ См.: Mason H. “Trajan”. Encyclopædia Britannica. [Электронный ресурс] – Электрон. текстовые дан. – Душанбе: [б.и.], 2022. – Режим доступа: <https://www.britannica.com/biography/Trajan>, свободный.

В России социальная защита представляет собой «комплекс дополнительных мероприятий по материальной помощи наименее защищенным группам населения (престарелым, инвалидам, малообеспеченным семьям с детьми, учащейся молодежи, лицам, не имеющим средств существования), сохранению уровня социального обслуживания. Этот комплекс мер осуществляется как за счет федерального и местного бюджетов, так и за счет специально создаваемых фондов социальной поддержки населения»¹⁵⁰.

В.Шайхатдинов¹⁵¹ полагает, что в понятие «социальная защита» входит деятельность государства и органов местного самоуправления, общественных организаций, предприятий по созданию благоприятной для человека окружающей среды, охране материнства и детства, оказанию помощи семье, охране здоровья граждан, профессиональной подготовке граждан, обеспечению занятости населения, охране труда, регулированию заработной платы и доходов населения, обеспечению граждан жильем, регулированию права собственности граждан, материальному обеспечению и обслуживанию нетрудоспособных и других нуждающихся в социальной поддержке граждан. Это практическая деятельность по реализации основных направлений социальной политики.

С точки зрения финансирования М. Кишон¹⁵² определяет систему социальной защиты как виды выплат предоставляемые обществом в натуральном и денежном выражении для его индивидуальных членов с целью: 1) избежания или искоренения бедности; 2) оказания помощи, чтобы они могли справиться с рядом трудных жизненных ситуаций или рисков, в случае возникновения, приводящие к потере дохода. Потеря дохода в свою очередь может быть результатом потери занятости, потери трудоспособности в силу инвалидности и старости или необходимостью медицинского лечения в силу болезни или ухудшения состояния

¹⁵⁰ См.: Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации. [Электронный ресурс] – Электрон. текстовые дан. – Москва: [б.и.], 2022. – Режим доступа: <http://rosmintrud.ru>, свободный.

¹⁵¹ См.: Шайхатдинов В.Ш. Право социального обеспечения. 3-е изд. перераб и доп. / В.Ш. Шайхатдинов. – М.: Юрайт, 2015. – 384 с.

¹⁵² См.: Cichon M., Scholz W. Financing social protection. /M. Cichon, W. Scholz. – Geneva: International Labour Organization, 2004. – 696с.

здоровья; 3) снижения или искоренения неравенства, допущенного во время первичного распределения доходов.

Анализ научной литературы позволил обобщить основные подходы и направления социальной защиты, которые представлены на Рис. 7.



Рисунок 7. Основные направления системы социальной защиты
Источник [составлено автором на основе анализа научной литературы]

Необходимым условием для стабильного экономического развития является социальная сплоченность в обществе, которую можно достичь через усовершенствование системы социальной защиты.

Система социальной защиты играет важную роль в жизни индивида и семьи, закладывает основу развития общества и экономики. Она становится источником дохода людям, когда они нуждаются, дает им возможность принять и влиться в экономические и социальные изменения, обеспечивает социальную сплоченность и экономический динамизм.

В узком понимании система социальной защиты включает государственные меры направленные на предоставление гарантии сохранения заработка¹⁵³. Ее цель – это повышение благополучия населения и снижение бедности. Всемирный банк определяет социальную защиту, как «... совокупность мер, направленных на повышение или защиту человеческого капитала, поддержку индивиду,

¹⁵³ См.: Holzmann R., Jorgensen S. Social risk management: a new conceptual framework for social protection and beyond.[Текст] / R.Holzmann, S. Jorgensen // International tax and finance. 2001. – №.8. – С.529-556.

домохозяйствам и сообществам для управления рисками связанных с потерей дохода и приводящих к уязвимости...». Исходя из этого, систему социальной защиты можно рассматривать не только как расходы на социальные трансферты, но в первую очередь как инвестиции в человеческий капитал.

ЮНИСЕФ определяет «социальную защиту – как интегрированный набор законодательства и программ, которые направлены на уменьшение экономической и социальной уязвимости детей, женщин и семей с целью обеспечения достойного уровня жизни и доступности услуг»¹⁵⁴. Институт исследований в области развития описывает социальную защиту как «все государственные и частные инициативы, направлены на перераспределение доходов в пользу бедных, для защиты социальных групп, повышения социального статуса изолированных групп, с общей целью уменьшения экономической и социальной исключенности определенных групп населения»¹⁵⁵. Международная организация по труду рассматривает ее с точки зрения права человека и определяет «как набор политики и программ, направленных на сокращение и предотвращение бедности и уязвимости на протяжении всего жизненного цикла»¹⁵⁶.

Проведенный в рамках данной диссертационной работы анализ существующих понятий позволил уточнить определение социальной защиты детей с инвалидностью. Предлагаемая формулировка звучит таким образом «Социальная защита нацелена в предоставлении базисных гарантий сохранения дохода и доступа к основным социальным услугам в течение разного периода жизни людей с инвалидностью; является основным механизмом для решения вопросов неравенства и социальной исключенности».

Гарантиями системы социальной защиты могут быть:

а) сохранение дохода в форме различных социальных трансфертов, таких

¹⁵⁴ См.: Promising practices in Social Protection for Children in Europe and Central Asia. – Geneva: UNICEF, 2017. – С.40.

¹⁵⁵ См.: Transformative Social Protection. Institute of Development Studies. [Электронный ресурс] – Электрон. текстовые дан. – Душанбе: [б.и.], 2022. – Режим доступа: <https://www.ids.ac.uk/publications/transformative-social-protection/>, свободный.

¹⁵⁶ См.: World Social Protection Report 2017-19: universal social protection to achieve the Sustainable Development Goals. [Электронный ресурс] – Электрон. текстовые дан. – Душанбе: [б.и.], 2022. – Режим доступа: <https://socialprotection.org/discover/publications/social-protection-development-review-definitions>, свободный.

как: пособия для престарелых и взрослых и детей с инвалидностью, малоимущим детям, по рождению ребенка, поддержка доходов и/или гарантии трудоустройства, услуги для безработных и рабочих, получающие низкую оплату.

б) универсальный доступ к основным социальным услугам, определенным национальным приоритетам в сферах здравоохранения, образования, продовольственной безопасности, жилья, водообеспечения и санитарии.

Система социальной защиты, как единственный механизм эффективно реагирует на риски и вызовы современности, находится в центре внимания ученых и социологов и экономистов из разных структур, которые высказывают необходимость в переопределении понятия в связи с повышением уязвимости населения, увеличением государственных расходов, старением населения, ростом уровня инвалидности и т.д. При этом, система социальной защиты населения зависит от внешних факторов, в связи с чем она должна быть гибкой и использовать инновационные управленческие механизмы для своевременного реагирования на потрясения. Политическая дестабилизация в регионе и социально-экономический кризис, вызванный пандемией COVID-19, наглядно демонстрируют, как цифровые технологии и волонтерская деятельность помогают странам оперативно предоставлять помощь наиболее нуждающимся. По данным Всемирного банка, свыше 200 стран запланировали и реализуют 1055 программ социальной защиты для смягчения последствий кризиса. Социальные трансферы (из них 50% выплат направлены на универсальные выплаты и пенсии) и материальная помощь (из них 22% выплат приходится на распределение продуктов питания, ваучеров и программ школьного питания) составляют 60% всех программ социальной защиты. Критерии доступности уязвимых людей к социальным услугам упраздняются, становится более удобным. Таким образом, с марта по июль 2020 год более 1 миллиарда людей в мире воспользовались той или иной программой социальной защиты населения¹⁵⁷. В Таджикистане социальные трансферы получили 223,659

¹⁵⁷ См.: Gentilini U., Almenfi M., Orton I., Dale P. и др. Social Protection and Jobs Responses to COVID-19: A Real-Time Review of Country Measures. / U. Gentilini, M. Almenfi, I. Orton, P. Dale. – Washington, DC: World Bank, 2020. – 520с.

домохозяйств, включая 32,677 домохозяйств, где проживают дети до 3-х лет¹⁵⁸. Охват такого количества уязвимых людей в мире не был бы возможен без внедрения цифровых технологий в систему социальной защиты. Например, правительства Аргентины и Южной Африки отправляют бенефициарам электронные ваучеры на продукты питания по СМС¹⁵⁹, денежные выплаты и социальные пособия уязвимым группам населения, а также оплата коммунальных расходов производятся через мобильные платежные системы, что является удобным и безопасным методом в условиях ограничения передвижения и карантина.

В настоящее время социальная защита рассматривается как механизм управления рисками, связанными с социальной напряженностью, неравенством, исключенностью, бедностью и инвалидностью. Однако, в теоретических и научных дискуссиях, существуют расхождения во мнениях относительно, практических форм, технологий и подходов к разработке системы социальной защиты.

Анализ научной и эмпирической литературы позволил автору составить таблицу взаимосвязи и взаимодействия различных отраслей в системе социальной защиты населения на примере Таджикистана (см. Табл. 2).

¹⁵⁸ Данные получены из Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

¹⁵⁹ См.: Devenish A., Afshar C. The role of digital technology in COVID social protection responses. WIEGO. [Электронный ресурс] – Электрон. текстовые дан. – Душанбе: [б.и.], 2022. – Режим доступа: <https://www.wiego.org/social-protection-responses-covid-19>, свободный.

Взаимосвязь различных отраслей с системой социальной защиты Таджикистана

СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА																														
СОЦИАЛЬНЫЕ УСЛУГИ ¹⁶⁰																СОЦИАЛЬНЫЕ ГАРАНТИИ ¹⁶¹						Социальная справедливость ¹⁶²								
Базовые общественные услуги				Первичное медико-санитар. обслуживание				Социальное обеспечение				Юстиция и правозащита		Образование		Служба занятости		Социальные пособия/помощь ¹⁶⁴			Социальное страхование ¹⁶³									
Гражданская оборона ¹⁶⁵	Общественный транспорт	Коммунальные услуги	Водообеспечение и санитария	Первичное медицинское обслуживание	Здоровые матери и ребенка	Профилактика и здоровый образ	Терапии	Социальная работа	Социальная педагогика	Социальное обслуживание	Социальное жилье	Органы юстиции	Правоохранительные органы	Дошкольное образование и	Обязательное среднее образование	Начальное профессиональное образование и переподготовка	Профориентация и консультирование	Поддержка безработных	Общественные работы	Пособие по безработице	Выплаты/пособия на детей			Компенсации и льготы (за газ, электроэнергию, топливо и др.)	Пособия, льготы для людей с инвалидностью и другие выплаты	Социальное страхование на случай безработицы	Социальное страхование на случай временной потери трудоспособности и	Пенсионное страхование	Уполномоченный по правам человека	Профсоюзы

Источник: [Составлено автором]

¹⁶⁰ Социальные услуги – это набор важных и базисных услуг, которые повышают достоинство, благосостояние людей и социальную включенность, уменьшают уязвимость, маргинализацию и социальное исключение, повышают территориальную интеграцию.

¹⁶¹ Социальные гарантии по-разному определяются в разных странах, но в большинстве случаев сюда относят социальную помощь, социальное страхование, а также в некоторых странах основные виды социальных услуг, таких как – услуги здравоохранения и услуги в сфере образования.

¹⁶² Социальная справедливость – можно понимать как действия, направленные на обеспечение социального равенства; интервенции в социально-политические условия, которые создают ситуации уязвимости. Сюда может относиться законодательство по обеспечению равных прав и социальной справедливости, разрешающие действия и регулирование.

¹⁶³ Система государственного страхования обеспечивает безработных, травмированных граждан, пенсионеров. Эта система чаще всего финансируется взносами работающих граждан и работодателей, а также с общих доходов государственного бюджета.

¹⁶⁴ Система финансовой и материальной помощи, которая не формируется на основании взносов; используется как последний инструмент для того, чтобы помочь людям, которые оказались в трудной ситуации получить базовые потребности. Такая помощь может быть безусловной (например, социальные пенсии или выплаты) или обусловленной (взамен человек должен выполнить общественные работы или пройти обучение). В некоторых странах индивидуальные услуги или услуги для семьи также относят к социальной помощи; а также могут включать – предоставление еды и жилья, услуги в чрезвычайных ситуациях, услуги дневного ухода за детьми и другое.

¹⁶⁵ Включает пожарные бригады, скорую помощь и другие экстренные службы.

В Таблице 2 социальная защита представлена как часть социальной политики, ее функции распределены между несколькими государственными структурами: здравоохранением, образованием, занятости и др. Программа иммунизации/вакцинации выполняет функции социальной защиты и способствует профилактике инвалидности, ее реализация осуществляется через сектор здравоохранения. А определением инвалидности занимается Министерство здравоохранения и социальной защиты населения, в то время как выплата пенсий по инвалидности находится в ведении Агентства социального страхования и пенсий при Правительстве республики Таджикистан. Данную фрагментарность можно объяснить приверженностью государства к подходу, ориентированному на развитие, способствующему достижению результатов в рамках концепции развития человеческого капитала, которое предполагает тесное взаимодействие с различными секторами.

Таким образом, действия государства направлены на предоставление помощи бедным, стимулирование экономической активности населения и снижение уровня уязвимости. Они охватывают различные отрасли и меры, которые носят сугубо технический и специфический характер (например, начиная от социального страхования, социальных выплат и пособий, содействия в занятости до искоренения голода, обеспечения благосостояния населения, безопасности и т.д.).

Система социальной защиты Таджикистана представлена: 1) социальными выплатами 36 социальным группам (регулируются более 20 нормативно-правовыми актами); 2) компенсационными выплатами в виде пособий по безработице, льготам на электроэнергию и т.д.; 3) социальным обслуживанием определенных групп населения (дети с инвалидностью, престарелые и одиноко проживающие лица) (см. Рис. 8).

Социальное страхование/Социальные гарантии



Рисунок 8. Система социальной защиты Республики Таджикистан
Источник [составлено автором]

Следует отметить, что расходы на пенсионные программы (пенсии по возрасту, по инвалидности и в случае потери кормильца) составляют около 88% от общего бюджета, выделенного на социальную защиту населения¹⁶⁶. В данном контексте, систему социальной защиты Таджикистана можно характеризовать как систему пенсионного обеспечения.

В настоящее время мерами социальной защиты со стороны государства охвачены практически все нуждающиеся социальные группы, но в незначительных масштабах. Только 14.5% расходов¹⁶⁷ государственного бюджета выделяется на социальную защиту населения. Получателями пособий и льгот являются более 710 тыс. человек¹⁶⁸ или около 7.23% от всей численности населения Таджикистана. Расходы государственного бюджета на выплату основных социальных трансфертов нуждающимся семьям в 2020

¹⁶⁶ См.: Комилова З.А. Таксономия системы социальной защиты населения Республики Таджикистан. / З.А. Комилова // Таджикистан и современный мир // Центр стратегических исследований при Президенте РТ. 2015. – № 6 (49). – С.91 -100.

¹⁶⁷ См.: Социально-экономическое положение Республики Таджикистан. – Душанбе: Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, 2020г. – 309с.

¹⁶⁸ См.: Там же.

году составили более 3,2 млрд. сомони или 4,1% от ВВП¹⁶⁹. Пандемия COVID-19 привела к появлению новых уязвимых групп: работники неформального сектора, которые имеют низкий дневной заработок, что подразумевает дополнительные выплаты.

Государственные социальные трансферы в 2020-2021 гг. увеличились, по сравнению с 2019 годом, из-за социально-экономического кризиса, вызванного военным конфликтом между Россией и Украиной и последствиями COVID-19. В частности, государство выделило более 124,1 млн. сомони (что в эквиваленте составляет 10,9 млн. долларов США; 824,2 млн. рублей) на единовременные выплаты 118,810 тыс. малообеспеченным домохозяйствам, в т.ч. были охвачены 64,469 домохозяйств, имеющих детей до 3-х лет¹⁷⁰. Тем не менее, только 5% уязвимых домохозяйств получили поддержку от государства с начала пандемии¹⁷¹, что свидетельствует об огромном количестве людей, которые все еще остаются в уязвимом положении. Текущие финансовые ресурсы страны явно недостаточны для удовлетворения потребностей новых уязвимых групп.

Анализ расходов на социальную защиту детей показал, что в 2022 году государство потратило 14,5 миллиард сомони, что составляет более 40% от общей суммы государственных расходов (или 12,5% от ВВП). От общего объема государственных расходов, потраченных на детей, 89% - составили расходы на образование, 9% - расходы на здравоохранение, 2% - социальные гарантии, в виде пенсий по инвалидности и социальных пособий¹⁷². В 2019

¹⁶⁹ См.: Национальный сектор социальной защиты Таджикистана. Текущее положение: Проблемы и рекомендации. – Душанбе: Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан и ЮНИСЕФ, 2022. – 136с.

¹⁷⁰ Данные получены из Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

¹⁷¹ См.: Группа Всемирного банка [Электронный ресурс]: Экономическое и социальное влияние COVID-19: Обновлённая информация, полученная из исследования «Слушая Таджикистан» / W. Seitz. – Электрон. Текстовые дан. – Душанбе: 2022. – Режим доступа: <https://www.vsemirnyjbank.org/ru/news/factsheet/2020/07/13/economic-and-social-impacts-of-covid-19-update-from-listening-to-tajikistan>, свободный.

¹⁷² См.: Budgeting document: Budgeting, costing, and financial gap analysis for children. – Dushanbe: UNICEF, 2019. – 143с.

году в Таджикистане сумма потраченных средств на одного ребенка составило 825 сомони в год.

При этом, согласно расчетам ЮНИСЕФ, дефицит бюджета на детей в среднем составляет 14,3 млрд. сомони, что эквивалентно 10% от ВВП страны. В частности, дефицит бюджета социальной защиты составляет 25%, здравоохранения - 63%, образования – 8%¹⁷³. Следовательно, Таджикистан должен найти дополнительные 2926 сомони на каждого ребенка в год.

Эволюция развития социальной политики Таджикистана в области инвалидности носит поступательный характер. До начала 2010-х годов политика в области инвалидности основывалась на советском подходе и пропагандировалась медицинская модель инвалидности (см. Табл. 2, параграф 1.1.). Е. Ярская-Смирнова в своих трудах описывает создание специализированных домов-интернатов, предприятий, в которых жили, обучались и трудились дети и взрослые с инвалидностью, приводящие к формированию изолированного мировоззрения. Дети и взрослые с инвалидностью находились на полном государственном обеспечении, что наряду к социальной исключенностью приводило к иждивенческому поведению¹⁷⁴.

В Советском Союзе, инвалидность определялась медико-социальной комиссией на основе нетрудоспособности. Получение документа об инвалидности обеспечивало доступность к системе социальной защиты, а именно получения пенсии по инвалидности, специализированных социальных, медицинских услуг и санаторно-курортного лечения. Трудности, связанные с получением документов, приводили к уменьшению реального количества людей с инвалидностью.

Закон РТ «О социальной защите инвалидов» (2010) определяет социальную защиту инвалидов, как «...систему гарантированных

¹⁷³См.: Там же.

¹⁷⁴ См.: Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. Политика инвалидности: Социальное гражданство инвалидов в современной России./П.В. Романов, Е.Р. Ярская-Смирнова. – Саратов: Изд-во «Научная книга», 2006. – С. 10-32.

государством экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающая инвалидам условия для устранения, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленная на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества ...»¹⁷⁵. Данное определение хоть и подразумевает формирование равных возможностей для детей с инвалидностью, однако, не учитывает формирование благоприятной среды для реализации и развития человеческого капитала детей с инвалидностью.

В настоящий момент, социальные выплаты детям с инвалидностью в Таджикистане регулируются следующими законодательными и нормативно-правовыми документами: Законом «О пенсионном обеспечении граждан Республики Таджикистан» (25.06.1933г., № 796, в редакции от 18.03.2015г., № 1199), Законом «О социальной защите инвалидов» (29.12.2010г., №675), Порядком назначения, финансирования и выплаты адресной социальной помощи малообеспеченным семьям и гражданам (ППРТ 03.07.2014г., № 437, в редакции от 14.05.2020г., №271, и от 23.11.2022г., №548), Порядком проведения медико-социальной экспертизы (ППРТ 26.04.2022г., №177).

Данные нормативно-правовые документы предусматривают ежемесячную выплату в виде пенсий и предоставление специализированных услуг (например, санаторно-курортное лечение). Сумма пенсий зависит от конкретной жизненной ситуации человека, и группы инвалидности, если таковая имеется. С 2020г. семья, имеющая ребенка с инвалидностью, может обратиться за денежной выплатой в рамках программы адресной социальной помощи, которая выплачивается ежеквартально в течение одного года.

В 2016 году Правительство приняло Национальную программу реабилитации инвалидов, способствующая людям с инвалидностью в достижении здоровья, благополучия и реализации прав человека, путем: 1)

¹⁷⁵ Закон Республики Таджикистан «О социальной защите инвалидов» от 29-го декабря 2010 года, № 675 в редакции от 17 декабря 2020 года, №1739 // Ахбори Маджлиси Оли Республики Таджикистан. - 2010. – ст.1.

устранения барьеров и улучшения доступа к социальным и медицинским услугам; 2) усиления и создания реабилитационных услуг; 3) сбора данных об инвалидности и проведения социологических исследований об инвалидности. Но декларируемые законы не всегда воплощаются в реальности. Большинство детей с инвалидностью сегодня не имеют равного доступа к медицинской помощи, образованию, социальным и реабилитационным услугам.

Таким образом, изучив установившиеся социальные подходы, на основе интегральной теории П. Сорокина¹⁷⁶, в данной диссертационной работе был использован интегративный подход, который позволил обобщить знания в области инвалидности, анализировать факторы, приводящие к инвалидности, а также способствовал изучению взаимодополняющих элементов системы социальной защиты, позволяющих реализовать человеческий капитал. На основании социальной технологии «Реабилитации на уровне сообщества» ВОЗ разработаны спецификации и стандарты предоставления услуги «Реабилитация детей с инвалидностью на уровне сообщества», которые будут подробно рассмотрены во второй главе данной диссертационной работы. В основе разработанных спецификаций и стандартов заключается определение потребностей и разработки индивидуальных мер социальной защиты, направленных на реализацию человеческого капитала детей с инвалидностью и способствующий их социальной вовлеченности в общество.

Изучение вопросов социальной вовлеченности детей с инвалидностью в социум, согласно подходам интегральной теории описанным К. Вильбергом, позволило разработать трехконтурную систему управления, включающая функции планирования, реализацию и мониторинга программ социальной защиты населения.

¹⁷⁶ См.: Сорокин П.А. Система социологии. / П.А. Сорокин // Под общ. ред. В.В. Сапов. – М.: АСТ, 2008. – 1008с.

Систему социальной защиты и социальной вовлеченности, как механизмы управления, автор предлагает внедрить в практику социальной работы Таджикистана, каждый из которых будет рассмотрен в подробности.

Для адаптации международной социальной технологии «Реабилитация на уровне сообщества» в условиях Таджикистана, необходимо выявить доступ детей с инвалидностью по каждому из направлений: здравоохранение, образование, самообеспечение, социальная защита и расширение прав и возможностей (см. Рис.5., параграф 1.2.).

Доступность системы здравоохранения для детей с инвалидностью

Здоровье детей с инвалидностью является основополагающим фактором для их социального вовлечения в социальную жизнь и формирование человеческого капитала.

Международная социальная технология «Реабилитации на уровне сообщества», предусматривает укрепление здоровья, профилактику, медико-санитарную помощь, реабилитацию и при необходимости предоставление вспомогательных приспособлений.

На состояние здоровья ребенка влияют различные факторы. Они включают: наследственность, поведение и образ жизни, образование, культуру, пол, и качество окружающей среды, медико-санитарное обслуживание, доход, занятость и условия труда, государственное финансирование здравоохранения и многое другое.

В Таджикистане постоянно происходит увеличение государственного финансирования здравоохранения, в 2009 году уровень общих расходов на сектор здравоохранения составил 1,9% от ВВП¹⁷⁷, а в 2019 году – 2,3%¹⁷⁸.

Государственные расходы на обеспечение здоровья детей составило 315 миллионов сомони в 2018 году (или 18,2% от общего объема государственных

¹⁷⁷ Общий уровень расходов на сектор здравоохранения в 1991 году составлял 4,5% от ВВП страны.

¹⁷⁸ См.: Здравоохранение в Республике Таджикистан. – Душанбе: Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, 2019. – 85с.

расходов на здравоохранение)¹⁷⁹. Несмотря на постоянный рост финансирования, дефицит бюджета на охрану здоровья детей оценивается в 4,8 млрд. сомони или 6% от ВВП страны.

Выделение финансовых ресурсов не обеспечивают доступность к системе здравоохранения детей с инвалидностью. Это связано с рядом причин: согласно требованиям Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Таджикистана, ребенок с инвалидностью должен каждые два года проходить медицинское освидетельствование для подтверждения инвалидности; процедура отнимает много времени и ресурсов и ложиться тяжелым бременем на семью; детям до двух лет, не присваивается статус «инвалид» (за исключением детей с врожденной инвалидностью), что препятствует их ранней реабилитации и приводит к последующим осложнениям. Некоторые виды заболеваний можно вылечить путем проведения операций на раннем этапе развития детей.

Доступность системы образования для детей с инвалидностью

Образование способствует включению детей с инвалидностью в жизнь общества и формирует их человеческий капитал. В образовательном процессе, взаимодействуя со сверстниками они проходят процесс социализации и учатся преодолевать препятствия.

Расходы на образование в 2022 году составили 18,6% от общих государственных расходов¹⁸⁰, что эквивалентно 6% от ВВП. Расходы на образование детей до 18 лет составили 3,8 млрд. сомони¹⁸¹. В 2022 году финансирование сектора сократилось, совокупный расход на среднее образование был на 1,3% ниже, чем предыдущем году.

С учетом демографического роста, более 33% населения страны младше 15 лет, текущие расходы на образование явно недостаточны, по оценкам

¹⁷⁹ См.: Budgeting document: Budgeting, costing, and financial gap analysis for children. – Dushanbe: UNICEF, 2019. – 143с.

¹⁸⁰ См. Статистический сборник сферы образования Республики Таджикистан на 2021-2022 учебный год. Часть 2. – Душанбе: Министерство образования и науки Республики Таджикистан, 2022. – 241с.

¹⁸¹ См.: Там же.

дефицит финансирования образования детей к 2030 году достигнет 2,3 млрд сомони, что составит 1,1% от ВВП.

В Таджикистане в зависимости от индивидуальных потребностей детям с инвалидностью предлагаются различные формы образования. Положения Закона «Об образовании» (2013 г., с изменениями от 2020 года), подчеркивают право детей с инвалидностью на образование в общеобразовательных учреждениях¹⁸². В случаях, отсутствия возможности посещения школ (из-за физического состояния), дети с инвалидностью имеют права на обучение на дому. В структуру Министерства образования и науки включены специализированные школы-интернаты. Количество специализированных школ-интернатов, формы обучения и число детей с инвалидностью, а также распределение по типам инвалидности представлены в Табл. 3 и 4.

Таблица 3

Дети с инвалидностью в специализированных школах-интернатах (2022г.)

Название учреждения	Количество учреждений	Количество детей	
		Всего	Из них девочки
Вспомогательные школы-интернаты для детей с интеллектуальными нарушениями	4	601	131
Специализированная школа-интернат для слабослышащих и глухих детей	3	877	328
слабовидящие и слепые	3	380	110
полиомиелит	1	298	58
Всего	11	2156	627

Источник [составлено автором на основе статистических данных]

¹⁸² Закон Республики Таджикистан «Об образовании» от 22-го июля 2013 года, № 1004 в последней редакции от 17 декабря 2020 года, №1738. [Текст] // Ахбори Маджлиси Оли Республики Таджикистан. - 2013. – ст.6.

Виды получаемого образования (2022г.)

Обучение	Всего детей с инвалидностью		
	Всего дети	Мальчики	Девочки
До школьные учреждения	423	237	186
Общеобразовательные школы	7132	4246	2886
На дому	870	499	371
Всего	8425	4982	3443

Источник [составлено автором на основе статистических данных]

Однако в статистических данных не отражены виды инвалидности и регулярность посещения образовательных учреждений. Исследования М. Рыбаковой показали, что большинство выпускников школ-интернатов не могут социализироваться в общество в связи с «отсутствием в школах занятий для развития когнитивных, творческих и физических способностей детей»¹⁸³.

Хотя образование является обязательным и бесплатным (до 9 класса), данные показывают, что только 24,5% из общего числа официально зарегистрированных детей с инвалидностью посещают обычные школы. По данным Министерства образования и науки 2196,7 тыс. детей были зачислены в систему общего образования в учебном 2021/2022 году. Общий показатель охвата образованием в Республике Таджикистан составляет 97,2%¹⁸⁴. Таблица 4 демонстрирует, что только 8425 детей с инвалидностью обучаются в общеобразовательных школах, что на 6% ниже данных 2019 года. Общее

¹⁸³ См.: Рыбакова М.А. Особенности социализации детей, оставшихся без попечения родителей на Евразийском пространстве. [Текст] /М.В. Рыбакова // Социально-гуманитарные знания. 2018. – №1. – С. 127-135.

¹⁸⁴ См.: Статистический сборник сферы образования Республики Таджикистан на 2021-2022 учебный год. Часть 2. – Душанбе: Министерство образования и науки Республики Таджикистан, 2022. – 241с.

количество детей с инвалидностью школьного возраста, проживающие на территории Таджикистана и данные об уровне их грамотности отсутствуют.

По данным ООН, в Таджикистане 26% детей с инвалидностью получают формальное образование, из них 40% учатся в специализированных школах-интернатах, а 70%¹⁸⁵ не имеют доступ к системе образования.

В проведенных фокус-групповых дискуссиях, дети, имеющие сенсорную инвалидность (слабослышащие и слабовидящие) отметили, что не получают образования из-за отсутствия необходимых технических средств (слухового аппарата, специальных устройств для чтения книг), финансовых ресурсов и специально подготовленных учителей. Детей с нарушениями слуха должны обучать специалисты, владеющие языком жестов; детям с нарушениями зрения требуются специальные книги, написанные на азбуке Брайля.

Закон «О социальной защите инвалидов» признает язык жестов в качестве средства межличностного общения. При этом механизмы реализации права ребенка с нарушением слуха на получение информации на понятном ему языке не определены.

Исключение детей с инвалидностью из сферы образования может стать барьером для достижения страной целей устойчивого развития и негативно воздействует на экономическую и социальную жизни.

Доступность к программам самообеспечения детей с инвалидностью.

Приобретение знаний и умений начинается в семье в раннем возрасте: дети наблюдают за родителями и другими членами семьи и обучаются выполнять те или иные действия. Дети с инвалидностью также должны учиться и принимать участие в жизни семьи.

¹⁸⁵ См.: Годовой отчет по результатам ЮНДАФ. – Душанбе: ПРООН, 2016. – С.51.

Под самообеспечением понимается социальное обслуживание, занятость и доступ к финансам, каждый из которых будет рассмотрен в отдельности.

Социальное обслуживание является комплексом социальных услуг, предоставляющим поддержку гражданам. Оно осуществляется социальными службами на дому, в сообществе, в учреждениях временного стационарного и постоянного стационарного обслуживания и зачастую направлено на социальную адаптацию, реабилитацию, интеграцию с целью возобновления нормальной жизнедеятельности человека после завершения трудной жизненной ситуации.

По данным различных служб Таджикистана более 9700 детей постоянно проживают в стационарных учреждениях, среди них 65,5% - дети-сироты, 28,9% - дети, имеющие сенсорную инвалидность¹⁸⁶, 3,8% - дети, имеющие интеллектуальную инвалидность, и 2,5% - младше 4 лет. Результаты исследования в стационарных учреждениях выявили, что в 89,3% причиной отказа от детей является экономически сложная ситуация в семье¹⁸⁷.

Содержание детей в стационарных учреждениях способствует их социальной исключенности и обходится дорого для государства. Для обеспечения прав ребенка с инвалидностью на жизнь в семье и социальную вовлеченность, государство создает центры дневного пребывания.

Центры дневного пребывания для детей с инвалидностью, как альтернатива стационарным услугам, начали функционировать с 2006 года. В данных центрах предоставляются социально-бытовые, социально-медицинские, социально-педагогические, социально-правовые и социально-психологические услуги. Хотя услуги предоставляются общественными организациями, деятельность данных центров финансируется за счёт государственного бюджета через механизм государственного социального

¹⁸⁶ Сенсорная инвалидность – когда одно из чувств: зрение, слух, обоняние, прикосновение, вкус или осязание - нормально не функционирует.

¹⁸⁷ См.: Children in residential care in Tajikistan: Overview and prospects for the future. – Dushanbe: UNICEF, 2014. – P. 79.

заказа¹⁸⁸. В настоящий момент в стране функционируют 49 центров дневного пребывания, в среднем предоставляя услуги 6314 детям и взрослым с инвалидностью¹⁸⁹.

Количество детей с инвалидностью, проживающих в домах-интернатах, и получающих реабилитационные услуги в дневных центрах и на дому в 2022 году, представлено в Табл.5.

Таблица 5

Количество получателей социального обслуживания (2022г.)

Название учреждения	Количество учреждений	Количество пользователей услуг		
		Всего	Из них дети	Из них женщины ¹⁹⁰
Дома-интернаты	4	410	41	159
Психоневрологические интернаты	3	791	63	309
Санатории и профилактории	4	2739	-	-
Центры дневного пребывания	50	5546	5079	-
Социальное обслуживание на дому	44	5399	987	-
Территориальные центры социального обслуживания	6	978	63	-
Реабилитационные центры	3	496	496	-
Всего	114	16359	6729	468

Источник: [составлено автором на основе статистических данных]

¹⁸⁸ Государственный социальный заказ был применён в Таджикистане впервые в 2008 году. Бывшее Министерство труда и социальной защиты населения закупило услуги дневного характера у 6 общественных организаций, предоставлявших услуги в 8 городах и районах. Ежегодно количество центров дневного пребывания увеличивается наряду с увеличением государственного бюджета. В 2018 году через государственный социальный заказ предоставлялись услуги в 37 центрах дневного пребывания. Детальная информация о практике государственного социального заказа доступна в статье Комиловой З.А. Управление социальным обслуживанием уязвимого населения через государственный социальный заказ [Текст]. /З.А. Комилова // Власть.2018 – № 07 (т.26). – С. 117 -122.

¹⁸⁹ Данные получены из Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

¹⁹⁰ В большинстве случаев статистические данные не дезагрегированы по полу.

Государство обеспечивает протезно-ортопедическими изделиями всех нуждающихся, в 2022 году на эти цели было потрачено 5,1 миллион сомони¹⁹¹

Социальные пособия получают более 32197 детей с инвалидностью. Размер пособий, составляет всего лишь 8% от общего дохода домохозяйства¹⁹². И хотя на цели социальной защиты населения правительство в среднем тратит 1,06 миллиарда сомони (или 16% от всего объема средств государственного бюджета¹⁹³, эффективность государственной политики в области социальной защиты по-прежнему не велика.

Демографические тренды последних лет указывают на увеличение количества молодых людей, они составляют 20% от общего количества населения в Таджикистане. При этом статистика о количестве детей с инвалидностью, вовлеченных в программы обучения навыков самообслуживания отсутствует.

Доступность социальных программ для детей с инвалидностью

Правосудие, досуг, спорт, искусство, общение, личные и семейные отношения, индивидуальная помощь – все это способствует полноценному физическому и духовному развитию детей с инвалидностью и их вовлечению в социальную жизнь.

Однако, в контексте Таджикистана социальные направления мало развиты или в некоторых случаях полностью отсутствуют. Результаты авторского социологического исследования «Определение потребностей социальных групп к услугам» демонстрируют, что более 66.3% населения не имеют доступа к досугу.

Доступность к системам правоохранения и правосудия является фундаментальным для обеспечения равенства возможностей и реализацию

¹⁹¹ Данные получены из Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

¹⁹² См.: Документ Стратегии сокращения бедности: постановление Правительства Республики Таджикистан от 30.06.2002г. № 209. [Текст]. // Ахбори Маджлиси Оли Республики Таджикистан. – 2002. - №209.

¹⁹³ См.: Проблемы социального отчуждения и развитие человеческого потенциала Республики Таджикистан: коллективная монография. // Под. ред. Р.М. Бабаджанова.– Душанбе: ООО «Фарзин 2012», 2012. – 169с.

прав. В рамках, проведённых исследований, случаи обращения детей с инвалидностью и их законных представителей к правосудию не зафиксированы.

Доступность программ расширения прав и возможностей для детей с инвалидностью

Расширение прав и возможностей для граждан включает: коммуникацию, мобилизацию и участие в политической жизни, создание организаций и групп для самопомощи, создание обществ инвалидов.

Население практически не знает о социальной деятельности детей и взрослых с инвалидностью в связи с небольшим количеством организаций и их слабой информационной деятельностью, что подтверждено анализом результатов социологического исследования «Исследование уровня знания, отношения и поведения населения по отношению к детям и женщинам с инвалидностью в Республике Таджикистан». Данные в целом показали низкий уровень информированности населения о количестве, проблемах и возможностях людей с инвалидностью, и выявили их негативное восприятие.

В целях изменения отношения общества к таким детям и содействия их социальному вовлечению с середины 2018 года в стране стартовала национальная кампания «Каждый из нас способен!». В рамках данной кампании дети рассказывали об истории своих маленьких побед по преодолению своих недугов.

В результате деятельности государства и социума практики общества инвалидов стала более активной и разнообразной. Создаются ассоциации родителей детей с инвалидностью. Основными направлениями работы ассоциаций являются продвижение прав детей, представительство в процессах принятия решений, преодоление предрассудков, стереотипов и дискриминационных практик¹⁹⁴.

¹⁹⁴ См.: Национальная коалиция родительских организаций детей с ограниченными возможностями здоровья. Экземплярам [Электронный ресурс]. – Электрон. текстовые дан. – Душанбе: [б.и.], 2022. – Режим доступа: <http://www.muttako.tj/>, свободный

Анализ эмпирических данных и системы социальной защиты показал необходимость изменения и развития государственной политики с целью повышения развития потенциала и принятия эффективных мер социальной защиты детей с инвалидностью.

В данном диссертационном исследовании предложенный автором подход к государству социальных инвестиций в контексте устойчивого развития основывается на социальной политике, которая формирует законодательство, направленное на развитие человеческого капитала. Система социальной защиты и социальная вовлеченность представляют собой механизмы управления интеграции детей с инвалидностью в социальную жизнь и реализации их прав путем внедрения и применения социальных технологий (см. Рис. 9). Таким образом, идея государства социальных инвестиций всецело находит отражение в предложенном подходе.

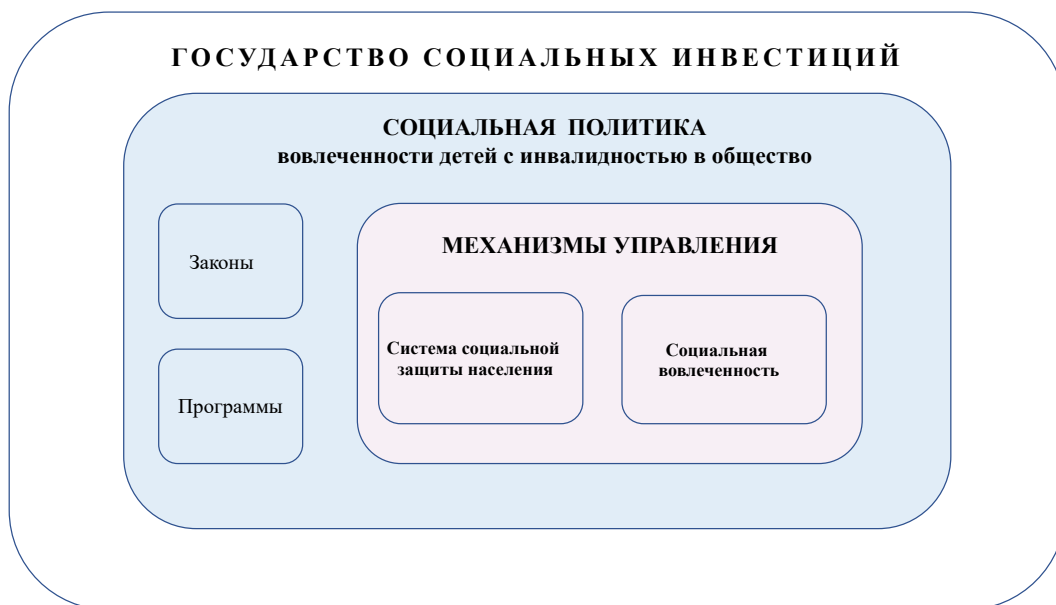


Рисунок 9. Государство социальных инвестиций в контексте устойчивого развития
Источник [составлено автором]

С целью разработки эффективных управленческих решений, в первую очередь необходимо понимание процессов и специфических факторов, которые приводят к социальной исключенности; проведение систематических

исследований для определения потребностей; планирование интервенции на национальном, региональном и на уровне сообщества для каждой конкретной ситуации; способствующих взаимодействию государственных и негосударственных структур, включающих непосредственное участие детей с инвалидностью и их законных представителей в процесс принятия решений; проведение мониторинга и оценки качества программ.

В рамках концепции государства социальных инвестиций правительству рекомендуется предпринимать меры для разработки интегрированной стратегии развития человеческого потенциала детей с инвалидностью в Таджикистане:

во-первых, усиление потенциала государственных и общественных структур, нацеленных на устранение предвзятости и обеспечение эффективной защиты, что включает в себя усиление механизмов подотчётности на всех уровнях и наращивание способности государственных и общественных поставщиков предоставлять качественные услуги;

во-вторых, модернизация политики и программ в области социальной защиты населения. Важное значение имеет эффективная имплементация стратегий, защищающих права детей с инвалидностью с программами, предусматривающими предоставление доступной социальной защиты и вовлечения в систему формального образования и программы профессиональной подготовки;

в-третьих, механизмы эффективного участия и справедливого распределения общественных ресурсов, способствующих сокращению существующих диспропорций и адекватному реагированию на потребности детей с инвалидностью. А также предоставление возможностей детям с инвалидностью участвовать, формировать и получать выгоды от процессов, происходящих на уровне домохозяйств, общин и на общенациональном уровне.

Таким образом, человеческий капитал представляет собой основной источник социально-экономического развития страны, усиливающий значимость социальной политики.

В первой главе исследование механизмов социальной защиты и вовлеченности показало, что человеческий капитал в XXI веке с одной стороны рассматривается через призму ускорения экономического роста и решения социальных проблем, а с другой, способствует детям с инвалидностью извлечь максимальную выгоду, быстро адаптироваться к новым вызовам современности, повысить свое благосостояние и активно участвовать в социальной жизни. При этом, в силу ограниченных физических и умственных возможностей не каждый ребенок способен жить нормальной жизнью, соответствующих его потребностям и интересам; принимать участие в экономическом, социальном и политическом процессах, происходящих в обществе.

Результат ограниченного социального существования ребенка в сочетании с социальными факторами, такими, как бедность и неадекватное образование приводит к его незащищённости перед физическими, социальными, экономическими и экологическими факторами или процессами, которые усиливают подверженность человека к исключенности.

Для содействия управлению процессом социальной вовлеченности детей с инвалидностью в рамках данного диссертационного исследования предлагается адаптировать международную социальную технологию ВОЗ «Реабилитация на уровне сообщества» в условиях Таджикистана. Механизм ее адаптации и внедрения будет описан во второй главе данного диссертационного исследования.

ГЛАВА II. МОДЕЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ ДЕТЕЙ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ ТАДЖИКИСТАНА

Основополагающим компонентом совершенствования механизмов управления социальной защиты и вовлеченности являются совместные действия государственных структур, общественных организаций и самих индивидов.

Эффективный способ достижения совершенствования – это принятие управленческих решений на основе фактических данных, которые можно получить 1) проведением социологических исследований и опросов при непосредственном участии различных социальных групп; 2) разработки независимой системы мониторинга и оценки, изучающей эффективность и результативность программ, причины и недостатки, возникающие на различных этапах оказания социальных услуг.

По словам Р. Ленькова¹⁹⁵ «исследовательские практики в первую очередь должны концентрироваться вокруг изучения спонтанных и преднамеренных, то есть целерациональных, изменений в саморазвивающихся системах». Одним из таких исследовательских практик является определение основных потребностей населения, которые предоставляют базовую информацию для разработки социальной политики, учитывающей социальные потребности или проблемы, с которыми сталкиваются дети с инвалидностью. Они способствуют выявлению приоритетов.

Определение потребностей проводится с целью распределения или перераспределения ресурсов и разработки элементов социальных программ и услуг. Полученные результаты могут быть использованы при планировании

¹⁹⁵ Леньков Р.В., Богданов В.С. Проблемы «сборки» будущей российской интеллигенции как потенциала социокультурной модернизации: социолого-управленческий дискурс./ Р.В.Леньков, В.С. Богданов // Научный результат. Социология и управления. Т.5.2019. – №4,. – С. 163-175.

новых услуг или улучшения уже существующих, а также при оценке актуальности программ социальной поддержки.

Население, в данном случае дети с инвалидностью и их законные представители, принимают непосредственное участие в исследовании. Дж. Сمارт¹⁹⁶ предполагает, что когда детям с инвалидностью оказывается помощь в выявлении их нужд, это способствует расширению их прав и возможностей и содействует их социальной вовлеченности в социальную жизнь.

В этой связи необходимо провести оценку потребностей населения для изучения возможностей адаптации международной социальной технологии «Реабилитация на уровне сообщества», предложенную ВОЗ.

Мониторинг и оценка на макро, мезо и микро уровне будут предоставлять информацию об эффективности адаптированной модели, на основе которой государство принимает решение либо о дальнейшем усилении и расширении программ, либо об их полном завершении.

2.1. Социальная технология «Реабилитация детей с инвалидностью» как фактор социальной защиты

Адаптация международной социальной технологии ВОЗ «Реабилитация на уровне сообщества» требует проведения анализа государственных интервенций, направленных на обеспечение доступности и удовлетворение потребностей детей с инвалидностью в услугах: здравоохранения, образования, самообеспечения, социальных программ и расширение прав и возможностей.

Данные социологического исследования «Социальные услуги в Таджикистане», проведенного при непосредственном участии диссертанта, выявили, что действующая система социального обслуживания Таджикистана не всегда способна удовлетворять потребности социальных групп, зачастую

¹⁹⁶ См.: Smart J. Needs assessment: families and children expert panel practice resource. – Southbank VIC: Commonwealth of Australia. 2019. – С.15.

не выявляет и не отвечает потребностям тех, кто наиболее нуждается в помощи или находится в тяжёлой жизненной ситуации, не защищает права детей и взрослых и не ориентирована на развитие их человеческого капитала. Социальную помощь получают только 1,3% людей старше 60 лет, но этого недостаточно. Примерно 500 детей из 100000 детей в возрасте 0-18 лет находятся на попечении государства¹⁹⁷. Данные цифры не отражают реального положения детей, нуждающихся в государственной помощи.

Детальный анализ доступности детей с инвалидностью к различным услугам проведен в первой главе данного диссертационного исследования. В данном параграфе анализируется доступ остальных социальных групп к существующим услугам.

С 1980-х годов XX века в Таджикистане начали функционировать отделы социального обслуживания на дому¹⁹⁸ в структурах местных органов власти с целью предоставления социально-бытовых услуг пожилым одиноко проживающим пенсионерам. С 2009 года услуги предоставляются также детям и взрослым с инвалидностью. В 2022 году социально-бытовое обслуживание было предоставлено 5399 людям, из них 987 ребенку¹⁹⁹.

В структуре Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Таджикистана функционируют 14 стационарных учреждений, в том числе 4 дома-интерната, 3 психоневрологических интерната, 3 реабилитационных центра (предоставляющие краткосрочную реабилитацию детям с инвалидностью и их матерям) и 4 санаторно-профилакторных учреждения, предоставляющих услуги ветеранам труда и войн. Первые дома-интернаты начали свою деятельность в Таджикистане с 70-х годов прошлого века.

¹⁹⁷В большинстве случаев это дети-сироты, дети, оставшиеся без попечения родителей, дети с ограниченными возможностями, от которых отказались родители, и дети из социально-уязвимых семей.

¹⁹⁸ На январь 2022 года всего по стране функционируют 44 отдел социального обслуживания на дому. Учитывая, что в Таджикистане 72 городов и районов (включая 4 района города Душанбе), 28 районам и городам данная услуга не доступна.

¹⁹⁹ Данные получены из Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Около 2% людей, живущих с ВИЧ в Таджикистане, это дети в возрасте до 15 лет. Количество зарегистрированных новых случаев ВИЧ-инфекции у детей значительно повысилось за последние годы, со 119 случаев в 2009 году до 987 случаев в 2022 году, большая часть (74%) из которых приходится на детей в возрасте до пяти лет. Однако социальная помощь детям, живущим с ВИЧ, в основном, ограничивается ежемесячной выплатой государственного пособия детям в возрасте до 16 лет. В 2022 году только 847 детей получили данное пособие²⁰⁰.

Меры по защите прав детей осуществляются центрами по правам ребёнка на районном уровне.

Услуги для детей преобладают по всей стране и предоставляются через долгосрочные интернатные учреждения. Государство обеспечивает стационарный уход более 9 тыс. детей²⁰¹.

Исследование детей в учреждениях интернатного типа в Таджикистане показывает, что большинство решений о размещении детей в стационарные учреждения принимаются без всесторонней оценки их потребностей, социально-экономического положения семьи и соответствующего планирования для выхода детей из сложившейся трудной жизненной ситуации²⁰². Альтернативные механизмы предоставления социальных услуг детям практически отсутствуют, также как и эффективные механизмы привлечения детей к решению их проблем.

Английский ученый Я. Спаркс²⁰³ говорил, что количество детей в стационарных учреждениях будет неизменным вне зависимости от того, сколько детей были возвращены в семьи, переданы на воспитание или

²⁰⁰ Данные получены из Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

²⁰¹ См.: Статистический сборник сферы образования Республики Таджикистан на 2021-2022 учебный год. Часть 2. – Душанбе: Министерство образования и науки Республики Таджикистан, 2022. – 241с.

²⁰² См.: Children in residential care in Tajikistan: Overview and prospects for the future. – Dushanbe: UNICEF, 2014. – С.79.

²⁰³ См.: Cantwell N., et al. Moving forward: Implementing the Guidelines for the Alternative Care of Children. – Glasgow: Centre for Excellence for Looked After Children in Scotland, 2012. – С.23.

покинули интернаты до тех пор, пока детей по-прежнему будут принимать в стационарные учреждения.

Более 9300 детей постоянно проживают в стационарных учреждениях, из них 65,5% - дети-сироты, 28,9% - дети, имеющие сенсорную инвалидность, 3,8% - дети, имеющие интеллектуальную инвалидность, и 2,5% - младше 4 лет. Результаты исследования детей в стационарных учреждениях выявили, что в 89,3% случаев причиной отказа родителей от детей является экономически сложная ситуация в семье.

Семья представляет собой микросоциум, где формируется и развивается ребенок, также она является активным участником процесса социальной вовлеченности в социальную жизнь²⁰⁴. Однако, в Таджикистане наблюдается недостаточное количество услуг, направленных на поддержку семьи в сообществе и способствующих сохранению ребёнка в семье. Процесс внедрения альтернативных видов социального обслуживания в Таджикистане начал развиваться в течение последних десятилетий, при этом система социального обслуживания стала отходить от предоставления универсальных институциональных социальных услуг к предоставлению индивидуальных услуг, базирующихся на потребностях каждого человека.

Услуги, предоставляемые в центрах дневного пребывания, являются новой альтернативой стационарному обслуживанию. Количество пользователей, получивших социальное обслуживание в центрах дневного пребывания за последние 3 года, представлено в Табл. 6.

Таблица 6

Пользователи услуг дневного характера

Название услуги	Пользователи услуг						
	Всего	2020		2021		2022	
		дети	взрослые	дети	взрослые	дети	взрослые

²⁰⁴ См.: Ткачева В.В. Семья ребенка с ограниченными возможностями здоровья: диагностика и консультирование. – М.: Национальный книжный центр, 2014. – 160с.

Дневное обслуживание	10179	3572	530	3635	421	4860	1225
----------------------	-------	------	-----	------	-----	------	------

Источник: [составлено автором на основе статистических данных]

В Таблице 6 отражено ежегодное увеличение количества детей, получающих социальное обслуживание в центрах дневного пребывания. Они существуют в системе социального обслуживания Таджикистана только с 2009г. Рисунок 10 иллюстрирует процентное соотношение пользователей услуг, получающих социальное обслуживание.

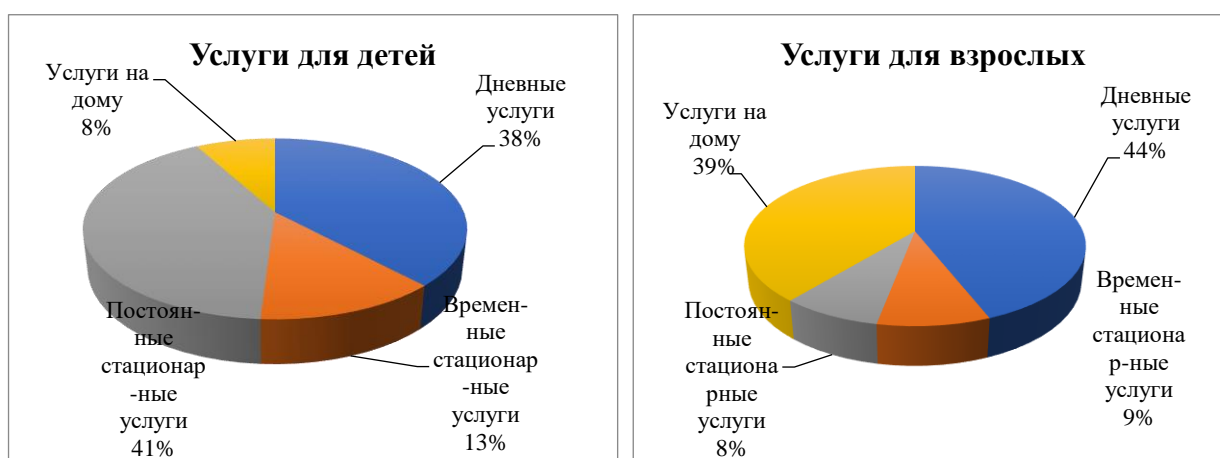


Рисунок 10. Соотношение пользователей услуг в социальных службах

Источник: [составлено автором на основе статистических данных]

По словам Н. Смакотиной²⁰⁵ молодежь является крайне важной частью результатно-ориентированной социальной политики. Однако в условиях Таджикистана молодежь практически не охвачена социальными услугами (см. Рис. 8, параграф 1.2).

Общенациональное исследование «Социальные услуги в Таджикистане», проведённое при непосредственном участии автора, показало, что менее 40000 людей, нуждающихся в помощи, получают какую-либо форму социального обслуживания. На момент исследования, в стране было зарегистрировано около 235 поставщиков социальных услуг, в основном, это учреждения стационарного типа и 39 отделов социальной помощи на дому,

²⁰⁵ См.: Смакотина Н. Л. Молодежь в ситуации социальной нестабильности. //Н.Л. Смакотина // Народонаселение. 2012. – №3 (57). – С.91-95.

функционирующие на районном уровне²⁰⁶. При этом технологии определения потребностей, информирования населения, поддержки семьи и методы направления в соответствующие социальные службы слабо развиты. Виды предоставления услуг примерно одинаковы во всех регионах страны, при этом формы их предоставления, недостаточно гибкие для удовлетворения потребностей различных социальных групп и не основаны на оценке индивидуальных нужд.

Совершенствование механизмов управления системой социальной защиты и вовлеченности детей с инвалидностью в социальную жизнь должно сопровождаться комплексной реформой, основанной на принципах социальной справедливости, равенства, солидарности, прав. По словам А. Соловьева²⁰⁷ «доступность центров принятия решений для различных групп и лиц (демонстрирующая их способности влиять на решаемые государством задачи) в конечном счете и отражает возможность получения ими жизнеобеспечивающих ресурсов».

Нами была адаптирована международная социальная технология ВОЗ «Реабилитация на уровне сообщества» в условиях Таджикистана (см. Рис.5, параграф 1.2) на фоне социальных, экономических, культурных и политических изменений, а также кризиса здравоохранения. В процессе работы были учтены следующие аспекты:

- 1) структурные изменения, происходящие в социуме,
- 2) систематическое определение потребностей уязвимых групп, планирование необходимых мероприятий на различных уровнях (национальном, региональном, районном/городском),

²⁰⁶ См.: Kuzminskiy, V. at el. Social Services in the Republic of Tajikistan. Study Report. – Dushanbe: The European Union, 2012. – 240с.

²⁰⁷ Соловьев А.И. Политическое «разрушение» государственности или «Ноев ковчег» постсовременности. /А.И. Соловьев // Вестн. Том. Гос. Ун-та. Философия. Социология. Политология. 2019. – №50. – С.200-209.

3) реализация человеческого капитала детей с инвалидностью для удовлетворения их потребностей, достижения достойного уровня жизни, способствующего выходу из трудной жизненной ситуации.

Предлагаемая нами социальная технология подразумевает взаимодействие всех участников общественных структур на макро, мезо и микро уровнях, а именно правительства, международного и гражданского общества и непосредственного участия детей с инвалидностью и их законных представителей для изменения или поддержания усилий правительства, направленных не только на смягчение последствий социально-экономических кризисов, но и на уменьшение трудных жизненных ситуаций и их профилактику.

Предполагается предоставление им больших возможностей для влияния на политические решения и принимаемые меры, касающихся их жизни и интересов.

Социальная технология вовлеченности детей с инвалидностью (см. Рис. 11), предлагаемая автором, основывается на комплексном подходе, который учитывает индивидуальные потребности и предоставляет возможности детям развивать свой человеческий капитал. Она антропоцентрична – ребенок и его потребности находятся в центре обслуживания, акцентирует внимание на расширение его прав, способствует максимально возможной независимой жизнедеятельности, сохранению уровня здоровья, изменению культуры предоставления помощи через внедрение новых видов услуг.



Рисунок 11. Социальная технология вовлеченности детей с инвалидностью в Таджикистане
 Источник [составлено автором на основе модели ВОЗ, 1987]

Данная социальная технология, наряду с интеграцией социальных знаний, существующего механизма управления социальной защиты и фрагментарной практики вовлеченности детей с инвалидностью в Таджикистане, учитывает рациональное использование имеющихся ограниченных ресурсов и подразумевает их совершенствование путем изменения функций государственных органов, процедур предоставления услуг, усиления полномочий, ролей и обязанностей каждой социальной структуры, задействованной в реализации человеческого капитала.

Наиболее полную информацию о структуре потребностей в услугах могут предоставить только семьи, имеющие детей с инвалидностью. В связи с чем их привлечение становится необходимым и представляет собой системообразующий компонент, требующий методологической основы для управления механизмами их социальной защиты и вовлеченности. В предлагаемой технологии (см. Рис. 11) местные органы власти несут ответственность за планирование, организацию, координацию, реализацию и мониторинг процесса привлечения детей с инвалидностью и их семей. (см. Рис. 12).



Рисунок 12. Инструмент вовлечения местного органа власти в определение потребностей детей с инвалидностью

Источник [составлено автором]

Согласно законодательству Таджикистана «ответственность за обеспечение качества и доступности социального обслуживания, развитие системы социального обслуживания на подведомственных территориях, а также обеспечение контроля за соблюдением государственных требований социального обслуживания в государственных и негосударственных системах социального обслуживания»²⁰⁸ возложена на местную власть. Но на практике ее функции ограничиваются выполнением директив, исходящих от центральных органов власти. При этом, компетенции местной власти не предусматривают принятия решений на уровне сообщества, а действующая система предоставления услуг не направлена на удовлетворение потребностей.

В связи с этим автор предлагает трехконтурную систему управления взаимодействия социальных структур, включающую в себя функции планирования, реализации и мониторинга для совершенствования системы предоставления услуг, основывающихся на сотрудничестве местной власти с центральной. Она способствует их максимальному участию в социальной

²⁰⁸ См.: Конституционный Закон Республики Таджикистан «О местных органах государственной власти» [Текст] // Ахбори Маджлиси Оли Республики Таджикистан. – 2004. - №1872. – глава 2. – ст.7.

жизни страны, предоставляя им возможность реализовать свой потенциал и внести свой вклад в развитие страны (см. Рис. 13).

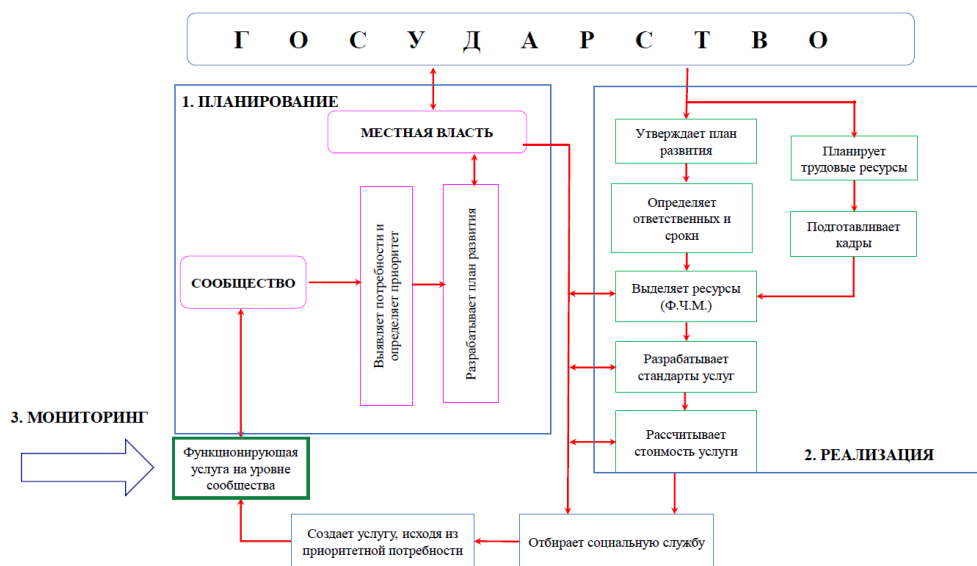


Рисунок 13. Трехконтурная модель управления на макро-, мезо- и микро- уровнях для совершенствования механизмов социальной защиты и вовлеченности детей с инвалидностью

Источник [составлено автором]

Таким образом, адаптированная автором социальная технология вовлеченности детей с инвалидностью предлагает комплексный подход к предоставлению услуг (здравоохранение, образование, самообеспечение, социальные вопросы, расширение прав и возможностей), учитывающий индивидуальные потребности детей и предоставляющий возможность для развития их человеческого капитала. Его реализация предполагает:

- во-первых, участие детей с инвалидностью и их законных представителей к изменению подходов и формированию видов социального обслуживания;
- во-вторых, профилактики трудных жизненных ситуаций, что приведёт к значительной финансовой экономии;
- в-третьих, партнерство детей с инвалидностью и их семей в определении видов и качества услуг. Основными партнёрами являются персонал, предоставляющий услуги, социальные группы населения как получатели услуг и члены семьи и сообщества, которые также задействованы в осуществлении услуг.

С точки зрения администрирования, внедрение данной социальной технологии усилит механизмы управления и координацию между центральным и местными органами власти, повысит адресность предоставляемых услуг, будет способствовать внедрению инновационных подходов к работе и обеспечит наиболее оптимальное использование имеющихся ресурсов. Детям с инвалидностью предоставляется возможность социализироваться, восстановить мобильность, получить быстрый доступ к услугам, улучшить физическое и психическое здоровье, приобрести независимость и в полной мере реализовать свой человеческий капитал.

Таким образом, социальная технология вовлеченности детей с инвалидностью создаёт базовые рамки, способствующие принятию широко распространённых подходов к предоставлению социального обслуживания, ориентированных на индивида (например, соотношение персонала к пользователям услуг, планирование индивидуального ухода, ориентированного на результат, и т.д.). Однако ее эффективность во многом зависит от наличия у специалистов профессиональных навыков, следованию профессиональным стандартам и этическим кодексам.

Для определения ее результативности был разработан концептуальный подход к исследованию, составлен план и было проведено авторское исследование «Определение потребностей населения в социальных услугах» в трёх районах Таджикистана.

Цель исследования: разработать механизм управления вовлеченностью и социальной защиты детей с инвалидностью на основе определения их потребностей в услугах для реализации их человеческого капитала.

Задачи исследования: определение потребностей детей с инвалидностью в услугах; выявление видов и объемов потребностей в сообществе и их первостепенность; изучение необходимости дальнейшего улучшения и развития услуг для лучшего реагирования на потребности нынешних и потенциальных пользователей; предложение социальной технологии или

управленческого решения, способствующей социальной защите детей с инвалидностью.

Три репрезентативные районы Кубодиён, Шахристон и Истаравшан (Рис. 14) были выбраны в зависимости от размера, имеющегося участка земли, уровня бедности населения, доступности/отсутствия социальных услуг, а также уровней урбанизации и индустриализации. Характеристика районов, согласно критериям отбора иллюстрированы в Таблице 7.



Рисунок 14. Карта Республики Таджикистан с указанием отобранных районов

Таблица 7.

Характеристика репрезентативных районов

Исследуемые районы	Всего населения (тыс. чел.)	Уровень бедности (%)	Расходы на здравоохранение (%)	Уровень рождаемости (%)	Уровень смертности	Вид социального обеспечения	Наличие социальных услуг	Местность
--------------------	-----------------------------	----------------------	--------------------------------	-------------------------	--------------------	-----------------------------	--------------------------	-----------

Кубодиён	169.8	14	0.39	34.0	4.0	Компенсационные выплаты	Нет	Долина
Истаравшан	251.4	30	0.40	29.5	4.4	АСП	Есть	Предгорье
Шахристон	39.5	13	0.14	31.8	5.2	АСП	Нет	Горная

Источник: [составлено автором на основе статистических данных]

Несмотря на получение ценного социологического материала, данное исследование не претендует на статистическую репрезентативность, поскольку оно проводилось в трех районах Таджикистан. Тем не менее, благодаря тщательному отбору районов были получены достоверные индикативные данные об уязвимости, о спросе на социальные услуги и существующих предложениях.

Первый этап исследования, состоял из анализа ситуации, включающий обзор социально-экономического положения Таджикистана: анализ бедности, территориальных особенностей пилотных районов, общую оценку предоставления основных и базовых общественных услуг (здравоохранение, образование, общественный транспорт, водоснабжение, санитарные условия, коммунальные услуги, электроэнергию и газ).

Второй этап, включал себя глубинные интервью с уязвимыми группами населения, фокусированный на определение наличия и доступа населения в существующих услугах, а также изучение их потребностей в дополнительных услугах. Объектом эмпирического исследования являлись жители из числа нынешних и потенциальных пользователей услуг в районах Кубодиён, Шахристон и города Истаравшан (см. Табл. 8).

Таблица 8

Общая характеристика респондентов

Районы	Опрос			Всего опрошено N = 1272
	Экспертные интервью N = 54	Пользователи услуг N = 621	Потенциальные пользователи услуг N = 597	
Кубодиён	25	186	171	382
Истаравшан	23	183	183	389

Шахристон	6	252	243	501
Всего	54	621	597	1272

Источник: [составлено автором]

В ходе исследования было опрошено 1272 респондента, включая 582 мужчин и 675 женщин. Пропорция опрошенных мужского и женского пола составляет 46,9% и 53,0%, с некоторой разницей на уровне районов, как показано в таблице 9.

Таблица 9

Характеристика респондентов по половому признаку

Пол	Кубодиён n=382	Истаравшан n=389	Шахристон n=501	Всего n= 1272
Мужчины	54.45%	33.53%	56.81%	46.93%
Женщины	45.55%	66.47%	43.19%	53.07%
Всего	100%	100%	100%	100%

Источник: [составлено автором на основе статистических данных]

Детальная характеристика респондентов отражена в приложении 4.

В ходе третьего этапа были проведены 54 экспертных опросов с государственными чиновниками на национальном (Министерств, здравоохранения и социальной защиты населения, экономического развития и торговли) и местном уровнях (заместители председателей районов, начальники различных управлений и отделов местного органа власти, активисты, поставщики социальных услуг).

В исследовании, для анализа, предоставляемых услуг в трех районах, рассматривались социальные группы с высоким уровнем незащищенности и комплексными потребностями, их численность представлена в таблице 10.

Таблица 10

Информация об уязвимых группах населения исследуемых районов

Уязвимые группы населения	Всего по стране	Кубодиён	Истаравшан	Шахристон
Бедные	178934	3587	5993	772
Люди с инвалидностью	147650	1260	4308	483

Дети-инвалиды до 18 лет	26633	311	850	121
Инвалиды вследствие ликвидации последствий Чернобыльской АЭС	1266	18	13	3
Дети инвалидов вследствие ликвидации последствий Чернобыльской АЭС	4698	1	10	0
Инвалиды интернационалисты и конституционного строя	835	13	42	8
Ветераны ВОВ и приравненные к ним		2	13	2
Участники ВОВ	328	3	170	57
Люди, живущие с ВИЧ/СПИД (дети - получатели компенсаций)	569	3	1	0

Источник: [исследование автора «Определение потребностей населения в социальных услугах»]

Основные выводы социологического исследования

Анализ вторичных данных о территориальных особенностях, экономическом положении, условиях жизни и доступе социальных групп к основным услугам районе *Кубодиён*, показал, что единственно доступной услугой в районе в 2011 году было постоянное стационарное обслуживание для 48 детей (дети-сироты и дети, лишенные родительской опеки)²⁰⁹; в 2015 году в структуре местного органа власти был создан отдел социальной помощи на дому для охвата 50 пожилых людей. В 2019 году в районе Кубодиён зарегистрированы 1605 людей с инвалидностью²¹⁰, однако эти люди ограничены в доступе к услугам реабилитации и социальному обслуживанию из-за их отсутствия.

В ходе экспертного интервью с чиновниками Министерства здравоохранения и социальной защиты населения (МЗСЗН) прозвучала

²⁰⁹ См.: Kuzminskiy, V. at el. Social Services in the Republic of Tajikistan. Study Report. – Dushanbe: The European Union, 2012. – 240с.

²¹⁰ Данные получены из Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

озабоченность нехваткой квалифицированных кадров и штатных единиц в структуре местного органа власти в районе Кубодиён. Острой проблемой являются отсутствие курсов повышения квалификации по подготовке и переподготовке специалистов, работающих в социальной сфере. Однако сами сотрудники системы социальной защиты не готовы к участию в курсах повышения квалификации. Также в районе существует острая нехватка медицинских работников, педагогического персонала и работников сферы социальной защиты населения.

В структуре местного органа власти района отсутствуют отделы социальной защиты населения и центры занятости. Отмечается слабая профессиональная подготовка и переподготовка управленческих кадров. В районе существует проблема формирования общественных организаций людей с инвалидностью и организации их деятельности. Средства массовой информации слабо задействованы в привлечении интереса к проблемам социальных групп; молодёжь, в частности дети с инвалидностью, практически не привлекаются для решения социальных проблем.

Эксперт из Министерства экономического развития и торговли Таджикистана отметил, что в районе Кубодиён необходимо выделять льготные кредиты для строительства предприятий по переработке сельскохозяйственного сырья. Детям с инвалидностью необходимо обеспечить доступ к школам и другим образовательным учреждениям.

Анализ полученных данных в районе Кубодиён показал, что решение социально-экономических проблем должен быть комплексным: строительство школ, медицинских учреждений, улучшение транспортной инфраструктуры, повышение доступа к безопасной чистой воде и предоставление квот жителям района для получения медицинского и педагогического образования. А также необходимо привлечение специалистов из других районов и предоставление им жилищных услуг, земли и льготных кредитов.

Исследование проведенное в районе *Шахристон* показало, что до 2019 года в районе функционировала только одна школа-интернат для 35 детей с

инвалидностью, детей, лишённых родительской опеки, и детей-сирот (с предоставлением постоянного стационарного обслуживания). Остальным детям и взрослым с инвалидностью в количестве 701 человек услуги не предоставлялись²¹¹.

Эксперт Министерства здравоохранения и социальной защиты населения сформулировал специфические проблемы для района Шахристон, в том числе отсутствие отдела социальной помощи на дому и дневных центров для взрослых, детей и пенсионеров. Также были выделены проблемы, связанные с нехваткой рабочих мест, отсутствием отдельного жилья для молодых семей и для людей с инвалидностью, низким уровнем образования населения, низкой заработной платой, нехваткой чистой питьевой воды и земельных участков для сельскохозяйственной деятельности.

Другой эксперт отметил важность и необходимость санаторно-курортного лечения детей и взрослых с инвалидностью, развитие реабилитационных центров, а также строительство досуговых учреждений для молодёжи.

Для эксперта Министерства экономического развития и торговли специфическими проблемами района являются отсутствие канализационно-очистной системы, износ водопроводных сетей, необходимость замены труб, нехватка воды для полива требуют строительства водохранилища и проведения канала.

Мнения государственных чиновников, работающих в районе Шахристон в основном, совпадают с мнением экспертов из министерств. При этом чиновники на местах были более конкретными в описании основных проблем. Их волнуют вопросы, связанные с строительством медицинских центров, детских садов, гимназий, центров образования и развития молодёжи, безработицей, нехваткой детских дошкольных учреждений, отсутствием гостиниц, необходимостью выделения земельных участков для

²¹¹ Данные получены из Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

самообеспечения малоимущих семей, строительством детских и юношеских развлекательных комплексов (включая строительство музыкальных училищ), высокой потребностью в медикаментах, в частности для людей, живущих с ВИЧ/СПИД и сахарным диабетом, необходимостью обеспечения детей и взрослых с инвалидностью ортезно-протезной продукцией и инвалидными колясками.

По результатам исследования, Министерством здравоохранения и социальной защиты населения создан Центр реабилитации для детей с инвалидностью, предоставляющий услуги около 60 детям.

В *Истаравшане* формы предоставляемых услуг и возраст пользователей отличается от пользователей в районах Кубодиён и Шахристон. Постоянное стационарное обслуживание получают около 140 детей-сирот и детей, лишенных родительской опеки. Немногим более 250 пожилых людей и людей с инвалидностью получают услуги на дому и временное стационарное обслуживание. С начала 2017 года начал функционировать центр дневного пребывания для детей с инвалидностью, где 55 детей получают социальные услуги.

Анализ результатов проведённого исследования выявил значительные проблемы, встречающиеся на уровне района. Часть из них имеют общие характеристики для всех трёх районов, другие различаются в зависимости от образа и уровня жизни населения, географического и социально-экономического положения. Очевидно, что одновременное решение всех проблем представляется невозможным, при этом выделяемые небольшие бюджетные средства необходимо использовать строго рационально. Решение острых проблем, определённых социальными группами, невозможно без использования комплексного подхода, поскольку степень взаимосвязи и взаимозависимости социальных проблем очень высока.

Фокус данного исследования позволил определить 12 наиболее острых потребностей населения в социальных услугах (см. Рис.15).

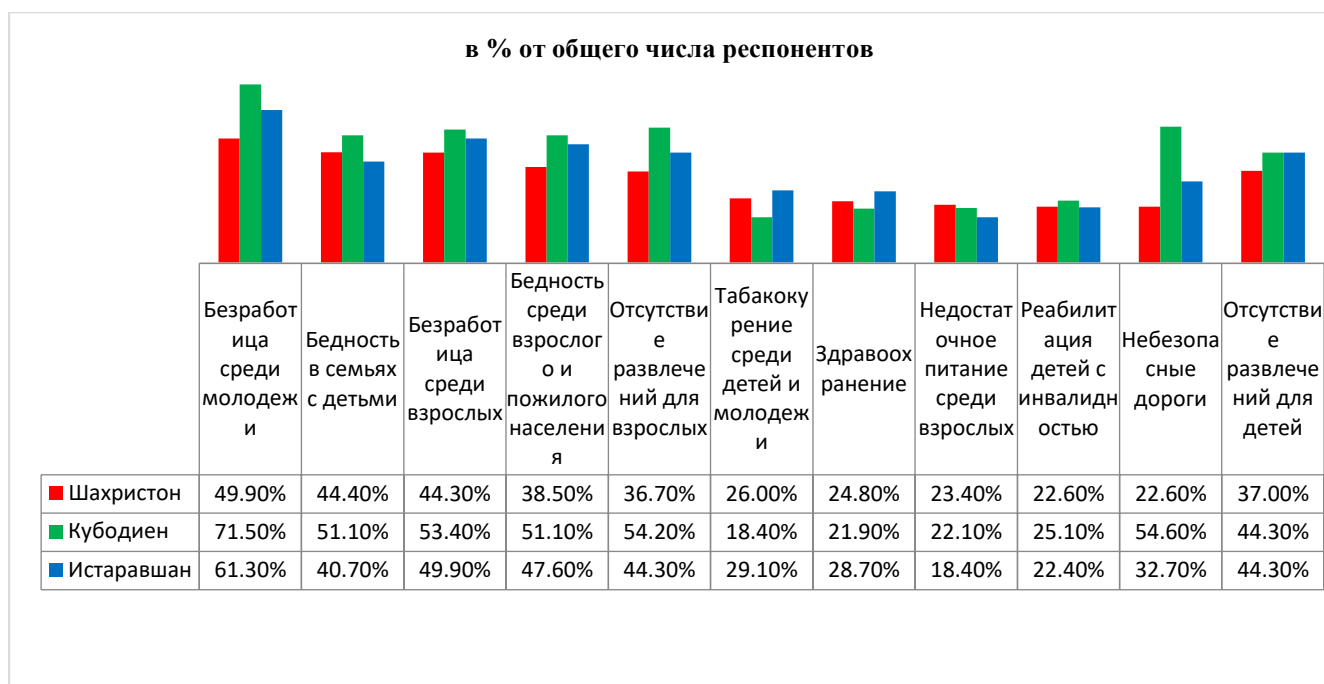


Рисунок 15. Потребности социальных групп в услугах в исследуемых районах, в %
 Источник: [исследование автора «Определение потребностей населения в социальных услугах»]

Во всех трёх исследуемых районах наиболее острой потребностью оказалось трудоустройство молодого поколения (71,5% респондентов в Кубодиёне; 61,3% - респондентов в Истаравшане; 49,9% респондентов в Шахристане).

Степень потребности в услугах различна в каждом районе, например, более половины респондентов в Кубодиёне (54,6%) отметили потребность в безопасных дорогах, тогда как для респондентов из района Шахристон безопасные дороги являются менее приоритетной потребностью (22,6%).

Как показывает рисунок 15, потребности, с которыми сталкиваются социальные группы во всех трёх исследуемых районах, можно резюмировать следующим образом.

1. Расширение доступа социальных групп к специализированным услугам, включая специально оборудованные транспортные средства для перевозки детей с инвалидностью; технические средства реабилитации, протезы и другие адаптивные технологии; логопедия, эрго- и физическая терапия.

2. Расширение доступа к услугам здравоохранения и реабилитации, особенно для детей с инвалидностью²¹².
3. Оказание поддержки в удовлетворении основных потребностей в питании, одежде, жилье и учебных принадлежностях. Родители детей из бедных семей нуждаются в обучении и поддержке для поиска работы и трудоустройства.
4. Максимизация доход приносящей деятельности для всех социальных групп, будь то поддержка продуктивной деятельности или получение денежных компенсаций.
5. Необходимость внедрения программ, содействующих социальной интеграции и сокращению изоляции, включая возможности для общения с другими членами сообщества; встречи с людьми; участие в социально-культурных мероприятиях, предоставляющих возможности для общения.

В целом потребность в материальных услугах превалирует во всех трёх исследуемых районах. Люди предпочитают не денежное вознаграждение, а продукты питания, медикаменты, компенсацию за электричество и транспорт, медицинское оборудование по уходу за больными в домашних условиях. Респонденты редко упоминают о других видах услуг.

В качестве источников помощи респонденты рассматривают государственные органы, неправительственные (общественные) организации, богатых людей и меценатов, но большинство респондентов обращаются за помощью и поддержкой к членам семьи и родственникам.

В целом респонденты имеют ограниченное представление и низкий уровень осведомлённости о существующих услугах. Большинство респондентов воспринимают услуги как социальные выплаты или иные виды

²¹²Доступ подразумевает получение информации о медицинских и реабилитационных услугах, а также возможность физического использования общественного транспорта, медицинских, реабилитационных и социальных учреждений.

получения материальной помощи, жилье, транспорт, образование, здравоохранение и коммунальные услуги.

Итогом исследования является обеспечение информацией всех заинтересованных сторон финансирующих, определяющих политику, поставщиков услуг и лиц, принимающих решения о потребностях и приоритетах в услугах, а также выявление наиболее нуждающихся социальных групп.

В отсутствие государственной стратегии в области социального вовлечения в Таджикистане предполагается, что результаты этого исследования помогут местным и национальным органам власти лучше понять существующую систему, выявить приоритетные направления деятельности, а также предложить практические идеи для социальной вовлеченности детей с инвалидностью, содействующие развитию и реализации их человеческого капитала.

Внедрение адаптированной автором социальной технологии «Реабилитация детей с инвалидностью на уровне сообщества» условиях Таджикистана (см. Рис. 11, параграф 2.1.) предполагает изучение доступности и потребности детей с инвалидностью по пяти основным направлениям (здравоохранение, образование, самообеспечение, социальные вопросы, расширение прав и возможностей) в исследуемых районах.

Доступность и потребность услуг здравоохранения

Здравоохранение, будучи одним из приоритетных направлений страны, ориентировано на обеспечение улучшения здоровья населения. Реализация политики страны в области здравоохранения направлена на повышение доступа и улучшение качества предоставляемых услуг для целевых групп населения²¹³.

Тем не менее качество и доступность медицинских услуг за последние 20 лет по всей республике, в том числе и в районах Кубодиён, Шахристон и

²¹³ См.: Стратегия охраны здоровья населения Республики Таджикистан на период до 2030 года от 30 сентября 2021г. [Текст] // Ахбори Маджлиси Оли Республики Таджикистан. – 2021. - №414. – ст.1.

Истаравшан в значительной степени снизились. В настоящее время основной задачей сферы здравоохранения в среднесрочной перспективе является улучшение доступности, качества и эффективности медико-санитарных услуг, улучшение здоровья матерей, новорождённых, детей и подростков, в частности, снижение материнской и детской заболеваемости, инвалидности и смертности, сокращение проблем, связанных с инфекционными болезнями, в том числе ликвидация некоторых инфекционных болезней с помощью вакцинаций, улучшение качества медицинского обслуживания, в том числе, первичной, специализированной, неотложной помощи, обеспечение надлежащего питания, включая беременных и детей²¹⁴.

Многие респонденты высказали обеспокоенность в связи с ограниченным доступом к услугам здравоохранения, в частности для детей с инвалидностью. Обращение в систему здравоохранения связано либо с возникшими внезапными проблемами со здоровьем (в том числе в результате несчастных случаев) и хроническими заболеваниями, либо длительной нетрудоспособностью. Оба вида проблем могут привести к потере работы, невозможностью выполнять повседневные функции, распад семьи и психологические трудности. Например, респондент, имеющий инвалидность, поделился, что в течение многих лет не может выйти за пределы своего дома²¹⁵.

Рисунок 16 показывает доступ населения к различным видам медицинского обслуживания в исследуемых районах.

²¹⁴ См.: Там же

²¹⁵ См. Исследование автора «Определение потребностей социальных групп в услугах» 2019г.

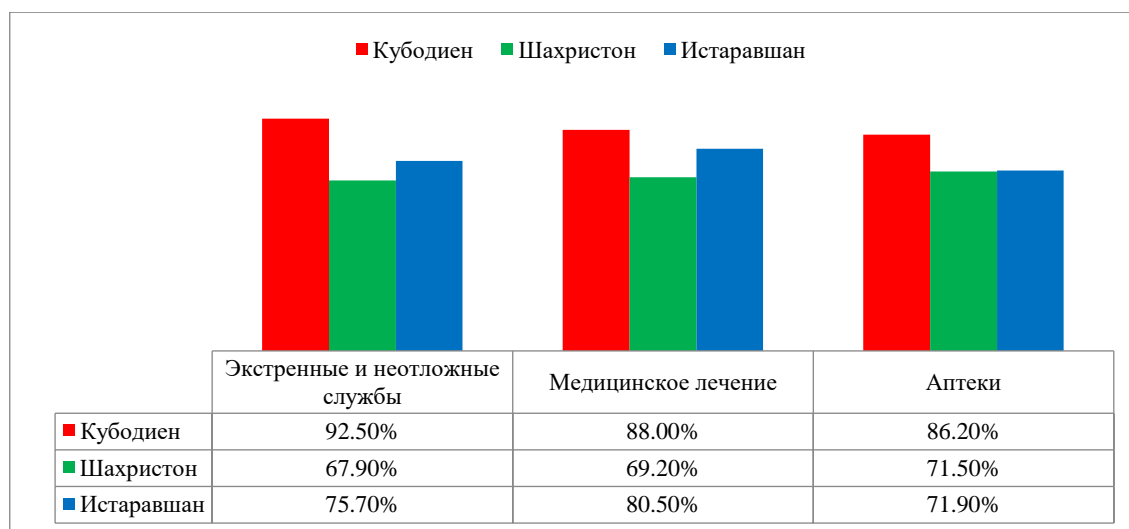


Рисунок 16. Потребность социальных групп в медико-санитарном обслуживании, в %
 Источник: [исследование автора «Определение потребностей населения в социальных услугах»]

Как видно из рисунка 16, потребность социальных групп в различных видах медицинской помощи удовлетворяется не полностью²¹⁶. При этом доступность услуги различается в каждом джамоате. Например, только 24,3% социальных групп Истаравшан имеют доступ к экстренной и неотложной медицинской помощи.

Экстренная и неотложная медицинская помощь, являясь разновидностью первичной медико-санитарной помощи, оказывается при внезапных заболеваниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни человека. Сердечно-сосудистые, онкологические, хронические респираторные заболевания и диабет составляют 70% случаев смерти в глобальном масштабе. В Таджикистане 64% процентов (или 29000) случаев смертности приходится на неинфекционные заболевания²¹⁷. Конституционным долгом правительства страны является обеспечение повсеместного доступа населения к услугам здравоохранения, вне зависимости от времени и места нахождения населения. Ограниченный

²¹⁶ Причины не использования медико-санитарной помощи не только финансовые, хотя цена является серьёзной проблемой. В дополнение к высокой стоимости медицинских услуг доступ к ним ограничен в связи с плохим отношением медицинского персонала и территориальной недоступностью медицинских учреждений. Семьи с детьми/взрослыми с инвалидностью тратят больше всех на здравоохранение и находятся под риском бедности. Некоторые респонденты отметили, что из-за высокой стоимости лекарств они используют нетрадиционную медицину.

²¹⁷ См.: Noncommunicable Diseases Progress Monitor. – Geneva: World Health Organization, 2017. – 231с.

доступ населения к своевременной квалифицированной медико-санитарной помощи повышает риск незащищенности и влечёт за собой серьёзные последствия, связанные с ухудшением состояния здоровья или фатальным исходом.

С улучшением социально-экономической ситуации в стране и ростом благосостояния населения увеличивается продолжительность жизни населения. Так, продолжительность жизни населения в Таджикистане повысилась с 61,8 лет (в 1993 году) до 75,1 лет в 2020 году²¹⁸. Рост продолжительности жизни населения также подразумевает предоставление качественного медицинского обслуживания для максимально возможного сохранения жизненно важных функций каждого индивида. При этом возрастает потребность в медицинском обслуживании в разные периоды жизни. Индивиду также может потребоваться реабилитационная услуга вследствие травмы или болезни для поддержания активности в повседневной жизни. На рисунке 17 показаны конкретные потребности социальных групп в специализированных медицинских услугах, выявленные в исследуемых районах.

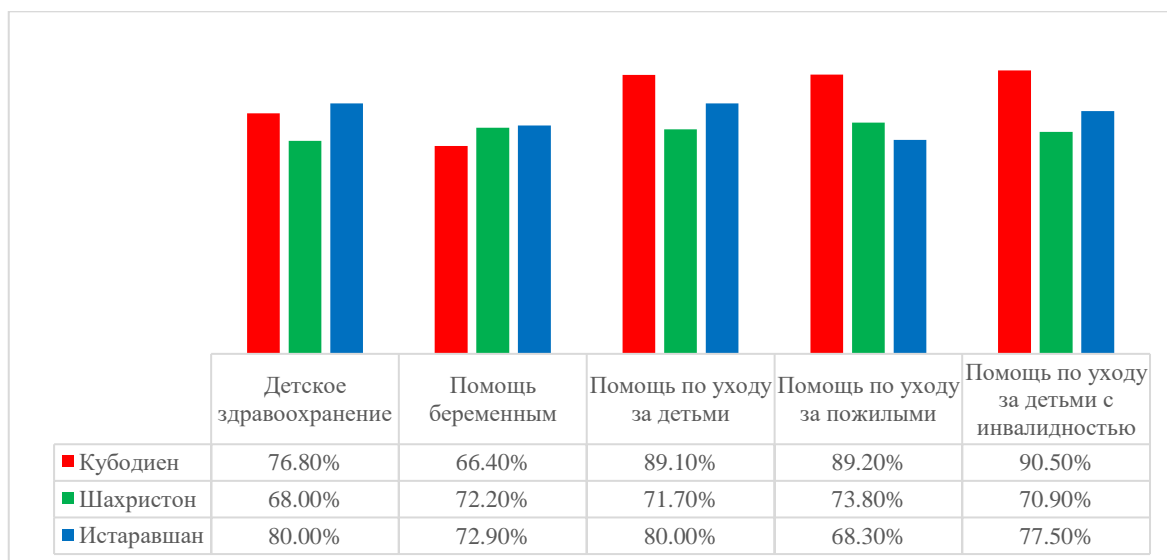


Рисунок 17. Потребность населения в специализированной медицинской помощи, в %
Источник: [исследование автора «Определение потребностей населения в социальных услугах»]

²¹⁸См.: Демографический ежегодник 2021. – Душанбе: Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, 2021. – 348с.

Низкое качество медико-санитарного обслуживания, ухудшая состояние здоровья социальных групп, подрывает экономическую устойчивость семьи и страны в целом. Кроме того, если медико-санитарные потребности не удовлетворены, они могут вызвать последующие проблемы, для решения которых потребуются специализированные социальные службы. Поэтому государству совместно с медицинскими службами необходимо ориентировать систему медико-санитарного обслуживания на оказание квалифицированной помощи и повышение удовлетворённости социальных групп. Населению, в том числе детям с инвалидностью, необходимо использовать своё право на активное участие в формировании и принятии решений, относящихся к их здоровью, наряду с участием в разработке и внедрении новых моделей и технологий предоставления медико-санитарной помощи, соответствующих потребностям населения.

Доступность и потребность услуг образования и обучающих программах

Образование является фундаментальным фактором, играющим основополагающую роль в развитии человеческого капитала, и является правом каждого члена общества, гарантированным Конституцией. Доступ населения к системе образования является своего рода гарантией будущего благосостояния ребенка, содействующей его будущему трудоустройству и способствующей социальной вовлеченности. Таблица 11 отражает информацию о количестве учеников в образовательных учреждениях трёх исследуемых районах.

Таблица 11

Образовательные учреждения в исследуемых районах

Название учреждения	Количество учреждений	Количество учащихся	Возрастная группа учеников	Количество персонала
<i>Кубодиён</i>				
Детские дошкольные учреждения	4	1395	2 - 6	73

Общеобразовательные школы	62	37437	7 - 18	2098
Школа-интернат	1	381	7 - 18	23
Начально-профессиональные учреждения	1	227	16 - 21	Нет информации
Средне-профессиональные учреждения	1	785	18 - 22	25
<i>Истаравшан</i>				
Детские дошкольные учреждения	8	936	2 - 6	Нет информации
Общеобразовательные школы	73	57119	7 - 18	3254
Школа-интернат	1	112	7 - 18	48
Начально-профессиональные учреждения	1	526	16 - 21	57
Средне-профессиональные учреждения	2	1385	16 - 22	176
Среднетехнические учреждения (медицинский колледж)	1	1123	16 - 22	3,100
<i>Шахристон</i>				
Детские дошкольные учреждения	2	270	2 - 6	Нет информации
Пришкольный интернат	1	46	9 – 17	15
Общеобразовательные школы	22	9183	7 - 18	904
Начально-профессиональные учреждения	1	240	16 - 21	106

Источник: [аудит социальных служб, проведенный автором]

Несмотря на наличие образовательных учреждений (см. табл. 11), представители социальных групп Кубодиёна, Шахристана и Истаравшана обозначили трудности с доступом к образованию и озвучили потребность в большем количестве образовательных учреждений (см. Рис. 18).

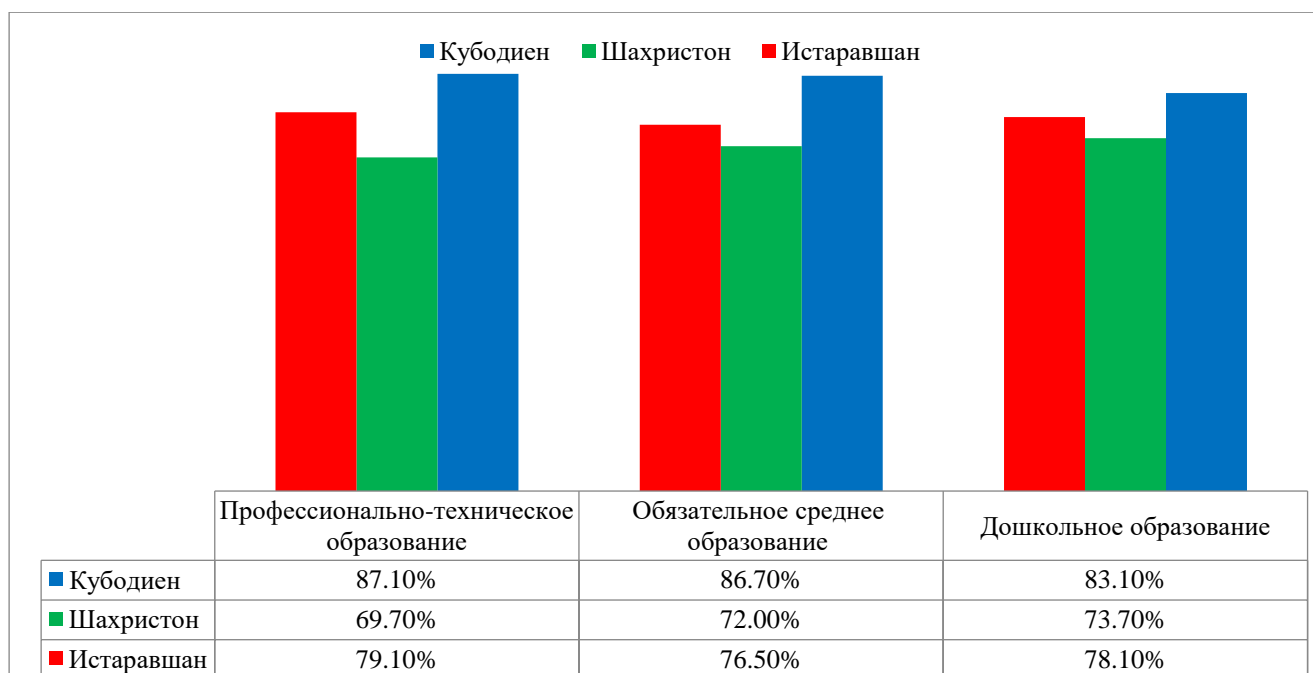


Рисунок 18. Потребность и доступность образовательных услуг, в %

Источник: [исследование автора «Определение потребностей населения в социальных услугах»]

В дополнение к формальному образованию респонденты подчеркнули потребность в программах развития навыков, в частности, навыков в области реабилитации отдельных социальных групп. Необходимо предоставление социальным группам возможности доступа к программам развития навыков и профессионального обучения для их вовлечения в социальную жизнь (см. Рис. 19).

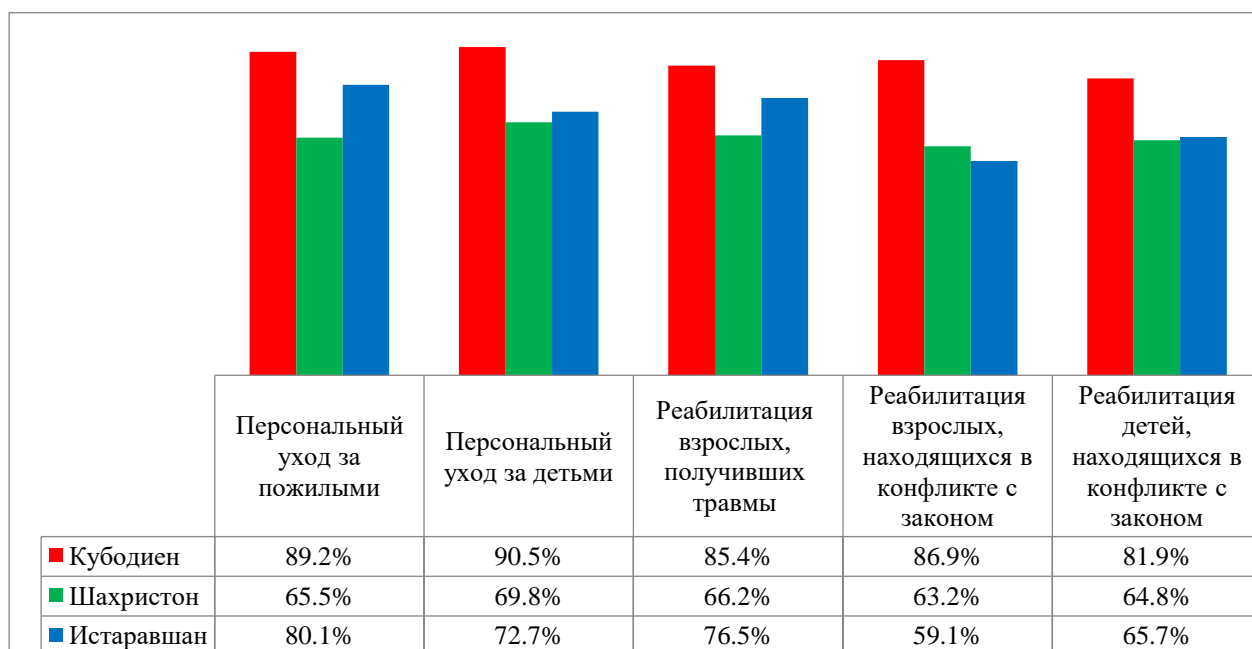


Рисунок 19. Потребность в обучающих и развивающих программах, в %

Источник: [исследование автора «Определение потребностей населения в социальных услугах»]

Доступность и потребность в социальном обслуживании

Социальное обслуживание является комплексом социальных услуг, предоставляющим поддержку гражданам, находящимся в трудной жизненной ситуации. Однако, информация о наличии данных услуг и их доступности ограничена, так как государственная система мониторинга предоставления социальных услуг требует серьёзного развития. Имеется небольшая статистическая информация о социальных услугах, предоставляемых социальным группам (см. Табл. 5 параграф 1.2.). Рисунок 20 демонстрирует долю социальных служб, предоставляющих различные социальные услуги в Таджикистане.

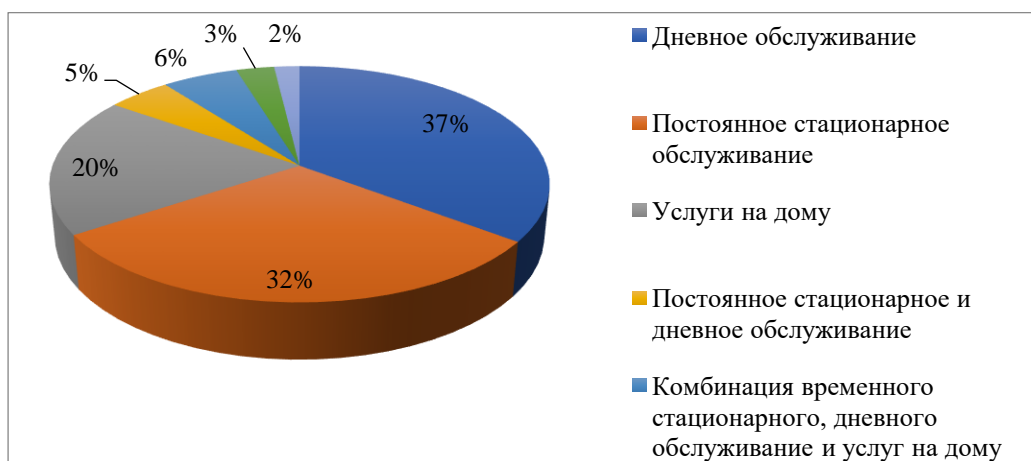


Рисунок 20. Социальные службы в Республике Таджикистан, в %.
Источник: [составлено автором на основе статистических данных]

Несмотря на различные виды социальных услуг в Таджикистане, только 7,35% всего населения имеют доступ к какой-либо социальной услуге²¹⁹.

Чтобы понять современный потенциал социальных служб, их географическое расположение и способность²²⁰ предоставлять услуги, автором был проведён аудит социальных служб, которые в настоящее время функционируют и доступны в исследуемых районах (см. Табл. 12). Данный

²¹⁹См.: Социально-экономическое положение Республики Таджикистан. – Душанбе: Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, 2022. – 146с.

²²⁰ Термин «способность» подразумевает числовой потенциал существующих социальных служб и их возможности охватить существующих и потенциальных пользователей услуг.

аудит также выступает в качестве ориентира для анализа возможных пробелов в системе социального обслуживания в исследуемых районах.

Таблица 12

Учреждения социального характера в исследуемых районах

Название учреждения	Цель, главная функция	Целевая группа пользователей	Количество пользователей	Количество персонала	Общий годовой бюджет
<i>Кубодиён</i>					
Отдел социальной помощи на дому	Оказание социального обслуживания	Одиноко проживающие пожилые и люди в трудной жизненной ситуации	56	10	61045
Республиканская школа-интернат	Образование	Дети, лишённые родительской опеки, дети-сироты	38	29	Не доступно
<i>Истаравшан</i>					
Отдел социальной помощи на дому	Оказание социального обслуживания	Одиноко проживающие пожилые и люди в трудной жизненной ситуации	339	61	965135
ОО «Мехри дил»	Социальная помощь	Дети с инвалидностью	50	14	150776
<i>Шахристон²²¹</i>					
Отсутствует					

Источник: [аудит социальных служб, проведенный автором]

Потребности, отмеченные респондентами, мало чем отличаются в исследуемых районах. Например, более 90% респондентов во всех трёх районах отметили потребность в услуге семейной поддержки. Помимо услуг дневного обслуживания и семейной поддержки, респонденты отметили потребность в других специализированных услугах, которые можно получить как на дому, так и в сообществе. Рисунок 21 показывает потребности в основных видах социального обслуживания, определённые респондентами.

²²¹ В Шахристане социальные услуги на момент проведения исследования не предоставлялись.

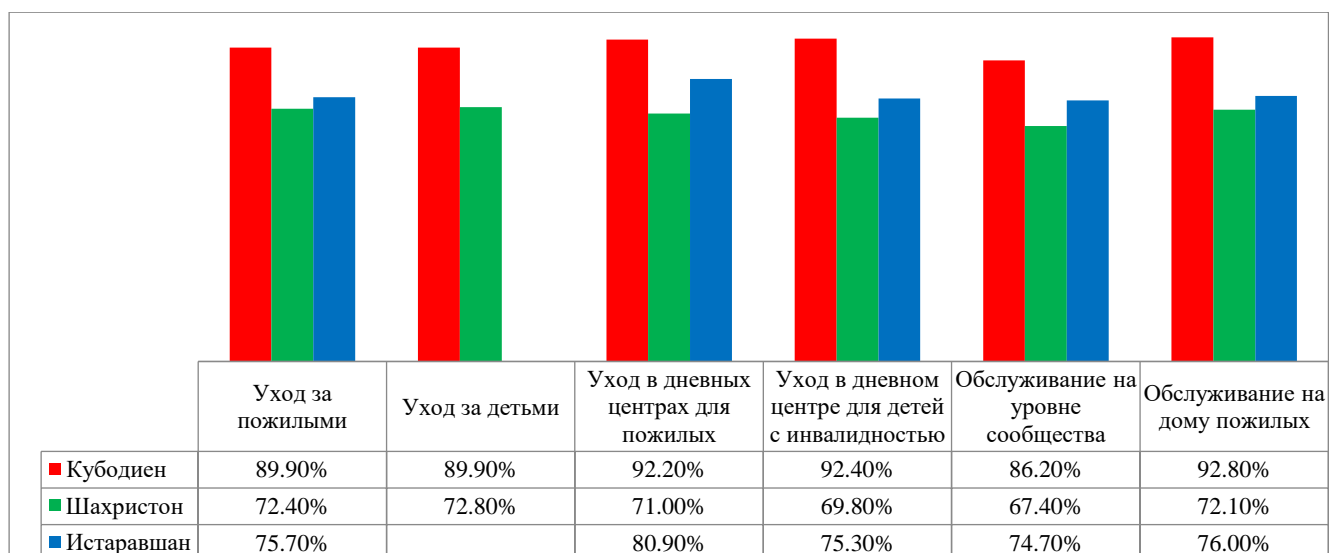


Рисунок 21. Потребности уязвимого населения по видам социального обслуживания, в %.
Источник: [исследование автора «Определение потребностей населения в социальных услугах»]

Доступность и потребность в базовых услугах

В дополнение к социальным услугам респонденты определили потребности в основных услугах. Обеспечение населения чистой питьевой водой и повышение доступа к питьевой воде является одним из основных Целей устойчивого развития и приоритетной задачей страны на последующие десять лет.

Отсутствие питьевой воды для большей половины социальных групп района Кубодиён является большой проблемой. Рисунок 22 демонстрирует доступ и потребности исследуемых районов в питьевой воде.

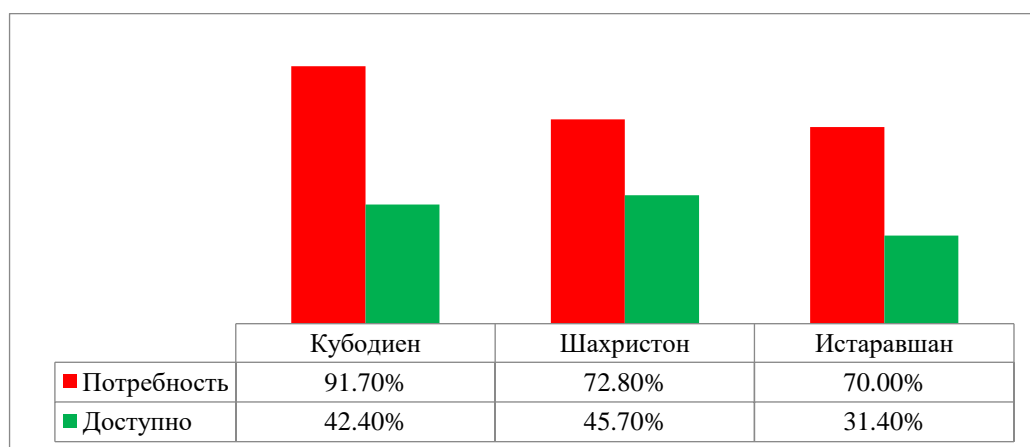


Рисунок 22. Потребность уязвимых групп населения в питьевой воде, в %
Источник: [исследование автора «Определение потребностей населения в социальных услугах»]

Ещё одной проблемой, выявленной в ходе исследования, является отсутствие жилья для многих граждан. Для некоторых социальных групп это наиболее серьёзная проблема. Например, пожилые одиноко живущие люди отметили, что они находятся в постоянном страхе быть обманутыми и остаться без жилья. По этой же причине некоторые пожилые люди отказываются принимать помощь, не позволяя социальному работнику войти в их дом.

Доступ к транспорту для социальных групп достаточно ограничен. Общественный транспорт практически отсутствует в исследуемых районах, частный транспорт является дорогим. Некоторые респонденты отметили, что из-за отсутствия общественного транспорта дети не ходят в школу. Семье трудно пользоваться медицинской помощью из-за отсутствия соответствующего транспорта. Ситуация ещё более усложняется для детей с инвалидностью. Ни один из респондентов не получает компенсации или другой соответствующей помощи за транспорт (несмотря на законное право). Рисунок 23 иллюстрирует наиболее значимые потребности социальных групп в базовых услугах, способствующих повышению качества жизни и социальной вовлеченности.

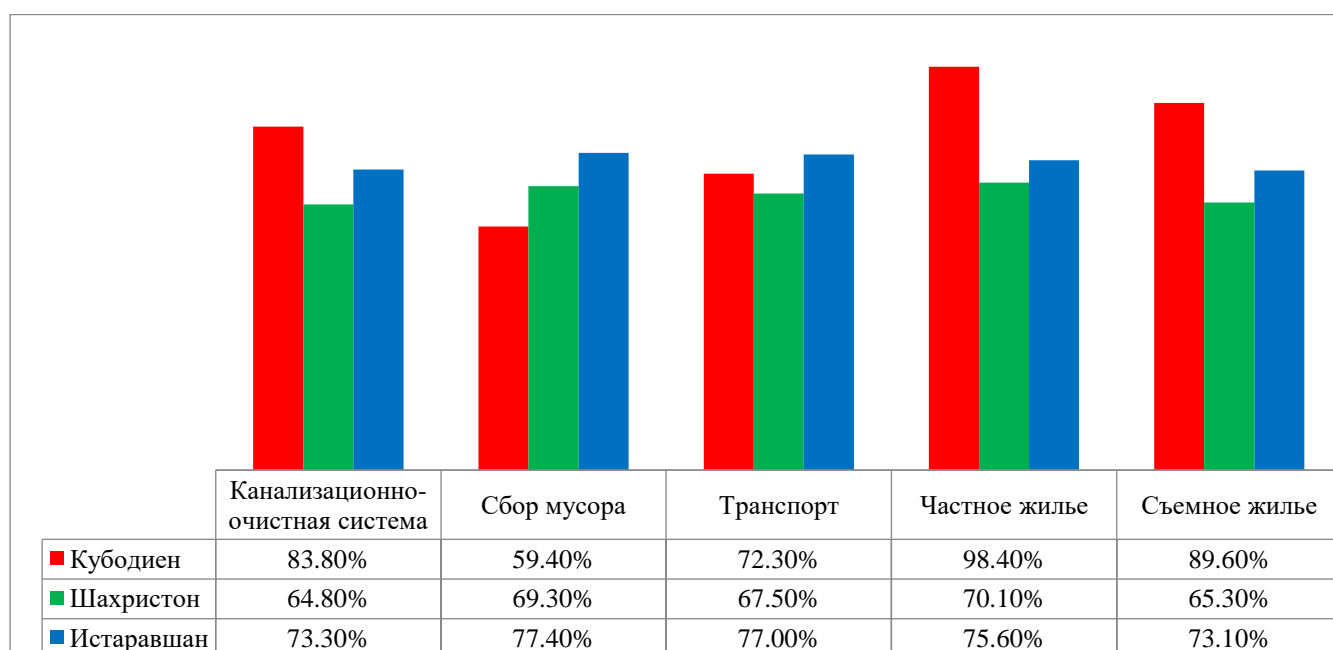


Рисунок 23. Потребность в базовых услугах, в %

Источник: [исследование автора «Определение потребностей населения в социальных услугах»]

Потребности, связанные с курением, алкоголизмом, жестоким обращением с детьми, эксплуатацией детского труда, преступностью, подростковой беременностью, недостаточным питанием, ранними и принудительными браками, полигамией, изнасилованием, были оценены как незначительные проблемы во всех исследуемых районах (см. Рис. 24).

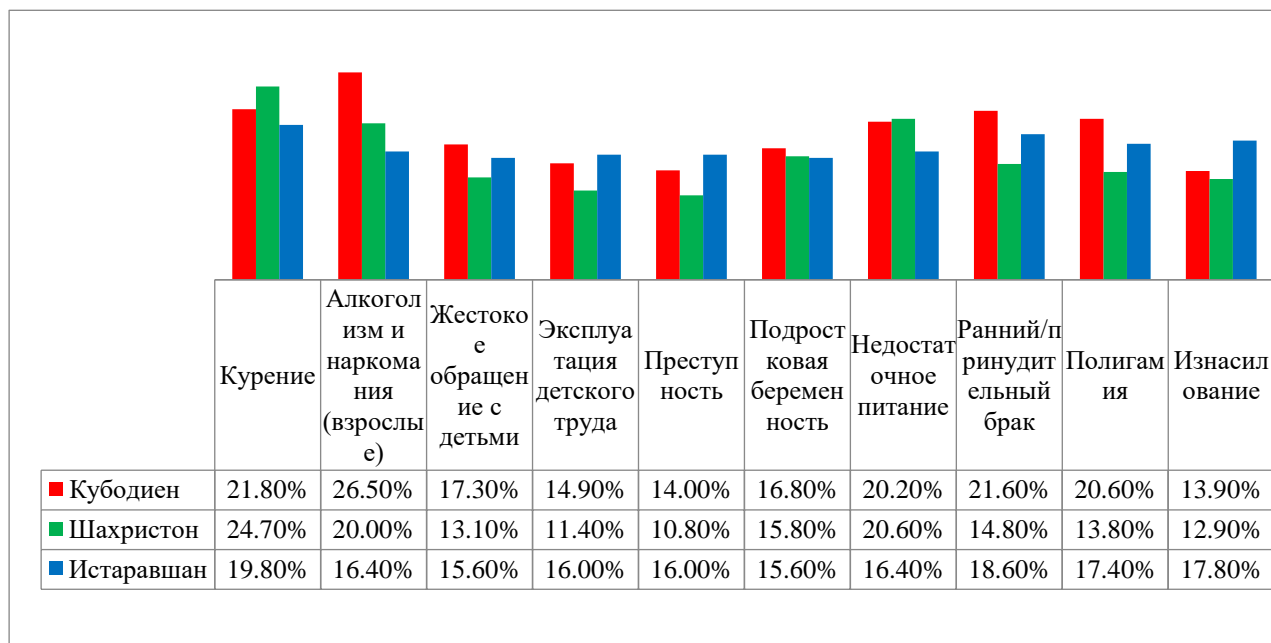


Рисунок 24. Перечень наименее приоритетных потребностей, в %.

Источник: [исследование автора «Определение потребностей социальных групп в услугах»]

Таким образом, в ходе исследования «Определение потребностей населения в социальных услугах» были опрошены 1272 респондента в трёх районах. В целом можно сделать вывод, что социальные услуги или какие-то их формы существуют в каждом районе, но их недостаточно, чтобы полностью удовлетворить существующие потребности. Выделяются потребности в услугах для детей с инвалидностью, для пожилых людей, не имеющих поддержки семьи.

Большинство респондентов не ожидают серьёзной помощи от государственных структур. Они считают, что государство должно помочь, но в то же время не так много респондентов рассказали, что получили помощь.

Другие респонденты рассчитывают только на себя и свою семью и даже не ищут помощи у государства.

Многие категории социальных групп в исследуемых районах не получают услуг никаких услуг. Например, услуги для выпускников школ-интернатов или детей, оставшихся без попечения родителей, полностью отсутствуют в районах Истаравшан и Кубодиён, несмотря на наличие школ-интернатов.

Отсутствие информации об услугах является одной из основных причин, почему люди не обращаются за помощью. Многие респонденты признают важность повышения осведомлённости в сообществах.

Только эффективное, тщательное и адресное планирование на основе полной оценки потребностей может гарантировать, что будут разработаны и предоставлены именно те услуги, которые необходимы для тех, кто в этих услугах действительно нуждается.

Точная, обоснованная и достоверная информация о сообществе и потребностях его членов является фундаментальной в развитии человеческого капитала. Результаты, полученные в ходе определения потребностей населения, должны быть направлены на: 1) принятие обоснованных решений, направленных на подготовку плана развития района, 2) установление приоритетов для предоставления ряда услуг, продвигающих социальную вовлеченность и взаимодействие. Такая информация позволяет обеспечить большую эффективность от затраченных ограниченных ресурсов: финансовых и человеческих.

В первом параграфе второй главы, проанализировав возможности системы социальной защиты Таджикистана, предоставляющая различные услуги можно сделать вывод о том, что адаптированная автором международная социальная технология «Реабилитация на уровне сообщества» имеет необходимость и потенциал для внедрения в условиях Таджикистана.

Предложенная, в рамках данного диссертационного исследования социальная технология вовлеченности детей с инвалидностью основана на

комплексном подходе, предоставлении полного государственного материального и социального обеспечения, содействует их физическому, интеллектуальному, духовному и нравственному развитию, а также создает платформу для формирования и развития их человеческого капитала.

Предоставление возможности детям с инвалидностью принимать участие в процессе планирования и имплементации мер для их вовлеченности через участие в социологическом исследовании по определению потребностей, направленных на содействие максимально возможной независимой жизнедеятельности, способствует совершенствованию механизмов управления социальной защиты и вовлеченности. Однако, эффективная система управления не может быть адекватной современным задачам и вызовам, если она не оснащена действенным инструментарием мониторинга и оценки.

Система мониторинга и оценки в секторе социальной защиты представляет собой составную часть механизма управления, которая предоставляет информацию и обеспечивает качественную реализацию управленческих решений; позволяет организовать систематическое, обоснованное отслеживание выполнения запланированных мероприятий по каждой программе и при необходимости предпринимает корректирующие меры; систематизирует информацию в разрезе отраслей и областей; отслеживает динамику финансовых показателей и принимает взвешенные решения на основе своевременной реальной информации и фактов, создающих наилучшие условия для решения текущих социально-экономических проблем; обеспечивает принятие управленческих решений на основе фактических данных.

2.2. Модель мониторинга и оценки качества предоставления социальной услуги «Реабилитация детей с инвалидностью на уровне сообщества» на основе спецификаций и стандартов

Несмотря на то, что дети находятся в центре политического внимания правительства Таджикистана, результаты социологического исследования «Определение потребностей населения в социальных услугах» в трех репрезентативных районах иллюстрируют острую необходимость в создании услуг дневного характера для детей с инвалидностью.

Занимая приоритетное место среди респондентов исследуемых районов, услуги дневного характера доступны только ограниченному количеству детей с инвалидностью. Однако степень их важности различается в каждом джамоате. Рисунок 25 иллюстрирует общую потребность детей с инвалидностью в дневном обслуживании в исследуемых районах.

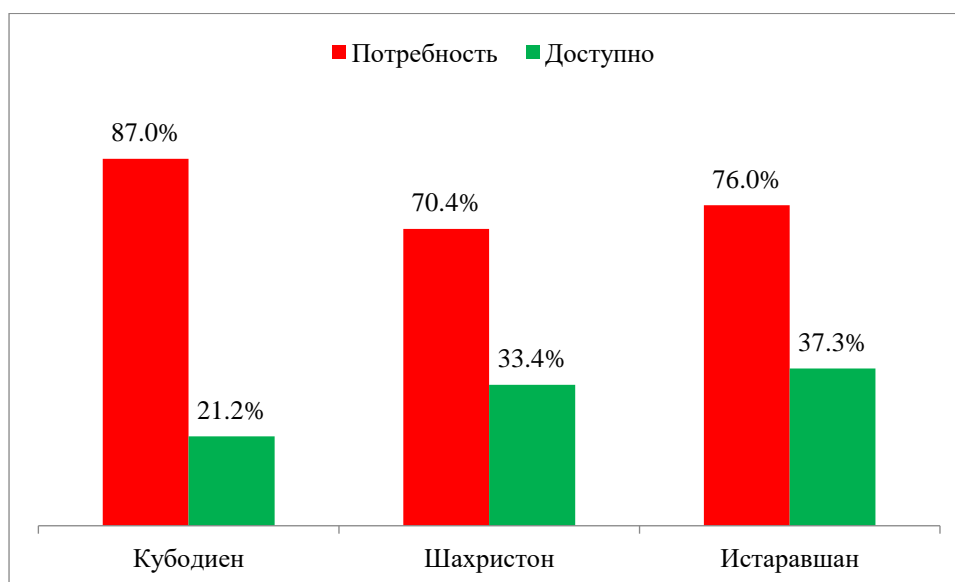


Рисунок 25. Потребность в услугах дневного обслуживания, в %

Источник: [исследование автора «Определение потребностей населения в социальных услугах»]

Как видно из рисунка 25, доступ к услугам дневного обслуживания ограничен, а в Кубодиёне услуга дневного ухода практически отсутствует. Некоторые школы и стационарные учреждения предоставляют услуги дневного обслуживания, но во многих случаях они предоставляются общественными организациями как отдельная услуга. Согласно данным Министерства здравоохранения и социальной защиты населения по всей стране существует 98 поставщиков услуг дневного обслуживания, 27 из которых расположены в г. Душанбе, 21 - в Хатлонской области, 7 - в районах

республиканского подчинения, 18 - в Горно-Бадахшанской автономной области, и 25 - в Согдийской области²²².

Услуги дневного обслуживания предоставляются детям и взрослым с инвалидностью, людям, живущим с ВИЧ или потребителям инъекционных наркотиков. Обычно предоставляют следующие виды услуг: социально-медицинская реабилитация, социально-психологическая помощь и консультации, досуг и общение, представление интересов пользователя услуг в других организациях и профессиональная подготовка. При этом услуги дневного обслуживания в районах Кубодиён и Шахристон не предоставлялись на момент проведения исследования.

После анализа результатов авторского социологического исследования «Определение потребностей населения в социальных услугах», учитывая географические характеристики и отдалённость некоторых джамоатов от районных центров, и высокую потребность населения района Шахристон, Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Таджикистана создало центр дневного обслуживания для детей с инвалидностью. Данный центр предоставляет услугу «Реабилитация детей с инвалидностью на уровне сообщества», на основе, предложенной автором социальной технологии вовлеченности детей с инвалидностью (см. Рис. 11. Параграф 2.1), которая включает в себя систему мониторинга и оценки качества предоставляемой услуги.

Анализ существующих в Таджикистане стандартов предоставления услуг показал, что многие документы разработаны зарубежными специалистами и экспертами разных проектов, не согласованы между собой и отраслевым министерством. При этом, как правило, используется западная модель стандартов, которая не всегда соответствует реальной практике предоставления услуг в Таджикистане. Разработанные документы в основном написаны на английском, а затем переведены на таджикский и русский языки,

²²² Данные получены из Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

в результате перевода смысл теряется, а концепция становится непонятной для местных специалистов. Однако главным недостатком разработанных стандартов является отсутствие единой методологии, из-за чего стандарты не имеют строгой логической рамки, не унифицированы и не структурированы. Кроме того, во многих спецификациях нет чёткого объяснения того, что именно подлежит стандартизации: деятельность социальной службы или развитие пользователя социальной услуги.

Разработанная в данной работе система мониторинга и оценки качества предоставления социальной услуги «Реабилитация детей с инвалидностью на уровне сообщества» представляет социальную технологию, состоящую из трёх взаимосвязанных элементов:

- 1) *спецификация услуги,*
- 2) *минимальные стандарты* предоставления социальных услуг,
- 3) *система мониторинга и оценки* предоставляемых социальных услуг.

Существующие описания спецификаций включает ограниченный набор видов деятельности, направленных на удовлетворение потребностей совершенно разных социальных групп, стандарты не отождествляются с принципами, ожидаемыми результатами, процедурами, спецификациями предоставляемых услуг, не имеют индикаторов измерения выполнения, что создаёт определённые трудности при мониторинге стандартов. В связи с этим возникла необходимость чёткого определения понятий «спецификация» и «стандарты услуги», а также определения единой методологии их разработки и пилотирования в контексте реально определённых потребностей детей с инвалидностью в Таджикистане.

Совершенствование механизмов управления социальной защиты и вовлеченности детей с инвалидностью предлагает разработку спецификаций и минимальных стандартов предоставления услуги после того, как потребности социальных групп в социальном обслуживании будут определены, а необходимые ресурсы выделены (см. Рис. 13. Параграф 2.1.).

После внедрения минимальных стандартов, регулирующих структуру и функции социальной услуги, мониторинг системы социального обслуживания становится измеряемым. Стандарты, являясь важными критериями, устанавливают минимальные требования к предоставлению услуг и выступают в качестве индикаторов измерения их эффективности. Так как потребности детей с инвалидностью разнообразны, то потенциальный перечень спецификаций и стандартов может быть большим.

Минимальные стандарты должны быть разработаны таким образом, чтобы заложить основу для осуществления контроля и функционирования систем регулирования, гарантирующих качество предоставляемых услуг (см. Рис. 26). Стандарты являются частью более широкой задачи по определению четких спецификаций для каждого вида услуги, а также ожидаемых результатов от деятельности социальной службы.

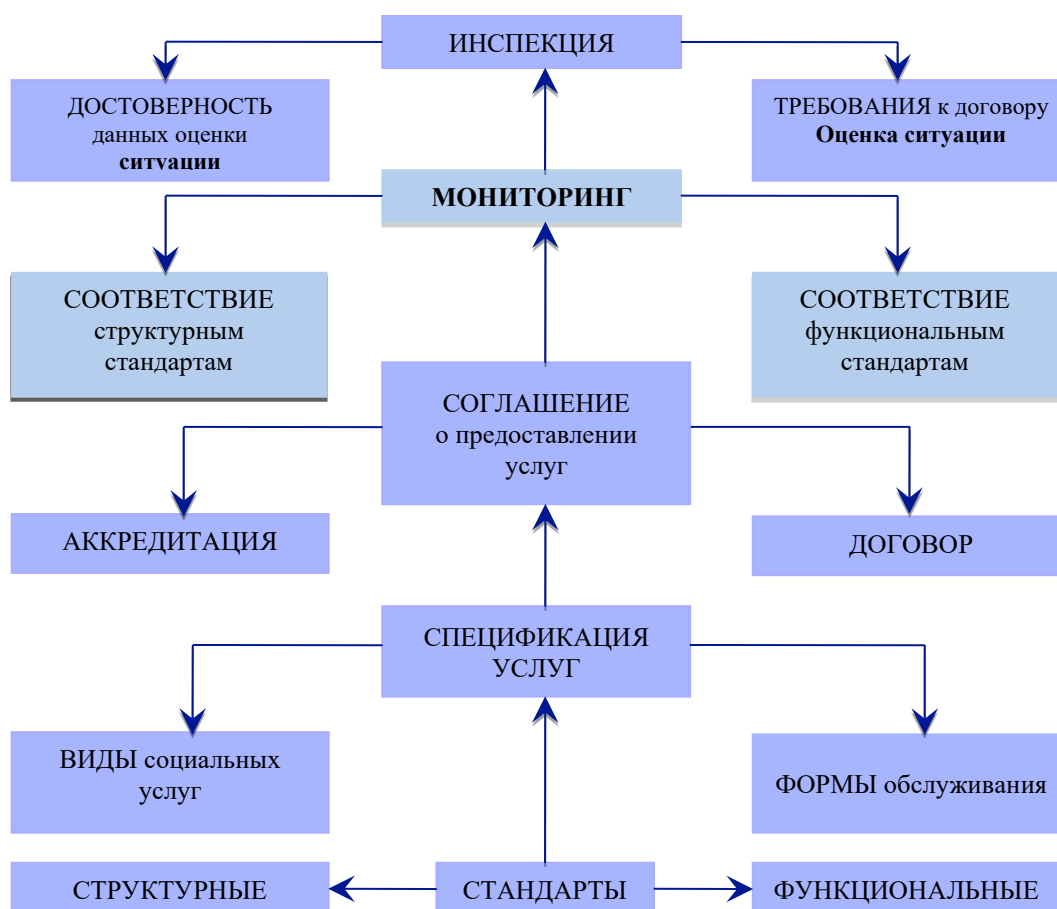


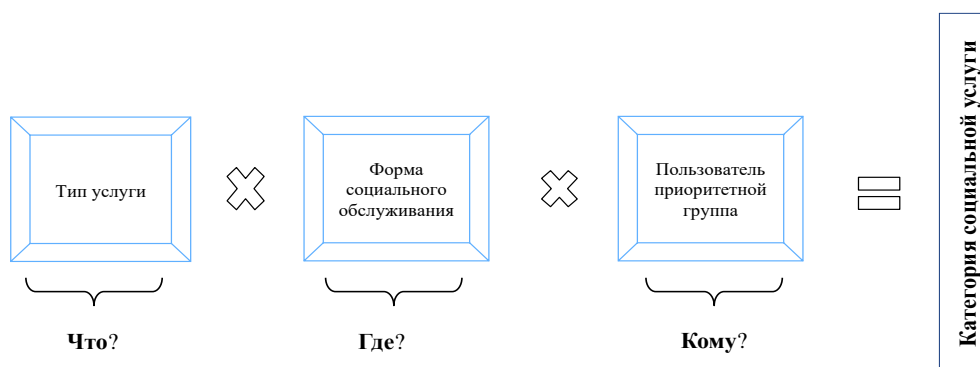
Рисунок 26. Схематическое изображение соотношения терминов

Источник: [составлено автором на основании анализа научной литературы и практики]

Таким образом, каждый тип услуги (например, услуги реабилитации), форма социального обслуживания (например, на дому, в центре дневного пребывания), как и каждая из приоритетных групп пользователей этих услуг (к примеру, дети с инвалидностью) определяют категории социальной услуги, которым потребуются специфические стандарты, касающиеся структур и процессов по каждому виду услуги. Это означает, что минимальные структурные стандарты для, например, категории социальной услуги дневного обслуживания детей с инвалидностью, будут отличаться от минимальных стандартов для категории социальных услуг, оказываемых в стационарных учреждениях интернатного типа для пожилых людей.

Такой же подход используется и при разработке функциональных стандартов, где функции (виды деятельности и процессы) будут различаться для обеих групп пользователей.

Используя формулу:



специалисты могут определить и дать приоритет той категории социальных услуг, для которых необходимо разработать стандарты. Разработка минимальных структурных и функциональных стандартов для каждой категории услуг позволяет получить эффективные универсальные стандарты, применимые к каждому виду социальных услуг, предоставляемых в рамках данной категории.

Спецификация услуги включает полное описание того, что предоставляется, кому и где (См. Рис. 27). Она снабжает социальную службу достаточной информацией для планирования организационных структур,

условий и ресурсов (материальных, человеческих, финансовых, технических), необходимых для предоставления социальной услуги. Спецификация услуги также устанавливает цель услуги, определяет приоритетную группу пользователей услуг (например, дети с инвалидностью, нуждающиеся в реабилитации), описывает основные виды деятельности, условия, на основе которых социальная услуга предоставляется (например, на дому, в центрах дневного пребывания, на уровне сообщества, в интернатах и т.д.) и определяет принципы предоставления социальной услуги.

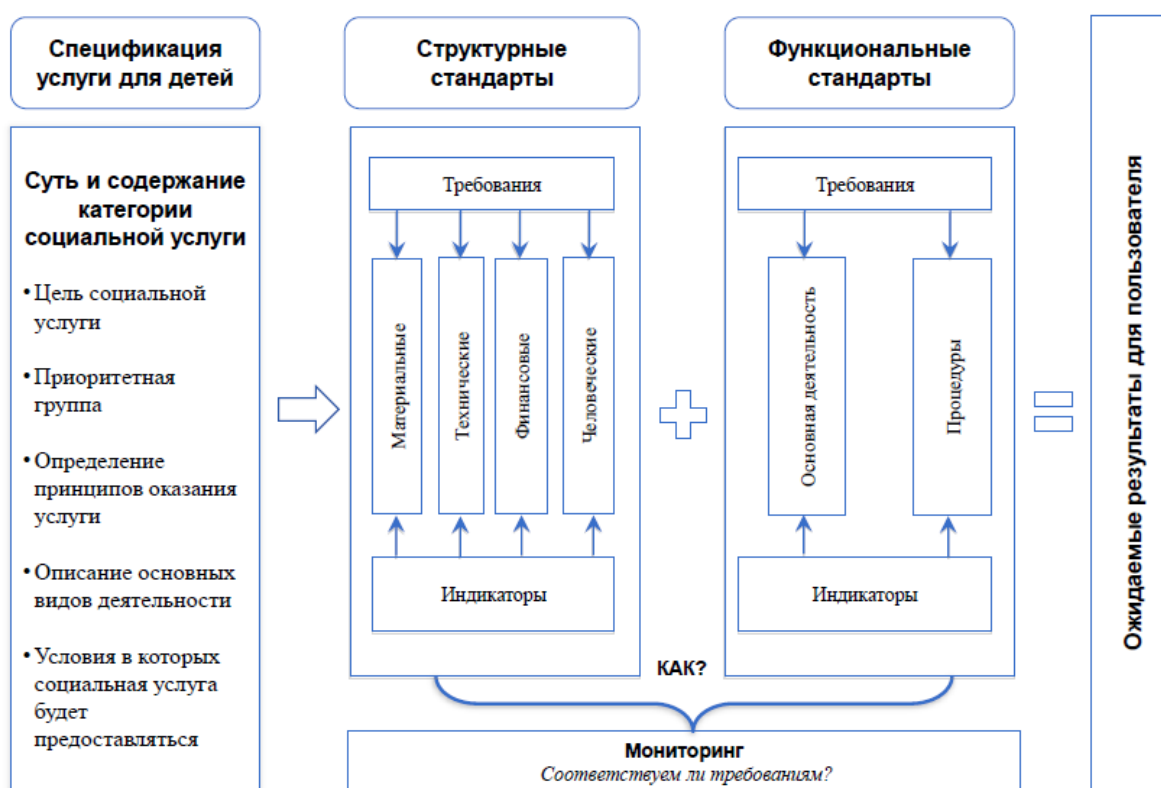


Рисунок 27. Спецификация услуги «Реабилитация детей с инвалидностью на уровне сообщества»

Источник: [Комилова З.А. Влияние технической помощи на достижение Таджикистаном повсеместной ликвидации нищеты во всех ее формах. [Текст] /З.А. Комилова // Экономика Таджикистана. 2015. Сер. 4. Р. 74-80]

В свою очередь, минимальные стандарты предоставления услуги «Реабилитация детей с инвалидностью на уровне сообщества» состоят из двух видов: структурные (организационные) и функциональные (деятельность) стандарты, представляющие собой комплекс индикаторов, описывающих услугу в конкретных, измеримых, доказательных терминах, они применяются

для количественной оценки предоставления социальной услуги путём проверки фактов наличия или отсутствия необходимых структур и выполненных функций.

Структурные стандарты подразумевают требования к созданию социальной услуги, включая потребности в человеческих, материальных, технических и финансовых ресурсах.

Функциональные стандарты включают в себя основные виды деятельности и процессы, необходимые для эффективного предоставления социальной услуги. Некоторые примеры минимальных структурных и функциональных стандартов предоставления услуг детям с инвалидностью в стационарных учреждениях приведены в Таблице 13.

Таблица 13

Структурные и функциональные стандарты предоставления социальных услуг детям с инвалидностью в стационарных учреждениях

Структурные стандарты	Примеры
Минимальное количество сотрудников для каждой социальной услуги	В ходе предоставления социальных услуг в специальных учреждениях по крайней мере 3 квалифицированных сотрудника доступны в любое время
Максимальное количество детей на каждого сотрудника	Количественное соотношение детей, находящихся в специальных учреждениях, и работающего там персонала не превышает 4/1
Затраты на персонал для одного ребенка	Расходы, связанные с кадровым обеспечением работы социальной службы для детей в стационарных учреждениях, не должны превышать 1000 сомони на человека в месяц
Минимальный % бюджета на непосредственное предоставление услуг	Не менее 75% бюджета направляется на предоставление прямых услуг по уходу за детьми
Максимальный % бюджета на административные нужды	Не более 20% бюджета расходуется на административное управление стационарным учреждением

Минимальный уровень квалификации сотрудников	Каждый сотрудник имеет высокую квалификацию (высшее профессиональное образование) по уходу за детьми и прошел соответствующую подготовку
Функциональные стандарты	Примеры
Максимальное количество времени, потраченное на оценку ребенка	Персонал проводит не более 4 часов на завершение начальной оценки потребностей ребенка и его семьи
Минимальное количество пересмотров услуги на ребенка	Персонал проводит пересмотр плана обслуживания каждого ребенка и его семьи как минимум каждые 3 месяца
Минимальное участие семьи в процессах планирования услуг	Семья приглашается для участия в пересмотре предоставления ухода за ребенком, за исключением случаев, противоречащих его интересам
Частота контактов с семьями	Ожидается, что сотрудники будут поддерживать контакт с каждой семьей и инициируют встречу по крайней мере один раз в три недели
Максимальное время реагирования на детей в ситуациях повышенного риска	Расследования отчетов о нахождении ребенка в ситуации крайней опасности должны проводиться немедленно; встреча с ребенком должна произойти не позднее, чем через один час

Источник: [составлено автором]

Как структурные, так и функциональные стандарты являются простой формулировкой, содержащей всего лишь отдельные элементы «способности к измерению». Каждый стандарт состоит из критериев для оценки единого аспекта структуры или процесса; там, где измеряется более чем один аспект, требуется более чем один стандарт.

Важным элементом предоставления качественной социальной услуги является разработка набора показателей для проведения мониторинга и оценки структурных и функциональных стандартов.

Мониторинг – это систематический процесс сбора качественных и количественных данных по определенным показателям чтобы предоставить

информацию о мероприятиях, результатах и достижениях программы для отслеживания ее эффективности. Это прежде всего инструмент управления²²³.

Оценка – это периодический или ретроспективный системный процесс определения ценности или значимости инициативы, стратегии или политики. Оценка обычно оценивает актуальность, эффективность, результативность, влияние и устойчивость инициатив; она также предоставляет достоверную, надежную и полезную информацию, основанную на фактических данных, что позволяет своевременно сделать выводы, выработать рекомендации и извлечь уроки для принятия управленческих решений²²⁴.

Для осуществления мониторинга и оценки результатов необходима система, которая бы полностью концентрировалась на отдельных пользователях услуг и на том, как их способности, функционирование и качество жизни изменяются в результате получения услуг. Измерение сложности и разнообразия предоставляемых услуг должно осуществляться более прозрачно и принципиально безболезненно. Выработка минимальных стандартов для каждой услуги позволит установить критерии для оценки эффективности деятельности социальной службы.

В приложении 5 приводится таблица мониторинга и оценки уровня выполнения минимальных стандартов услуги «Реабилитация детей с инвалидностью на уровне сообщества». При этом, автор предлагает проведение мониторинга и оценки, как самой социальной службой (внутренний мониторинг), так и структурными подразделениями Министерства здравоохранения и социальной защиты населения (внешний мониторинг).

Внутренний мониторинг обеспечить соответствие (выявить и устранить несоответствие) предоставляемых социальной службой услуг минимальным требованиям спецификации и стандартов. Организация внутреннего мониторинга осуществляется социальными службами в соответствии

²²³ См.: Monitoring and evaluation policy. C&A Foundation. 2017. – С.13.

²²⁴ См.: Там же

требованиями спецификации и стандартов, а также условиями договоров о выполнении государственного социального заказа.

Задача внешнего мониторинга заключается в проверке соответствия данных внутреннего мониторинга с фактическими параметрами предоставления услуги социальной службой, на основе договора на предоставление услуг.

Правительство Таджикистана ежегодно тратит миллионы сомони на предоставление социального обслуживания детям и взрослым с инвалидностью, одиноким и престарелым, а также выплачивает адресную социальную помощь малообеспеченным гражданам²²⁵. Более тысячи людей получили социальное обслуживание. Однако, мониторинг качества предоставляемого социального обслуживания и оценка благосостояния социальных групп, которые получали те или иные услуги не проводился. Не оценивался эффект и изменения социально-экономического состояния получателей данных услуг. Соответственно, не производился мониторинг и оценка эффективности потраченных государством финансовых и человеческих ресурсов.

Однако без достоверной и точной информации о бенчмарках²²⁶ невозможно определить целевое выделение ресурсов, измерить качество и результативность социальных программ и услуг, а также выявить неэффективное и нерациональное использование средств. Сбор надежной и достоверной информации на основе фактических данных способствует принятию обоснованных решений в области социальной защиты и вовлеченности детей с инвалидностью и требует внедрения интегрированной системы мониторинга и оценки.

²²⁵Так, в 2022 году правительство Таджикистана выделило более 32,2 миллионов сомони на социальное обслуживание уязвимого населения в стационарных и санаторных учреждениях, более 116,1 миллиона сомони на адресную социальную помощь малообеспеченным гражданам и более 14,8 миллионов сомони были потрачены на предоставление социальных и реабилитационных услуг в центрах дневного пребывания детей и взрослых с инвалидностью, а выплата пенсий, включая социальные пособия, составили более 2,2 миллиардов сомони.

²²⁶Процесс поиска новых и более совершенных приемов работы, осуществляемый путем сравнения собственных приемов с наилучшими из тех, которые используют другие.

Мониторинг и оценка являются мощными инструментами государственного управления, которые могут быть использованы для улучшения путей достижения результатов. Также мониторинг и оценка представляют собой ключевой элемент совершенствования механизмов управления социальной защиты, вовлечения и играют стратегическую роль в процессе формирования социальной политики, которая направлена на развитие человеческого капитала. В основе мониторинга и оценки лежит доказательная система государственного управления, базирующаяся на регулярном сборе информации и проведении оценок. Интегрированная система мониторинга и оценки позволит государству выявить перспективные социальные программы и услуги, а также поможет определить сильные и слабые стороны социальных программ и принимать своевременные меры по их усилению или устранению²²⁷.

Успешная система мониторинга и оценки не только устанавливает четкие цели, измеряет достижение индикаторов и осуществляет оценку, но и способствует использованию полученной информации для улучшения качества и охвата социальных групп услугами.

На данный момент, согласно результатам анализа системы социальной защиты населения, проведенного автором, в целом формальная система мониторинга и оценки сектора в Таджикистане отсутствует. Существующие отдельные элементы системы слаборазвиты и недостаточно результативны, хотя основные «строительные кирпичики» уже присутствуют, а именно наличие политической воли, формирование отдела по мониторингу и прогнозированию в структуре Государственного агентства социальной защиты населения и опыт в сборе отраслевых данных.

Совершенствование механизмов управления социальной защиты и вовлеченности также подразумевает измерение. Мониторинг предоставления персонифицированных социальных услуг без возможности ее оценки не имеет

²²⁷См.: Источники права социального обеспечения России: монография. / Под. ред. С.И. Кобзева. – М.: Проспект. 2009. – 263с.

смысла. Предоставление любых услуг – это обычный процесс, а не измерение результатов их предоставления. Таким образом, мониторинг – это процесс документирования того, что на самом деле происходит при предоставлении услуги. Несмотря на то, что он имеет важное значение для эффективного управления, сам по себе мониторинг не способен что-нибудь менять или чем-то управлять. Он становится измерительной деятельностью, только когда определены стандарты или согласованы уровни функционирования или поведения, выступающие в качестве критериев, по которым данные мониторинга анализируются и оцениваются.

Предоставление услуг на основе потребностей требует более качественных инструментов мониторинга, способствующих измерению результатов предоставления услуг, а также профессиональную и организационную эффективность данной услуги. Измерение комплексности и разнообразия предоставляемых услуг должно осуществляться более прозрачно. Выработка минимальных стандартов для организации и процесса предоставления любой социальной услуги позволит установить критерии для оценки эффективности деятельности социальной службы. Использование минимальных стандартов позволит эффективнее отследить личное развитие пользователей услуг и ожидаемый результат предоставления услуг, являющиеся необходимыми критериями для преобразования мониторинговой информации в измерение результатов предоставления услуг.

С правовой точки зрения вопросы мониторинга и оценки остаются фрагментарными и частично отражены в некоторых отраслевых законах и нормативно-правовых документах, принятых Правительством Таджикистана²²⁸. Такая фрагментарность, в свою очередь, привела к тому, что

²²⁸См.: Концепция развития системы социального обслуживания в Республике Таджикистан от 04.10.2013г., №446, в редакции от 2 июля 2015 г., № 448. [Текст] // Ахбори Маджлиси Оли Республики Таджикистан. - 2013.; Постановление Правительства «О Порядке назначения, финансирования и выплаты адресной социальной помощи малообеспеченным семьям и гражданам» от 14 мая 2020 г. №271. в редакции от 23 ноября 2022г. №548. [Текст] // Ахбори Маджлиси Оли Республики Таджикистан. - 2020.; Постановление Правительства «О Порядке и объемах предоставления бесплатного социального обслуживания» от 13 декабря 2013г., № 724, в редакции от 2 июля 2015г. № 448. [Текст] // Ахбори Маджлиси Оли Республики Таджикистан. - 2013.; Постановление Коллегии Министерства труда и социальной защиты населения Республики

видение и понимание роли системы мониторинга и оценки среди основных заинтересованных сторон в социальном секторе отличаются друг от друга, зачастую носят узкопрофильные направления и относятся к одной конкретной сфере деятельности.

Например, Концепция развития системы социального обслуживания в Таджикистане затрагивает проблемы стандартизации социальных услуг и формирования независимой системы мониторинга качества услуг, в то время как в Законе «О предупреждении насилия в семье»²²⁹ речь идет об анализе причин и условий, способствующих домашнему насилию. Постановление Правительства Таджикистана «О продолжении и внедрении пилотного механизма адресной социальной помощи малообеспеченным семьям и гражданам» предусматривает разработку Порядка мониторинга и оценки программы адресной социальной помощи малообеспеченным семьям и гражданам. Несмотря на то, что проект данного порядка разработан Государственным агентством социальной защиты населения, основной фокус сделан на сборе информации о количестве получателей адресной социальной помощи, расходованных или не расходованных денежных средствах и т.д., что больше напоминает функции аудита и инспекции, нежели мониторинга и оценки.

Постановление Правительства Таджикистана «О Порядке и объемах предоставления бесплатного социального обслуживания» определяет требования к содержанию, разработке и утверждению спецификации и стандартов услуги в сфере социального обслуживания, в том числе, определяет порядок проведения регулярного мониторинга и контроля качества услуг. В частности, говорится, что «...спецификация и стандарты включают систему мониторинга и оценки полноты и эффективности их использования... Субъекты, предоставляющие социальные услуги в сфере

Таджикистан «О Порядке проведения мониторинга и оценки деятельности социальных служб на основании спецификаций и стандартов» от 30.05.13г. № 24.

²²⁹ См.:

социального обслуживания, осуществляют регулярный внутренний мониторинг своей деятельности на предмет соответствия социальной услуги спецификации и стандарту ее предоставления и принимают меры по устранению выявленных недостатков и упущений...». Несомненно, спецификации и стандарты услуг, разработанные в рамках данного Постановления Правительства, могут стать прочной основой для проведения мониторинга и оценки качества предоставляемого социального обслуживания как со стороны руководителей социальных служб, так и со стороны Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Таджикистана.

Причина слаборазвитой системы мониторинга и оценки в Таджикистане заключается и в отсутствии четкого понимания терминов, обычно используемых в сфере профессиональной оценки деятельности и управления социальным сектором. Понятия и определение таких терминов, как «мониторинг», «оценка», «аудит», «инспекция» и «исследование» являются проблематичными для специалистов данной сферы на всех уровнях власти в Таджикистане. Зачастую возникает путаница относительно того, что входит в функцию мониторинга и оценки. Например, несмотря на то что мониторинг и оценка являются разными инструментами в управленческой деятельности, выражение «мониторинг и оценка» стало символом слипшегося, неразделенного понятия²³⁰. Зачастую различие между «мониторингом» и «оценкой» не признано, либо эти термины используются в контексте хорошо известного и проверенного механизма «контроля». Но контроль не может обеспечивать функции ни мониторинга, ни тем более оценки.

Исходя из этого, принципиальное разделение и утверждение четкого определения терминов, принятого всеми сторонами, может усилить междисциплинарное сотрудничество и оказать положительное влияние на совершенствование механизмов управления социальной защиты и

²³⁰ См.: Spicker P., Leguizamon S.A., Gordon D. Poverty: an international glossary. 2nd ed. – London: ZedBooks., 2007. – 250с.

вовлеченности детей с инвалидностью, развитие кадрового потенциала и предоставление качественных услуг социальным группам. На Рисунке 28 представлен графический способ такого разделения.

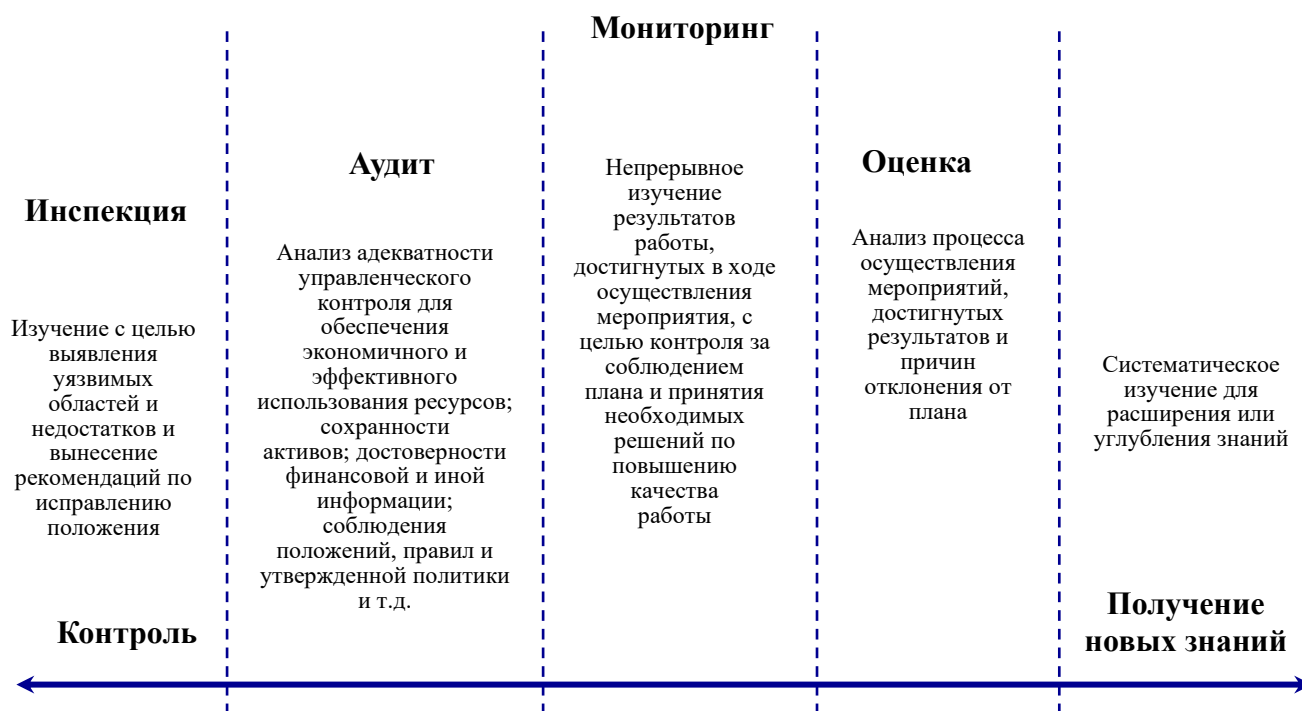


Рисунок 28. Определения и различия мониторинга и оценки
 Источник: [составлено автором на основе анализа научной литературы]

Система мониторинга и оценки (см. в табличной форме в Приложение 5) позволяет социальной службе или ответственному органу выявлять соответствие предоставляемой социальной услуги минимальным стандартам.

Для полной оценки качества социальных услуг необходимы две системы мониторинга.

- Система мониторинга стандартов, которая полностью сосредоточена на структуре и процессах оказания услуг, включая проектирование, управление и регулирование этих услуг.

- Система мониторинга социальных результатов, которая полностью сосредоточена на индивидуальных пользователях услуг и на том, как их способности, функционирование и качество жизни меняются в результате предоставления услуги.

Обе системы мониторинга являются функционально независимыми, но при измерении социальных услуг на основе индивидуальных потребностей они взаимозависимы. Данные системы предназначены для предоставления данных, ориентированных на пользователя услуги, которые после анализа и сравнения могут быть использованы для планирования и размещения заказа на предоставление услуг, а также при пересмотре и планировании индивидуальных планов обслуживания пользователей услуг.

Для осуществления мониторинга результатов необходима система, которая бы полностью концентрировалась на отдельных пользователях услуг и на том, как их способности, функционирование и качество жизни меняются в результате получения услуг. Для заказчиков услуг возникают особые трудности из-за диапазона возможных способностей пользователей социальных услуг. Эти услуги должны также быть гибкими для удовлетворения меняющихся потребностей населения, не выходя при этом за пределы имеющихся финансовых и человеческих ресурсов.

У детей с инвалидностью почти никогда не бывает простых или единичных проблем и поскольку ни у одного профессионала, вероятнее всего, не найдется весь спектр требуемых компетенций и опыта для того, чтобы комплексно решить все проблемы, - как все ответственные организации могут обеспечить пользователей необходимыми услугами, скоординированными таким образом, чтобы качество жизни детей с инвалидностью поддерживалось на определенном уровне и улучшалось?

Чтобы предоставить качественное социальное обслуживание, социальная служба выбирает необходимую категорию услуги и соответствующий набор видов деятельности. Для осуществления видов деятельности социальная служба создаёт необходимые структуры и планирует требуемые функции согласно спецификациям социальной услуги.

Чтобы проверить актуальность предлагаемой социальной технологии, было решено разработать спецификации и минимальные стандарты для

категории социальной услуги «Реабилитация детей с инвалидностью на уровне сообщества».

При разработке минимальных стандартов впервые использовался метод «снизу вверх», т.е. учитывалось мнение как поставщиков социальных услуг, так и пользователей услуг. С этой целью была сформирована рабочая группа из числа представителей Министерства здравоохранения и социальной защиты населения, поставщиков социальных услуг, международных организаций, работающих в области социальной реабилитации детей с инвалидностью и непосредственно самих детей и их законных представителей.

Были проведены серии обучающих семинаров для поставщиков услуг, где подробно освещались вопросы о том, что подразумевается под минимальными стандартами, видами стандартов, отличие стандартов от спецификаций услуг, процедур и принципов. Всего было проведено 6 обучающих семинаров с июня по декабрь 2017 года, в которых приняли участие 30 специалистов из различных социальных служб.

Далее, Министерством здравоохранения и социальной защиты были выбраны восемь социальных служб для пилотирования спецификаций и минимальных стандартов и по мере необходимости внесены корректировки. Процесс отбора начался с определения государственных и неправительственных поставщиков социальных услуг, работающих в области инвалидности, где была возможность полностью протестировать модель. Были отобраны социальные службы, работающие со следующими целевыми группами: дети с инвалидностью, пожилые люди с инвалидностью, молодые люди с инвалидностью.

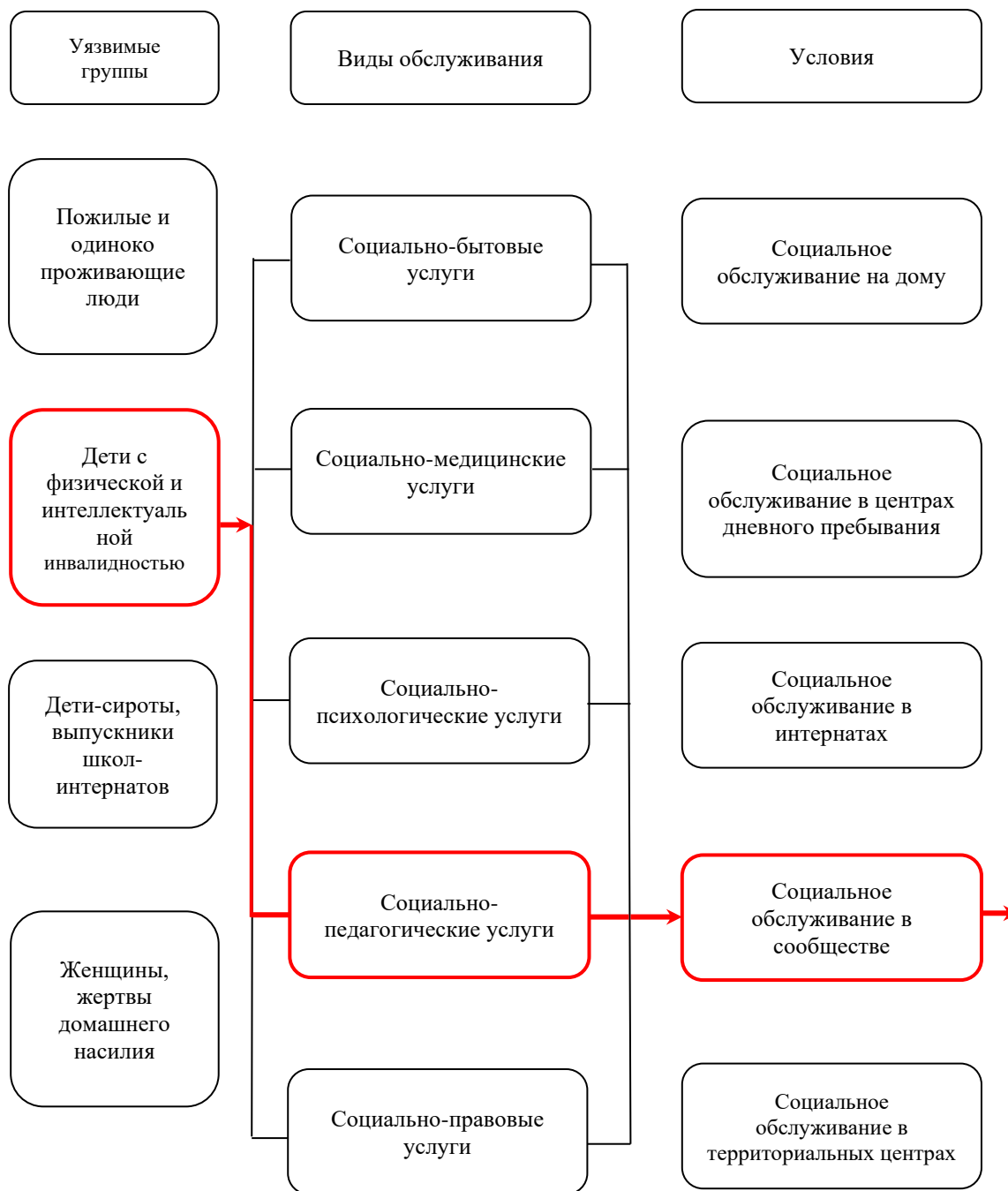
Процесс пилотирования происходил в пять этапов: отбор, разработка, пилотирование, корректировка и одобрение ответственным государственным министерством. Этапы разработки, пилотирования и корректировки носили повторяющийся характер.

Рабочие группы из числа руководителей и других сотрудников социальных служб были сформированы в каждой из восьми социальной служб, исходя из предположения, что вовлечение ряда сотрудников повысит вероятность того, что новые стандарты будут обоснованными и достижимыми, обеспечат заинтересованность поставщиков услуг и минимизируют уровень сопротивления к изменениям. Здесь начинается итерационный (повторяющийся) процесс.

Были изучены прямые и косвенные задачи каждой социальной службы, чтобы понять их цели для удовлетворения потребностей нынешних или потенциальных пользователей услуг. В большинстве случаев цели социального обслуживания и приоритетные группы пользователей не были чётко определены. Основная часть этапа отбора была сосредоточена на изменении устоявшегося подхода определения целевой группы (например, дети с инвалидностью) к более точной формулировке «приоритетной группы» (например, дети с умеренными физическими и умственными ограничениями, живущие в семьях).

Хотя данный подход ещё не закреплён законодательно, формирующаяся система социального обслуживания подразумевает многоуровневую систему, аналогичную системе здравоохранения, включающую предоставление более универсальных и менее специализированных услуг на микро уровне (т.е. в джамоатах или сообществе), более адресные услуги на мезо уровне (т.е. в районах, городах или областях), а высокоспециализированные услуги - для меньшинства, для тех, кто действительно нуждается в них, на макро уровне. Внедрение понятия «приоритетные группы» исходило из этого подхода. На рисунке 29 приведена иллюстрация взаимодействия приоритетных групп,

видов социальных услуг и типа социального обслуживания на примере «Реабилитация детей с инвалидностью на уровне сообщества».



Пример: Дневной центр реабилитации детей с инвалидностью на уровне сообщества

Рисунок 29. Иллюстрация взаимодействия категорий социальной услуги «Реабилитация детей с инвалидностью на уровне сообщества»

Источник: [составлено автором]

Соотношение между терминами «тип социальной услуги», «целевая группа», «приоритетная группа», и «категория услуги», «социальная технология», «вид деятельности» продемонстрировано на Рисунке 30 на

примере предоставления услуги «Реабилитация детей с инвалидностью на уровне сообщества».



Рисунок 30. Социальная услуга «Реабилитация детей с инвалидностью на уровне сообщества»

Источник: [составлено автором]

Далее существующие ограниченные стандарты были пересмотрены и изучены, а в случае их отсутствия или расплывчатого описания ролей инициировался процесс разработки набора основных структурных и функциональных стандартов.

Проекты стандартов пилотировались в течение 12 месяцев. В ходе пилотирования рабочие группы регулярно встречались для обмена опытом и обсуждения прогресса, что привело к модификации и уточнению стандартов. Более половины из первоначально предложенных стандартов были изменены, чтобы обеспечить их достижимость с учётом имеющейся ресурсной базы и потенциала персонала. Формулировка описания стандартов также была скорректирована. Поставщики социальных услуг были обеспокоены потенциальной сложностью и амбициозностью стандартов. Общественные и государственные поставщики социальных услуг также сомневались в

выделении достаточных ресурсов и поддержки для внедрения стандартов на практике. Определённое сопротивление было оказано персоналом поставщиков услуг при переходе на новый подход, так как новые квалификационные требования ставили под угрозу их дальнейшую трудовую деятельность.

Одной из социальных служб, отобранных для пилотирования модели адаптированной социальной технологии вовлеченности детей с инвалидностью на примере спецификаций и стандартов предоставления услуги «Реабилитация детей с инвалидностью на уровне сообщества», был Центр реабилитации для детей с инвалидностью района Шахристон²³¹. Схематичное изображение предлагаемой социальной технологии на примере Центра реабилитации детей с инвалидностью в районе Шахристон продемонстрировано на рисунке 31.

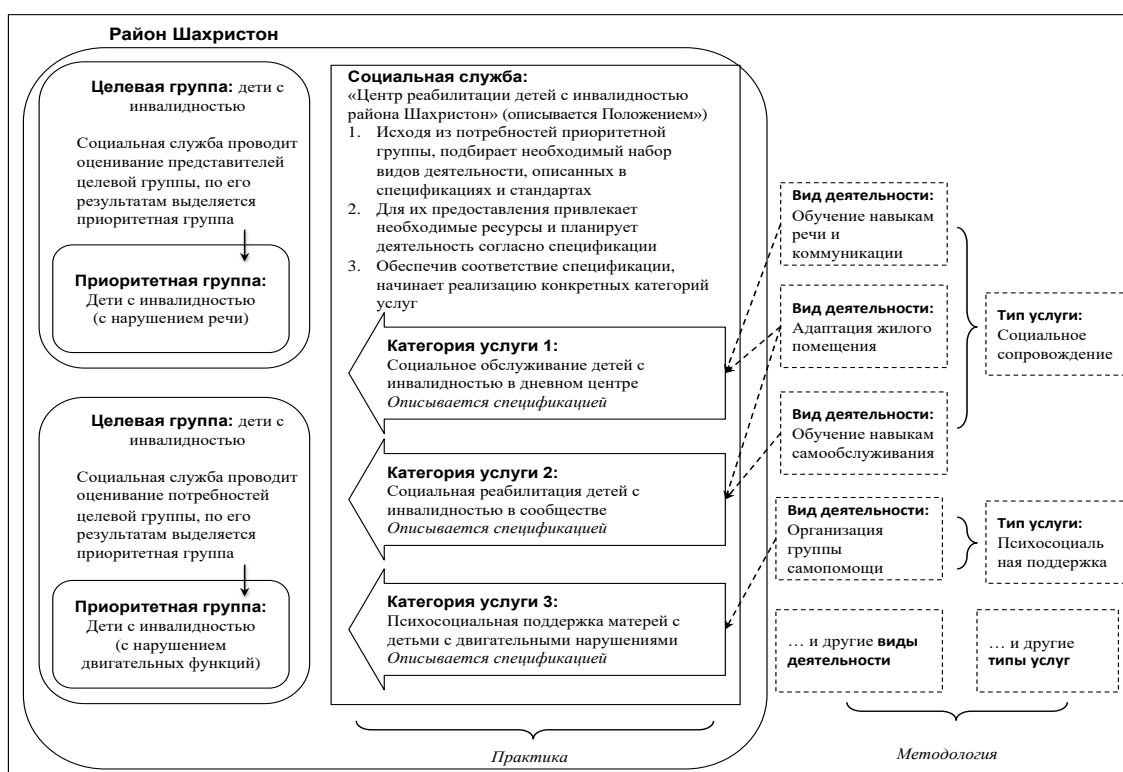


Рисунок 31. Содержание деятельности Центра реабилитации для детей с инвалидностью района Шахристон

²³¹ В районе Шахристон до проведения социологического исследования «Определение потребностей социальных групп в услугах» социальные службы не функционировали. По результатам исследования, начиная с января 2020 года в районе при содействии Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан был открыт Центр реабилитации для детей с инвалидностью, предоставляющий услуги около 60 детям с инвалидностью и их семьям.

Источник: [составлено автором]

Предложенная авторская социальная технология вовлечения детей с инвалидностью получила положительный отзыв Министерства здравоохранения и социальной защиты населения. Несмотря на относительно недавнюю деятельность анализ результатов влияния социальной технологии на благополучие детей с инвалидностью показал хорошие результаты. В период пилотирования модели более 300 детей с инвалидностью получили доступ к образованию, здравоохранению, социальному обеспечению, что свидетельствует об их успешной вовлеченности в социальную жизнь и реализации человеческого капитала.

Таким образом, данная социальная технология доказала, что имеет возможность воздействовать на процесс совершенствования механизмов управления и разработки социальной политики в рамках государства социальных инвестиций.

Разработка и создание стандартов для услуг, обеспечивающих индивидуальный подход, должны быть процессом, который включает и задействует не только лиц, ответственных за формирование услуг, но и социальные службы, наряду с представителями приоритетных групп. Это позволит определить «группу разработчиков стандартов» для каждой категории услуги, которая объединяет специалистов и практиков из ответственных министерств и ведомств, имеющих достаточную информацию об услугах, поставщиков из государственного, частного и общественного секторов, а также пользователей услуг с целью обсуждения и разработки формулировки структурных и функциональных стандартов.

Дальнейшая задача заключается в разработке нормативной системы, которая бы использовала систему мониторинга и оценки предоставления услуги с целью обеспечения качественных социальных услуг социальным группам как на местном, так и на государственном уровнях.

Таким образом, регулирование услуг представляет собой серьезную задачу. Система их регулирования должна быть достаточно четкой и надежной

для того, чтобы она могла без труда функционировать при децентрализованной структуре, где ответственность за оказание почти всех услуг возлагается на местную власть. В этом случае все национальные и местные ключевые лица принимают на себя совершенно разные роли. Министерство здравоохранения и социальной защиты населения перестает быть прямым поставщиком большинства услуг и становится вместо этого гарантом качества этих услуг, а также систем, которые их поддерживают. Деятельность Министерства сосредотачивается на:

- развитию политики и стратегий, исходя из согласованного понимания социального законодательства;
- развитию стандартов при сотрудничестве с поставщиками и пользователями услуг;
- развитию и внедрении систем мониторинга;
- создании и управлении (прямым или косвенным) системой контроля;
- создании и управлении процедурами лицензирования для всех поставщиков услуг.

Вероятно, министерства отойдут от исполнения одновременных ролей поставщиков и регуляторов услуг. В свою очередь, у них появится новая и менее конфликтная задача по предоставлению помощи, поддержки и регулированию услуг, предоставляемых органами местного управления, частными или добровольными организациями. Эти услуги на местном уровне должны быть согласованы с задачами социальной политики.

Для децентрализации услуг необходимы улучшенные системы мониторинга и оценки. В связи с возрастающим количеством и разнообразием поставщиков услуг потребуются также интеграция и улучшение уже существующих систем регулирования, чтобы справиться со сложным рынком поставщиков услуг.

Децентрализация услуг влечет за собой комплексную систему регулирования, основанную на универсальных стандартах (для каждой категории услуги), которые определяют минимальные функциональные и

структурные требования для всех поставщиков услуг. Следовательно, внедрение минимальных стандартов подразумевает, что они будут лежать в основе любой деятельности по регулированию услуг. Это приведет к разработке всеобъемлющего и постоянного механизма обеспечения услуг социальным группам согласно установленного стандарта независимо от того, где или каким поставщиком эти услуги оказываются.

Процесс пилотирования авторской системы мониторинга и оценки на основе спецификаций и стандартов качества предоставления социальной услуги подчеркнул, что, несмотря на большой спрос на услуги, их предоставление в Таджикистане во многих случаях не отвечает потребностям социальных групп. Кроме предоставляемых услуг по уходу за детьми и взрослыми в стационарных учреждениях. Применение данной системы в рамках пилотного исследования четко выявило потребности социальных групп, тем самым определяя реальный характер спроса. Таким образом, ясно описанная спецификация услуги помогает достичь поставленных целей социальной интервенций, независимо от источника финансирования.

Исходя из этого, можно сделать вывод о том, что предоставление услуги на основе спецификаций и минимальных стандартов, разработанной на основе определения потребностей социальных групп являются важной предпосылкой для всего процесса организации, предоставления, улучшения качества и совершенствования механизмов управления социальной защиты и вовлеченности. А внедрение системы мониторинга и оценки поможет увеличить эффективность социального обслуживания путем обеспечения большей подотчетности и прозрачности в том, как используются государственные денежные средства, будет способствовать консультированию процесса формирования бюджета и распределению государственных ресурсов, оценки их эффективности в достижении желаемых целей, в том числе измерению качества и адресности предоставляемого социального обслуживания, повышению благосостояния детей с инвалидностью, снижению бедности и обеспечению равных возможностей.

Прозрачность и достоверность результатов, полученных в ходе мониторинга и оценки, также способствуют совершенствованию механизмов управления социальной защиты и формированию социальной политики, основанной на фактических данных.

Таким образом можно заключить, что в контексте устойчивого развития совершенствование механизмов управления социальной защиты и вовлеченности детей с инвалидностью требует диверсификацию, усиление и внедрение новых моделей и подходов, отвечающих индивидуальным потребностям и способствующим развитию их потенциала. Осуществляемый в Таджикистане фрагментарный подход к управлению социальной защиты и вовлеченности, вытекающий из ограниченного взаимодействия и координация деятельности, увеличивающего числа детей с инвалидностью и уменьшающихся ресурсов, показал свою неэффективность и ограниченность в плане удовлетворения разнообразных потребностей детей. Дальнейшее развитие и совершенствование механизмов управления социальной защиты и вовлеченности связано с передачей полномочий по определению потребностей и планированию интервенций на местный уровень, с непосредственным привлечением детей с инвалидностью и их законных представителей. А ее эффективность заключается в стандартизированном подходе к предоставлению услуг и оценке результативности данных услуг, базирующиеся на снижении социального неравенства и развитии человеческого капитала. Такой подход к совершенствованию механизмов управления сможет достичь поставленных целей, только в том случае, если социальная политика государства, направленная на повышение уровня благосостояния человека, будет учитывать интересы и приоритеты детей с инвалидностью и создавать условия для их участия и полной реализации их капитала.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Политические и социально-экономические кризисы, происходящие на глобальном и региональном уровне, непосредственно затрагивают все население – снижается качество и уровень жизни, ограничивается способность адаптации к социальным изменениям, что способствует социальному неравенству. Дети с инвалидностью, как наиболее социально незащищенная группа населения, исключаются из жизни социума.

Одна из целей устойчивого развития (Снижение уровня неравенства внутри стран и между ними) предусматривает создание благоприятной среды для непрерывного развития человека. Задача государства состоит в обеспечении социальной стабильности и создания равных возможностей для всех, реализации прав детей с инвалидностью на равное использование ресурсов.

Стратегическим ресурсом развития страны в современном мире становится человеческий потенциал (в некоторых странах доходящий до 80% национального богатства), сущность которого приобретает новый смысл в контексте государства социальных инвестиций.

В социальной политике Таджикистана недостаточно внимания уделяется развитию человеческого потенциала детей с инвалидностью, которые не в состоянии самостоятельно решать свои жизненные проблемы.

Вместе с тем, актуализируется необходимость обеспечения государством приемлемого уровня жизни и совершенствование механизмов управления социальной защиты и вовлеченности, требует активного и непосредственного участия детей с инвалидностью в формировании справедливого общества.

В диссертационной работе на основе интегрального подхода, системного обзора научной литературы, обработки статистических данных и социологических исследований, осуществлен анализ системы социальной защиты Таджикистана, определены проблемы и предложены механизмы

совершенствования управления, адаптирована международная социальная технология ВОЗ «Реабилитация на уровне сообщества».

Полностью подтверждена гипотеза о том, что инвестиции в развитие человеческого капитала детей с инвалидностью, помогают им справляться с трудными жизненными ситуациями. Механизмы социальной защиты и вовлеченности содействуют социальной интеграции детей с инвалидностью в социальную жизнь. Адаптированная к условиям Таджикистана международная социальная технология ВОЗ обеспечивает детям доступность государственных и общественных услуг. Разработанная авторская система мониторинга и оценки, включающая спецификацию и стандарты, позволяет совершенствовать социальную политику Таджикистана.

Основные выводы, полученные в ходе диссертационного исследования, можно сформулировать следующим образом:

1. Инвестиции в создание благоприятной среды и развитие человеческого капитала в трансформационном периоде развития Таджикистана рассматриваются как основной фактор смягчения проблем социального неравенства, способствующий социальной защите и вовлеченности детей с инвалидностью в социальную жизнь.
2. Интеграция и реализация прав детей с инвалидностью позволяет включиться им в систему общественных отношений и стать экономически независимыми, активно участвовать в политической, культурной и социальной жизни общества.
3. Адаптированная международная социальная технология ВОЗ «Реабилитация на уровне сообщества», протестированная в ряде пилотных районах, показала свою эффективность и необходимость ее включения в систему социальной защиты. Повсеместное использование данной социальной технологии будет способствовать совершенствованию управления социальной защиты Таджикистана.
4. Проведенное социологическое исследование с целью определения потребностей различных социальных групп населения в услугах

здравоохранения, образования, социального обслуживания и базовых услуг выявило репрезентативную информацию для использования государственными служащими местных и национальных уровней по принятию необходимых и обоснованных решений.

5. Систематизированный и стандартизированный подход к предоставлению социального обслуживания обеспечивает минимально приемлемое качество услуги, независимо от поставщиков, источников финансирования или региона страны.
6. Проведение мониторинга и оценки услуг «Реабилитация детей с инвалидностью на уровне сообщества» на макро, мезо и микро уровнях представляет собой инструмент совершенствования механизмов управления социальной защиты, вовлеченности детей с инвалидностью и развития человеческого капитала.

Концепция устойчивого развития рассматривает все население страны и детей с инвалидностью, в частности, не как потребителей государственных услуг, а как самостоятельных личностей, способных принимать адекватные решения и активно участвовать в экономической жизни страны. Важную роль в данном процессе играют механизмы управления социальной защиты и вовлеченности, создающие условия, позволяющие реализовать человеческий капитал и расширяющие права и возможности детей с инвалидностью в полной мере.

Рекомендации по практическому применению результатов исследования

Концепция устойчивого развития рассматривает все население страны и детей с инвалидностью, в частности, не как потребителей государственных услуг, а как самостоятельных личностей, способных принимать адекватные решения и активно участвовать в экономической жизни страны. Важную роль в данном процессе играют механизмы управления социальной защиты и вовлеченности, создающие условия, позволяющие реализовать человеческий

капитал и расширяющие права и возможности детей с инвалидностью в полной мере.

Представителям министерств здравоохранения и социальной защиты населения, труда, миграции и занятости населения, образования и науки в качестве рекомендаций было предложено:

1. дополнить ст. 35 а) п.6 Концепции развития системы социального обслуживания в Республике Таджикистан (утвержденной постановлением Правительства Республики Таджикистан от 4.10.2013 года, № 446) следующим пунктом: «на основе спецификаций и минимальных стандартов предоставления социальной услуги»;

2. дополнить ст. 35 б) п.6 Концепции развития системы социального обслуживания в Республике Таджикистан (утвержденной постановлением Правительства Республики Таджикистан от 4.10.2013 года, № 446) следующим пунктом: «исходящих из реальных потребностей социальных групп»;

3. утвердить инструмент определения потребностей социальных групп в услугах совместным приказом Министерства здравоохранения и социальной защиты населения и Министерства экономического развития и торговли;

4. возложить на отделы социальной защиты населения функцию проведения мини-социологического исследования, включающего основные базовые понятия по определению потребностей социальных групп в услугах;

5. разработать соответствующие планы реализации выявленных потребностей;

6. утвердить систему мониторинга и оценки качества «Реабилитация детей с инвалидностью на уровне сообщества» предоставления социальных услуг на основе спецификаций и стандартов и инициировать ее внедрение на территории Таджикистана;

7. включить в программу высшего образования по направлению «Социальная работа», «Государственное и муниципальное управление», а так же в программы повышения квалификации государственных служащих

спецкурсы: «Методы определения потребностей в социальных услугах», «Спецификации и стандарты предоставления социальных услуг»;

8. создать условия для активизации населения в непосредственном участии в процессах определения потребностей, планирования социальных интервенций, реализации социальных программ и проведения мониторинга и оценки качества, предоставляемых услуг.

9. демонстрировать в социальных сетях и средствах массовой информации успешные примеры социальной вовлеченности детей с инвалидностью.

10. обеспечить доступность к услугам здравоохранения, образования, самообеспечения, социальным программ, и программам, расширяющим права и возможности, направленные на реализацию человеческого капитала и выхода из трудной жизненной ситуации детям с инвалидностью и их законным представителям.

Перечень предложенных рекомендаций не является исчерпывающим, так как совершенствование механизмов управления социальной защиты и вовлеченности детей с инвалидностью не ограничивается внедрением адаптированной международной социальной технологии «Реабилитация на уровне сообщества». Трансформации, происходящие в глобальной мире, в Российской Федерации, влияют на экономическую, социальную и политическую ситуации в Таджикистане, что требуют постоянного поиска оптимальных управленческих решений.

Список литературы

1. Аверина, Е.А. Интеграция инвалидов в общество: теоретическое осмысление проблемы Е.А. Аверина // Вес. Том. гос. ун-та. Философия. Социология. Политология. 2011. – № 1 (13). – С. 5-11.
2. Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан [Электронный ресурс] – Электрон. текстовые дан. – Душанбе: [б.и.], 2022. – Режим доступа https://stat.tj/storage/publications/July2019/macmuai_sumorai_aholi_to_1_anvari_soli_2019.pdf, свободный.
3. Аубакирова, И.У. Социальное государство и современная евразийская модель государственного управления. [Текст] /И.У. Аубакирова // Правовое поле современной экономики. 2016. – № 9. – С.24-38.
4. Барков С.А., Зубков В.И. Социология организаций. 2-е изд., перераб и доп. [Текст]: учебное пособие // С.А. Барков, В.И. Зубкова. – М.: Юрайт, 2015. – 414с.
5. Бедность в Таджикистане. Всемирный Банк. [Электронный ресурс] – Электрон. текстовые дан. – Душанбе: [б.и.], 2022. – Режим доступа <https://www.vsemirnyjbank.org/ru/news/infographic/2021/10/15/poverty-in-tajikistan-2021>, свободный.
6. Бергер, П., Лукман, Т. Социальное конструирование реальности. Трактат по социологии знания /П. Бергер, Т. Лукман. – М.: Медиум, 1995. – 323с.
7. Блумер, Г. Общество как символическая интеракция /Г.Блумер // Современная зарубежная социальная психология: Тексты / Под ред. Т. М. Андреевой, Н. Н. Богомоловой, Л. А. Петровской. – М., 1984. - С.173–179.
8. Бурганова Л.А. Теория управления. [Текст]: учебное пособие //Л.А. Бурганова. – М.: Инфра-М, 2009. – 151с.
9. Васильева, Н.В. Жизненные планы молодых инвалидов: особенности формирования и реализации в современном российском обществе [Текст]:

дис. ... канд. соц. наук: 22.00.04. /Васильева Наталья Владимировна. – М., 2000. 155с.

10. Вебер, М. Избранные произведения / М. Вебер – М.: «Прогресс», 1990. – 808с.

11. Волкова И., Свердлов А. Перспективное направление развития современной коррекционной психологии [Электронный ресурс]: научно-педагогический интернет-журн. / Электрон.науч.журн. – СПб., 2013. -. Режим доступа: <http://www.emissia.org/offline/2013/2073.htm>, свободный.

12. Волкова И. Современные парадигмы теории и практики социально-психологической адаптации и интеграции инвалидов по зрению. [Текст] /И. Волкова // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. 2008. – №3. – С.477-486.

13. Всемирная организация здравоохранения. [Электронный ресурс]. – Электрон. текстовые дан. – Душанбе: [б.и.], 2022. – Режим доступа: <https://www.who.int/ru/about/who-we-are/constitution>, свободный.

14. Всемирная организация здравоохранения. [Электронный ресурс] – Электрон. текстовые дан. – Душанбе: [б.и.], 2022. – Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>, свободный.

15. Всемирный доклад об инвалидности. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2011. – 325с.

16. Выдрина, И.И., Ефременкова, Е.А. и др. Социальная защита инвалидов (теория, история и практика правового регулирования): коллективная монография / Под. общ. ред. И.И. Выдровой. – М.: КноРус, 2020. – 154с.

17. Выготский, Л.С. Основы дефектологии /Л.С. Выготский. – СПб.: Лань, 2003. – 654с.

18. Гаибов, А., Лукьянов, Н., Рузиев, М., Абдурахимов, А. Условия перехода к социальной модели инвалидности и особенности реабилитации лиц с ограниченными возможностями в Республике Таджикистан. [Текст] / А.

Гаибов, Н. Лукьянов, М. Рузиев, А. Абдурахимов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2017. – № 3. – С.11-15.

19. Гейц, И.В. Гарантии, социальная защита и поддержка населения в Российской Федерации /И.В. Гейц. – М.: ДИС, 2005. – 640 с.

20. Гидденс, Э. Социология /Э. Гидденс. – М.: Эдиториал УРСС, 2005. – 632 с.

21. Годовой отчет по результатам ЮНДАФ. – Душанбе: ПРООН, 2016. – С.51.

22. Голиков, Н.А. Дети инвалиды: инвалидизация, интеграция, инклюзия. [Текст] / Н.А. Голиков // Теория и практика общественного развития. 2015. – №13. – С.1-4.

23. Григорьева, Н.С., Чубарова, Т.В. Мотивация в системе государственного регулирования (на примере формирования здорового образа жизни) /Н.С. Григорьева, Т.В. Чубарова // Государственное управление. Электронный вестник. 2018. – №70. – С. 194-219.

24. Григорьева, Н.С.; Чубарова, Т.В. Современное социальное государство между «старым» и «новым» патернализмом: ловушки мотивации [Текст] / Н.С. Григорьева, Т.В. Чубарова // Проблемы теории и практики управления Международный научный журнал. 2019. – №7. – С.16-28.

25. Группа Всемирного банка [Электронный ресурс]: Экономическое и социальное влияние COVID-19: Обновлённая информация, полученная из исследования «Слушая Таджикистан» / W. Seitz. – Электрон. Текстовые дан. – Душанбе: 2022. – Режим доступа: <https://www.vsemirnyjbank.org/ru/news/factsheet/2020/07/13/economic-and-social-impacts-of-covid-19-update-from-listening-to-tajikistan>, свободный.

26. Демографический ежегодник 2021. – Душанбе: Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, 2021. – 348с.

27. Департамент по экономическим социальным вопросам ООН. [Электронный ресурс]. – Электрон. текстовые дан. – Душанбе [б.и.], 2022. –

Режим доступа: <https://social.desa.un.org/publications/promoting-social-integration-through-social-inclusion-2021-resolution>, свободный.

28. Доклад о человеческом развитии в Центральной Азии [Электронный ресурс]. – Электрон. текстовые дан. – Душанбе: [б.и.], 2022. – Режим доступа: http://www.un.org/ru/development/hdr/central_asia_2005.pdf, свободный.

29. Доклад о человеческом развитии 2019. За рамки уровня доходов и средних показателей сегодняшнего дня: неравенство в человеческом развитии в XXI веке. – Нью Йорк. ООН, 2019. – 368с.

30. Доклад о человеческом развитии: Человеческое развитие для всех и каждого. – Нью Йорк: ПРООН, 2016. – 289с.

31. Документ Стратегии сокращения бедности: постановление Правительства Республики Таджикистан от 30.06.2002г. № 209. [Текст]. // Ахбори Маджлиси Оли Республики Таджикистан. – 2002. - №209.

32. Дюркгейм, Э. Самоубийство: Социологический этюд/Пер, с фр. с сокр./ Под ред. В. А. Базарова. – М.: Мысль, 1994. – 399с.

33. Жуков, В.И. Российские преобразования: социология, экономика, политика. 1985–2001 годы. /В.И. Жуков – М.: МГСУ, 2002. – 666с.

34. Зайцев, Д.В. Социальная интеграция детей-инвалидов в современной России. [Текст] / Д.В. Зайцев. – Саратов: Научная книга, 2003. – 255с.;

35. Закон Республики Таджикистан «Об образовании» от 22-го июля 2013 года, № 1004 в последней редакции от 17 декабря 2020 года, №1738. [Текст] // Ахбори Маджлиси Оли Республики Таджикистан. - 2013. – ст.6.

36. Закон Республики Таджикистан «О предупреждении насилия в семье» от 19 марта 2013г. №954. [Текст] // Ахбори Маджлиси Оли Республики Таджикистан. – 2013. №3. – ст.197.

37. Закон Республики Таджикистан «О социальной защите инвалидов» от 29-го декабря 2010 года, № 675 в редакции от 17 декабря 2020 года, №1739 // Ахбори Маджлиси Оли Республики Таджикистан. - 2010.

38. Зарубина Н. Н. Упрощенные социальные практики как способ адаптации к сложному социуму. [Текст] /Н.Н. Зарубина // Социологические исследования. 2014. – №5 (361). – С. 37-46.
39. Заславская, Т.И., Ядов, В.А. Социальные трансформации в России в эпоху глобальных изменений / Т.И. Заславская, В.А. Ядов // Социологический журнал. 2008. – № 4. – С. 8-22.
40. Захаров М.Л., Тучкова Э.Г. Право социального обеспечения России. /М.Л. Захарова, Э.Г. Тучкова. – М.: Волтерс Клувер, 2005. – С. 34.
41. Здравоохранение в Республике Таджикистан. – Душанбе: Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, 2019. – 85с.
42. Здравоохранение в Республике Таджикистан. – Душанбе: Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, 2022. – С. 85с.
43. Исследование уровня знаний, отношения и поведения населения по отношению к детям и женщинам с инвалидностью в Республике Таджикистан. – Душанбе: ЮНИСЕФ, 2016. – 131с.
44. Источники права социального обеспечения России: монография. / Под. ред. С.И. Кобзева. – М.: Проспект. 2009. – 263с.
45. Капелюшников, Р.И. Сколько стоит человеческий капитал России? / Р.И. Капелюшников. – Москва: ВШЭ, 2012. – 76с.
46. Кетриш, Е. Эволюция отношения общества к детям с нарушениями в развитии. [Текст] /Е. Кетриш // Научный диалог. 2015. – № 7(43). – С.8-26.
47. Ключко, Е. Жизнь без барьеров: о перспективах и изменениях в положении детей с инвалидностью и инвалидов с детства. [Текст] /Е. Ключко // Psychological Science & Education. 2016. – № 21(1). – С. 94-107.
48. Козловски, П. Общество и государство: неизбежный дуализм /Пер. с нем. – М.: Республика, 1998. – 368 с.
49. Комилова, З.А. Влияние технической помощи на достижение Таджикистаном повсеместной ликвидации нищеты во всех ее формах /З.А. Комилова // Экономика Таджикистана. – № 4. 2015. Душанбе. – С.74-80.

50. Комилова, З.А. Инвалидность и социальная политика: проблемы и перспективы /З.А. Комилова // Материалы международной научно-практической конференции «Здоровье населения: профилактика заболеваний и инвалидность в Республике Таджикистан». – Душанбе.: 2016. – С. 218-223.

51. Комилова З.А. Таксономия системы социальной защиты населения Республики Таджикистан. / З.А. Комилова // Таджикистан и современный мир // Центр стратегических исследований при Президенте РТ. 2015. – № 6 (49). – С.91 -100.

52. Комиловой З.А. Управление социальным обслуживанием уязвимого населения через государственный социальный заказ [Текст]. /З.А. Комилова // Власть.2018 – № 07 (т.26). – С. 117 -122.

53. Комилова З.А., Рыбакова М.В. Государственное управление модернизацией интегрированной системы социального обслуживания в Таджикистане. /З.А. Комилова, М.В. Рыбакова // Государственное управление. Электронный вестник. – № 72 (02). 2019. – С. 165- 187.

54. Конвенция ООН о правах инвалидов, принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеей от 13.12.2006. [Электронный ресурс]. – Электрон. текстовые дан. – Душанбе [б.и.], 2022. – Режим доступа: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml, свободный.

55. Конституционный Закон Республики Таджикистан «О местных органах государственной власти» [Текст] // Ахбори Маджлиси Оли Республики Таджикистан. – 2004. - №1872. – глава 2. – ст.7.

56. Концепция развития системы социального обслуживания в Республике Таджикистан от 04.10.2013г., №446, в редакции от 2 июля 2015 г., № 448. [Текст] // Ахбори Маджлиси Оли Республики Таджикистан. - 2013.

57. Коулман, Дж. Капитал социальный и человеческий / Дж. Коулман. // Общественные науки и современность. 2001. – №3. – С. 121-139.

58. Кравченко, С.А., Зарубина, Н.Н., Подберезкин, А.И., и др. Доверие к знанию в условиях социальной турбулентности: риски, уязвимости, вызовы

безопасности: монография / Под общ. ред. С.А. Кравченко. – Москва: МГИМО-Университет, 2018. – 274с.

59. Крозье, М. Современное государство – скромное государство. Другая стратегия изменения / М. Крозье // Антология мировой политической мысли; В 5 т. – Т. II «Зарубежная политическая мысль. XXв.». – М.: Мысль, 1997. – С. 699 -711.

60. Леньков, Р.В., Богданов, В.С. Проблемы «сборки» будущей российской интеллигенции как потенциала социокультурной модернизации: социолого-управленческий дискурс. [Текст] /Р.В. Леньков, В.С. Богданов // Научный результат. Социология и управления. Т.5, – №4, 2019. – С. 163-175.

61. Лисицын, Ю.П., Улумбекова, Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение/ Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 544с.

62. Магзумова, Ф.П. Пути улучшения системы медико-социальной реабилитации инвалидов в Республике Таджикистан. [Текст]/ Ф.П. Магзумова // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2022. – №4 (40). – С.7-12.

63. Мангейм, К. Человек и общество в эпоху преобразования / Мангейм К. Диагноз нашего времени. – М.: Юристъ, 1994. – С.693.

64. Марупова, Н.Ш. Система социальной защиты населения в Республике Таджикистан и ее особенности. [Текст]/Н.Ш. Марупова // Вестник Таджикского государственного университета коммерции. 2012. – №2 (36). – С.87-95.

65. Медико-демографическое исследование Таджикистана. – Душанбе: Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, 2018г. – С. 471.

66. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. МКФ: краткая версия. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2001. – 228с.

67. Мид, Г. Интернализированные другие и самость /Г. Мид //Американская социологическая мысль / Под ред. В.И. Добренькова. – М.: Изд-во МГУ, 1994. – 496 с.

68. Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. [Электронный ресурс] – Электрон. текстовые дан. – Душанбе: [б.и.], 2023. – Режим доступа: <http://moh.tj>.

69. Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации. [Электронный ресурс] – Электрон. текстовые дан. – Москва: [б.и.], 2022. – Режим доступа: <http://rosmintrud.ru>, свободный.

70. Муродзода, А. Основные направления социальной защиты инвалидов в Таджикистане. [Текст] / А. Муродзода // Вестник Таджикского национального университета. 2019. – №4. – С.126-133.

71. Национальная коалиция родительских организаций детей с ограниченными возможностями здоровья. экземплярам [Электронный ресурс]. – Электрон. текстовые дан. – Душанбе: [б.и.], 2022. – Режим доступа: <http://www.muttako.tj/>, свободный

72. Национальный сектор социальной защиты Таджикистана. Текущее положение: Проблемы и рекомендации. – Душанбе: Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан и ЮНИСЕФ, 2022. – 136с.

73. Новикова, С.И. Определение понятий, связанных с инвалидностью на современном этапе развития законодательства республики Беларусь. [Текст] /С.И. Новикова // Право. 2017. – №3. – С. 23-31.

74. Образование в Республике Таджикистан. Таджикистан. – Душанбе: Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, 2022г. – С.106.

75. Организация Объединенных Наций. [Электронный ресурс]. – Электрон. текстовые дан. – Душанбе: [б.и.], 2022. – Режим доступа: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>, свободный.

76. Организация Объединенных Наций [Электронный ресурс] – Электрон. текстовые дан. – Душанбе: [б.и.], 2020. – Режим доступа: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/sustainable-development-goals/>,

свободный.

77. Пестова, Г.А. Социология управления. [Текст] /Г.А. Пестова. – М.: Академия Естествознания, 2011. – 103с.

78. Плотников, М.В., Смельцова, С.В. Социальные технологии как объект социологического исследования. [Текст] / М.В. Плотников, С.В. Смельцова // В мире научных открытий. – 2012. – №4. – С.169-180.

79. Поддубная, Т. Н., Поддубный, А.О. Социальная защита семьи и детства в Российской Федерации. [Текст]: справочник. // Т.Н. Поддубная, А.О. Поддубный. – Ростов н/Д.: Феникс, 2015. – 510с.

80. Положение на рынке труда. Обследование рабочей силы. – Душанбе: Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, 2017. – С. 219.

81. Постановление Коллегии Министерства труда и социальной защиты населения Республики Таджикистан «О Порядке проведения мониторинга и оценки деятельности социальных служб на основании спецификаций и стандартов» от 30.05.13г. № 24.

82. Постановление Правительства «О Порядке и объемах предоставления бесплатного социального обслуживания» от 13 декабря 2013г., № 724, в редакции от 2 июля 2015г. № 448. [Текст] // Ахбори Маджлиси Оли Республики Таджикистан. - 2013.;

83. Постановление Правительства «О Порядке назначения, финансирования и выплаты адресной социальной помощи малообеспеченным семьям и гражданам» от 14 мая 2020 г. №271. в редакции от 23 ноября 2022г. №548. [Текст] // Ахбори Маджлиси Оли Республики Таджикистан. - 2020.

84. Пригожин А.И. Современная социология организаций. [Текст] /А.И. Пригожин. – М.: Интерпракс,1995. – 296с.

85. Проблемы социального отчуждения и развитие человеческого потенциала Республики Таджикистан. Коллективная монография /Р.М. Бабаджанов/ Под ред. Бабаджанова Р.М. – Душанбе: ООО «Фарзин 2012», 2012. – 169с.

86. Прохоров, А.М. Большой энциклопедический словарь. 2-е изд., перераб. и доп. /А.М. Прохоров. – СПб.: «Норинт», 2004. – 1456с.

87. Реабилитация на уровне общины. Руководство по РУО. – Мальта: Всемирная организация здравоохранения, 2010. – 524с.

88. Романов, П.В., Ярская-Смирнова, Е.Р. Политика инвалидности: Социальное гражданство инвалидов в современной России /П.В. Романов, Е.Р. Ярская-Смирнова. – Саратов: Изд-во «Научная книга», 2006. – С.10-32.

89. Рубинштейн, А.Я. Экономика общественных предпочтений. Структура и эволюция социального интереса / А.Я. Рубинштейн. – СПб.: Алетейя, 2008. – 560 с.

90. Рыбакова М.А. Особенности социализации детей, оставшихся без попечения родителей на Евразийском пространстве. [Текст] /М.В. Рыбакова // Социально-гуманитарные знания. 2018. – №1. – С. 127-135.

91. Рыбакова, М.В. Управление развитием человеческого капитала студенческой молодежи / М.В. Рыбакова // Социально-гуманитарные знания. 2019. – №6. – С.129-135.

92. Сен, А. Развитие как свобода /А. Сен. – М.: Новое издательство, 2004. – 432 с.

93. Сидорина, Т.Ю. Два века социальной политики. [Текст] /Т.Ю. Сидорина. – М.: Типография «Наука», 2005. – 448с.

Скрипко, Л.Е. Процессный подход в управлении качеством. [Текст] /Л.Е. Скрипко. – СПб.: ГУЭФ. 2011. – 105с.

94. Смакотина Н. Л. Молодежь в ситуации социальной нестабильности. /Н.Л. Смакотина // Народонаселение. 2012. – №3 (57). – С.91-95.

95. Соловьев, А.И. Массовое сознание и государственная политика: точки пересечения и проблемы взаимодействия. [Текст] /А.И. Соловьев // Политическая наука. 2017. – №1. – С. 186-203.

96. Соловьев А.И. Политическое «разрушение» государственности или «Ноев ковчег» постсовременности. /А.И. Соловьев // Вестн. Том. Гос. Ун-та. Философия. Социология. Политология. 2019. – №50. – С.200-209.

97. Сорокин П.А. Система социологии. / П.А. Сорокин // Под общ. ред. В.В. Сапов. – М.: АСТ, 2008. – 1008с.

98. Сорокин, П. А. Социология революции /П.А. Сорокин // Человек. Цивилизация. Общество – М., 1992. – 153с.

99. Социально-экономическое положение Республики Таджикистан. – Душанбе: Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, 2020г. – 309с.

100. Социально-экономическое положение Республики Таджикистан. – Душанбе: Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, 2022г. – С.309.

101. Спицына, А., Ламонов, Д., Беликова, Н. Социальная защита детей и инвалидов как приоритетное направление социальной политики государства. [Текст] /А. Спицына, Д. Ламонов, Н. Беликова // Сборник научных трудов 2-й Всероссийской научно-практической конференции «Структурные преобразования экономики территорий: в поиске социального и экономического равновесия» (14-15 марта 2019г.). – Курск: ЗАО «Университетская книга», 2019. – С.274-280.

102. Статистический сборник сферы образования Республики Таджикистан на 2021-2022 учебный год. Часть 2. – Душанбе: Министерство образования и науки Республики Таджикистан, 2022. – 241с.

103. Стратегия охраны здоровья населения Республики Таджикистан на период до 2030 года от 30 сентября 2021г. [Текст] // Ахбори Маджлиси Оли Республики Таджикистан. – 2021. - №414. – ст.1.

104. Тавокин, Е.П. К вопросу о концепции социального государства //Е.П. Тавокин // Социологические исследования. 2015. – № 9 (377). – С.125-134.
105. Тавокин Е.П. Социология управления. [Текст]: учебное пособие //Е.П. Тавокин. – Москва: Инфра-М, 2016. – 200с.
106. Таджикистан в цифрах 2021. – Душанбе: Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, 2021. – 157 с.
107. Тихонова, Н. Е. Социальная политика в современной России: новые системные вызовы /Н.Е. Тихонова // Общественные науки и современность. 2019. – №2. – С. 5-18.
108. Ткачева В.В. Семья ребенка с ограниченными возможностями здоровья: диагностика и консультирование. – М.: Национальный книжный центр, 2014. – 160с.
109. Тощенко, Ж.Т. Социология управления. [Текст] /Ж.Т. Тощенко. – М.: Центр социального прогнозирования и маркетинга, 2011. – 300с.
110. Туебеков, Ш.Ж. Человеческий капитал: понятие и особенности его использования. [Электронный ресурс] / Ш.Ж. Туебеков. – Электрон. текстовые дан. – Душанбе: [б.и.], 2022. – Режим доступа: <https://articlekz.com/article/10736>, свободный.
111. Фененко Ю.В. Основы социологии управления. [Текст]: учебное пособие //Ю.В. Фененко. – М.: ПКЦ Альтекс, 2005. – С. 236.
112. Фромм, Э. Здоровое общество/Пер. Т. В. Банкетовой. – М.: АСТ, Хранитель, 2006. – 544 с.
113. Халикова, М., Боймуродов, Б., Вохидов А. Прчинно-следственные факторы детской инвалидности в Республике Таджикистан [Текст] / Халикова М., Боймуродов Б., Вохидов А. // Медицинский вестник национальной Академии наук Таджикистана. 2021. - №2 (38). – С. 65-71.
114. Хижный, Э. Государственная система социальной защиты граждан в странах Западной Европы. [Текст] / Э. Хижный. – М.: ИНИОНРАН, 2006. – 230с.

115. Чубарова, Т.В. Государство социальных инвестиций – новый поворот в социальной политике? /Т.В. Чубарова // *Общественные науки и современность*. 2015. – №6. – С.14-28.

116. Чубарова, Т.В. Социальная сфера в современной экономике: вопросы теории и практики / Т. В. Чубарова. – СПб.: Нестор-История, 2015. – 240с.

117. Шайхатдинов В.Ш. Право социального обеспечения. 3-е изд. перераб и доп. / В.Ш. Шайхатдинов. – М.: Юрайт, 2015. – 384 с.

118. Шоисматуллоев, Ш., Кодиров, З.К. Социальные условия и факторы участия граждан в решении проблем местного значения в условиях модернизации таджикского общества / Ш. Шоисматуллоев, З.К. Кодиров // *Вестник Таджикского государственного финансово-экономического университета*. - 2018. – №1. – С.78-84.

119. Штомпка, П. Социология социальных изменений / Пер, с англ, под ред. В.А. Ядова. – М.: Аспект Пресс – 1996 г. – 417с.

120. Штомпка, П. Социальная травма: Социальные изменения как травма /П. Штомпка // *Социальные исследования*. 2001. – №1. – С.6-16.

121. Щербин В.В. Социальные технологии: история появления термина, трансформация содержания, современное состояние. [Текст] /В.В. Щербин // *Социологические исследования*. 2014. – № 7. – С.113-124.

122. Шляпентох В. Многослойное общество: «антисистемный» взгляд на современную Россию. [Текст] /В. Шляпентох // *Социологический журнал*. 2015. – № 4. – С. 5-21.

123. Шютц, А. Смысловая структура повседневного мира: очерки по феноменологической социологии // А.Шютц. Сост. А.Я. Алхасов; Пер. с англ. А.Я. Алхасова и др. – М.: Институт Фонда «Общественное мнение», 2003. – 336с.

124. Экономический словарь терминов [Электронный ресурс] – Электрон. текстовые дан. – Душанбе: [б.и.], 2022. – Режим доступа: <https://gufo.me/search?term=человеческий+капитал>, свободный.

125. Ярская-Смиронова, Е., Романов, П. Герои и тунеядцы: иконография инвалидности в советском визуальном дискурсе / Е. Ярская-Смиронова, П. Романов // Визуальная антропология: режимы видимости при социализме / Под ред. Е.Ярской-Смирновой, П.Романова. – М.: Вариант, ЦСПГИ, 2009. – С. 289-331.

126. Abbot, S., McConkey, R. The barriers to social inclusion as perceived by people with intellectual disabilities. [Текст] / S. Abbot, R. McConkey // Journal of Intellectual Disabilities. 2006. – №10 (3). – P.275-287.

127. Aiden, H., McCarthy, A. Current attitudes towards disabled people /H. Aiden, A. McCarthy. – London: Scope about disability, 2014. – 20с.

128. Alkire, S. Human development: definitions, critiques, and related concepts. Oxford Poverty & Human Development Initiative. 2010.

129. Babones, S. What is world-systems analysis? Distinguishing theory for perspective. [Текст] / S. Babones // Thesis Eleven. 2015. – №. 127. – С.3–20.

130. Barker, R.G., Wright, B.A., Meyerson, L., Gonick, M.R. Adjustment to physical handicap and illness: A survey of the social psychology of physique and disability / R.G. Barker, B.A. Wright, L. Meyerson, M.R. Gonick // Social Forces. 1947. – № 26 (1). – С. 111–112.

131. Becker, G.S. Human Capital: a Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education / G.S. Becker. – Chicago: The University of Chicago Press, 2009. – 412p.

132. Beyond transition: towards inclusive societies. – Bratislava: UNDP Regional Bureau for Europe and CIS, 2011. – 125с.

133. Vorjian, H. Education xxviii. in Tajikistan. Encyclopaedia Iranica. [Электронный ресурс] / H. Vorjian. – Электрон. текстовые дан. – Душанбе: [б.и.], 2022. – Режим доступа: <https://iranicaonline.org/articles/education-xxviii-in-tajikistan>, свободный.

134. Bourdieu, P. The forms of capital. In J. Richardson (Ed.) Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education / P. Bourdieu /Под ред. Richardson J. – New York: Greenwood Press, 1986. – 241-258с.
135. Budgeting document: Budgeting, costing, and financial gap analysis for children. – Dushanbe: UNICEF, 2019. – 143с.
136. Cairney, P. Understanding Public Policy. Theories and Issues. [Текст] /P. Cairney. – Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2012. – 327с.
137. Cantwell N., et al. Moving forward: Implementing the Guidelines for the Alternative Care of Children. – Glasgow: Centre for Excellence for Looked After Children in Scotland, 2012. – С.23.
138. Children in residential care in Tajikistan: Overview and prospects for the future. – Dushanbe: UNICEF, 2014. – С.79.
139. Cichon M., Scholz W. Financing social protection. /M. Cichon, W. Schols. – Geneva: International Labour Organization, 2004. – 696с.
140. Combating Poverty and Inequality: Structural Change, Social Policy and Politics. – Geneva: UNRISD/UN Publications, 2010. – 360с.
141. Creamer, D. Disability and Christian theology: Embodied limits and constructive possibilities /D. Creamer. – Oxford: Oxford University Press, 2009. – 168с.
142. Degerner, T. Disability in a Human Rights Context / T. Degerner // Laws. 2016. –№ 5 (35). – С.1-24.
143. Devenish A., Afshar C. The role of digital technology in COVID social protection responses. WIEGO. [Электронный ресурс] – Электрон. текстовые дан. – Душанбе: [б.и.], 2022. – Режим доступа: <https://www.wiego.org/social-protection-responses-covid-19>, свободный.
144. Disability rights history. Equal access and disability rights commission [Электронный ресурс]. – Электрон. текстовые дан. – Душанбе: [б.и.], 2022. – Режим доступа: <https://www.equalaccesscommission.org/disability-history>, свободный.

145. Donlandson, J. Changes and attitudes towards handicapped persons: a review and analysis of research / J. Donlandson // Council for exceptional children. 1980. – № 46 (7). – С. 504-514.

146. Emmerij, L. The Basic Needs Development Strategy. [Электронный ресурс] /L. Emmerij. – Электрон. текстовые дан. – Душанбе: [б.и.], 2022. – Режим доступа: https://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess_bg_papers/bp_wess2010_emmerij.pdf, свободный

147. Fleischer, D., Zames, F. The Disability Rights Movement: From Charity to Confrontation / D. Fleischer, F. Zames. – Philadelphia: Temple University Press, 2011. – 360с.

148. Gash, T., Panchamia, N., Sims, S., Hotson, L. Making public service markets work: Professionalising government's approach to commissioning and market stewardship. /T. Gash, N.Panchamia, S.Sims, L.Hotson. – London: Institute for Government, 2013. – 127с.

149. Gentilini U., Almenfi M., Orton I., Dale P. и др. Social Protection and Jobs Responses to COVID-19: A Real-Time Review of Country Measures. / U. Gentilini, M. Almenfi, I. Orton, P.Dale. – Washington, DC: World Bank, 2020. – 520с.

150. Goldberg, Il., Lippman, L. Plato had a word for it / Il. Goldberg, L. Lippman // Exceptional children. 1974. – №40.5. – С.325-334.

151. Goldin, C. Human Capital. In: Handbook of Cliometrics /C Goldin. – Heidelberg: Springer Verlag, 2016. – С. 55-86.

152. Grossman, M. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health /M. Grossman // Journal of Political Economy. 1972. – №80 (2). – 223-255с.

153. Hassanein, E. Inclusion, Disability and Culture /E. Hassanein. – The Netherlands: Sense Publisher, 2015. – 212с.

154. Hodgson, G. M. Institutions and Individuals: Interaction and Evolution / G. M. Hodgson // Organization Studies. 2007. – Vol. 28 (1). – P. 95-116.

155. Holzmann, R., Jorgensen, S. Social risk management: a new conceptual framework for social protection and beyond. [Текст] / R/ Holzmann, S/ Jorgensen // International tax and public finance. 2011. – №8. – С.529-556.

156. Impact Assessment of the COVID-19 pandemic-related measures on children's right to protection. – Dushanbe: UNICEF, 2021. P. 78.

157. Inclusion Matters: The Foundation for Shared Prosperity. – Washington: World Bank Group, 2013. – 274с.

158. Iversen T., Stephens, J. Partisan politics, the welfare state, and three worlds of human capital formation /T. Iversen, J. Stephens // Comparative Political Studies. 2008. - № 41(4-5). – С.600-637.

159. Jaffe, J. Attitudes and interpersonal contact: relationships between contact with the mentally retarded and dimensions of attitude. [Текст] / J. Jaffe // Journal of Counseling Psychology. 1967. – №.14. – С.482-484.

160. Jenkins, B., Tilbury, C., Mazerolle, P. и др. The complexity of child protection recurrence: the case for a systems approach. [Текст] / B. Jenkins, C. Tilbury, P. Mazerolle и др // Child Abuse & Neglect. 2017. – № 63. – С.162-171.

161. Joynes, Ch., Jacqui, M., A systems approach to child protection. [Текст] / Ch. Joynes, M. Jacqui. – Brighton: Institute of Development Studies, 2018. – 15с.

162. Kiker, B.F. The Historical Roots of the Concept of Human Capital / B.F. Kiker. // Journal of Political Economy. 1966. – № 74. – С. 481-499.

163. Kuzminskiy, V. at el. Social Services in the Republic of Tajikistan. Study Report. – Dushanbe: The European Union, 2012. – 240с.

164. Kwon, D. B. Human capital and its measurement / D.B. Kwon. – Busan: OECD, 2009. – 65 с.

165. Lawson, A., Beckett, A. The social and human rights models of disability: towards a complementarity thesis [Текст] /A. Lawson, A. Beckett // The International Journal of Human Rights. 2021. – № 25(2). – С.348-379.

166. Lenoir, R. Les exclus: Un français sur dix.[The Excluded: One French Person out of Ten] / R. Lenoir // Population. 1975. – № 30 (1). – С.180-181.

167. Leoni, T. Social investment as a perspective on welfare state transformation in Europe /T. Leoni // *Intereconomics*. 2016. – № 51 (4). – С.194-200.
168. Lippman, L. UNESCO Braille Courier, 1972.
169. Lister, R. Investing in the citizen-workers of the future: transformations in citizenship and the state under New Labour [Текст] /R. Lister // *Social Policy & Administration*. 2003. Vol. 37 № 5. P. 427-443.
170. Mali F. Modern social system theory and the sociology of science. [Текст] /F. Mali // *Druzboslovne razprave XXII*. 2001. – № 37(38). - С. 71-80.
171. Mason H. “Trajan”. *Encyclopædia Britannica*. [Электронный ресурс] – Электрон. текстовые дан. – Душанбе: [б.и.], 2022. – Режим доступа: <https://www.britannica.com/biography/Trajan>, свободный.
172. Marshall, A. *Principles of Economics* /A. Marshall. – London: Great Mind Series. Macmillan and Co Lts, 1890. – 627с.
173. Metts, R. L. Disability issues, trends and recommendations for the World Bank. [Текст] / R. L. Metts. – Washington: The World Bank, 2000. – 97с.
174. Mittler P., Including children with disabilities. [Текст] / P. Mittler // *Prospects*. 2004. – №34(4). – С.385-396.
175. Monitoring and evaluation policy. C&A Foundation. 2017. – С.13.
176. Niemann, S. Persons with disabilities /S. Neimann // *Religious and spiritual issues in counseling: Applications across diverse populations/* Под ред. M. Burke, J. Chauvin и J. Miranti (eds.). – New York: Brunner-Routledge, 2005. – P.105–134.
177. *Noncommunicable Diseases Progress Monitor*. – Geneva: World Health Organization, 2017. – 231с.
178. Parsons, T. The Sick Role and the Role of the Physicians Reconsidered. [Текст] /T. Parsons // *Millbank Memorial Fund Quarterly. Health and society*. 1975. – №. 53 (3). – P.257-278.
179. Oliver, M. A social model of disability: a thirty years on. [Текст] /M. Oliver // *Disability & Society*. 2013. – № 28 (7). – P. 1024-1026.

180. Parsons, T. *The Social System* /T. Parsons. – New York: Routledge, 1991. – 575с.
181. Piketty, T. *Capital in the twenty-first century* /T. Piketty. – Cambridge: Harvard University Press, 2014. –816с.
182. Promising practices in Social Protection for Children in Europe and Central Asia. – Geneva: UNICEF, 2017. – C.40.
183. Rassel, M., Larskaia-Smironova, E. *Disability in Eastern Europe and the Former Soviet Union: History, policy and everyday life*. [Текст] /M. Rassel, E. Larskaia-Smironova. – Oxon: Routledge, 2013. – P. 288.
184. Repkova, K. Children with disabilities as citizens or from charity towards citizenship and human rights. [Текст] / K. Repkova // Sociologia. 2005. – № 37. – С.509-528.
185. Retief, M., Letsosa, R. Models of disability: a brief overview. [Текст] / M. Retief, R. Letsosa // HTS Theological Studies. 2018. – № 74 (1). – С.1-8.
186. Richards, D., Smith, M.J., *Governance and Public Policy in the UK*. [Текст] / D. Richards, M.J. Smith. – Oxford: Oxford University Press, 2002. – 332с.
187. Rimmerman, A. *Social inclusion of people with disabilities* /A. Rimmerman. – Cambridge: Cambridge University Press, 2013. – 193с.
188. Rohwerder B. *Disability Inclusion: Topic guide*. – Birmingham. UK: GSDRC, University of Birmingham. 2015. – 54с.
189. Rutkowski, M. Responding to crisis with digital payments for social protection: short term measures with long-term benefits [Электронный ресурс] / M. Rutkowski – Электрон. текстовые дан. – Washington [б.и.], 2020. – Режим доступа: https://blogs.worldbank.org/voices/responding-crisis-digital-payments-social-protection-short-term-measures-long-term-benefits?cid=SHR_BlogSiteShare_EN_EXT,свободный.
190. Schultz, T. *Investment in Human Capital* / T. Schultz // American Economic Review. 1961. - №51. – С.1-17.
191. Smart J. *Needs assessment: families and children expert panel practice resource*. – Southbank VIC: Commonwealth of Australia. 2019. – С.15.

192. Smeltzer, S., Mariani, B., Meakim, C. и др. Perceptions of persons with disability of their experience as standardized patients in an undergraduate nursing program / S. Smeltzer, B. Mariani, C. Meakim и др. // *Nursing Education Perspectives*. 2015. – № 36(6). – С.398-400.
193. Spicker P., Leguizamon S.A., Gordon D. Poverty: an international glossary. 2nd ed. – London: ZedBooks., 2007. – 250с.
194. Spicker, P. *Social Policy: Theory and Practice*. [Текст] /P. Spicker. – Bristol: Policy Press, 2014. – 512с.
195. Streeten, P. Basic needs: premises and promises /P. Streeten // *Journal of Policy Modeling*. 1979. – № 73. – С. 136-146.
196. *Sustaining Human Progress: Reducing Vulnerability and Building Resilience*. Human Development Report. – New York: UNDP, 2014. – 226с.
197. *Transformative Social Protection*. Institute of Development Studies. [Электронный ресурс] – Электрон. текстовые дан. – Душанбе: [б.и.], 2022. – Режим доступа: <https://www.ids.ac.uk/publications/transformative-social-protection/>, свободный.
198. Vargas-Hernandez, J., Noruzi, M.R., Nezhad, I.F. H. A. What is Policy, Social Policy and Social Policy Changing? [Текст] / J.Vargas-Hernandez, M.R.Noruzi, I.F. Nezhad // *International Journal of Business and Social Science*. 2011. – № 2(10). – С.287-291.
199. Vernon, D. *Human potential: Exploring techniques used to enhance human performance* / D. Vernon. – New York: Routledge, 2009. – 266с.
200. Wallerstein, I. *From Society to Historical Social Science: Prospects and Obstacles* / I. Wallerstein // *The British Journal of sociology*. 2000. – № 51(1) – С.25-36.
201. Wedderburn, P., Townsend, D. *The Aged in the Welfare State*. [Текст] /P. Wedderburn, D. Townsend. – London: G. Bell & Sons, 1965. – 150с.
202. Werner, Sh., Peretz, H. и др. Israeli children's attitude towards children with disabilities and without disability. [Текст] / Sh. Werner, H. Peretz // *Early Childhood Research Quarterly*. 2015. – № 33(4). – С.98-107.

203. Wessells, M. Bottom-up approaches to strengthening child protection systems: placing children, families, and communities at the center. [Текст] / М. Wessells // Child Abuse & Neglect. 2015. – №. 43. – С. 8-21.

204. World Social Protection Report 2017-19: universal social protection to achieve the Sustainable Development Goals. [Электронный ресурс] – Электрон. текстовые дан. – Душанбе: [б.и.], 2022. – Режим доступа: <https://socialprotection.org/discover/publications/social-protection-development-review-definitions>, свободный.

205. Worm, I. A human rights-based approach to disability in development. – Bonn & Eschborn: Metzgerdruck, 2012. – С.44.

206. Wright, B.A. Changes and attitudes towards handicapped people /B.A. Wright // Rehabilitation Literature. 1973. – №. 34. – С. 354-368.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1.

Анкета для пользователей услуг

Уважаемые жители!

Приглашаем Вас принять участие в опросе. Тема исследования посвящена определению потребностей сообщества в предоставлении социальных услуг.

Просим Вас ответить на вопросы анкеты, обведя выбранные ответы в кружок. Надеемся, что Вы искренне и обдуманно ответите на предложенные вопросы. Все ответы анонимны, данные будут представлены в обобщенном виде. Благодарим Вас за содействие!

Часть 1: Восприятие базовых социальных услуг в сообществе

В настоящем разделе мы спрашиваем Ваше мнение о доступности, достаточности некоторых социальных услуг в вашем населенном пункте и их значимости для вашего сообщества. Нет правильных или неправильных ответов – Важным является то, что Вы думаете.

1. Пожалуйста, оцените доступность и важность каждой услуги (Дайте два ответа по каждой строке)
 (0 - Услуга не нужна, 1 - Очень низкая важность услуги, 2 - Низкая важность услуги, 3 - Средняя важность услуги, 4 - Высокая важность услуги, 5 - Очень высокая важность услуги)

№	Услуги в сообществе	Доступность и достаточность			4. Важность для сообщества
		Доступно		3. Не доступно	
		1. Достаточно	2. Не достаточно		
1.	Жилищное обеспечение				
1.1.	– Общественное съемное (например, общежитие)	1	2	3	012345
1.2.	– Частное съемное	1	2	3	012345
2.	Транспорт				
2.1.	– Внутри района	1	2	3	012345
2.2.	– Внутри области	1	2	3	012345
2.3.	- Безопасное состояние асфальтового покрытия	1	2	3	012345
3.	Базовые услуги				
3.1.	– Электричество	1	2	3	012345
3.2.	– Безопасная питьевая вода	1	2	3	012345
3.3.	– Безопасная канализационно-очистная система	1	2	3	012345
3.4.	– Сбор мусора	1	2	3	012345
3.5.	– Аварийные службы (пожарная бригада, скорая медицинская помощь, служба спасения)	1	2	3	012345
3.6.	- Водоснабжение				
4.	Семейная поддержка				
4.1.	– Информация и совет	1	2	3	012345
4.2.	– Личные и родственное наставничество	1	2	3	012345
4.3.	– Планирование семьи и контрацепция	1	2	3	012345
4.4.	– Родительский совет и содействие	1	2	3	012345
4.5.	– Уход дома	1	2	3	012345
4.5.1.	- Пожилые люди или взрослые с ограниченными возможностями	1	2	3	012345
4.5.2.	- Дети с ограниченными возможностями	1	2	3	012345
4.6.	– Дневные центры	1	2	3	012345
4.6.1.	- Пожилые люди или взрослые с ограниченными возможностями	1	2	3	012345
4.6.2.	- Дети с ограниченными возможностями	1	2	3	012345

4.6.3.	- Дети работающих родителей (уход за детьми)	1	2	3	012345
5.	Уход и лечение психических расстройств				
5.1.	– Лечение на уровне общины	1	2	3	012345
5.2.	– Уход на дому	1	2	3	012345
5.3.	–Дневные центры	1	2	3	012345
6.	Развитие навыков реабилитации и персонального ухода				
6.1.	– Пожилые люди или взрослые с ограниченными возможностями	1	2	3	012345
6.2.	– Дети с ограниченными возможностями	1	2	3	012345
6.3.	– Взрослые, получившие телесные повреждения или ограничения возможностей на работе	1	2	3	012345
6.4.	– Взрослые в конфликте с законом	1	2	3	012345
6.5.	– Дети в конфликте с законом	1	2	3	012345
7.	Образование и обучение				
7.1.	– Дошкольное	1	2	3	012345
7.2.	– Обязательное общеобразовательное	1	2	3	012345
7.3.	– Профессионально-техническое обучение	1	2	3	012345
8.	Медицинские услуги				
8.1.	Аварийные и экстренные службы	1	2	3	012345
8.2.	Медицинское лечение	1	2	3	012345
8.3.	Фармация (аптека)	1	2	3	012345
8.4.	Детское здравоохранение	1	2	3	012345
8.5.	Помощь медицинских работников по уходу за беременными женщинами	1	2	3	012345
8.6.	Помощь медицинских работников по уходу за детьми	1	2	3	012345
8.7.	Помощь медицинских работников по уходу за пожилыми людьми	1	2	3	012345
8.8.	Помощь медицинских работников по уходу за людьми с ограниченными возможностями	1	2	3	012345
9.	Места и услуги по отдыху и развлечению	1	2	3	012345
10.	Общественный доступ в интернет (например, библиотека или интернет кафе)	1	2	3	012345

Часть 2: Является ли это проблемой в Вашем населенном пункте?

В настоящем разделе мы спрашиваем Ваше мнение о некоторых потенциальных проблемах в вашем сообществе. Нет правильных или неправильных ответов. Важным является то, что Вы думаете. Мы хотим знать, рассматриваете ли Вы данный пункт в качестве проблемы в Вашем сообществе или нет, а также хотим узнать о ее значимости.

2. Какие из ниже перечисленных проблем, по Вашему мнению, имеются в Вашем сообществе?

(Дайте один ответ по каждой строке)

№	Проблема	1. Не является проблемой	2. Проблема в некоторой степени	3. Острая проблема	4. Затрудняюсь ответить
1.	Трудоустройство взрослых	1	2	3	4
2.	Трудоустройство молодежи	1	2	3	4
3.	Бедность в семьях с детьми	1	2	3	4
4.	Бедность среди престарелых и пожилых людей	1	2	3	4
5.	Здоровье	1	2	3	4
6.	Дорожно-транспортные происшествия	1	2	3	4
7.	Отсутствие интересных мероприятий для детей	1	2	3	4

8.	Отсутствие интересных мероприятий молодежи	1	2	3	4
9.	Отсутствие интересных мероприятий престарелых и пожилых людей	1	2	3	4
10.	Курение (употребление табака) – дети и молодежь	1	2	3	4
11.	Курение (употребление табака) – взрослые	1	2	3	4
12.	Алкоголизм и наркомания – дети и молодежь	1	2	3	4
13.	Алкоголизм и наркомания – взрослые	1	2	3	4
14.	Жестокое обращение с детьми	1	2	3	4
15.	Эксплуатация детского труда	1	2	3	4
16.	Жестокое обращение, эксплуатация или неисполнение обязанностей в отношении пожилых людей	1	2	3	4
17.	Преступность	1	2	3	4
18.	Личная безопасность	1	2	3	4
19.	Недостаточное питание – дети	1	2	3	4
20.	Недостаточное питание – взрослые	1	2	3	4
21.	Недостаточное питание – пожилые люди	1	2	3	4
22.	Недостаточное питание – люди с ограниченными возможностями	1	2	3	4
23.	Подростковая беременность	1	2	3	4
24.	Ранние или принудительные браки	1	2	3	4
25.	Полигамия (наличие более одной жены)	1	2	3	4
26.	Жестокость одного супруга по отношению к другому (жена/ муж)	1	2	3	4
27.	Хулиганство	1	2	3	4
28.	Изнасилование	1	2	3	4
29.	Разведенные или покинутые семьи	1	2	3	4
30.	Реабилитация – взрослые, получившие телесные повреждения на работе	1	2	3	4
31.	Реабилитация – пожилые люди	1	2	3	4
32.	Реабилитация – взрослые с ограниченными возможностями	1	2	3	4
33.	Реабилитация – дети с ограниченными возможностями	1	2	3	4
34.	Другое (пожалуйста, укажите, что именно).....	1	2	3	4

3. Пожалуйста, укажите Ваш пол.

1. Мужской 2. Женский

4. Сколько Вам полных лет? _____

5. Укажите, пожалуйста, Вашу этническую принадлежность.

1. Таджик 2. Памирец 3. Узбек 4. Русский
5. Другое _____

6. Укажите, пожалуйста, Ваше образование.

1. Начальное (1-4 класса)
2. Незаконченное среднее (9 классов)
3. Среднее
4. Незаконченное среднее профессиональное

5. Среднее профессиональное

6. Незаконченное высшее

7. Высшее

7. Укажите, пожалуйста, в какой сфере Вы работаете.

1. Сельское хозяйство (фермер, пастух)
2. Промышленность (рабочий на заводе, техник)
3. Банковское дело или бизнес
4. Розничная торговля
5. Государственный служащий
6. Образование (преподаватель, директор, профессор)

7. Система здравоохранения (врач, медсестра, администратор)
8. Социальное и личное обслуживание
9. Домохозяйка
10. Студент
11. Другое (*Пожалуйста, уточните, что*) _____

2. 100 – 199 сомон
3. 200 – 399 сомон
4. 400 – 599 сомон
5. 600 – 799 сомон
6. Более 800 сомон

8. Укажите, пожалуйста, каким образом Вы получили жилье?

1. Купил
2. Арендную
3. Получил в наследство
3. Построил сам

9. Сколько человек, включая Вас, проживает у Вас дома? _____

10. Сколько детей в возрасте 18 лет и младше проживают у Вас дома? _____

11. Как Вы считаете, подходит ли по размерам Ваш дом для количества людей, проживающих в нем?

1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

12. Каков Ваш общий ежемесячный семейный доход (после снятия налогов)?

1. Менее 100 сомон

13. Сколько человек проживает на этот доход? _____

14. Кто именно проживает на этот доход?

1. Только Вы
2. Вы и Ваши иждивенцы
3. Вы, Ваши иждивенцы и другие родственники
4. Вы, Ваши иждивенцы, другие родственники и другие люди

15. Достаточно ли этого дохода для удовлетворения Ваших базовых потребностей?

1. Да
2. Скорее да
3. Скорее нет
4. Нет
5. Затрудняюсь ответить

Проблема: _____

1. В моем населенном пункте количество людей, вероятно, имеющих эту проблему _____

Поставьте **X** в квадрат, который наилучшим образом отражает Ваше мнение относительно количества людей, вероятно, имеющих эту проблему в Вашем сообществе.

2. Количество людей, вероятно, имеющих эту проблему (один ответ)			
1. Нет	<input type="checkbox"/>	2. Незначительно	<input type="checkbox"/>
3. Много	<input type="checkbox"/>	4. Очень много	<input type="checkbox"/>

В моем населенном пункте люди с такими характерными особенностями, вероятно, имеющие эту проблему _____

Поставьте **X** в квадрат (один ответ в каждом столбце), который наилучшим образом отражает Ваше мнение о характерной особенности или особенностях людей в Вашем сообществе, вероятно, имеющих эту проблему.

Характерные особенности людей, вероятно, имеющих эту проблему															
16.3. Этническая принадлежность		16.4. Пол		16.5. Возраст		16.6. Семейное положение		16.7. Ограничения возможности		16.8. Социальная поддержка		16.9. Экономическое положение		16.10. Здоровье	
1. Таджик	<input type="checkbox"/>	1 Мужской	<input type="checkbox"/>	1. Ребенок	<input type="checkbox"/>	1. Не состоит в браке	<input type="checkbox"/>	1. Нет	<input type="checkbox"/>	1. Нет	<input type="checkbox"/>	1. Неимущий	<input type="checkbox"/>	1. Хорошее	<input type="checkbox"/>
2. Памирец	<input type="checkbox"/>					2. Ни когда не состоял в браке	<input type="checkbox"/>	2. Физические	<input type="checkbox"/>	3. Семья	<input type="checkbox"/>				
3. Узбек	<input type="checkbox"/>			2. Молодёжь	<input type="checkbox"/>	3. Состоит в браке	<input type="checkbox"/>	3. Передвижения	<input type="checkbox"/>	5. Друзья	<input type="checkbox"/>	3. Бедный	<input type="checkbox"/>	2. Слабое	<input type="checkbox"/>
4. Русский	<input type="checkbox"/>	2 Женский	<input type="checkbox"/>	3. Взрослый	<input type="checkbox"/>	4. Проживает отдельно	<input type="checkbox"/>	4. Умственные	<input type="checkbox"/>	7. Спонсор/ Покровитель	<input type="checkbox"/>	4. Со средним достатком	<input type="checkbox"/>		
5. Люли (цыгане)	<input type="checkbox"/>					5. Разведен/ разведена	<input type="checkbox"/>	5. Зрительные	<input type="checkbox"/>	8. Члены сообщества	<input type="checkbox"/>			5. Богатый	<input type="checkbox"/>
6. Другая (укажите, какая)	<input type="checkbox"/>			4. Пожилой	<input type="checkbox"/>	6. Вдова/ вдовец	<input type="checkbox"/>	6. Слуха	<input type="checkbox"/>	9. Служба/ Организация	<input type="checkbox"/>	6. Очень богатый	<input type="checkbox"/>	4. Хронически болен	<input type="checkbox"/>

ЭКСПЕРТНОЕ ИНТЕРВЬЮ

Проблема: _____

В моем населенном пункте количество людей, вероятно, имеющих эту проблему _____

Поставьте **X** в квадрат, который наилучшим образом отражает ваше мнение относительно количества людей, вероятно, имеющих эту проблему в вашем сообществе.

Количество людей, вероятно, имеющих эту проблему (один ответ)			
1. Нет	<input type="checkbox"/>	2. Незначительно	<input type="checkbox"/>
3. Много	<input type="checkbox"/>	4. Очень много	<input type="checkbox"/>

В моем населенном пункте люди с такими характерными особенностями, вероятно, имеющие эту проблему _____

Поставьте **X** в квадрат (один ответ в каждом столбце), который наилучшим образом отражает ваше мнение о характерной особенности или особенностях людей в Вашем сообществе, вероятно, имеющих эту проблему.

Характерные особенности людей, вероятно, имеющих эту проблему															
Этническая принадлежность		Пол		Возраст		Семейное положение		Ограничения возможности		Социальная поддержка		Экономическое положение		Здоровье	
1. Таджик	<input type="checkbox"/>	1 Мужской	<input type="checkbox"/>	1. Ребенок	<input type="checkbox"/>	1. Не состоит в браке	<input type="checkbox"/>	1. Нет	<input type="checkbox"/>	1. Нет	<input type="checkbox"/>	1. Неимущий	<input type="checkbox"/>	1. Хорошее	<input type="checkbox"/>
2. Узбек	<input type="checkbox"/>					2. Никогда не состоял в браке	<input type="checkbox"/>	2. Физические	<input type="checkbox"/>	2. Изолирован	<input type="checkbox"/>				
3. Русский	<input type="checkbox"/>			2. Молодёжь	<input type="checkbox"/>	3. Состоит в браке	<input type="checkbox"/>	3. Передвижения	<input type="checkbox"/>	4. Родственники	<input type="checkbox"/>	5. Друзья	<input type="checkbox"/>	3. Бедный	<input type="checkbox"/>
4. Люли (цыгане)	<input type="checkbox"/>	2 Женский	<input type="checkbox"/>	3. Взрослый	<input type="checkbox"/>	4. Проживает отдельно	<input type="checkbox"/>	4. Умственные	<input type="checkbox"/>	7. Спонсор/ Покровитель	<input type="checkbox"/>	4. Со средним достатком	<input type="checkbox"/>	3. Болен	<input type="checkbox"/>
5. Другая (укажите, какая) _____	<input type="checkbox"/>					5. Разведен/ разведена	<input type="checkbox"/>	5. Зрительные	<input type="checkbox"/>	8. Члены сообщества	<input type="checkbox"/>				
_____	<input type="checkbox"/>			4. Пожилкой	<input type="checkbox"/>	6. Вдова/ вдовец	<input type="checkbox"/>	6. Слуха	<input type="checkbox"/>	10. Другое (укажите, что) _____	<input type="checkbox"/>	6. Очень богатый	<input type="checkbox"/>	4. Хронически болен	<input type="checkbox"/>
								7. Речи	<input type="checkbox"/>						

Характеристика респондентов

Таблица 1

Общая характеристика респондентов

Районы	Опрос			Всего опрошено
	Экспертные интервью	Пользователи услуг	Потенциальные пользователи услуг	
Кубодиён	25	186	171	382
Истаравшан	23	183	183	389
Шахристон	6	252	243	501
Всего	54	621	597	1272

В ходе исследования было опрошено 1272 уязвимых людей, включая 582 мужчин и 675 женщин. Пропорция опрошенных мужского и женского пола составляет 46,9% и 53,0%, с некоторой разницей на уровне районов, как показано в таблице 2.

Таблица 2

Характеристика респондентов по половому признаку

Пол	Кубодиён n=382	Истаравшан n=389	Шахристон n=501	Всего n= 1272
Мужчины	54.45%	33.53%	56.81%	46.93%
Женщины	45.55%	66.47%	43.19%	53.07%
Всего	100%	100%	100%	100%

Анкеты составлялись таким образом, чтобы охватить все возрастные группы уязвимого населения с целью определения группы, наиболее подверженной риску уязвимости. Возрастная структура респондентов приведена в таблице 3.

Таблица 3

Возрастная когорта респондентов по районам

Возраст	Кубодиён n=382	Истаравшан n=389	Шахристон n=501	Всего n= 1272
До 18 лет	3.14%	3.39%	1.54%	2.75%
18 - 24 года	4.97%	4.19%	6.17%	5.03%
25-39 лет	22.77%	29.54%	29.56%	27.52%
40- 54 года	35.08%	30.74%	36.25%	33.73%
55 – 74 года	22.77%	29.54%	21.85%	25.16%

Старше 75 лет	4.19%	2.59%	3.08%	3.22%
Затруднились ответить	7.07%	0.00%	1.54%	2.59%
Всего	100%	100%	100%	100%

Анализ уровня образования респондентов, продемонстрированный в таблице 4, показал, что подавляющее большинство респондентов (53,14%) не имеют законченного среднего образования, а высшее профессиональное образование имеют только 3,54% респондентов.

Таблица 4

Уровень образования респондентов

Уровень образования	Кубодиён n=382	Истаравшан n=389	Шахристон n=501	Всего n= 1272
Незаконченное среднее	17.80%	80.24%	52.96%	53.14%
Среднее	51.31%	9.58%	7.46%	21.46%
Незаконченное среднее профессиональное	2.88%	2.79%	9.77%	4.95%
Среднее профессиональное	6.02%	1.80%	4.63%	3.93%
Незаконченное высшее	4.71%	2.79%	20.82%	8.88%
Высшее	8.64%	1.80%	0.77%	3.54%
Затруднились ответить	8.64%	1.00%	3.60%	4.09%
Всего	100%	100%	100%	100%

Респондентам была предложена шестибальная шкала для оценки ежемесячного дохода домохозяйства²³². Проведённое исследование показало, что ежемесячный доход 70,75% домохозяйств составляет менее 400 сомони, тогда как среднемесячный совокупный расход на человека в Республике Таджикистан в 2016 году был установлен в размере 321,36 сомони /месяц²³³.

Таблица 5

Экономическое благосостояние респондентов

Уровень дохода	Кубодиён n=382	Истаравшан n=389	Шахристон n=501	Всего n= 1272
Менее 100 TJS/ месяц	23.04	23.55	9.51	19.10

²³²Основным видом источника дохода домохозяйств являются пособия по инвалидности, по старости и социальные пенсии.

²³³См.: Таджикистан в цифрах 2021. – Душанбе: Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, 2021. – 157 с.

100 – 199 TJS/ месяц	19.63	33.13	26.48	27.04
200 – 399 TJS/ месяц	22.77	22.95	28.53	24.61
400 – 599 TJS/ месяц	12.83	10.18	17.22	13.13
600 – 799 TJS/ месяц	5.50	4.39	5.14	4.95
более 800 TJS/ месяц	4.71	5.39	7.71	5.90
Затруднились ответить	11.52	0.40	5.40	5.27
Всего	100%	100%	100%	100%

Таблица 5 показывает, что более 70% респондентов проживают в условиях крайней бедности²³⁴, зарабатывая меньше 45 дол. США²³⁵ в месяц и, соответственно, существуя менее чем на 1,5 дол. США в день. Оставшаяся часть респондентов (23,9%) проживает в условиях умеренной бедности, зарабатывая менее 85 дол. США в месяц (или проживают на менее 3 дол. США в день)²³⁶. Вне зависимости от источника дохода респондентов, данные цифры демонстрируют, что все они являются уязвимыми или находятся в группе риска.

²³⁴ Согласно Всемирному банку, крайняя бедность определяется соответствием уровней доходов и расходов человека. В качестве порога крайней бедности принято существование на менее чем 1.90 дол. США по Паритету покупательской способности (ППС), согласно ценам 2015 года.

²³⁵ Расчёты автора, по курсу Национального банка республики Таджикистан на 5 августа 2018 года. 1 дол. США равен 9.4200 сомони.

²³⁶ Умеренная бедность Всемирным банком установлена в пределах 190 - 3.20 дол. США по ППС, согласно ценам 2015 года.

ТАБЛИЦА МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ УРОВНЯ ВЫПОЛНЕНИЯ МИНИМАЛЬНЫХ СТАНДАРТОВ

Категория услуги		РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ В СООБЩЕСТВЕ												
Социальная служба														
Место предоставления услуги														
Лицо, ответственное за сбор данных														
Дата проведения мониторинга и оценки														
Период сбора данных														
Шифр	Минимальные структурные и функциональные стандарты	Расчет показателя выполнения стандартов	Формула расчета	Фактический показатель	Требуемый показатель	Уровень соответствия	Метод мониторинга			Выполнение стандарта Да/Нет	Причина не выполнения (по коду)	Предложение (по коду)		
							С	С	Н					
Д	Д	Д	Д	Д	Д	Д	Д	Д	Д	Д	Д	Д		
1	Выявление числа детей с инвалидностью повысилось на 10% (в первые шесть месяцев реализации социальной услуги)	Соотношение общего числа выявленных детей с инвалидностью (в течение шести месяцев (XX)) к общему числу детей с инвалидностью в районе (YY)	Фактический показатель = $XX * 100 / Y$		10	0,00								

2	Все дети с инвалидностью, принятые в социальную услугу, направлены в соответствующие услуги, исходя из индивидуально й программы реабилитации (ИПР)	Соотношение детей с инвалидностью, направленных в соответствующие услуги (XX) к общему числу детей с инвалидностью, принятых в социальную услугу (YY)	Фактический показатель = $\frac{XX * 100}{YY}$		100	0,00						
3	Доступ нововыявленных детей с инвалидностью к услугам здравоохранения повысился на 5% (в течение шести месяцев)	Соотношение общего числа выявленных детей с инвалидностью, имеющих доступ к услугам здравоохранения (в течение шести месяцев (XX)) к общему числу детей с инвалидностью, имеющих доступ к здравоохранению (YY)	Фактический показатель = $\frac{XX * 100}{YY}$		5	0,00						

4	100% нововыявленных детей с инвалидностью имеют доступ к услугам реабилитации в соответствии с ИПР (в течение первых шести месяцев реализации социальной услуги)	Соотношение общего числа нововыявленных детей с инвалидностью, получающих реабилитационные услуги согласно ИПР (в течение шести месяцев (XX)) к общему числу выявленных детей с инвалидностью (YY)	Фактический показатель = $XX * 100 / Y$		100	0,00						
5	60% детей с инвалидностью, принятых на социальное обслуживание, имеют доступ к техническим средствам реабилитации, соответствующим потребностям, и знают, как ими пользоваться	Соотношение общего числа детей с инвалидностью, нуждающихся в технических средствах реабилитации, принятых на социальное обслуживание (XX), к общему числу детей с инвалидностью, нуждающихся в технических средствах реабилитации, принятых на социальное обслуживание (YY)	Фактический показатель = $XX * 100 / Y$		60	0,00						

		нуждающихся в технических средствах реабилитации (УУ)											
6	Интеграция детей с инвалидностью в общественные места (медицинские учреждения, школы, санатории, спортивные учреждения и т.д.) повысилась на 20% (в течение шести месяцев)	Соотношение общего количества общественных мест, доступных детям с инвалидностью (XX), к общему количеству общественных мест в районе (УУ)	Фактический показатель = $\frac{XX * 100}{Y}$		20	0,00							
7	Доля детей с инвалидностью, имеющих доступ к информации в доступном формате, повысилась на 15% (в течение шести месяцев)	Соотношение детей с инвалидностью, имеющих доступ к информации (XX), к общему числу детей с инвалидностью в районе (УУ)	Фактический показатель = $\frac{XX * 100}{Y}$		15	0,00							

8	Число детей с инвалидностью, зачисленных в учреждения дошкольного образования, повысилась на 15%	Соотношение детей с инвалидностью, зачисленных в учреждения дошкольного образования (XX), к общему числу детей с инвалидностью, имеющих право на дошкольное образование в районе (YY)	Фактический показатель = $XX*100/Y$		15	0,00						
9	Число детей с инвалидностью, зачисленных в учреждения общего образования, повышается на 5% (каждые шесть месяцев)	Соотношение детей с инвалидностью, зачисленных в учреждения общего образования (за шесть месяцев (XX)), к общему числу детей с инвалидностью, имеющих право на общее	Фактический показатель = $XX*100/Y$		5	0,00						

		образование в районе (YY)											
10	Все дети с инвалидностью принимают участие в социальной и общественной жизни	Соотношение детей с инвалидностью, участвующих в социальной и общественной жизни (XX), к общему числу детей с инвалидностью в районе (YY)	Фактический показатель = $XX*100/Y$		100	0,00							
11	Все дети с инвалидностью пользуются персонализированными услугами в соответствии с ИПР	Соотношение детей с инвалидностью, получающих персональные услуги (XX), к общему числу детей с инвалидностью в районе (YY)	Фактический показатель = $XX*100/Y$		100	0,00							

12	Все дети с инвалидностью, выявленные в рамках социального обслуживания, получают социальные пособия/пенсии	Соотношение числа нововыявленных детей с инвалидностью, получающих социальные пособия/пенсии (XX) к общему числу детей с инвалидностью в районе, нуждающихся в социальном пособии/пенсии (YY)	Фактический показатель = $\frac{XX * 100}{YY}$		100	0,00						
----	--	---	--	--	-----	------	--	--	--	--	--	--