

# ФОРМИРОВАНИЕ И РЕАЛИЗАЦИЯ ПРИНЦИПОВ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ИНВАЛИДАМ С УЧЕТОМ МЕСТНЫХ УСЛОВИЙ

**Евстროпова Светлана Валериановна**

Соискатель, ФСН ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского»  
evmani@mail.ru

## FORMATION AND IMPLEMENTATION OF THE PRINCIPLES OF MEDICAL AND SOCIAL ASSISTANCE TO PERSONS WITH DISABILITIES, TAKING INTO ACCOUNT LOCAL CONDITIONS

**S. Evstropova**

*Summary.* The article provides a general description of the research of the problem field of interaction in medical and social work with people with disabilities. On this basis, the main approaches to identifying the principles of management of medical and social care, taking into account local conditions, are considered. The data of the conducted survey of the disabled are presented as a means of feedback in the management of medical and social care based on the principles that are implemented in specific local conditions on the example of Nizhny Novgorod. The author concludes that many problems of interdepartmental interaction of medical and social work with people with disabilities arise as a result of ignoring the specifics of this interaction in local conditions. Management principles should be dynamic in nature, depending on the changing situation, combining general and specific points.

*Keywords:* principles of management, medical and social assistance, people with disabilities, problematization, care, local conditions.

*Аннотация.* В статье дана общая характеристика исследований проблемного поля взаимодействия в медико-социальной работе с инвалидами. На этой основе рассматриваются основные подходы к выявлению принципов управления медико-социальной помощью с учетом местных условий. Приводятся данные проведенного опроса инвалидов как средства обратной связи в управлении медико-социальной помощью на основе действия принципов, которые реализуются в конкретных местных условиях на примере Н. Новгорода. Автор приходит к выводу, что многие проблемы межведомственного взаимодействия медико-социальной работы с инвалидами возникают как результат игнорирования специфики этого взаимодействия в местных условиях. Управленческие принципы должны иметь динамичный характер в зависимости от изменяющейся ситуации, сочетая общие и специфические моменты.

*Ключевые слова:* принципы управления, медико-социальная помощь, инвалиды, проблематизация, забота, местные условия.

### Введение

**Д**ля формирования системы социальной реабилитации и абилитации инвалидов необходима широкая, социокультурная концепция в понимании природы здоровья и, соответственно, инвалидности, когда они не отделяются от всех социальных институтов и культуры [1].

Несмотря на принимаемые меры на уровне Российской Федерации и в регионах, проблемы, связанные с инвалидностью, остаются острыми из-за недостаточного понимания и раскрытия их причин. Вместо фокусировки на непосредственных проблемах инвалидов с учетом специфики этой социальной группы, внимание уделяется внутренним проблемам взаимодействия различных ведомств. Так возникает проблематизация управления [2, с. 227–228], в том числе и в медико-социальной работе с инвалидами. Более конкретно это выражается в разобщенности, так как каждое ведомство по-своему

понимает характер социальных процессов; в отсутствии управленческой модели взаимодействия на территориальном уровне, поскольку эта модель должна адаптироваться к социальному характеру контингента инвалидов и местным условиям; недостаточном использовании цифровых технологий, поскольку нет четкого представления, что нужно оцифровывать; в недостаточной реабилитационной компетентности сотрудников, поскольку их готовят к реабилитации инвалидов вообще без учета местной специфики; в наличии заявительного характера получателей социальных услуг (в том числе, для инвалидов 1 группы, что в силу состояния здоровья для них проблематично, порой невозможно) в то время как многие инвалиды не способны на такую процедуру [3].

Следовательно, отсутствуют конкретные социальные принципы единого межведомственного взаимодействия медико-социальной помощи различных организаций, участвующих в уходе за инвалидами. Каждое ведомство имеет свое представление о характере социальных

процессов, как на федеральном, так и на местном уровне. Возникают и различные модели управления, которые выстраиваются на основе различных принципов.

Цель статьи — сформулировать принципы управления медико-социальной помощью и практику их реализации, учитывающую общие представления о природе инвалидности и местные условия, данные о которых получены в ходе эмпирического исследования.

#### Общая характеристика исследований проблемного поля взаимодействия в медико-социальной работе с инвалидами

Исследования отечественных ученых показывают, что существует недостаточная проработка этической составляющей в работе с инвалидами. Хотя за последние годы исследования по проблемам этики социальной работы и реабилитации активизировались [4], но в нашем случае важна определенная скоординированность этики социальной работы и врачебной этики, на что исследователи еще редко обращают внимание, хотя отдельные работы публикуются как разновидности прикладной этики [5]. В социокультурном смысле социальная работа с инвалидами должна приближаться к виду прикладной этики.

На практике в роли координатора взаимодействия социальных и медицинских учреждений выступает, как правило, государство, которое, как социальный институт, предназначено к управлению обществом в целом, всеми его сферами. Однако общие подходы в управлении показывают свою неэффективность, особенно когда речь идет о сфере инвалидов, в которой важно знать специфику конкретной группы инвалидов и наличие ресурсов. Для государства важно, что инвалид утрачивает приобретенный на работе и в жизни социальный капитал [6], поэтому необходима социальная реабилитация, чтобы приобрести новый. Но для инвалида важна и проблема человеческого капитала, который они не должны утратить, а могут использовать его для более успешной социальной реабилитации. В этом случае важно использовать идеи о человеческом капитале Беккера. Г. Беккер не анализирует специально человеческий капитал инвалидов, но его широкое понимание экономического подхода к человеческому капиталу [7, С. 35–36], анализ структуры и динамики человеческого капитала приводят к выводу, что, утрачивая отчасти свой социальный капитал, инвалид сохраняет человеческий капитал, который позволяет выстраивать систему социально-медицинской реабилитации.

Началось активное исследование особенностей человеческого капитала инвалидов. Так, в работах Е.В. Воєводиной подробно исследованы проблемы стигматизации инвалидов [8]. Применительно к социальной работе

эта проблема проанализирована А.А. Кузнецовой [9]. Ими отстаивается точка зрения о необходимости ориентации инвалидов на активную социальную жизнь при их обеспечении необходимыми для этого условиями.

В отечественной литературе особое значение в социальной работе с инвалидами в этом направлении придается конфессиональной социальной работе, позволяющей соединить специальные, этические и традиционные средства реабилитации [10].

Проводится анализ роли институтов формирующегося гражданского общества в работе с психически больными и их семьями [11]. Проводится комплексный анализ проблемы инвалидности и действия социальных механизмов, знание которых позволяет совершенствовать систему управления социально-медицинской реабилитацией [12].

Необходимость перехода от медицинской модели оказания помощи к приоритету социальной реабилитации показана в работах Радченко Т.Е., Абрамовой С.Б. [13]. Авторы уделяют много внимания выявлению факторов, препятствующих успешной реализации межведомственного взаимодействия (информационные, организационные и кадровые).

#### Основные подходы к выявлению принципов управления медико-социальной помощью

Управление процессами помощи инвалидам, защиты и ухода за ними является сложным и требует тщательного выработки принципов, учитывая, что помощь инвалидам обусловлена не только организационными аспектами, но и особенностями самих инвалидов.

Каждая категория инвалидности требует индивидуального подхода в медицинском и социальном плане, что отличает эту помощь от той, которая предоставляется здоровым людям, где возможно использование общих форм и стандартных объемов помощи.

В каждом *регионе* льготы и формы помощи организованы по-разному, как по структуре, так и по объему. *Региональный* подход продиктован практикой российского общества, но при этом важно не потерять общие принципы социальной работы с инвалидами, которые имеют социокультурный характер.

Такой широкий подход обусловлен еще тем, что внутри одного и того же региона помощь должна быть ориентирована на конкретного индивида, учитывая его уровень инвалидности (группу, степень угрозы для жизни, возрастные особенности и т.д.) и фазу проявления этой инвалидности (начальная стадия, стабилизация или обострение). В связи с этим оказание помощи требует более глубокой *персональной* индивидуализации.

Когда возникают проблемы взаимодействия между различными ведомствами, важно их решать, учитывая принцип дифференциации помощи, услуг и поддержки в зависимости от характеристик инвалидов, их социальной структуры. Этот принцип в социальной работе и политике получил название «адресная помощь», хотя более уместно было бы называть его индивидуальной дифференциацией всей структуры социальной работы, по крайней мере, когда речь идет об инвалидах.

В этом контексте получение практически всех видов реабилитации должно осуществляться по заявлению, потому что, казалось бы, только сами инвалиды могут точно указать, что им нужно. Но это затруднительно из-за их состояния здоровья. Например, для инвалидов 1 группы заявительный характер просто невозможен. Следовательно, возникает проблема, которая требует оптимизации взаимодействия различных учреждений, поскольку эта проблема может требовать не только медицинских, но и социальных работников.

Естественно, что длительность этого процесса часто не соответствует состоянию и потребностям инвалидов, особенно тех, у кого обострение заболевания. Здесь требуется оперативность в принятии решений и четкая координация участников медико-социальной помощи, которая возможна лишь при наличии всесторонней информации.

Принцип *полной информированности* о структуре заболеваний инвалидов, о доступных услугах, и о том, что требуется самим инвалидам, играет очень важную роль. Без этого не может быть реализован принцип персонального подхода в социальной работе, который является одним из основных принципов при реабилитации, когда речь идет о восстановлении утраченных характеристик конкретной личности, полученных в результате проблемной социализации.

Наиболее эффективная помощь для них достигается через проявление заботы. Считается, что принцип заботы представляет собой наиболее общее и всестороннее выражение характера социальной работы, необходимой людям с ограниченными возможностями [14]. В российской практике социальной работы этот принцип получает все большее распространение [15-16].

Забота — это нечто большее, чем просто уважительное внимание. Особенно это становится очевидным, когда речь идет о заботе родителей о своих детях или о помощи инвалидам. Забота включает в себя постоянные трудности и усилия, например, в бытовых делах и в преодолении сложностей.

Важно заметить, что забота имеет различные проявления. Она может быть позитивной, как, например, мате-

ринская забота о ребенке или формальная опека. Но она также может быть и негативной, превращаясь в покровительство, которое может оскорбить того, о ком заботятся. Здесь важно учитывать аспекты социальной зависимости, ресурсного подхода и патернализма [15].

Для применения всех этих и других принципов крайне важно выявить и обобщить мнения людей с ограниченными возможностями о качестве услуг, предоставляемых различными организациями в сфере охраны здоровья и социального обслуживания.

#### Опрос инвалидов как средство обратной связи в управлении медико-социальной помощью на основе принципов, адаптированных к местным условиям

Эффективное управление медико-социальной помощью в местных условиях возможно тогда, когда существует точное знание перечня и качества услуг для инвалидов, проживающих в конкретном районе и области. Практика показывает, что основным методом определения такого перечня инвалидам является использование опросов в форме анкетирования или интервью в различных вариантах. Назовем некоторые:

1. анкетирование получателей услуг (включая онлайн-формат — через размещение опросных анкет в сети «Интернет» на официальных сайтах социальных организаций, подлежащих независимой оценке качества условий оказания услуг, а также на сайтах федеральных и региональных органов власти);
2. интервьюирование получателей услуг и экспертов в данной области для более глубокого понимания потребностей людей с ограниченными возможностями, учитывая их состояние и характер ограничений;
3. телефонные опросы получателей услуг для уточнения готовности к их получению, порядка и своевременности предоставления.

Все эти три вида опросов дополняют друг друга, так как они ставят различные цели и проводятся они на разных этапах социальной реабилитации и абилитации. Данные этих опросов являются источником обратной связи для организаций, которые занимаются медико-социальной помощью.

При этом важно учитывать особенности опроса таких респондентов, как инвалиды. Во-первых, опрос людей с ограниченными возможностями существенно отличается от обычных опросов, где респондентами выступают практически здоровые люди, люди без ограничений. Требуется большая внимательность, тактичность и терпение социолога, проводящего опрос. Во-вторых, в случае с инвалидами преследуются не исследовательские цели,

а управленческие для коррекции процесса реабилитации. В-третьих, эти опросы имеют динамичный характер, напоминают маркетинговые исследования, но их целью является не продвижение товаров или брендов, а «продвижение» эффективной помощи медико-социальной помощи, соответствующей потребностям людей с ограниченными возможностями, но имеющими конкретный и ситуационный характер.

В этом случае для определения потребностей, интересов и мнений инвалидов важно правильно сформировать *выборку*, которая имеет целевой характер: гнездовой и квотный. Она формируется для каждой социальной организации на основе общего числа пользователей их услуг в течение года, которая периодически изменяется в течение года. То есть генеральная совокупность не имеет жесткого характера, но с сохранением устойчивого костяка респондентов-инвалидов, которые на длительное время прикреплены к определенному медико-социальному центру. Такая выборка позволяет учесть индивидуальные особенности опрошенных, выявить динамику запросов. Между тем, правовые акты, касающиеся инвалидов, ориентированы на типичного пациента, в то время как в реальности, на местном уровне мы имеем дело с инвалидами, у каждого из которых есть своя личная индивидуальность, а не только медицинские особенности.

Анкетный опрос проводился в 2021–2022 гг. среди инвалидов, прикрепленных к поликлинике № 50 г. Н. Новгорода (N=170). Анкетирование дополнялось интервью, проведенных зимой 2022-2023 гг. среди экспертов и наиболее активных инвалидов (N=10).

Результаты анкетирования показали, что 81 % инвалидов только в общих чертах знают о положенных им льготах. Эти данные отражены в таблице 1.

При этом Перечень социальных услуг [17] содержит 9 видов социально-медицинских услуг, общим числом около 90.

Таким образом, инвалиды нуждаются в большей информированности по поводу их заболевания и возможных услугах. Однако мы видим, что информированность инвалидов по вопросам оказания им услуг очень низкая.

Исследование также показало, что большая часть инвалидов за помощью обращалась в собственную поликлинику, в фонд социального страхования и в бюро медико-социальной экспертизы для оформления инвалидности.

Важно понять, какие именно методы используются для социальной реабилитации инвалидов и с какими целями, чтобы они были более целенаправленными и учи-

тывали индивидуальные потребности каждого человека с инвалидностью.

Таблица 1.

Информированность о некоторых параметрах системы социально-медицинских услуг, %

Параметры	1*	2	3
Гарантированный перечень социальных услуг (обеспечение основных жизненных потребностей, предусмотренных ФЗ № 442)	56	41	2
Стандарт (правила) предоставления социально-медицинских услуг	70	26	4
Выплаты, льготы, компенсации	11	81	8
Содержание Индивидуальной программы реабилитации (гарантированный перечень реабилитационных услуг)	39	58	3
Государственные организации, оказывающие реабилитационные услуги	48	50	2
Общественные организации инвалидов	74	25	1
Некоммерческие общественные организации (НКО), оказывающие реабилитационные услуги	80	19	1

\*1. Ничего об этом не знаю

2. Знаю в общих чертах

3. Обладаю полной информацией

Источник: составлено автором на основании вышеуказанного эмпирического исследования

Полученные данные исследования также показывают, что инвалиды пока мало пользуются порталом «Госуслуги» и другими аналогичными ресурсами городского и регионального уровня. Однако, «частично удовлетворены» оказанными услугами 74 %. Эти данные представлены в таблице 2.

Полученные данные показывают, что формально существующие организации в малой степени используются инвалидами. В основном инвалиды привязаны к своей поликлинике (96 %), а что касается новых организаций, в том числе некоммерческих и общественных, то они недоступны или инвалиды о них имеют слабое представление.

Основным субъектом медико-социальной помощи остаются государство и существующие государственные социальные организации. Поэтому вполне закономерно, что большинство опрошенных выразили надежду на помощь со стороны родственников (40 %) и признали важность психологической поддержки (49 %), что говорит о том, что *в систему управления необходимо включить семьи инвалидов*, а в комплексные бригады медико-социальной помощи включать психологов [18]. Это отмечают эксперты из инвалидов в интервью: *«За инвалидом никто не закреплен, единственно от соцзащиты получаем то, что нам необходимо (памперсы) для обслуживания, а обслуживает его семья»*.

Таблица 2.

Обращение в организации за получением медико-социальных и социальных услуг и их получение, % (обратились и получили)

Перечень организаций	%
Поликлиника по месту жительства	96
Фонд социального страхования	56
Бюро медико-социальной экспертизы	47
Комплексный Центр социального обслуживания населения	10
Департамент социальной защиты	4
Всероссийское общество инвалидов (слепых, глухих)	2
Центр (отделение) социальной помощи на дому	1
НОРЦИ Нижегородский областной реабилитационный центр	—
Центр психолого-педагогической помощи населению	—
Центр экстренной психологической помощи по телефону	—
Центр социальной помощи семье и детям	—
Геронтологический центр	—
Нижегородская общественная организация инвалидов «Ковчег»	—
Нижегородская региональная общественная организация инвалидов «Инватур»	—
Центр социального сопровождения и развития «ЭкоДОМ»	—
Обращение через портал ГОСУСЛУГИ — 11%	11

Источник: составлено автором на основании вышеуказанного эмпирического исследования.

Результаты исследования продемонстрировали чрезвычайно важный момент большинство инвалидов проявляют интерес к активной социальной жизни и к коммуникации (см. таблица 3).

Около 15 % из них хотели бы развивать навыки для трудоустройства, также 15 % выразили желание повысить свой уровень образования. 28 % стремятся реализовать свои интеллектуальные и творческие способности, а 42 % стремятся к активному образу жизни в соответствии со своими физическими возможностями. Около 34 % считают важным восстановить утраченные навыки самообслуживания и научиться жить с инвалидностью.

Что касается средств коммуникации, то современные коммуникационные технологии лидируют среди традиционных средств, что говорит о необходимости их развития в направлении адаптации к потребностям и возможностям инвалидов. Примерно с такой же активностью, как это делается для детей, но с учетом специфики коммуникации инвалидов. Этому могут способствовать социальные организации, делая соответствующие заявки в организации, которые производят и продвигают смартфоны и гаджеты.

Таблица 3.

Традиционные и современные средства и цели коммуникации, которые используют инвалиды

Параметры использования средств коммуникации	*1	2	3	4	5	6
Я использую смартфон (компьютер) для дистанционных видеоконсультаций со специалистами по реабилитации	75	7	3	6	8	1
У меня нет навыков пользования современными средствами коммуникации (смартфон, компьютер, интернет)	42	23	4	9	19	4
Я хочу приобрести трудовые навыки, которые позволят мне трудоустроиться	38	31	8	15	7	1
Я не могу самостоятельно выйти из дома	38	21	4	23	15	0
Я не хочу выходить из дома, мне некомфортно ощущать себя «иным»	38	17	8	29	8	0
Я полностью завишу от членов моей семьи, как в бытовом обслуживании, так и в материальном обеспечении	38	8	2	30	15	8
Я хочу повысить свой уровень образования	37	32	9	15	5	2
У меня практически нет друзей и знакомых, мне не с кем общаться	32	18	11	26	12	1
Трудовая занятость инвалида позволяет уменьшить материальную зависимость от других членов семьи	29	26	8	22	13	1
Мне проще общаться с людьми, у которых такие же проблемы	28	24	12	28	6	2
Моя жизненная ситуация сподвигла меня обратиться к вере, Богу	15	18	26	24	14	3
Меня поддерживают мои родственники, у нас хорошие взаимоотношения	15	4	5	40	36	0
Я стремлюсь реализовать свои интеллектуальные и творческие способности	13	25	25	28	9	1
Я стремлюсь к активному образу жизни по мере сил и возможностей	8	26	11	42	11	2
Для меня важно восстановить утраченные навыки самообслуживания и научиться жить с инвалидностью	8	15	33	34	9	1
У меня (моей семьи) не хватает денег на оплату всех социально-медицинских услуг	8	12	24	21	36	1
Индивидуальная программа реабилитации повысит уровень и качество моей жизни и жизни моей семьи	8	5	50	25	9	2
Я нуждаюсь в едином информационном ресурсе, где можно получить консультации для инвалидов по любым вопросам жизнедеятельности	6	10	32	34	15	3

Параметры использования средств коммуникации	*1	2	3	4	5	6
Индивидуальная программа реабилитации не учитывает личных пожеланий инвалида	6	5	62	18	8	2
Индивидуальная программа реабилитации помогает укрепить здоровье и увеличить продолжительность жизни	5	6	51	26	11	1
Индивидуальная программа реабилитации помогает продлить период самообслуживания	5	6	50	26	10	2
Мне трудно разобраться с потоком информации о мерах государственной поддержки инвалидов	5	6	39	34	13	2
Для меня наиболее важна психологическая поддержка	5	4	14	49	26	1
Реальную медицинскую реабилитацию можно получить только за очень большие деньги	2	0	5	2	87	4

\*1. Категорически не согласен

2. Скорее, не согласен

3. Затрудняюсь ответить

4. Скорее, согласен

5. Полностью согласен

6. Нет ответа

### Заключение

Все полученные данные раскрывают сложный характер обратной связи субъектов управления медико-

социальной помощью инвалидам. Учитывая высокий уровень их образования, инвалиды способны выступать и в роли экспертов в оценке характера сложившейся системы управления. Чтобы улучшить ситуацию с медико-социальной помощью инвалидам, важно исследовать конкретные причины и линии обратной связи, которые необходимо использовать в местных условиях и в конкретной группе инвалидов. Без такого исследования принимаемые государством меры рискуют быть неэффективными в достижении своей основной цели — социальной реабилитации инвалидов. Дело в том, что игнорирование местных условий и конкретной группы инвалидов ведет к игнорированию этической стороны проблемы инвалидов. Управление непростым механизмом оказания помощи инвалидам, их защитой и уходом за ними требует тщательной и всесторонней проработки принципов, как общего, так и конкретного характера, так как помощь имеет не столько организационный характер, сколько для участвующих в этом процессе субъектов социально-этический характер. Многие проблемы межведомственного взаимодействия медико-социальной работы с инвалидами возникают как результат игнорирования специфики этого взаимодействия в местных условиях, которые имеют динамичный характер в зависимости от изменяющейся ситуации. Причины межведомственной проблематизации упираются в еще не сформировавшуюся систему взаимосвязи субъектов медико-социальной помощи с группами инвалидами. Управленческие принципы должны иметь динамичный характер в зависимости от изменяющейся ситуации, сочетая общие и специфические моменты.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Козырьков В.П. Социально-аксиологическая трактовка здоровья; становление здоровья как интегрального социального института. // Здоровье нации: влияние ценностных ориентаций. Гл. 1,2. Монография. СПб: Культурно-просветительское товарищество, Издательство Русь, 2019. С. 3–46 /208 с.
2. Тихонов А.В. Социология управления. Издание 2-е, доп. и перераб. М.: «Канон+» РООИ «Реабилитация», 2007. 472 с.
3. Евстропова С.В. Проблематизация межведомственного взаимодействия в системе медико-социальной помощи инвалидам // Миссия конфессий. 2022. №63. С. 62–66.
4. Беляева Е.В. Этика социальной работы и ее особенности в традиционно-модерных обществах // Веснік Брэсцкага ўніверсітэта. Сер. 1. 2014. № 1. С.19–24.
5. Медведева Г.П. Воспитательный потенциал этики социальной работы // ЦИТИСЭ. 2020. № (23). С.69–80.
6. Бурдьё П. Формы капитала // Западная экономическая социология: хрестоматия современной классики /сост. и науч. ред. В.В. Радаев. М.: РОССПЭН, 2004. 674 с.
7. Беккер Г.С. Человеческое поведение. Экономический подход. М.: ГУ ВШЭ, 2003. 670 с.
8. Воеводина Е.В. «Инвалид» как социальная стигма и пространство для дискуссий. //Вестник Московского гуманитарно-экономического института. 2014. № 4 (20) С. 10–15.
9. Кузнецова А.А. Пути преодоления стигматизации людей с ограниченными возможностями в социальной работе // Отечественный журнал социальной работы. 2002. №1. С.21–23
10. Петрова И.Э. Теоретические концепции анализа профессиональной социальной работы: Монография. Нижний Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2009. 205 с.
11. Судьин С.А. Общественные организации в психиатрии: социологический анализ: монография. Нижний Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2016. 166 с.
12. Инвалиды—инвалидность—инвалидизация /Под общей ред. проф. З.Х. Саралиевой. Н. Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2018. 834 с.
13. Радченко Т.Е., Абрамова С.Б. Совершенствование межведомственного взаимодействия в программе комплексной реабилитации инвалидов // Вопросы управления. 2018. № 3 (52). С. 124–132.
14. Цыбулевская Е.А. Феномен социальной заботы: опыт философского анализа: Автореф. дисс. . . канд. философ. наук. Тюмень, 1999. 20 с.
15. Борисова Л.Г. Забота: социально-философский смысл и педагогическое значение // Сибирский педагогический журнал. 2005. № 4. С. 34–51.

16. Козырьков В.П. Забота как духовная культура: истоки и современная практика // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Практики заботы в современном обществе». Саратов: Изд-во «Саратовский источник», 2017. С. 138–146.
17. Закон Нижегородской области от 5 ноября 2014 года № 146-З «О социальном обслуживании граждан в Нижегородской области» [Электронный ресурс]. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс.
18. Семейная экосистема человека: монография / З.Х. Саралиева, Г.Л. Воронин, С.А. Судьин, Д.А. Шпилев [и др.]. Н. Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2018. 225 с.

---

© Евстропова Светлана Валериановна (evmani@mail.ru)  
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»