Муниципальное Бюджетное Дошкольное Образовательное Учереждение детский сад № 22 «Тополек»

Социально-психологические проблемы инвалидности

Выполнила: Карлина Светлана Николаевна воспитатель МБДОУ д\с №22 «Тополек»

**СОДЕРЖАНИЕ**

Введение.

1. Основы изучения инвалидности как социально - психологической проблемы.

1.1.Формирование теоретических представлений об инвалидности как социально – психологической проблеме.

1.2. Особенности различных видов инвалидности.

1.3. Динамика и причины роста детской инвалидности.

1.4. Модели инвалидности.

2. Особенности работы с семьей, имеющей ребенка – инвалида.

2.1. Основные проблемы в семьях, воспитывающих детей-инвалидов.

2.2. Задачи воспитания в семьях, где есть дети-инвалиды.

2.3. Особенности социально - психологической поддержки детей - инвалидов и их родителей.

2.4. Проблема доступности окружающей среды как социальная проблема инвалидов.

Заключение.

Список использованной литературы.

**ВВЕДЕНИЕ**

В системе современного образования, практической психологии и коррекционной педагогики, социальной педагогики и социальной психологии серьезно востребованным сегодня  является изучение проблем образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья в условиях введения ФГОС.  Профессиональная, практическая  деятельность – это процесс и результат включения человека, профессионально сложившегося,  в новые социальные  отношения. Они осуществляются путем усвоения индивидом нового управленческого, социально-экономического и психологического опыта и воспроизведения его в своей деятельности.

**Актуальность темы исследования***.* История развития социальной проблемы инвалидности свидетель­ствует о том, что она прошла сложный путь - начиная от физического уничтожения, непризнания изоляции "непол­ноценных членов" до необходимости интеграции лиц с различными физическими дефектами, патофизиологическими синдромами, психосоциальными нарушениями в общество, создание для них безбарьерной среды. Иными словами, инвалидность сегодня становится проблемой не только одного человека или группы людей, а всего обще­ства в целом.

*Степень разработанности проблемы.*В целом ряде зарубежных и отечественных учебных пособий дети , имеющие инвалидность, изображаются объектами заботы – как своеобразное бремя, которое вынуждены нести заботящиеся о них близкие, общество и государство. Вместе с тем существует и другой подход, который привлекает внимание к жизненной активности самих инвалидов. Это формирование новой концепции жизни. При одновременном акценте на взаимную помощь и поддержку.

Семья является наиболее значимым фактором социализации ребенка и ее влияние в этой связи превосходит воздействие всех других общественных институтов. Что же касается ребенка с ограниченными возможностями здоровья, то роль семьи неизмеримо возрастает, т.к. на нее ложится основное бремя ухода, воспитания и образования таких детей. Присутствие ребенка, имеющего жизненные ограничения, вносит в жизнь семьи много дополнительных проблем, оказывает влияние на всех ее членов. Для воспитания детей, подготовки их к жизни в обществе требуются дополнительные духовные и материальные ресурсы.  Семья детей-инвалидов, особенно матери, испытывает тяжелый психологический гнет. Не выдержав тягот воспитания такого ребенка, оставляют семьи отцы. Не решен вопрос отдыха семьи, имеющей ребенка-инвалида. Возможности детей-инвалидов в сфере образования, трудоустройства, получения доходов, обеспечения жильем, участия в социальной, культурной, экономической, политической жизни значительно ограничены . Изменение подхода от содержания детей в закрытых учреждениях к семейному воспитанию и созданию необходимых ребенку и его родителям программ междисциплинарного обслуживания вызвало интерес и определило необходимость изучения семейных стратегий микросоциальной адаптации. Исследованием проблем воспитания детей-инвалидов занимаются Алексеева Л.С., Айшервуд М.М., Багаева Г.Н., Безух С.М., Грачев Л.К., Дементьева Н.Ф., Исаева Т.Н., Ким Е.Н., Лебедева С.С., Мельникова Г.С., Усынина А.И. и другие отечественные ученые. Однако рассматривают они поставленную проблему, преимущественно, с позиции медико-профилактических, психологических, организационно-управленческих требований. В этой связи актуальность данной темы заключается в раскрытии и обосновании социально-психологического подхода к работе с семьями, воспитывающими ребенка-инвалида.

Исследование направлено на разрешение противоречия между существующими, неразрешимими в рамках существующей практики, проблемами в семьях, имеющих детей-инвалидов и необходимостью организации продуманной, целенаправленной социально-психологической поддержки.

**Цель:** анализ инвалидности как социальной проблемы, ее теоретическое осмысление. Проанализировать характеристики и основные проблемы семей, воспитывающих детей-инвалидов, выявить особенности социально- психологической поддержки таких семей.

**Задачи:**

1)  Сформировать теоретические представления об инвалидности как социальной проблеме.

2)  Изучить динамику и причины роста детской инвалидности, рассмотреть особенности различных видов детской инвалидности.

3)  Проанализировать характеристики семей, имеющих детей - инвалидов и выявить их основные проблемы.

4)  Рассмотреть особенности социально - психологической поддержки детей- инвалидов и их родителей.

**1. Основы изучения инвалидности как социально - психологической проблемы.**

**1.1 Формирование теоретических представлений об инвалидности как социально – психологической проблеме.**

Вероятно, с периода возникновения жизни на земле термин «инвалидность» во все времена вызывал отрицательные ассоциации. Многочисленные подтверждения этому факту мы находим в Библии, ведах, пуранах и других религиозных книгах, народных сказках, былинах: плохие люди и злодеи наделяются чертами уродства, а хорошие положительные герои отличаются здоровьем, силой и красотой. По оценкам экспертов Всемирной организации здравоохранения, около 10 % населения планеты относятся к категории людей, которых мы относим к инвалидам. В современную эпоху «равных возможностей для всех» вопрос об инвалидах решается политическим путем, то есть в отношении них провозглашается забота во всех социальных сферах, однако, зачастую, в реальности это социальное обслуживание существует только на словах или в отчетах.

**1.2 Особенности различных видов инвалидности.**

Инвалид — лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеванием, последствием травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

В соответствии с приказом Минздрава РФ от 4 июля 1991 г. № 117 «О порядке выдачи медицинского заключения на детей-инвалидов». К детям-инвалидам относятся дети, имеющие «...значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации, вследствие нарушения развития и роста ребенка, его способности к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контроль за своим поведением, обучению, общению, игровой и трудовой деятельности в будущем». Это определение вытекает из современной концепции Всемирной организации здравоохранения: поводом для назначения инвалидности являются последствия болезни, травмы, проявляющиеся в виде нарушения той или иной психологической, физиологической или анатомической структуры или функции, приводящие к ограничению жизнедеятельности и социальной дезадаптации.

Соцдезадаптация — нарушение приспособления индивида к изменившейся социальной среде, в отношении детей-инвалидов — в результате социальной недостаточности или социальной дисфункции. Это такое нарушение жизнедеятельности, при котором ребенок может выполнять лишь ограниченно или не может выполнять совсем обычную для его положения роль в жизни и в обществе в зависимости от возраста, пола, социального и культурного положения:

-  ограничение физической независимости (неспособность вести себя независимо с другим лицом);

-  ограничение подвижности (передвигаться во времени и пространстве);

-  ограничение способности заниматься обычной деятельностью;

-  ограничение способности к получению образования, к профессиональной деятельности;

-  ограничение способности к интеграции в обществе.

Нарушение способности осуществлять ту или иную деятельность может быть от рождения или приобретено позже, может быть временным или постоянным.

У ребенка-инвалида определяется четыре степени нарушения здоровья:

*1 степень утраты здоровья*определяется при легком и умеренном нарушении функций, которые, согласно инструкции, являются показателем к установлению инвалидности у ребенка, но, как правило, не приводят к необходимости определения у лиц старше 18 лет;

*2 степень утраты здоровья*устанавливается при наличии выраженных нарушений функций органов и систем, которые, несмотря на проведенное лечение, ограничивают возможности социальной адаптации ребенка (соответствует 3 группе инвалидности у взрослых);

*3 степень утраты здоровья*соответствует 2 группе инвалидности у взрослого;

*4 степень утраты здоровья*определяется при резко выраженных нарушениях функций органов и систем, приводящих к социальной дезадаптации ребенка.

**1.3 Динамика и причины роста детской инвалидности**

В настоящее время 1,6 млн. детей, проживающих в Российской Федерации, т.е. 4,5% всей детской популяции, относящиеся к категории детей с ограниченными возможностями здоровья. В 2002 году в органах социальной защиты населения состояли на учете 642 тыс. детей- инвалидов в возрасте до 18 лет, что составляет 2% от общей численности детей и подростков в целом по стране.(О положении детей в РФ, государственный доклад,2002г.)

Хотя дети-инвалиды относятся к категории лиц с ограниченными возможностями здоровья, существует принцип, различающий эти две категории детей. Согласно концепции социокультурной политики в Российской Федерации, лицо с ограниченными возможностями имеет временными или приобретенные (не врожденные) ограничения жизнедеятельности. Под ограничением жизнедеятельности понимается полная или частичная утрата способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

Понятие «дети-инвалиды» является юридическим термином, используется для категории детей, находящихся под социальной защитой государства вследствие значительного ограничения жизнедеятельности, приводящего к социальной дезадаптации по причине нарушения развития или роста.

В последнее время под влиянием прогрессивных тенденций антидискриминационной политики, в отношении инвалидов, используют выражение «дети с ограниченными возможностями».

Понятие «ограничение» рассматривается с разных точек зрения и, соответственно, неодинаково истолковывается в профессиональных сферах, имеющих отношение к человеку с нарушенным развитием: в медицине, социологии, социальном праве, психологии, педагогики.

Детская инвалидность - проблема всего общества. Наличие столь значительного количества детей с ограниченными возможностями здоровья должна быть предметом особых забот для России. Дети - инвалиды имеют гораздо меньше шансов реализовать себя в качестве равноправных граждан страны - получить образование и сделать профессиональный выбор. Большинство из них находятся в прямой зависимости от конкретных мер государственной социальной политики, направленных на образование и занятость инвалидов, с одной стороны, а с другой - от попечительства родных, не только осуществляющих уход, но и ответственных за удовлетворения их потребностей.

Распределение детей - инвалидов по возрастному составу достаточно неравномерно. Регистрация инвалидности у детей происходит в разные периоды роста, до 18- летнего возраста по мере выявления у них серьезных отклонений в состоянии здоровья. Так по данным Андреевой О.С. среди детей - инвалидов одного года составили всего 0,3% . Анализ возрастного состава показывает, что самой многочисленной является возрастная группа 10-14 лет(47%), второй по численности дети 5-9 лет(29%), третья - дети в возрасте 0-4 года (14%).

К основным причинам инвалидизации детей относятся осложнения беременности в результате различных, в том числе экзогенных воздействий, бытовые травмы, рост хронической заболеваемости.

Увеличение численности детей - инвалидов с достижением следующей возрастной ступени происходит по мере того, как обнаруживается заболевание, приводящее к ограниченным возможностям здоровья. В том числе за счет более позднего выявления отклонений в развитии, становящихся заметными для родителей в период взросления детей, а так же с резким возрастанием умственных и физических нагрузок во время обучения в школе с которыми больной ребенок не в состоянии справится. Уменьшение численности детей - инвалидов в возрасте старше 15 лет объясняется, скорее всего, тем, что для назначения инвалидности детям старшего возраста используются более жесткие критерии.

Ведущее место среди причин инвалидности у детей занимают физические нарушения – 75% (среди них – 23,2% опорно-двигательные и 25% с нарушением внутренних органов). Умственные нарушения занимают менее четверти от всех заболеваний вызывающих инвалидность- 20%.

По мнению экспертов, инвалидность устанавливают лишь каждому 5-6 ребенку (в 19% случаев) из числа имеющих стойкие нарушения здоровья. Не все дети даже со стойкими нарушеньями здоровья имеют выраженные ограничения жизнедеятельности, свойственных их возрасту.

**1.4. Модели инвалидности.**

Процесс демократизации социальной политики, происходящий в России, постепенно изменяет отношение общества к проблеме инвалидности. Общество начинает приобретать более широкое понимание проблемы инвалидности как социального явления. Люди, имеющие инвалидность, все реже и реже рассматриваются как безликая социальная группа, нуждающаяся только в заботе, социальной помощи и милосердии. Все более отчетливо прослеживается тенденция интерпретировать инвалидность в свете парадигмы "личность человека, имеющего инвалидность - общество". Если ранее социальная политика , затрагивающая интересы людей, имеющих инвалидность, рассматривала их как людей, имеющих, прежде всего психологические, физиологические или анатомические дефекты, приводящие к утрате им трудоспособности (это наиболее ярко отражается на делении общества, на "инвалидов" и "здоровых"), то теперь все большее распространение получает отношение к людям, имеющим инвалидность, как к полноправным членам общества, имеющим потенциальные способности, знания, умения и навыки, которые могут быть использованы обществом в его прогрессивном развитии. Демократизация затрагивает все аспекты жизни общества и приводит к качественным изменениям не только в экономической и социально-политической жизни общества, но и существенным образом изменяет общественное сознание. Получая больше свободы выбора, самоутверждения и самоопределения, человек начинает все яснее ассоциировать себя с окружающей средой, в которой он живет, и приобретает навыки ценностной ориентации, инициативу, стремление к творческой активности с целью улучшения качества жизни. Динамика процесса развития каждого отдельного члена общества «человек-индивидуум-личность» имеет большое положительное значение для общества в целом, так как она становится сильнее и богаче, что позволяет ему в более полной мере удовлетворять нужды и потребности каждого его члена. Процесс социализации личности вовлекает и людей, имеющих инвалидность. Изменение общественного сознания, с одной стороны, и качественное прогрессивное изменение самосознания людей, имеющих инвалидность, а вслед за этим и возрастание их социальной активности, с другой стороны, обуславливает более активное участие людей, имеющих инвалидность, в принятии решений относительно социальных проблем и социальной политики, имеющей самое непосредственное отношение к ним. Общественное движение людей, имеющих инвалидность, расширяется. И представляет собой организации, осуществляющие разнообразные задачи, возникшее на основе общности главной цели: добиться того, чтобы люди, имеющие инвалидность, имели равные права и равные возможности для активного участия во всех аспектах жизни общества. Права и возможности в качестве приоритета в социальной политике у лиц имеющих инвалидность, и активная практическая деятельность общественных объединений, занимающихся проблемами инвалидности, поставили перед представителями государственных структур, решающих социальные проблемы, профессионалами (врачами, реабилитологами, социологами и социальными работниками и др.), учеными новые вопросы, касающиеся не только медицинских и социальных, но и гуманистических и философских аспектов проблемы инвалидности. Начавшееся в 1962 году политическое движение за независимую жизнь людей разбудило общество. В стремлении людей, имеющих инвалидность, получить равные права и равные возможности на свободу выбора, самоопределение, быть хозяевами своих жизненных обстоятельств, чаяний, общество усмотрело стремление к самоутверждению личности, улучшение жизненных условий через творческую, созидательную активность. Изменялось традиционное отношение к проблеме инвалидности только как к медицинской проблеме. Поиски новых, более полных интерпретаций инвалидности, более эффективных форм и методов решения их социальных проблем, привело к попыткам создания научных методологий, описывающих диалектику развития социальной политики в тесной связи с развитием общества в целом.

Выделено четыре модели.

*Медицинская модель****.***Медицинская модель рассматривает инвалидность как недуг, заболевание, дефект психологический, физиологический, анатомический (хронический или временный).

*Социальная модель****.*** Инвалидность рассматривается в терминах сохранения способности человека социально функционировать и определяется как ограничение жизнедеятельности (способность самому обслуживать себя, степень мобильности). Социальная модель предлагает решение проблем, связанных с инвалидностью, через создание системы социальных служб, помогающих человеку жить

*Политико-правовая модель****.***Широко используется общественными движениями людей, имеющих инвалидность, за независимую жизнь. Основные положения политического движения заимствованы из американского движения за права людей негритянской расы и за права женщин. Политическая модель рассматривает людей, имеющих инвалидность, как меньшинство, права и свободы которых ущемляются дискриминирующим законодательством, недоступностью архитектурной среды, ограниченным доступом к участию во всех аспектах жизни общества, к информации и средствам коммуникации, спорту и досугу.

*Культурный плюрализм****.*** Модель идеалистическая. Она включается в программу всех общественных инвалидных движений, основанных на принципах философии независимой жизни. В своем стремлении к достижению совершенства человечество всегда ориентировалось на высокие идеалы. Модель культурного плюрализма отражает искреннее желание людей жить в совершенном, высокоорганизованном мире, в котором гармонично будут сочетаться общие интересы и интересы каждой отдельной личности.

Таким образом, существование различных подходов к проблемам инвалидности является закономерным. Основные направления в социальной политике зависят от людей, принимающих участие в ее создании. Наше время характеризуется глобальностью интеграционных процессов, затрагивающих все сферы деятельности человека. Поэтому большую актуальность приобретает проблема стандартизации подходов к проблеме инвалидности. Решение, которой в огромной степени зависит от выработки единой интерпретации такого социального явления как инвалидность, всеобъемлющей и гуманистической, наиболее полно отражающей права и интересы отдельного члена общества, имеющего инвалидность. И в этом отношении определенное значение имеет систематизация уже существующих теорий относительно моделей инвалидности, социальной политики и социальной системы, создаваемых на основе той или иной модели, и воздействия той или иной модели на реальные нужды, потребности и интересы людей, имеющих инвалидность.

**2. Особенности работы с семьей, имеющей ребенка – инвалида.**

**2.1. Основные проблемы в семьях, воспитывающих детей-инвалидов.**

Семья, ближайшее окружение ребенка с ограниченными возможностями - главное звено в системе его воспитания, социализации, удовлетворения потребностей, обучения, профориентации. Материально-бытовые, финансовые, жилищные проблемы с появлением ребенка- инвалида увеличиваются. Жилье обычно не приспособлено для ребенка-инвалида, каждая 3-я семья имеет около 6 м2 полезной площади на одного члена семьи, редко — отдельная комната или специальные приспособления для ребенка.

В таких семьях возникают проблемы, связанные с приобретением продуктов питания, одежды и обуви, самой простой мебели, предметов бытовой техники: холодильника, телевизора. Семьи не имеют крайне необходимого для ухода за ребенком: транспорта, дач, садовых участков, телефона.

Лекарства, медицинские процедуры, массаж, путевки санаторного типа, необходимые приспособления и аппараты, обучение, оперативные вмешательства, ортопедическая обувь, очки, слуховые аппараты, инвалидные кресла, кровати - это требует больших денежных средств, а доход в этих семьях складывается из заработка отца и пособия на ребенка по инвалидности.

Сведения показывают, что среди семей с детьми-инвалидами самый большой процент составляют неполные материнские семьи. У 15 % родителей произошел развод по причине рождения ребенка-инвалида, мать не имеет перспективы вторичного замужества. Поэтому к проблемам семьи ребенка с ограниченными возможностями прибавляются проблемы неполной семьи.

*Психологические проблемы*. Психологический климат в семье зависит от межличностных отношений, морально-психологических ресурсов родителей и родственников, а также от материальных и жилищных условий семьи, что определяет условия воспитания, обучения и медико-социальную реабилитацию.

Выделяют 3 типа семей по реакции родителей на появление ребенка-инвалида: с пассивной реакцией, связанной с недопониманием существующей проблемы; с гиперактивной реакцией, когда родители усиленно лечат, находят «докторов-светил», дорогостоящие лекарства, ведущие клиники и т.д.; со средней рациональной позицией: последовательное выполнение всех инструкций, советов врачей, психологов.

Появление в семье ребенка с ограниченными возможностями всегда тяжелый психологический стресс для всех членов семьи. Часто семейные отношения ослабевают, постоянная тревога за больного ребенка, чувство растерянности, подавленности являются причиной распада семьи, и лишь в небольшом проценте случаев семья сплачивается. Уход за ребенком ложится на мать. Как правило, она теряет работу или вынуждена работать ночью. Уход за ребенком занимает все ее время, резко сужен круг общения. Если бесперспективны лечение и реабилитация, то постоянная тревога, психоэмоциональное напряжение могут привести мать к раздражению, состоянию депрессии. Психологическая напряженность в таких семьях поддерживается психологическим угнетением детей из-за негативного отношения окружающих к их семье; они редко общаются с детьми из других семей. Не все дети в состоянии правильно оценить и понять внимание родителей к больному ребенку, их постоянную усталость в обстановке угнетенного, постоянно тревожного семейного климата.

Нередко такая семья испытывает отрицательное отношение со стороны окружающих, особенно соседей, которых раздражают некомфортные условия существования рядом (нарушение спокойствия, тишины, особенно если ребенок-инвалид с задержкой умственного развития или его поведение негативно влияет на здоровье детского окружения). Окружающие часто уклоняются от общения и дети - инвалидами практически не имеют возможности полноценных социальных контактов, достаточного круга общения, особенно со здоровыми сверстниками. Имеющаяся социальная деривация может привести к личностным расстройствам (например, эмоционально-волевой сферы и т.д.), к задержке интеллекта, особенно если ребенок слабо адаптирован к жизненным трудностям, социальной дезадаптации, еще большей изоляции, недостаткам развития, в том числе нарушениям коммуникационных возможностей, что формирует неадекватное представление об окружающем мире.

Родители стараются воспитывать своего ребенка, избегая его невротизации, эгоцентризма, социального и психического инфантилизма, давая ему соответствующее обучение, профориентацию на последующую трудовую деятельность. Это зависит от наличия педагогических, психологических, медицинских знаний родителей, так как, чтобы выявить, оценить задатки ребенка, его отношение к своему дефекту, реакцию на отношение окружающих, помочь ему социально адаптироваться, максимально самореализоваться, нужны специальные знания.

*Медико - социальные проблемы*. Медико - социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями должна быть ранней, этапной, длительной, комплексной, включать медицинские, психолого-педагогические, профессиональные, социально-бытовые, правовые и другие программы с учетом индивидуального подхода к каждому ребенку. Главное — научить ребенка двигательным и социальным навыкам, чтобы в последующем он смог получить образование и самостоятельно работать.

Иногда лечение, социальная помощь проводятся поздно из-за несвоевременной диагностики. Чаще всего диагноз устанавливается на 1 или 2 — 3 году жизни; только у 9%, диагноз поставлен сразу после рождения, в возрасте 7 дней (тяжелые поражения ЦНС и врожденные пороки развития).

На низком уровне находится осмотр детей узкими специалистами, массаж, лечебная физкультура, физиолечение, диетолог не решает вопросы питания при тяжелых формах диабета, почечных заболеваниях. Недостаточна обеспеченность медицинскими препаратами, тренажерами, инвалидными колясками, слуховыми аппаратами, протезами, ортопедической обувью.

Обдумывая вопросы планирования семьи, лишь немногие родители решаются родить повторно после рождения ребенка с ограниченными возможностями.

Социально-медицинские, психолого-педагогические проблемы, в том числе неудовлетворительное оснащение медицинских учреждений современной диагностической аппаратурой, недостаточно развитой сетью учреждений восстановительного лечения, «слабыми» службами медико-психолого-социальной работы и медико-социальной экспертизы детей-инвалидов; сложностью в получении профессии и трудоустройстве, отсутствием массового производства технических средств для обучения, передвижения, бытового самообслуживания в детских интернатах и домашней обстановке.

Проводимые в России государственные меры демографической политики, помощи семьям с детьми, в том числе с детьми - инвалидами носят разрозненный, малоэффективный характер и не учитывают семей в комплексе.

**2.2. Задачи воспитания в семьях, где есть дети-инвалиды.**

Нельзя воспитывать ребёнка с ограниченными возможностями в отрыве от семьи. Эта микросистема находится в постоянном взаимодействии с другими микросистемами (социальные педагоги, юристы, медработники, соседи и друзья, воспитатели, учителя и др.). Микросистема функционирует в контексте экосистемы — это индивиды, службы и организации, активно взаимодействующие с семьёй, специальные реабилитационные или образовательные программы. Значительная социальная, психологическая и практическая помощь может быть оказана семьям детей-инвалидов группами поддержки. Такие группы могут защищать права семей, оказывая влияние на социальную политику, внося конструктивные инициативы во властные структуры. Ассоциации родителей детей с ограниченными возможностями не только имеют большое значение в поддержке семьи — они все чаще инициируют новые формы, виды и технологии реабилитационной работы, помощи детям.

Таким образом, усилия должны быть направлены на социальную реабилитацию семьи, а, с другой стороны, нужно создать условия для поддержания инициативы самой семьи в реабилитации ребенка с ограниченными возможностями. Именно в семье формируется та социальная роль, которую он будет демонстрировать, а это может быть роль больного, роль здорового (ведущая к отрицанию факта своей инвалидности). И та, и другая роль негативна. С психологической точки зрения только в семье может быть выработана единственно правильная установка — адекватно рассматривать умственное или физическое отклонение в развитии ребенка.

Подводя итог сказанному, можно сделать вывод — инициатива реабилитации ребёнка в семье должна совпадать с инициативой реабилитации самой семьи. И здесь роль общественных объединений инвалидов, родителей детей-инвалидов неоценима.

Вторая точка приложения социально – психологической работы по реабилитации ребёнка с ограниченными возможностями и семьи — состыковка нисходящих и восходящих программ реабилитации. Что это такое? Нисходящая программа планируется, организовывается и контролируется главным образом государством, и ориентирована на долгосрочное исполнение и весь массив и зачастую не учитывают конкретную семью. Восходящие инициативы реабилитации из-за материальных трудностей, отсутствия методологии не находят поддержку и в лучшем случае сводятся к организации ещё одного учреждения ведомственного характера, которое решает какую-то частную задачу. Отсутствие общегосударственного подхода в реабилитации семьи не стимулирует заинтересованность власти на местах развивать технологию социальной работы с детьми-инвалидами и их родителями.

Из всего вышесказанного вытекают конкретные задачи реабилитологов, социальных работников и представителей общественных объединений. Это: превращение семьи в реабилитационное учреждение; реабилитация самой семьи; состыковка восходящих и нисходящих инициатив. Говоря проще, это забота о правах инвалидов; предоставление конкретной помощи инвалиду, его семье; принятие участия в разработке программ социального обеспечения; стимулирование усилий семьи по реабилитации ребенка-инвалида; интеграция инвалида и его семьи в жизнь местного сообщества.

«Обобщённый» психологический портрет родителей детей-инвалидов характеризуется выраженной озабоченностью, высоким уровнем тревожности, слабостью, хрупкостью эмоциональных структур, социальной робостью, подозрительностью. По своей инициативе родители редко вступают в контакт с незнакомыми людьми, настороженно относятся кс всем, кто пытается общаться с детьми. Жалость или удивление окружающих при виде их больного ребёнка способствует тому, что родителе начинают скрывать ребёнка от посторонних глаз: они стараются не бывать с ними в общественных местах, тем самым ещё больше способствуя социальной дезадаптации ребёнка. В таких семьях больной ребёнок становится причиной семейных конфликтов, приводят» нередко к дестабилизации семейных отношений, распаду семьи, а неполная семья — это тормоз в физическом и психическом развитии ребенка. Дефект ребенка некоторые родители воспринимают как собственную неполноценность, ущербность, подавляющуюся в виде переживания острого чувства вины, вины перед ребенком и окружающими их людьми.

По мере взросления ребёнка проблем не становится меньше, они приобретают социальную окраску. Опросы родителей показывают, что если заботы и проблемы родителей ребёнка дошкольного возраста связаны с его поведением, сном, ходьбой и обеспечением общего ухода за ним, то дальше во весь рост, встают проблемы будущего ребёнка, его профессионального определения и его отношений с окружающими.

Ситуация в семье с появлением ребёнка с ограниченными возможностями усугубляется ещё и по причине трудностей материального порядка: возникает необходимость обеспечения платного ухода, медицинских консультаций, приобретения лекарств, дополнительного питания, реабилитационных средств.

Обобщая сказанное выше, можно утверждать, что дефект, ограниченность ребёнка в развитии имеют два уровня компенсации, которые реализуются в соответствии с решением тех или иных задач семьи с ребёнком с ограниченными возможностями: высокий — с активным преодолением и низкий, заключающийся в приспособлении к нему (к дефекту).

Воспитание ребёнка в соответствии с первой стратегией обеспечивает удовлетворение потребностей ребёнка в признании, в самостоятельности, не ограничивает его в общении и взаимодействии с другими детьми и взрослыми.

Если выбрана вторая стратегия, то ребёнку прививается специфический статус, который становится организующим фактором всей жизни семьи. Роль больного, инвалида удовлетворяет потребность ребёнка в признании, любви, заботе, но существенно ограничивает его самостоятельность, развитие способностей к социальной адаптации. В связи с этим специалисты выделяют несколько особых типов семейного воспитания. Наиболее часто в семьях, где проживают дети с ограниченными возможностями, имеет место такой стиль воспитания, как гиперопёка, которая проявляется в чрезмерной заботе о больном ребёнке, в преданности ему, что приводит к формированию у ребёнка эгоцентрических установок, отрицательно сказывается на проявлении у него инициативы, чувства ответственности и долга. Контакт с окружающими нарушается, что сказывается на последующем приспособлении ребёнка к социуму. В 50 % случаев у родителей отмечается неуверенность в своих силах, воспитательных возможностях, и они идут на поводу желаний и потребностей своего ребёнка. С сожалением приходится констатировать тот факт, что «гиперопёка ведёт к возникновению выученной беспомощности».

Реже, но наблюдается эмоциональное отвержение больного ребёнка. Родители, недопонимая сложившейся ситуации, пытаются компенсировать своё негативное или пассивное отношение к ребёнку подчёркнутой заботой о его здоровье и материальном благополучии. В этих семьях нет тесного эмоционального контакта родителей с детьми. Часто родители обвиняют врачей в возникновении и неизлечимости болезни у ребёнка.

Благоприятным типом семейного воспитания считается «принятие и любовь», где родители помогают ребёнку в таких делах, которые важны для него, поощряют, наказывают, одобряют независимость ребёнка. Если родители хотят понять ребёнка и помочь ему, то они должны научиться сознавать, что, с одной стороны, они являются окружающей средой, в которой ребёнок живет и растёт, а, с другой, они оказываются непосредственными участниками становления ребёнка в борьбе с болезнью. При этом родители, как и специалисты, работающие с детьми-инвалидами, должны опираться на функции, которые у ребёнка остаются сохранными, то есть в какой-то степени совершенными и лучшим образом развитыми.

Очевидно, что во всех трех ситуациях должна проводиться кропотливая серьезная работа с родителями. Необходимо: направить их усилия по оптимальному пути; обучить правильному пониманию своих тяжелых обязанностей; вооружить хотя бы минимумом психологических, педагогических, медицинских знаний и раскрыть возможности их использования; помочь родителям признать за ребёнком потенциальную исключительность. Если в семье нет ясности по этим вопросам, то серьёзным препятствием на пути развития ребёнка-инвалида становится сама семья.

Все услуги должны быть скоординированы таким образом, чтобы помочь детям и их семьям, поддержать индивидуальное и семейное развитие и защитить права всех членов семьи. Помощь максимально возможно должна оказываться в естественном окружении ребенка, то есть не в изолированном учреждении, а по месту жительства, в семье. Работа в данном направлении — забота не только специалистов органов здравоохранения, образования, системы социальной защиты населения. Сами родители, общественные и необщественные организации и объединения должны воспитывать в обществе стремление морально поддерживать семьи, имеющие ребёнка с недостатками развития, делать все для лучшего понимания их проблем, способствовать устранению всех препятствий, мешающих успешному социальному развитию, обучению, социальной адаптации и интеграции ребенка-инвалида.

**2.3. Особенности социально - психологической поддержки детей - инвалидов и их родителей.**

Одним из ведущих факторов, обеспечивающих социальную адаптацию детей-инвалидов и родителей, воспитывающих детей - инвалидов, является их социально-психологическаяподдержка.Она акцентирует основное внимание и усилия на выработку у ребенка и родителей новой системы целей и ценностей, способствует их свободной самоактуализации и самореализации. При условии развития и обогащения личности за счет возрастания самостоятельности и ответственности в межличностных отношениях, умения оптимально соотнести собственные интересы с интересами группы, инвалид сможет сам приносить пользу своим близким и обществу в целом, что будет способствовать его личностной и социальной адаптации. Таким образом, при определенных подходах к реализации социально-психологической поддержки дети-инвалиды могут стать социально-активной группой населения.

Социально-психологическая поддержка детей-инвалидов и родителей, воспитывающих их, сегодня официально признается одним из важнейших компонентов социальной деятельности общества. Она заключается в определении педагогического прогноза при разработке тех или иных законопроектов, программ, мероприятий, направленных на обеспечение и реализацию прав детей-инвалидов; осуществляет социальную работу с ними, с семьями на основе принциповпроектирования педагогически целесообразных отношений в социуме, использования в практике форм и технологий, основанных на фундаментальных, педагогических закономерностях и способствующих личностному развитию, самовоспитанию, самореализации, созданию комфортной среды обитания в социуме; предполагает целесообразную систему общественной помощи подрастающему поколению в его социальной жизни. На основе анализа психолого-педагогических исследований Т.Вейса, А.Р. Маллера, Е.М.Мастюковой, Н.С.Моровой и др. мы определили, что социально-психологическая поддержка - это процесс, направленный на содействие детям-инвалидам и их близким в преодолении их трудной жизненной ситуации, побуждение их к активной самопомощи, личностного развития, самореализации в обществе. Социально-психологическая поддержка осуществляется с цельюпомочь инвалидам достигать и поддерживать оптимальную степень участия в социальных взаимодействиях, членов общества, помешать врожденному или приобретенному дефекту занять центральное место в формировании и становлении личности, дать возможность детям так организовать свой образ жизни, чтобы развить другие способности и тем самым компенсировать инвалидность.

В процессе социализации, и в частности социальной адаптации детей-инвалидов, социально-психологическая поддержка помогает им приобретать те качества, которые необходимы для жизнедеятельности в обществе, овладевать социальной деятельностью, социальным общением и поведением, осуществлять социальное становление личности.

Ребенок-инвалид не должен быть пассивным объектом воздействия, а должен стать активным субъектом социального формирования своей личности исходя из внутренних потенций, и, конечно, условий окружающей среды.

Особенность социально - психологической поддержки заключается в том, что ее процесс должен осуществляться комплексно, т.е. с участием специалистов различного профиля: педагогов, социальных работников, психологов, медиков и др. Они видят назначение социально-педагогической поддержки в помощи детям-инвалидам улучшить качество жизни путем налаживания контактов с их социальным и физическим окружением. Принципомдеятельности специалистов является их профессиональная этика:

- *личностно-ориентированный подход*к детям-инвалидам, реализуемый в формуле: любить, понимать, принимать, сострадать, помогать;

- *оптимальность подхода:*вера в детей-инвалидов, опора на положительное в них, убеждение их: «сделай себя личностью сам»;

- *объективность подхода:*учет возрастных особенностей личности  
(индивидуальных черт, склонностей, нравственной, моральной позиции),

-*коммуникативность:*способность к быстрому и оперативному общению и налаживанию связей и координации со всеми субъектами социального воспитания для быстрого нахождения квалифицированной помощи детям-инвалидам;

-*неразглашение*информации о детях-инвалидах и их семьях.

 Основными критериями эффективности работы специалистов:

-анализ состояния проблем семей имеющих детей-инвалидов и результатат их решения;

-включенность детей-инвалидов и родителей в различные виды социальной деятельности и активности к социальным ценностям;

-включенность взрослых в деятельность по улучшению условий в социуме,

-оценка социально-психологической обстановки и микроклимата в социуме;

- уровень профессионального роста специалиста.

**2.4. Проблема доступности окружающей среды как социальная проблема инвалидов.**

Вопросы социально - психологической поддержки инвали­дов постоянно находятся в поле зрения зако­нодательной и исполнительной власти как на федеральном, так и на региональном уровнях. 

К условиям обеспечения достойного качества жизни инвалидов относится удовлетворение их потребностей. Эти потребности касаются различных социальных аспектов и личных сторон жизни и во многом совпадают с потребностями каждого гражданина. Схематично они представлены на рисунке 1.

Рис. 1. Потребности инвалидов в разных сферах жизнедеятельности

С наступлением инвалидности у человека возникают реальные трудности как субъективного, так и объективного характера при адаптации к жизненным условиям. Все это способствует их изоляции и чувству отчуждения. Ограниченность общения и социальной активности создает дополнительные психологические, экономические и дру­гие проблемы и трудности для самих инвалидов и их близких. Социально-психологическое самочувствие большинства инва­лидов характеризуется неуверенностью в завтрашнем дне, неурав­новешенностью, тревожностью.

В России инвалидам во многом затруднен доступ к : объектам социальной инфраструктуры. Игнорирование потребностей инвалидов в обычной для каж­дого человека жизнедеятельности, недоступность социально зна­чимых объектов снижают возможности лиц с физическими де­фектами полноценно участвовать в жизни общества .

Созданию безбарьерной среды посвящен специальный Указ Президента Российской Федерации № 1156 от 02.10.92 «О мерах по формированию доступной для инвалидов среды жизнедеятель­ности» и Постановление Правительства Российской Федерации № 1449 от 07.12.96 «О мерах по обеспечению беспрепятственного доступа инвалидов к информации и объектам социальной инфра­структуры

В 1993 г. вышло Постановление Правительства Российской Федерации «Об утверждении перечня категорий инвалидов, для которых необходима модификация средств, транспорта, связи и информатики».

В России делаются первые шаги, как в области создания специ­ализированных транспортных средств, так и в сфере организации транспортного обслуживания инвалидов, включая инвалидов с нарушением опорно-двигательных функций. В 1991 г. был изго­товлен автобус ЛИАЗ-677, приспособленный для перевозки ин­валидов и оборудованный специальным подъемным устройством. Появились первые трамвай­ные вагоны и троллейбусы, начали производиться электрички, приспособленные для перевозки инвалидов с ограничением дви­гательных функций. На сегодняшний день только на морских и речных судах не предусмотрены удобства для перевозки инвалидов с нарушением двигательных функций .

Постановлением Правительства РФ № 832 от 29.12.2005(ред.от 24.12.2008 № 978), утвержде­на и функционирует Федеральная комплексная програм­ма «Социальная поддержка инвалидов на 2006-2010годы». Входящая в ее состав це­левая программа «Формирование доступной для инвалидов среды жизнедеятельности» напрямую направлена на решение вышеука­занных проблем. Очень важным документом, определяющим правовые основы формирования безбарьерной архитектурной среды для инвалидов, является Градостроительный кодекс Российской Федерации. Он предусматривает обеспечение доступа инвалидов ко всем соору­жениям и транспортным коммуникациям, к местам работы и от­дыха, социокультурным центрам независимо от места их прожи­вания в городских и сельских поселениях.

Безбарьерная среда жизнедеятельности означает не только ар­хитектурную и транспортную доступность, но и обеспечение беспрепятственного доступа инвалидов к информации. Основные гарантии государства на право получения необходимой информа­ции отражены в ст. 14 Федерального закона «О социальной защи­те инвалидов в Российской Федерации» .

В законе предусмотрена государственная поддержка редакций и издательств, выпускающих специальную литературу для инва­лидов. Определенные виды материального стимулирования пре­дусмотрены для редакций, программ, студий, осуществляющих выпуск аудио- и видеопродукции для инвалидов.

Выпуск периодической, научной, учебно-методической, справочно-информационной и художественной литературы для инва­лидов, в том числе издаваемой на магнитофонных кассетах и ре­льефно-точечным шрифтом Брайля, обеспечение сурдотехникой предусмотрено финансировать за счет средств федерального бюд­жета.

В Программе социально-экономического развития Российской Федерации, в число приоритетных направлений включено обеспечение доступности зданий и сооружений, средств , транспорта, связи и информации наряду с другими вопросами реабилитации инвалидов.

К настоящему времени создана достаточно полная правовая база, регламентирующая создание безбарьерной среды жизнедея­тельности для инвалидов. Однако практическая реализация зако­нов и иных нормативных актов осуществляется медленно. Основными сдерживающими факторами выполнения поставленных задач выступают финансирование соответствующих программ, обеспе­чение проектировщиков, строителей и других участников инвес­тиционного процесса нормативно-методическими, рекомендатель­ными и проектными материалами.

Таким образом, рассмотрев инвалидность как социальную проблему, можно отметить, что основные сферы жизнедеятельности человека - труд и быт. Здоровый человек приспосабливается к среде. Инвалидам же надо помочь в адаптации: чтобы они свободно могли дотянуться до станка и выполнять на нем производственные операции; могли сами, без посторонней помощи выехать из дому, посетить мага­зины, аптеки, кинотеатры, преодолев при этом и подъемы, и спус­ки, и переходы, и лестницы, и пороги, и многие другие препят­ствия. Необходимо, чтобы они чувствовали себя на равных со здоровыми людьми и на работе, и дома, и в общественных местах. Это и называется социальной помощью инвалидам - всем тем, кто неполноценен физически или психически.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В современном мире существует множество социальных проблем. Решение социальной проблемы предполагает установление причин, которые привели к ее возникновению.

Из числа социальных проблем - проблема инвалидности является одной из наиболее острых и изучаемых. Инвалидность - это социальное явление, избежать которого не может ни одно общество в мире

Статистические данные свидетельствуют о том, что численность детей-инвалидов возрастает с каждым годом. Основными причинами, способствующими инвалидности детей, является высокий уровень хронических наследственных заболеваний родителей; болезни новорожденных, вызванные состоянием здоровья матери; запоздалое выявление болезней; неблагоприятные условия труда женщин; ухудшение экологической обстановки и многие другие.

Анализ литературы показывает, что к категории инвалидов относятся дети, имеющие значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации, вследствие нарушения развития и роста ребенка, его способности к самообслуживанию, передвижению, ориентации, обучению, общению, игровой и трудовой деятельности в будущем.

В исследовании показывается, что детская инвалидность - проблема всего общества. Наличие значительного количества детей с ограниченными возможностями здоровья должна быть предметом особых забот для страны. Данная категория детей имеет значительно меньше шансов реализовать свои гражданские свободы: получить качественное образование и сделать профессиональный выбор. Анализ ситуации показывает, что большинство из них находятся в прямой зависимости от конкретных мер государственной социальной политики, направленных на образование и занятость инвалидов, с одной стороны, а с другой - от попечительства родных, не только осуществляющих уход, но и ответственных за удовлетворение их потребностей.

В последние годы наметилась тенденция улучшения социальной поддержки семей с детьми с ограниченными физическими и умственными возможностями. Этому способствовал ряд обстоятельств, в частности, укрепление и расширение законодательной и нормативно-правовой базы социальной поддержки семей с детьми-инвалидами (прежде всего на региональном уровне), определенная трансформация массового сознания россиян, еще недавно представлявших инвалидность лишь в медицинском аспекте, динамичный рост числа центров реабилитации детей с ограниченными возможностями.

Но всё это мало отражается на решении внутренних психологических проблем родителей ребёнка-инвалида. Больной ребёнок является постоянным стрессовым фактором, особенно для матери. Эмоциональные перегрузки вызывают определённые изменения в ее поведении и здоровье, что отражается на ребёнке. Получается замкнутый круг: болезнь, инвалидность ребёнка вызывает стресс у матери, а последствия стресса усугубляют болезнь ребёнка. Начиная с первых дней жизни ребенку необходим тесный эмоциональный контакт с матерью, её ласка и забота являются залогом полноценного психического развития. Ребёнок — инвалид должен чувствовать, что близкие люди его любят и понимают, не считая хуже других детей, всегда готовы прийти на помощь.

Выделяют четыре модели инвалидности детей: медицинская, социальная, политико-правовая, культурно-плюралистическая.

В контексте нашего подхода наиболее значимой выступает социальная модель, в рамках которой инвалидность рассматривается в терминах сохранения способности человека социально функционировать и определяется как ограничение жизнедеятельности (способность самому обслуживать себя, степень мобильности). Социальная модель предлагает решение проблем, связанных с инвалидностью, через создание системы социальных служб, помогающих человеку жить.

В жизни детей с ограниченными возможностями и в их семьях возникает много трудностей. Это экономические, жилищно-бытовые, коммуникативные, проблемы с обучением и трудоустройством. Со многими из рассмотренных проблем ребенок и семья не могут справиться самостоятельно. Они прибегают к помощи специалиста, в лице которого очень часто выступает социальный педагог. Основной целью социального педагога при работе с такой семьей – способствовать социальной адаптации и реабилитации семьи в ситуации рождения ребенка-инвалида. Для этого социальный педагог выступает в качестве посредника между медицинским персоналом и семьей; помогает установить связь с другими родственниками, семьями, испытывающими подобные затруднения, с организациями, способными предоставить помощь. Социальный педагог косвенным образом (то есть в индивидуальных беседах через образовательную и посредническую помощь) достигает эффекта психологической поддержки в семье, воздействуя на чувства сомнения и страха, препятствующие контролю над ситуацией.

В ходе работы мы изучили задачи и пришли к выводу, что семьи воспитывающие ребенка- инвалида, нуждаются в продуманной, целенаправленной социально-психологической поддержке, направленной на оказание помощи.

Социально-психологическая поддержка осуществляется с цельюпомочь инвалидам достигать и поддерживать оптимальную степень участия в социальных взаимодействиях, членов общества, помешать врожденному или приобретенному дефекту занять центральное место в формировании и становлении личности, дать возможность детям так организовать свой образ жизни, чтобы развить другие способности и тем самым компенсировать инвалидность.

Из выдвинутой цели вытекают следующие задачи, которые социальный педагог и родители должны решить:

1) воспитать у детей-инвалидов общественную активность, инициативу, готовность к жизни;

2) формировать у них личностные качества (эмоции, чувства, нравственность на основе усвоения культуры и ценностей своего народа, культуры здоровья, общения и поведения, культуры проведения свободного времени);

3) интегрировать детей-инвалидов в общество здоровых людей.

В процессе социализации, и в частности, социальной адаптации детей-инвалидов, социально-психологическая поддержка помогает им приобретать те качества, которые необходимы для жизнедеятельности в обществе, овладевать социальной деятельностью, социальным общением и поведением, осуществлять социальное становление личности.

Социально-психологическая поддержка оказывает детям-инвалидам компетентную социальную помощь:

- повышает эффективность процесса социализации, воспитания и развития детей;

- обеспечивает диагностику,      коррекцию и управление в широком спектре отношений в социуме в интересах становления и развития полноценной, нравственно здоровой, социально защищенной и творчески активной личности;

- организует различные виды общественно и индивидуально значимой деятельности детей-инвалидов на принципах творчества, самоуправления самостоятельности;

- формирует на этой основе их систему ценностей.

Суть психологического компонента в социальной защите и поддержке детей-инвалидов видится нам в учете их индивидуальных и возрастных особенностей, конкретных условий социального развития, способах и средствах воспитания, в разработке и реализации эффективной системы мероприятий по оптимизации воспитания на уровне личности.

Таким образом, ходом исследования было доказано, что семьи, воспитывающие ребенка-инвалида, нуждаются в продуманной, целенаправленной социально-психологической поддержке, направленной на оказание психологической, медико - социальной помощи. В результате исследования цель достигнута.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1.Конституция Российской Федерации  (2006).

2.ФГОС (для соответствующей ступени образования).

3.Закон «О социальной защите инвалидов».

4.Закон «Об основных гарантиях прав ребенка».

5. Безух С.М., Лебедева С.С. Психологическое и социальное сопровождение больных детей и детей-инвалидов. М., 2007.

6. Дементьева Н.Ф., Багаева Г.Н., Исаева Т.Н. Социальная работа с семьей ребенка с ограниченными возможностями. М., 1996.

7. Ким Е.Н. Концепция независимой жизни в социальной работе с детьми с ограниченными возможностями. Автореф. дисс….канд.псих.наук. М.,1996.

8. Маляров Н.В., Несмеянова Н.И. Социальная защита детства: концептуальные подходы. М., 2003.

9. Камаев И.А. Детская инвалидность. М., 1999.

10. «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»: Федеральный закон РФ от 24.11.1995г. №181-ФЗ (ред. от 28.04.2009г.) // Официальные документы в образовании.-2007.-№16.-С.4-14.

11. «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации»: Федеральный закон РФ По состоянию на 10.12.1995 года № 195-ФЗ. Ред. от 22.08.2004 // Рос. газета.- 1995.-№ 243.- С. 23.

12. Концепция федеральной целевой программы «Социальная поддержка инвалидов на 2006-2010 годы»: концепция утверждена распоряжением Правительства РФ от 28.09.2005г. №1515-р // Российская газета.-2005.-№222.- С.25.

13.Декларация о правах инвалидов: Провозглашенная резолюцией 3447 (ХХХ) Генеральной Ассамблеи ООН от 09.12.1975г. // Социальное обеспечение.-2005.-№23.-С.4-5.