План

Введение

Глава 1. Некоторые аспекты реабилитации инвалидов

1.1 Особенности реабилитации детей с умственной отсталостью

1.2 Особенности реабилитации при дефектах зрения и слуха

1.3 Особенности реабилитации при дефектах нижних конечностей

Глава.2. Методика обучения инвалидов двигательным действиям и формирование двигательных навыков

Заключение

Литература

## Введение

Известно, что одним из рациональных и действенных средств формирования здоровья и здорового образа жизни является физическая культура. Она важна и для людей с ограниченными функциональными возможностями. Серьезный физический недуг привод к нарушению функций организма в целом, значительно ухудшат координацию движений и ориентацию. Это сопровождается психическим напряжением, которое затрудняет или даже исключает возможность социального контакта с окружающим миром. В этих условиях развивается комплекс неполноценности, характеризующийся тревогой, потерей личного достоинства и уверенности в себе. Активные физкультурно-оздоровительные занятия, участие в массовых физкультурных мероприятиях восстанавливают психическое равновесие, возвращают чувство уверенности и уважения к себе, дают возможность вернутся к активной жизни, следовательно, являются эффективным средством восстановления физического и психического здоровья лиц с ограниченными физическими возможностями. По сложившейся в нашем обществе системе мировоззренческих взглядов, инвалидами и лицами с устойчивыми отклонениями в состоянии здоровья должны заниматься, в первую очередь, органы здравоохранения, социальной защиты, образования.

Следует также отметить, что долгое время в обществе понятие “здоровье человека” и “инвалидность человека” рассматривались как взаимоисключающие. Тем самым, огромной группе представителей общества, имеющим ограниченные физические возможности, по существу, было отказано в занятиях физической культурой, которые они не посещали, но получали зачет по написанному реферату. Коренной перелом взглядов на данную проблему наметился только в последнее десятилетие. Возникло новое направление научной и практической деятельности, получившая название “адаптивная физическая культура". Ее объектом являются люди, утратившие какие-либо функции, то есть инвалиды. Методологической основой этой деятельности стало понятие жизнеспособности, то есть способность любого человека (здорового, больного, инвалида) в разной степени осуществлять свои биологические и социальные функции. По этому, цель адаптивной физической культуры является максимально возможное развитие жизнеспособности человека с ограниченными возможностями за счет обеспечения оптимального функционирования имеющихся в наличии двигательных и духовных возможностей. Адаптивная физическая культура (АФК) в силу своей огромной роли в развитии, сохранении и поддержании физического, психического и нравственного здоровья становится важнейшим фактором, способным помочь инвалидам выстоять в современных условиях, сложившихся в социальной сфере. АФК позволяет удовлетворять потребности студентов с ограниченными физическими возможностями, в данном случае с поражением опорно-двигательного аппарата (ПОДА), в двигательной активности, оптимизировать на этой основе психофизическое состояние и обеспечивать умственную, сенсорную и моторную “дееспособность", необходимую в жизни. Двигательная активность была и остается необходимым условие нормального функционирования и развития человеческого организма.

## Глава 1. Некоторые аспекты реабилитации инвалидов

По данным ООН, в мире каждый десятый житель планеты - инвалид.

В энциклопедическом словаре реабилитация инвалидов рассматривается как "комплекс медицинских, педагогических и социальных мероприятий, направленных на восстановление (или компенсацию) нарушенных функций организма, а также социальных функций и трудоспособности больных и инвалидов". Как видно из этого определения, в понятие "реабилитации" входят: функциональное восстановление или компенсация того, что нельзя восстановить, приспособление к повседневной жизни и приобщение к трудовому процессу больного или инвалида.

Патологические процессы, развивающиеся в результате болезни, с одной стороны, нарушают целостность и естественность функционирования организма, а с другой - вызывают у инвалида комплексы психологической неполноценности, характеризующиеся тревогой, потерей уверенности в себе, пассивностью, изолированностью или,

наоборот, эгоцентризмом, агрессивностью, а подчас и антисоциальными установками.

Создание оптимальных условий для жизнедеятельности, восстановления утраченного контакта с окружающим миром, успешного лечения и последующих коррекций, психолого-педагогической реабилитации, социально-трудовой адаптации и интеграции этих людей в общество - первостепенная государственная задача.

В декларации ООН о правах инвалидов (1975 г) говорится: "Инвалиды имеют все права на уважение их человеческого достоинства, на образование, профессиональную подготовку, восстановление трудоспособности, на максимальное проявление своих возможностей и способностей, на ускорение процесса их социальной интеграции".

Любая патология, которая привела человека к инвалидности, независимо от вызвавшей ее причины и нозологической формы непременно отражается на двигательной функции. Малоподвижность инвалида приводит к гипокинезии и гиподинамии, проявляющиеся целым рядом негативных последствий: снижение функциональных возможностей и работоспособности, нарушение социальных связей и условий самореализации, потеря бытовой и экономической независимости, что, в свою очередь, вызывает стойкий эмоциональный стресс. Поэтому борьба с гипокинезией - это избавление от ряда негативных изменений всех органов, это профилактика ряда заболеваний, это также становление адаптации инвалидов к жизни и профессиональной деятельности.

Привлечение инвалидов к занятиям физкультурой и спортом - наиболее целесообразное реабилитационное мероприятие. Активная физическая культура - это средства, приемы и методы физического воспитания для формирования у инвалидов и лиц с ограниченными функциональными возможностями жизненно и профессионально необходимых двигательных умений и навыков, развития и совершенствования физических, психических, функциональных и волевых качеств и способностей, позволяющих им обрести самостоятельность, бытовую и психологическую независимость, совершенствоваться в профессиональной деятельности, уметь отдыхать.

Помимо основных принципов реабилитации при проведении реабилитационных мероприятий у инвалидов необходимо соблюдать принцип партнерства - включение самого инвалида и членов его семьи в лечебно-восстановительный процесс, привлечение их к участию в восстановлении тех или иных функций и социальных связей.

К числу наиболее распространенных врожденных пороков развития относятся: умственная отсталость, дефекты зрения, слуха и опорно-двигательного аппарата, причем эти пороки развития нередко сочетаются.

## 1.1 Особенности реабилитации детей с умственной отсталостью

Распространенность этого порока развития в разных странах достигает 1-3%. Принято считать, что до 75% всех случаев умственной отсталости обусловлено генетическими факторами. Эти лица нуждаются в специальных методах воспитания и обучения. Очевидно, что характер реабилитационных мероприятий зависит от глубины умственного недоразвития. Так, лица с относительно не глубоким интеллектуальным недоразвитием могут обучаться по специальной школьной программе и получить доступные профессиональные навыки. В то же время у лиц с глубокой умственной отсталостью невозможны ни школьное обучение, ни профессиональная ориентация. По данным ряда исследователей, занятия физической культурой способствуют улучшению психического развития детей и инвалидов.

## 1.2 Особенности реабилитации при дефектах зрения и слуха

Свыше 40 млн. человек во всем мире и более 500 тыс. в США оцениваются юридически как слепые (незрячие), и каждый год теряют зрение еще миллион человек. Ведущая роль в происхождении врожденных дефектов зрения и слуха принадлежит генетическим факторам. Степень выраженности дефекта зрения или слуха имеет большое значение для возникновения вторичных нарушений развития ребенка (расстройства нервно-психического развития). При небольшом дефекте слуха - тугоухости существует возможность нарушения самостоятельного овладения речью, а полная глухота при отсутствии специального обучения обычно приводит к немоте.

При слепоте и глухоте задерживается развитие навыков общения, нарушаются формирование предметных представлений (из-за отсутствия контакта, общения) и развитие эмоциональной сферы. Оба вида нарушений требуют соответствующей коррекции. Общие закономерности дефектов зрения и слуха: недоразвитие способностей к приему, переработке, хранению информации и недостаточность словесного опосредования. В результате возникает тенденция к определенному замедлению темпа развития мышления, в частности процессов обобщения и отвлечения. К числу мероприятий коррекции при дефектах зрения и слуха основная роль принадлежит стимуляции развития остаточного слуха и зрения.

У слепых часто имеет место гипокинезия (гиподинамия), поэтому понятно большое значение адаптивной физической культуры. Обучение слепых детей и их родителей проводится на специальных курсах обучения по программам:

академической (получить образование);

профессиональной (помочь слепым подготовиться к трудовой деятельности);

самосовершенствование (изучение для внутреннего удовлетворения и радости).

## 1.3 Особенности реабилитации при дефектах нижних конечностей

Из всех нуждающихся в профессиональной реабилитации 70% - лица с дефектами опорно-двигательного аппарата.

Реабилитация лиц с дефектами опорно-двигательного аппарата не должна ограничиваться только медицинскими и физическими реабилитационными мероприятиями, но также должна включать коррекцию нервно-психических расстройств, которые, в свою очередь, могут отразиться на формировании интеллектуального развития. У этих индивидов нередко отмечается склонность к невротическим расстройствам. Причинами этих расстройств являются: двигательная недостаточность и сверхопека при воспитании. Система коррекционного воспитания и обучения, формирующая у инвалида чувство своей нужности, полезности в известной степени препятствует возникновению личностных качеств, связанных с ощущением своей физической неполноценности. Этому способствуют, в частности, социальные программы (системы) воспитания и обучения.

Потеря нижней конечности (конечностей) приводит к снижению трудоспособности и двигательной активности (гипокинезия, гиподинамия), нарушениям обмена веществ и функционального состояния центральной нервной системы, является серьезной психологической травмой и стрессорным фактором. Гипокинезия и расстройства обмена углеводов и липидов (повышение содержания холестерина в крови). Наиболее выраженные нарушения отмечаются со стороны аппаратов кровообращения и дыхания (снижение сократительной функции сердца, тенденция к повышению артериального давления и др.). Следовательно, у этой группы инвалидов имеется высокая угроза развития таких заболеваний, как гипертоническая болезнь, атеросклероз, ишемическая болезнь сердца. Адаптивная физическая культура способствует формированию нового функционального состояния (специальной системы адаптации), характеризующегося приспособлением к дефекту, компенсацией нарушенных функций внутренних органов, нормализацией обмена веществ, психической и эмоциональной деятельностью, предупреждением развития различных заболеваний.

Эффективность физических тренировок обусловлена структурой движений, последовательностью, регулярностью, частотой и продолжительностью занятий, интенсивностью выполнения физических упражнений, индивидуальным подходом к выбору их, оптимальным режимом отдыха.

В экономически развитых странах подсчитано и доказано, что средства, вложенные в инфраструктуру, адаптированную для нормальной жизни инвалидов, полностью себя оправдывают. При этом не только уменьшаются затраты на лечение инвалидов и сокращается число людей, вынужденных отрываться от основных видов деятельности, ухаживая за заболевшими родственниками, но и более эффективно используется трудовой потенциал самих инвалидов, повышается их жизненный уровень. Кроме того, резко снижается социальная напряженность, создается благоприятная морально-психологическая обстановка в обществе.

## Глава.2. Методика обучения инвалидов двигательным действиям и формирование двигательных навыков

Обучение двигательным действиям является одним из важнейших вопросов двигательной адаптации инвалидов к бытовой и производственной деятельности. Следовательно, программа физического воспитания инвалидов должна включать принципиальные вопросы обучения двигательным действиям. В свете современных теоретических и практических представлений о формировании двигательных действий процесс обучения необходимо рассматривать как целостную педагогическую систему, состоящую из 3 подсистем, которые отражают структуру и содержание реализации системы педагогических факторов.1. Этап начального изучения двигательного действия, в процессе реализации которого решаются следующие ведущие задачи по обучению новым двигательным действиям инвалидов:

а) сформировать у инвалидов общее "представление о закономерностях изучаемого двигательного действия;

б) научить частям техники изучаемого двигательного действия;

в) сформировать предпосылки общего ритма изучаемого двигательного действия;

г) устранить причины, провоцирующие возникновение ошибок в технике изучаемого двигательного действия.

Для решения поставленных задач применяется комплекс методов обучения:

метод наглядной демонстрации;

словесный метод;

практический метод обучения, который реализуется в двух основных направлениях;

метод строго регламентированных упражнений, который предполагает изучение новых двигательных действий расчлененно-конструктивным способом и целостным способом; метод частично регламентированного упражнения - использование разнообразных форм игровой и соревновательной двигательной деятельности инвалидов. При решении ведущих задач указанного этапа применяются методы расчлененно-конструктивного упражнения и наглядной демонстрации при сохранении доминирующего значения словесных методов.

2. Этап углубленного изучения двигательных действий:

а) углубить понимание инвалидами биомеханических закономерностей изучаемых двигательных действий;

б) уточнить технику двигательных действий, изучаемых инвалидами, по пространственным, временным, пространственно-временным и динамическим характеристикам;

в) усовершенствовать общий ритм изучаемого двигательного действия;

г) сформировать предпосылки вариативного выполнения изучаемого двигательного действия.

3. Этап совершенствования (закрепления навыка выполнения

двигательного действия):

а) закрепить навык техники изучаемого двигательного действия;

б) реализовать предпосылки к индивидуализации техники изучаемого двигательного действия;

в) расширить диапазон вариативного проявления техники изучаемого двигательного действия;

г) сформировать предпосылки в случае необходимости перестройки элементов техники изучаемого действия.

Для решения поставленных задач применяется комплекс методов обучения при преимущественном значении практических методов обучения. Система обучения новым двигательным действиям инвалидов включает подсистему контроля за качественным уровнем их техники, включающую в себя:

степень автоматизации двигательного действия;

устойчивость двигательного навыка в условиях эмоциональных сдвигов;

диапазон вариативности проявления техники изучаемых двигательных действий;

устойчивость техники изучения двигательных действий в условиях утомления с сохранением высокого результата;

результат, достигнутый в условиях соревновательной деятельности инвалидов.

## Заключение

Адаптивная физическая культура (АФК) в силу своей огромной роли в развитии, сохранении и поддержании физического, психического и нравственного здоровья становится важнейшим фактором, способным помочь инвалидам выстоять в современных условиях, сложившихся в социальной сфере. АФК позволяет удовлетворять потребности студентов с ограниченными физическими возможностями, в данном случае с поражением опорно-двигательного аппарата (ПОДА), в двигательной активности, оптимизировать на этой основе психофизическое состояние и обеспечивать умственную, сенсорную и моторную “дееспособность", необходимую в жизни. Двигательная активность была и остается необходимым условие нормального функционирования и развития человеческого организма.

## Литература

1. Данилов Ю.Е. Современные проблемы медицинской и социальной реабилитации. - М., 1979.
2. Евсеев С.П., Курдыбайло С.Ф., Морозова О.В., Солодков А.С. Адаптивная физическая культура и функциональное состояние инвалидов. - СПб., 1996.
3. Лисовский В.А., Евсеев С.П., Голофеевский В.Ю., Мироненко А.Н. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: Учебн. пособие / Под редакцией проф. С.П. Евсеева. - М.: Советский спорт, 2001.
4. Московченко О.Н., Злаказов О.В. Применение метода электромиотонометрии в оценке функционального состояния нервно-мышечной системы у лиц с поражениями опорно-двигательного аппарата // Профессиональное образование инвалидов: Тез. док. Всерос. Науч. - практ. Конф. “Профессиональное образование инвалидов" 11-13 октября 2000 г. - М., 2000.
5. Теория и организация адаптивной физической культуры: Учеб. В 2 т. Т.1. Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физической культуры/Под общей ред. проф. CJI. Евсеева. - М., 2002.
6. Физическая реабилитация и спорт инвалидов: нормативные правовые документы, механизмы реализации, практический опыт, рекомендации / Автор-составитель А.В. Царик. - 2-е изд., доп. и испр. - М.: Советский спорт, 2003.
7. Шапкова Л.В. Средства адаптивной физической культуры: Метод, рек. по физкультурно-оздоровительным и развивающим занятиям детей с отклонениями в интеллектуальном развитии. М., 2002.