Содержание

Введение

. Место адаптивной физической культуры в реабилитации инвалидов

.1 Роль и значение физической культуры в жизни инвалидов

.2 Использование средств и методов системы адаптивного физического воспитания при работе с инвалидами

. Организация занятий адаптивной физической культурой с инвалидами

.1 Организация занятий адаптивной физической культурой для инвалидов с психическими патологиями

.2 Проведение спортивных мероприятий для инвалидов

Заключение

Список использованной литературы

Введение

физический культура инвалид адаптивный

В настоящее время одной из важнейших проблем в России и за рубежом является инвалидизация. С одной стороны, по своей масштабности, с другой, как индикатор "гуманности" общества. На сегодня в мире насчитывается более 450 миллионов человек, имеющих ограниченные физические и интеллектуальные возможности. По данным Всемирной организации здравоохранения ежегодно повреждения получают 20 млн. человек, из них примерно 12 млн. в результате аварий. В целом инвалиды составляют около 10% населения земного шара. Несмотря на успехи медицины, число инвалидов медленно, но неуклонно растет, особенно среди детей и подростков

До недавнего проблемы этой довольно значительной категории населения игнорировались, но в последнее время в результате постепенной гуманизации общества были приняты Всеобщая декларация прав человека, Всемирная программа действий в отношении инвалидов и Стандартные Правила ООН по реализации равных возможностей инвалидов. Во многих странах приняты законодательные акты, в которых нашли отражение и проблемы контингента. В нашей стране вопросы социальной защиты и адаптации инвалидов считаются одними из приоритетных. В Российской Федерации осуществляются мероприятия по улучшению условий жизни, медицинского обслуживания, повышению качества образования, трудовой и профессиональной подготовки инвалидов, их социальной защите.

Но этих преобразований, как показала практика, недостаточно, и они не отражают всей гаммы мероприятий, которые должны использоваться для удовлетворения потребностей инвалидов. Общее распространение имеет точка зрения, согласно которой забота общества о своих согражданах-инвалидах является мерилом его культурного и социального развития. Согласно декларации прав человека инвалидам гарантированное право на равное участие во всех аспектах жизни общества.

В резолюции ООН, принятой 9 декабря 1975 г. достаточно подробно изложены не только права инвалидов, но и те условия, которые должны им создаваться государственными и общественными структурами. К этим условиям относятся условия среды занятости, в том числе мотивации со стороны общества, обеспечение медицинского обслуживания, психологическая адаптация и создание социальных условий, включая индивидуальный транспорт, а также методическое, техническое и профессиональное обеспечение. Но в реальной жизни не всегда это положение выполняется из-за безразличного отношения граждан к этой социальной группе, отсутствия необходимых условий для жизнедеятельности, что делает ее членов не совсем полноценными в общественной жизни.

По мнению многих авторов, наряду с такими путями социальной реабилитации, как повышение материального обеспечения, трудоустройства, образование, быт, одним из действенных путей является привлечение их к систематическим занятиям адаптивной физической культурой (АФК) и адаптивным спортом (АС). Это позволит им оптимизировать свои функциональные показатели в зависимости от степени инвалидизации, компенсировать недостаточность коммуникации, повысить свой социальный статус. Обеспечивая развитие двигательного аппарата, укрепляя здоровье, повышая работоспособность организма, адаптивная физическая культура и спорт способствуют сглаживанию и преодолению множества отклонений, поскольку именно движение осуществляет непосредственно ту связь инвалида с окружающим миром, что лежит в основе развития его психических взглядов и организма в целом.

Физическая культура имеет большие возможности для коррекции и совершенствования моторики инвалидов, особенно детей. Большое число физических упражнений и вариативность их выполнения позволяют производить отбор целесообразных сочетаний для каждого отдельного случая. Это и обусловило преимущество средств физического воспитания перед восстановительной трудотерапией.

Главными причинами недостаточного развития средств АФК и АС инвалидов является неосведомленность общественности в проблемах инвалидов и необходимость создания для них условий "равной личности", практическое отсутствие специализированных спортивных сооружений, инвентаря и оборудования, нерешенность проблем приспособления архитектурной среды, дорог и транспорта, недостаточность профессиональных организаторов и тренеров со специальным образованием, отсутствие целевого финансирования физкультурно-оздоровительной работы, недостаточность научно-методического и информационного обеспечения и др.

Исходя из вышеперечисленного, а также необходимости оптимизации процесса социальной адаптации и интеграции инвалидов в обществе, научно- теоретического обоснования дальнейшего развития адаптивной физической активности инвалидов в России актуальной является проблема разработки концептуальной модели использования адаптивной физической культуры в процессе их социальной интеграции и адаптации.

Актуальность нашего исследования определила цель и задачи работы.

Цель исследования - определить место адаптивной физической культуры в системе реабилитации инвалидов.

Объект исследования - реабилитация инвалидов.

Субъект исследования - процесс использования адаптивной физической культуры в системе реабилитации инвалидов.

Задачи исследования:

. Сформировать представление о значении и роли физической культуры в жизни инвалидов.

. Изучить использование средств и методов системы физического воспитания при работе с инвалидами.

. Рассмотреть организацию занятий адаптивной физической культурой для инвалидов с психическими патологиями.

. Выяснить необходимость проведения массовых спортивных мероприятий для инвалидов.

Методологической основой нашего исследования служит совокупность философских, педагогических и социологических методов и теорий, изложенных в научных трудах отечественных и зарубежных исследователей: М. Мид (проблемы социализации личности и адаптации индивида к социальной среде), Л.В. Корель, П.С. Кузнецова (социологическая теория социальных адаптаций), В.А. Ядова и Г.В. Осипова (методы социологических исследований), П. Сорокина (теория социальной мобильности и социальной стратификации), Э. Дюркгейма и Р. Мертона (социология отклонений, вопросы социальной нормативности), Т. Парсонса (концепция социальной роли больного), В. Бергера, Л.С. Выготского, В.П. Гудониса, Н.Н. Малофеева, Г. Юна, К. Ясперса (теоретические принципы интегрированного подхода к воспитанию и обучению детей с ограниченными возможностями).

Методы исследования: анализ научной и научно-методической литературы; анализ педагогического опыта.

Структура работы. Работа состоит из введения, двух разделов, заключения, списка использованной литературы, который насчитывает 23 источника. Основной текст работы изложен на 26 страницах.

1. Место адаптивной физической культуры в реабилитации инвалидов

.1 Роль и значение физической культуры в жизни инвалидов

До сих пор в России нет единого термина в отношении лиц, имеющих физические и психические отклонения в здоровье. В средствах массовой информации и в специальной литературе употребляются параллельно разные понятия: инвалид; лицо с ограниченными функциональными возможностями; человек с ограниченной дееспособностью; человек с особыми потребностями; лицо с пороками развития; человек с ограниченными возможностями, ребенок-инвалид; человек с ограниченными функциональными возможностями от рождения; приобретенная инвалидность.

Первое официальное определение "инвалид" дается в Декларации о правах инвалидов (1975 г.): инвалидом является любое лицо, которое не может самостоятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной жизни и/или социальной жизни через изъян, который приобретен (с рождения или нет) его или ее физических или умственных способностей.

Инвалидность - это ограничения в возможностях, вызванное физическими, психическими, сенсорными, социальными, культурными, законодательными и общественными факторами и невозможность участвовать в жизни семьи и государства на тех условиях, что и другие члены общества.

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

В работе Л.И. Акатова определено, что "инвалид" - лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, которые приводят к ограничению жизнедеятельности и нуждающееся в социальной защите.

Федеральным законом "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" №181-ФЗ от 24 ноября 1995 г. инвалид определяется как лицо, которое имеет нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты. При определении ограничения жизнедеятельности учитывается полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью .

Одним из путей привлечения инвалидов в активную социальную жизнь и профессиональную деятельность, создания благоприятных условий для их физической, психологической и социальной реабилитации является физкультурно-оздоровительная и спортивная деятельность.

Среди наиболее часто встречающихся ограничений жизнедеятельности у инвалидов присутствуют ограничения способности к передвижению. В связи с патологией костно-мышечной системы и других органов и систем возникает дефицит двигательной активности, что в результате приводит к так называемой гипокинетической болезни. В основе ее лежат гипокинезия и гиподинамия, их кумулятивное воздействие.

Гиподинамия означает абсолютное и относительное снижение объема и интенсивности двигательной активности человека, которая сопровождается малыми мышечными усилиями. Гипокинезия характеризуется низким уровнем затрат энергии на мышечную работу, локальным характером мышечной работы, длительной фиксированностью вынужденной позы, упрощением и обеднением координационной деятельности.

Кумулятивное влияние гиподинамии и гипокинезии приводит к негативным последствиям, проявляющимся в следующем:

трофические и дегенеративные изменения опорно-двигательного аппарата, его нервно-мышечного и костного компонентов;

снижение тонуса мышц, нарушение устойчивости и надежности координации двигательных актов;

предпосылки, создающие для аномального взаиморасположения костей скелета;

нарушение обменных процессов, что приводит к увеличению объема жировых тканей;

детренированность мышц живота, что негативно отражается на функции пищеварения (атония кишечника);

нарушение сердечной деятельности и силы сокращения сердечной мышцы;

изменение дыхания, характеризующееся уменьшением жизненной емкости легких и легочной вентиляции;

уменьшение объема циркулирующей крови за счет депонирования его в органах, что сопровождается ослаблением тонуса сосудов и ухудшением снабжения тканей кислородом.

Гиподинамия и гипокинезия является причиной не только снижение функциональных возможностей организма и сокращения сроков профпригодности, но и влияют на продолжительность жизни.

С учетом описанных обстоятельств особую значимость приобретает профилактика гиподинамическом болезни, в частности у инвалидов. Среди ряда факторов одно из главных мест занимает адаптивная физкультура в связи с влиянием физических упражнений не только на костно-мышечную систему, но и на психологическое состояние инвалидов. Физкультура и спорт рассматриваются как средство физической, психологической и социально-средовой реабилитации.

Адаптивная физическая культура - это комплекс мероприятий спортивно-оздоровительного характера, направленных на реабилитацию и адаптацию к нормальной социальной среде людей с ограниченными возможностями, преодоления психологических барьеров, которые препятствуют ощущению полноценной жизни, а также сознанию необходимости своего личного взноса в социальное развитие общества.

Адаптивная физическая культура (АФК) занимает особенное место в структуре реабилитационных и коррекционных мероприятий, потому что по специфики своего действия оказывает влияние не только на физическое и психическое состояние человека, но и на расширение его социального опыта.

Создание оптимальных условий для жизнедеятельности людей, которые нуждаются в восстановлении утраченного контакта с окружающей средой, коррекции и последующей психолого-педагогической реабилитации, трудовой адаптации и интеграции в социум, принадлежит к первоочередным государственных задач.

Проблема сохранения подвижных возможностей для неполноправных людей является актуальной в физической культуре и спорте. Подготовленный спортсмен-инвалид становится образцом для других лиц с ограниченными возможностями. Национальная доктрина физической культуры и спорта в стратегии развития физического воспитания и спорта для всех является приоритетной задачей, которое предполагает воспитание национальных традиций, приверженности к оздоровительной подвижной деятельности как важного компонента здорового образа жизни и социализации личности в труде, отдыхе, развлечениях.

Ставится цель - превращение личности из пассивного наблюдателя и ожидателя лучших условий в активного участника спортивного движения, разработки стратегии спортивной медицины, социальной, психологической и физической реабилитации, начиная с ранних стадий заболевания или травмы. Социальная и физическая реабилитация инвалидов, возникшей на пересечении и взаимодействии медицины, биологии, физической культуры, педагогики, психологии и социологии все больше утверждается как интегральный способ сохранения и поддержания здоровья, восстановление утраченных функций организма при различных патологических состояниях.

Неразвитость в нашей стране физкультуры и спорта инвалидов обусловлена рядом причин: неразработанность концептуального подхода, отсутствие специализированных спортивных сооружений и оборудования, неподготовленность профессиональных организаторов и тренеров для инвалидов, низкая мотивация инвалидов к самосовершенствованию,

.2 Использование средств и методов системы адаптивного физического воспитания при работе с инвалидами

В физическом воспитании инвалидов должны широко использоваться все средства системы физического воспитания. Вместе с тем они должны быть разработаны в строгом соответствии с коррекционно-компенсаторными задачами с учетом особенностей занимающихся.

Так, в работе со здоровыми не выделяют специальные упражнения на включение в движение, на координацию, влияющие на вестибулярный аппарат. Считается, что любое физическое упражнение в какой-то мере используется в этих целях. Но у инвалидов настолько значительные дефекты при включении в движение координации движений и сохранения равновесия, восстановить их общими упражнениями не удается. Необходимы специальные упражнения для коррекции и компенсации этих нарушений.

В физическом воспитании инвалидов выделяют две группы упражнений; обще-подготовительные (общеразвивающие упражнения, используемые в малых формах физического воспитания, зарядки, физкультминутки и т.д.) и специальные (ходьба, бег, плавание и т.д.).

Основными формами физического воспитания инвалидов являются:

самостоятельные занятия физическими упражнениями (утренняя гигиеническая гимнастика, прогулки, ближний туризм, коррекционные занятия с использованием методических материалов);

организованные групповые и секционные занятия физической культурой и спортом (АФК и коррекционные занятия в лечебно-санаторных учреждениях и реабилитационных центрах, занятия доступными видами спорта в группах и секциях общественных физкультурных организаций, производственная гимнастика для лиц, занятых в сфере материального производства и службы быта, и др.);

инваспорт (организация и проведение соревнований по доступным видам спорта).

Утренняя гигиеническая гимнастика проводится ежедневно до завтрака в течение 10-20 мин., в зависимости от характера, степени и уровня патологии, функционального состояния и возраста инвалидов. Цель утренней гимнастики - подготовка организма к переходу от состояния физиологического покоя к повседневным физическим нагрузкам, связанным с бытовой и трудовой деятельностью. Утренняя гигиеническая гимнастика, как правило, проводится в палатах, холлах, залах ЛФК, на спортивных площадках под руководством инструктора ЛФК групповым методом в специальных лечебных и санаторно-курортных учреждениях, а также в домашних условиях с помощью родственников или самостоятельно.

Занятия проводят сидя на стуле, в кресле-каталке или стоя в фиксирующих аппаратах. Дозировка упражнений зависит от степени и уровня повреждений, возраста, функционального состояния организма занимающихся или от уровня их физической подготовленности.

Адаптивная физическая культура рассматривается как часть общей культуры, подсистема физической культуры, одна из сфер социальной деятельности, направленная на удовлетворение потребности лиц, которые имеют отклонение в состоянии здоровья в двигательной активности, возобновлении, укреплении и поддержании здоровья, личного развития, самореализации физических и духовных сил с целью улучшения качества жизни, социализации и интеграции в общество.

За счет разнообразных видов АФК имеет широкий спектр влияния на личность инвалида.

Каждый вид адаптивной физической культуры имеет свое значение:

адаптивное физическое воспитание предназначено для формирования базовых основ физического образования;

адаптивная двигательная рекреация - для оздоровительного досуга, активного отдыха, игр, общения;

адаптивный спорт - для совершенствования и реализации физических, психических, эмоционально-волевых качеств;

физическая реабилитация - для лечения, восстановления и компенсации потерянных возможностей.

Бегидова Т.П. также рассматривает креативные (художественно-музыкальные), телесно-ориентованные практики АФК и экстремальные виды двигательной деятельности. Все эти виды АФК тесно связаны между собой.

Аспект реабилитации средствами АФК включает возобновление, коррекцию и компенсацию потерянных и нарушенных функций в процессе учебы, воспитания и развития.

Концепция личности Мясищева В.Н., (подтвержденная в исследованиях Бодалева А.А., Вацлавик П.И., Платонова К.К. и др.) понимает человека как единую био-психо-социальную систему. По мнению Корневой Е.Н., качество социальности человека остается неизменной в течение всей жизни. Изменяются лишь формы его взаимодействия с социумом и мера соответствия ожиданиям и требованиям последнего. Таким образом, социализация инвалида заключается не в увеличении меры его социальности, а в изменении форм его взаимодействия с социальным окружением и повышения самооценки.

Именно адаптивная физическая культура является таким социальным явлением, которое отвечает всем требованиям влияния на развитие личность, как целостной системы.

Необходимо выделить основные принципы, отражающие специфику применения АФК:

. Четкая дифференциация целей и задач АФК на основании анализа возможностей, обеспечивающих восстановление мышечной силы и координации движений, предупреждения и устранения контрактур, выработки самостоятельного передвижения, развитие способностей к манипулятивным действиям, приобретение навыков бытового самообслуживания, нормализацию обмена веществ, дыхания, установление контролируемых основ мочеиспускания и дефекации, приобретение новых профессиональных навыков.

. Интерактивное использование в комплексе АФК различных методик.

. Дифференциация методики по применениею гимнастических упражнений, спортивных и подвижных игр, упражнений прикладного характера.

. Гимнастические упражнения, включаемые в комплекс, должны определяться клиническим синдромом двигательных расстройств, типом нарушения мышечного тонуса и состояния координации. Целесообразно выполнять активные, пассивные и активно-пассивные упражнения с помощью методиста, из оптимальных исходных положений, с применением резиновых бинтов, тренажерных систем.

Особенно важны упражнения по восстановлению функций кистей, способности к манипулятивным действиям.

. Четкая дифференциация применения различных видов массажа - классического сегментарного, точечного, их сочетание, вибро-, гидро- и самомассажа, электро- и вибростимуляции пораженных мышц.

. Упражнения прикладного типа должны включать комплексную систему развития и обучения ходьбе как способу самостоятельного передвижения. Наиболее эффективно последовательное применение упражнений:

в постели с переменным расположением у угла постели;

с применением укороченных костылей;

с использованием подвесов и резиновых бинтов;

ходьба между параллельными брусьями в зале и в бассейне;

передвижение с помощью монорельса, костылей;

ходьба по лестнице с перешагивания, с ношей, в темноте, падения и вставания.

. Эффективным является включение в комплекс спортивных игр и соревнований. Индивидуальные и групповые занятия АФК проводятся в течение 10-30 мин. один-два раза в день в залах стационарных лечебных и санаторно-курортных учреждений, поликлиник, на спортивных площадках, в бассейнах и др..

Производственную гимнастику как самостоятельные занятия физическими упражнениями в условиях быта необходимо включать ежедневно в режим двигательной активности инвалидов. В течение дня целесообразно проводить 3-4 занятия продолжительностью 15-30 мин. С целью повышения эффективности физических упражнений на функциональное развитие организма и уровень физической подготовленности рекомендуется использование в индивидуальных занятиях различных тренажерных систем, приспособлений и снарядов (гантели, эластичные, резиновые бинты, эспандеры, блочные системы и др.), что позволит облегчить задачу нормирования физических нагрузок, создания программ локального воздействия на отдельные группы мышц и системы организма.

Прогулки, ближний туризм - формы физического воспитания, не требующие длительной подготовки и использования сложного оборудования и приспособлений. Прогулки включают в ежедневный двигательным режим на всех этапах реабилитации. Продолжительность прогулок зависит от температуры окружающей среды, функционального состояния инвалидов, возможности использования этого вида самостоятельных занятий в домашних условиях. Ближний туризм может быть организован группой инвалидов, занимающихся в одной секции или объединении по территориальному принципу (специальные районы, дома для инвалидов, лечебные учреждения санаторного типа), а также самостоятельно проводится, как правило, в течение одного дня.

Включение ближнего туризма в недельный двигательный режим инвалидов позволяет обеспечить сочетание активного восприятия окружающей среды с дозированной физической нагрузкой, способствует снижению напряжения нервной системы, улучшению функционального состояния основных систем организма, повышению уровня физической подготовленности инвалидов.

При занятиях с инвалидами могут быть использованы следующие организационные методы:

. Индивидуальный, т.е. метод, определяющий возможность организации занятия тренером с инвалидом. В этом случае методика подбирается строго индивидуально, с учетом особенностей патологии спортсмена-инвалида, его функциональных возможностей и подготовленности. Индивидуальный метод организации занятий является наиболее эффективным.

. Групповой, т.е. метод, при котором тренер работает с группой инвалидов до 10 человек. Как правило, в этом случае целесообразно присутствие ассистентов, выполняющих в основном чисто вспомогательные функции по организации занятия и установке оборудования и инвентаря.

. Индивидуально-групповой, т.е. метод, при котором методически занятия организует и ведет тренер, а ассистенты работают индивидуально со спортсменами под руководством тренера.

Эффективность этого метода также очень высока. Кроме того, в этом случае в занятии участвуют сразу несколько инвалидов, что повышает эмоциональный тонус, формирует навыки общения в коллективе. Особенно важно участие здоровых ассистентов, что является мощным фактором социальной адаптации инвалидов.

. Метод самостоятельных занятий подразумевает организацию занятий по рекомендации тренера или самостоятельно; использование этого метода позволяет повысить эффективность занятий за счет непрерывности воздействия независимо от внешних факторов.

При систематических занятиях инвалиды достаточно эффективно осваивают навыки, а также получают оптимальную функциональную подготовку. Наряду с постепенным усложнением заданий от занятия к занятию увеличивается и физическая нагрузка. Поэтому специалист должен регулировать величину физических нагрузок изменением интенсивности выполняемых упражнений, темпа их выполнения, продолжительности отдыха между упражнениями и т.д.

Таким образом, применение физических нагрузок различного содержания в профилактических, коррекционных и тренировочных целях двигательной сферы инвалидов должно быть реализовано специалистом на основе руководства следующими закономерностями: глубокое знание функционального состояния нервной системы инвалидов; физические нагрузки различного характера, применяемые локально и интегрально в профилактике и коррекции двигательной сферы инвалидов, в каждый момент проведения занятий должны быть оптимальными с учетом функционального состояния их нервно-мышечной системы и системы внутренних органов.

2. Организация занятий адаптивной физической культурой с инвалидами

.1 Организация занятий адаптивной физической культурой для инвалидов с психическими патологиями

Необходимо особо отметить значимость социально-оздоровительной реабилитационной среды, физической культуры и спорта в системе реабилитации психически больных, находящихся в стационарных психоневрологических учреждениях социального обслуживания.

Эндогенные психические патологии нередко сопровождает моторная заторможенность, обусловленная как нейрофизиологическими причинами, так и угнетением побудительных мотивов, В результате этого формируется гиподинамия (гипокинезия), в свою очередь создает негативное влияние на функции различных органов и систем.

Моторная деятельность больных с выраженной умственной отсталостью также убыточна, в процессе онтогенеза развитие двигательных функций и познавательной деятельности взаимосвязано, в связи с чем задержку психических функций сопровождают и двигательные нарушения в виде заторможенности движений, а также и нарушений тонкой моторики пальцев кистей рук и пр.

Гиподинамия и гипокинезия как проявление низкого уровня двигательной активности в результате кумулятивного воздействия приводят к негативным изменениям в организме, которые проявляются в снижении функциональной активности органов и систем, в нарушениях регуляторных механизмов.

Гиподинамия психически больных, находящихся в психоневрологических интернатах, носит еще и ситуационный характер: скученность, недостаточные санитарные площади, наличие "границ" территории учреждения, нередкое отсутствие спортивных залов и площадок - все это определяет ограниченные возможности развития физической культуры в этих учреждениях. Имеющиеся спортивные залы в психоневрологических интернатах не соответствуют архитектурно-строительным требованиям, недостаточно оснащены спортивным оборудованием и инвентарем, которое позволяло бы широко организовывать физкультурно-оздоровительную работу.

Между тем необходимость использования физической культуры очевидна. В настоящее время общепризнано положительное терапевтическое воздействие двигательной активности, в том числе адаптивной физической культуры и спорта на психическое и соматическое состояние здоровья человека. Адекватная по нагрузкам, рационально подобранная физическая активность для душевнобольных способствует стимуляции деятельности центральной нервной системы больного, дезактуализации патологических переживаний больных, повышению их социальной активности и коммуникативных способностей.

Применение средств физической культуры с целью медицинской реабилитации позволяет снизить число и частоту обострений хронических заболеваний. Отмечено профилактическое и терапевтическое воздействие физической культуры при предотвращении патологических реакций в стрессовых ситуациях на развитие и течение атеросклеротического процесса.

В процессе физического воспитания на основе многократного повторения движений идет формирование и совершенствование моторного и сенсорного ориентирования, тренировки нервно-мышечного аппарата. Развивается мышечно-суставное чувство, ориентировка в пространстве и времени, память на последовательность движений, умение выполнять движение по словесной инструкции, анализ движения по качеству их выполнения.

Физические упражнения, правильно подобранные и дозированные, являются мощными афферентации, адресованными в различные отделы центральной нервной системы, отвечающих за соотношение возбудительных и тормозных процессов в коре головного мозга. Они могут быть направлены на перестройку патологических, условных рефлексов, возникших в процессе заболевания.

Перед органами социальной защиты населения, руководителями и специалистами стационарных психоневрологических учреждений встает важная задача по определению и разработке принципиально новых недавно нетрадиционных форм и методов реабилитации больных, а именно широкое привлечение больных в занятия физической культурой и спортом с учетом медицинских, первую очередь психиатрических, показаний и противопоказаний.

Практический опыт организации мероприятий по привлечению больных, проживающих в стационарных психоневрологических учреждениях социального обслуживания, к адаптивной физкультуре, свидетельствует о необходимости определенной систематизации и установления этапности в использовании средств физической культуры и спорта в рамках мероприятий по реабилитации больных.

Для назначения больному тех или иных форм и видов занятий физической культурой врачи психоневрологических интернатов должны иметь определенную подготовку и знания в вопросах физической культуры. Необходимо обеспечить учреждения методической помощью по данным вопросам:

методы дозирования физических нагрузок;

показания и противопоказания к занятиям теми или иными видами физической культуры и спорта;

система контроля за занятиями больных с психическими расстройствами физкультурой и спортом;

критерии оценки влияния физических нагрузок по отдельным видам спорта и физической культуры на психосоматическое состояние здоровья и др..

Врач учреждения должен при участии специалистов по спортивной медицине и врачебного контроля решать вопрос о включении в реабилитационную программу больного адаптивной физической культуры и спорта как самостоятельного конкретного вида реабилитации.

На специалистов по лечебной физкультуре, преподавателей по физической культуре учреждений, как имеющих специальные, профессиональные знания и практический опыт, должны быть возложены обязанности организации занятий физической культурой больных. При этом методическое руководство проведения оздоровительных мероприятий средствами адаптивной физической культуры и спорта должны осуществлять территориальные лечебно-физкультурные диспансеры, которые, как и другие лечебно-профилактические учреждения органов здравоохранения приказом территориального органа управления здравоохранения должны быть прикреплены к стационарной психоневрологического учреждения социального обслуживания.

Такая организация врачебного контроля с участием больных и инвалидов в занятиях физической культурой и спортом позволит наиболее полно реализовать возможности каждого учреждения по привлечению больных в занятия физической культурой как конкретную форму реабилитации.

Второй компонент - второй этап физкультурно-оздоровительного среды - массовый спорт для инвалидов. Если физическое воспитание создает начальную базу для развития физических способностей и двигательных навыков, формирует предпосылки для их развития, то массовый спорт способствует полному раскрытию этих возможностей, позволяет испытать удовольствие от обладания телом, от преодоления определенных трудностей. Спорт дает возможность установления контактов с другими людьми, взаимодействие с общественными организациями.

2.2 Проведение спортивных мероприятий для инвалидов

Для реализации положений о массовом спорте инвалидов необходима подготовка специальных кадров, создание материально-технической базы, создание производств по изготовлению специального спортинвентаря и оборудования, организация научных исследований.

Например, среди глухих проводятся соревнования по футболу, лыжам, конькам, стрелковому, велосипедному спорту, гимнастике, теннису, шахматам, гребле, боксу и плаванию, легкой атлетике. Слепые инвалиды участвуют в соревнованиях по легкой атлетике, гимнастике, плаванию, классической борьбе, гребле, туризма, лыжам и конькам. Освоено новую спортивную игру незрячих - роллинсбол (командная игра с озвученным мячом).

Для занятий спортом незрячих разработаны специальные требования:

в спортивных залах поверхность покрытия пола игровых площадок и зон для занятий людей с полной или частичной потерей зрения должна быть ровной и гладкой;

в спортивных залах, предназначенных для занятий людей с полной или частичной потерей зрения, следует предусматривать звукопоглощающие акустические потолки, а также в стенах залов - обшивку мягкими и упругими материалами на высоту не менее 2 м от пола и установку горизонтальных поручней;

не допускается для этой категории инвалидов использования отдельных площадок и зон, выделенных в многосекционных залах перегородками, не обеспечивающими акустической изоляции.

Специальные игровые площадки для незрячих инвалидов обустраиваются полосами безопасности (1 м) по периметру и вдоль беговых дорожек.

Ориентация при занятиях спортом инвалидов с полной или частичной потерей зрения обеспечивается использованием в качестве ориентиров для направления движения звуковых маяков, устройством вдоль дорожек для бега или разбега перед прыжком полос ориентации с фактурной поверхностью покрытия и яркой контрастной окраской шириной не менее 1,5 м, размещаемых между кромкой площадки и полосой безопасности, выделением цветом и фактурой поверхности покрытия поворотов беговых дорожек, зон стартов и финишей, толкательных зон при прыжках.

Примером массового спорта для инвалидов является программа международной спортивной организации "Спешиал Олимпик Интернешнл", что своей основной задачей ставит внедрение физкультуры и спорта в жизни людей с нарушениями интеллекта. Зародившись в США в 1963 г., это движение приобрело международный характер. Философия движения основана на том, что люди с нарушением интеллекта при соответствующем обучении могут участвовать в индивидуальном и коллективном спорте, выигрывают физически, социально и психологически. Участие в спортивных соревнованиях умственно отсталых лиц способствует их психическому развитию, расширению социального опыта. Помощь в этом им оказывают семьи, органы социальной защиты населения, общество в целом.

Возможности широкого общения с другими инвалидами и здоровым окружением, дух соревнования, положительные эмоции в ситуации успеха, расширение социального опыта - все это создает реабилитационную (физкультурно-оздоровительную) среду для людей с ограниченными возможностями. Особенно положительный реабилитационный эффект достигается относительно инвалидов, находится в домашних условиях, в определенной степени лишенных возможности общения со сверстниками. Участие в массовом спорте для такого рода инвалидов является истинной реабилитационной ситуацией.

Заключение

Особенностью многих людей с теми или иными физическими недостатками врожденного или приобретенного характера является сохранение многих возможностей, которые не связаны непосредственно с характером заболевания. Это дает основания для активных занятий физической культурой и спортом.

Многолетняя практика работы отечественных и зарубежных специалистов показывает, что одним из наиболее действенных методов реабилитации этого контингента является реабилитация средствами физической культуры и спорта.

Систематические тренировочные занятия, участие в соревнованиях не только повышают адаптацию инвалидов к условиям жизни, которые изменились, расширяют их функциональные возможности, помогают оздоровлению организма, но и способствуют выработке координации в деятельности опорно-двигательного аппарата, кардиореспираторной, пищеварительной систем и системы выделения благоприятно действуют на психику инвалидов, мобилизуют их волю на борьбу с болезнью, возвращают людям чувство социальной полноценности.

У тех инвалидов, которые занимаются спортом, по сравнению с инвалидами, которые не занимаются спортом, чаще проявляются такие личностные характеристики, как желание избавиться от ощущения "вины" перед обществом, внимание к своему здоровью и т.д. И, наоборот, у инвалидов, которые систематически не занимаются физическими упражнениями и не участвуют в спортивных соревнованиях, проявляется чрезмерная фиксация внимания на своей болезни, неудовлетворенность состоянием здоровья, доминируют такие личностные качества, как эмоциональное угнетение, слабая личностная инициатива, отсутствие желания поддерживать отношения с друзьями.

Оздоровительное действие спортивных упражнений связано с систематическими и существенными по объему и интенсивности нагрузками, что предъявляет повышенные требования к физиологическим системам организма инвалидов.

Индивидуальный подход к инвалиду является обязательным условием его занятий спортом. Лица с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата могут заниматься спортом, где вполне достаточно использования только верхней части туловища.

Применение систематических нагрузок способствует развитию компенсаторных механизмов, восстановлению способности к манипулятивным действиям, включает бытовое и профессиональное обучение и переобучение, необходимость и возможности социально полезной трудовой деятельности и сохранение семьи при наличии стойкого ограничения способности самостоятельно передвигаться. Профессиональная деятельность и социальная активность инвалидов в значительной степени определяется физическим состоянием и функциональными возможностями организма. Поэтому меры по физической реабилитации очень важны как для самого инвалида и его семьи, так и для общества в целом из-за того, что эффективная спортивно-оздоровительная работа непосредственно связана с экономической рентабельностью, повышением работоспособности, уменьшением заболеваний, активизацией общественной и профессиональной деятельности инвалидов.

Список использованной литературы

1. Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. №181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" // Собрание законодательства Российской Федерации от 27 ноября 1995 г. №48, ст. 4563.

2. Декларация о правах инвалидов. Принята 09.12.1975 Резолюцией 3447 (XXX) на 2433-ем пленарном заседании Генеральной Ассамблеи ООН.

. Конвенция Международной организации труда №159 о профессиональной реабилитации и занятости инвалидов (Женева, 20 июня 1983 г.), Рекомендация Международной Организации Труда от 20 июня 1983 г. №168 о профессиональной реабилитации и занятости инвалидов // Международная Организация Труда. Конвенции и рекомендации. 1957-1990, том 2.

. Акатов Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2011. - 376 с.

. Бегидова Т.П. Основы адаптационной физической культуры: Учебное пособие. - М.: Физическая культура и спорт, 2011. - 192 с.

. Дементьева Н.Ф., Устинова Э.В. Формы и методы медико-социальной реабилитации нетрудоспособных граждан - М.: ЦИЭТИН, 2009. -135 с.

. Дубровский В.И. Реабилитация инвалидов-спортсменов / В.И. Дубровский // В кн.: Спортивная медицина: Учебник для студентов высших учебных заведений. - [2-е изд., доп.]. - М.: гуманит. вид. центр ВЛАДОС, 2011 . - С. 411-417.

. Евсеев С.П., Курдыбайло С.Ф., Солодков А.С., Морозова О.В. Адаптивная физическая культура и функциональное состояние инвалидов: Учебн. пос. под ред. С.П. Евсеева и А.С. Солодкова. - Спб: СПбГАФК, 2008. - 95 с.

. Евсеев С.П. Адаптивная физическая культура, ее философия, содержание и задачи / Евсеев С.П. // Адаптивная физическая культура и функциональное состояние инвалидов. - СПб.: Питер, 2009. - 208 с.

. Лечебная физическая культура: Справочник. / Под ред. В.А. Епифанова. - М.: Медицина, 2009. - 528 с.

. Лечебная физкультура в системе медицинской реабилитации: Руководство для врачей / Под ред. А.Ф. Каптелина, И.П. Лебедевой. - М.: Медицина, 2011. - 400 с.

. Литош Н.Л., Адаптивная физическая культура: Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями в развитии: Учебное пособие. - М.: СпортАкадемПресс, 2009. - 140 с.

. Лубишева Л.И. Концепция формирования физической культуры человека. - М.: ГЦОЛИФК, 2010. - 120 с.

. Медико-социальные основы независимой жизни инвалидов: Учебное пособие / В.С. Ткаченко. - М.: Издательско-торговая корпорация "Дашков и Ко", 2010. - 384 с.

. Мухин В.М. Физическая реабилитация. - К.: Олимпийская литература, 2010. - 423 с.

. Нестерова Г.Ф., Лебедева С.С., Васильев С.В. Социальная работа с пожилыми и инвалидами. - М.: Академия, 2009. - 312 с.

. Основы адаптивной физической культуры: Учебн. Пособие. - М.: Физкультура и спорт, 2012. - 192 с.

. Социальная работа с инвалидами. Настольная книга для родителей / Под ред. Е.И. Холостовой. - М.: Институт социальной работы, 2008. - 452 с.

. Социальные и биологические основы физической культуры: Учебное пособие / Отв. редактор Д.М. Давыденко. - Спб.: Издательство: Санкт-петербургского государственного университета, 2010. - 208 с.

. Теория и организация адаптивной физической культуры: Учебник. В 2 т. Т. 1. Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физической культуры / Под общей ред. проф. С.П. Евсеева. - М.: Советский спорт, 2010. - 448 с.

. Теория и организация адаптивной физической культуры [Текст]: учебник. В 2 т. Т. 2: Содержание и методики адаптивной физической культуры и характеристика её основных видов / Под общей ред. проф. С.П. Евсеева. - М.: Советский спорт, 2010. - 448 с.

. Томенко А.А. Занятия физической культурой и спортом в структуре физической и социально-психологической реабилитации инвалидов / А.А. Томенко // П едагогика, психология и мед.-биол. пробл. физ. воспитания и спорта. - 2010. - №1. - С. 19-24.

. Физическая реабилитация: Учебник для академий и институтов физической культуры / Под общей ред. проф. С.Н. Попова. - Ростов н/Д.: Изд-во "Феникс", 2009. - 608 с.