# Введение

Рост инвалидности населения в большинстве стран мира, связан с усложнением производственных процессов, увеличением транспортных потоков, возникновением военных конфликтов, ухудшением экологической обстановки и другими причинами.

В настоящие время процесс социальной реабилитации является предметом исследования специалистов многих отраслей научного знания. Психологи, философы, социологи, педагоги, социальные психологи и т. д. вскрывают различные аспекты этого процесса, исследуют механизмы, этапы и стадии, факторы социальной реабилитации.

По данным ООН, в мире насчитывается примерно 450 миллионов людей с нарушениями психического и физического развития. Это составляет 1/10 часа жителей нашей планеты.

Данные всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) свидетельствуют, что число таких жителей в мире достигает 13% .

Нетрудоспособные граждане в каждой стране составляют предмет заботы государства, которое социальную политику ставит во главу угла своей деятельности. Основной заботой государства по отношению к пожилым людям и инвалидам является их материальная поддержка (пенсии, пособия, льготы и т.д.). Однако нетрудоспособные граждане нуждаются не только в материальной поддержке. Важную роль играет оказание им действенной физической, психологической, организационной и другой помощи.

Инвалидность представляет собой социальный феномен, избежать которого не может ни одно общество, и каждое государство сообразно уровню своего развития, приоритетам и возможностям формирует социальную и экономическую политику в отношении инвалидов. Однако возможности общества в борьбе с инвалидностью как социальным злом в конечном итоге определяются не только степенью понимания самой проблемы, но и существующими экономическими ресурсами. Конечно, масштаб инвалидности зависит от множества факторов, как-то: состояние здоровья нации, развитие системы здравоохранения, социально-экономическое развитие, состояние экологической среды, исторические и политические причины, в частности, участие в войнах и военных конфликтах, и пр. В России все из перечисленных факторов имеют ярко выраженную негативную направленность, которая предопределяет значительное распространение инвалидности в обществе. В настоящее время численность инвалидов приближается к 10 млн. чел. (около 7% населения) и продолжает расти. Особенно рост численности инвалидов значителен за последние 3 года и не будет, пожалуй, преувеличением утверждение, что в не столь отдаленной перспективе России грозит “инвалидизация всей страны”, во всяком случае, всего ее населения в пенсионных возрастах. Несмотря на существующие макроэкономические и финансово-бюджетные ограничения, с которыми сталкивается переходная экономика, очевидно, что при таких масштабах и процессах игнорировать проблему инвалидности российское государство позволить себе не может.

Сегодня остро ощущается потребность в том, чтобы перевести общегуманитарные и теоретические рассуждения в экономические категории. В настоящем работе предпринята попытка системного междисциплинарного анализа проблемы инвалидности и инвалидов. Была поставлена задача оценить современное состояние проблемы, понять, какое место в современном обществе занимают инвалиды, какова роль и конфигурация социальной политики в отношении инвалидов в общей социальной парадигме российского государства и каков ее эффект.

Цель исследования - показать роль средств физической культуры в психической и социальной реабилитации инвалидов.

Объект исследования – инвалиды.

Предмет – адаптивная физическая культура как средство реабилитации инвалидов.

Гипотеза – реабилитация инвалидов возможна средствами адаптивной физической культуры

В соответствии с целью, объектом и предметом исследования были поставлены следующие задачи:

1. Теоретически обосновать исследуемую проблему;

2. Исследовать отношение инвалидов к физической культуре;

3. Изучить опыт работы общества инвалидов в ЕАО;

4. Разработать рекомендации по реабилитации инвалидов.

В дипломной работе использовались следующие методы исследования:

- Анализ научно - методической литературы по проблеме реабилитации инвалидов;

- Анкетирование (опрос);

- Количественный и качественный анализ экспериментальных данных.

Практическая значимость - Результаты экспериментального исследования могут быть использованы при организации работы при реабилитации инвалидов.

# 1. Теоретическое обоснование реабилитации инвалидов средствами адаптивной физической культуры

## 

## 1.1 Характеристика инвалидов

Инвалидность — препятствия или ограничения деятельности человека с физическими, умственными, сенсорными или психическими отклонениями.

Можно сказать, что у человек, у которого возможности его жизнедеятельности в обществе ограничены из-за его физических, умственных, сенсорных или психических отклонений называют инвалидом

Инвалидность – это сложный феномен, который является проблемой, как на уровне организма человека, так и на социальном уровне.

Получение статуса инвалида предполагает одновременную разработку для человека индивидуальной программы реабилитации — основного документа, согласно которому он получает технические средства реабилитации, рекомендации по трудоустройству, направления на лечение.

Присвоение статуса «инвалид» обладает юридическим и социальным смыслом, так как предполагает определенные особые взаимоотношения с обществом: наличие льгот, получение выплат, ограничения в дееспособности. Некоторые специалисты рассматривают инвалидность как одну из форм социального неравенства. [[2]](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BD%D0%B2%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%B4%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C#cite_note-s1-1#cite_note-s1-1)

В настоящее время принята более корректная форма обозначения инвалида — «человек с ограниченными возможностями»

Принято различать следующие ключевые понятия:

дефект или нарушение: любая утрата психической, физиологической или анатомической структуры или функции, или отклонение от нее;

инвалидность: ограниченность конкретного индивидуума, вытекающая из дефекта или инвалидности, которая препятствует или лишает его возможности выполнять роль, считающуюся для этого индивидуума нормальной в зависимости от возрастных, половых, социальных и культурных факторов;

нетрудоспособность: ограниченность конкретного индивидуума, которая вызвана дефектом или инвалидностью.

Общественные организации инвалидов считают, [[4]](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BD%D0%B2%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%B4%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C#cite_note-3#cite_note-3) что важно использовать корректную по отношению к инвалидам терминологию: «человек с задержкой в развитии» (а не «слабоумный», «умственно неполноценный»), «перенесший полиомиелит» (а не «жертва полиомиелита»), «использующий инвалидную коляску» (а не «прикованный к инвалидной коляске»), «имеет ДЦП» (а не «страдает ДЦП»), «глухой» (а не «глухонемой»). Эти термины более корректны, так как ослабляют деление на «здоровых» и «больных» и не вызывают жалости или негативных эмоций.

Принято условно разделять ограничения функций по следующим категориям:

нарушения статодинамической функции (двигательной),

нарушения функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции,

сенсорные (зрения, слуха, обоняния, осязания),

психические (восприятия, внимания, памяти, мышления, речи, эмоций, воли).

Кроме того, законом определяются различные степени нарушений по каждому их виду, в зависимости от этого делается вывод о категории и сроке инвалидности [[5]](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BD%D0%B2%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%B4%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C#cite_note-s4-4#cite_note-s4-4): от первой степени (наименьшее ограничение) до третьей (наибольшее ограничение). Статус подтверждается справкой, выдаваемой на 1-2 г, иногда на больший срок.

По оценкам ООН, [[6]](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BD%D0%B2%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%B4%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C#cite_note-s15-5#cite_note-s15-5) каждый десятый человек на планете имеет инвалидность. Согласно официальной статистике, в России проживает около 10 млн. инвалидов, по оценке Агентства социальной информации — не менее 15 млн. Официальная статистика учитывает численность инвалидов, имеющих непросроченное свидетельство об инвалидности, в то время как к ним можно также отнести людей, подпадающих под определение инвалидности, но не знающих об этом или не оформивших соответствующий статус. В 1996г. в России официально зарегистрированных насчитывалось более 6,2 миллионов человек (4,2 % населения). [[7]](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BD%D0%B2%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%B4%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C#cite_note-s7-6#cite_note-s7-6)

Проблема инвалида не свойство человека, а препятствия, которые возникают у него в обществе. На причины этих препятствий существуют различные точки зрения, из которых две наиболее распространены[[8]](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BD%D0%B2%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%B4%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C#cite_note-s3-7#cite_note-s3-7): медицинская модель усматривает причины затруднений инвалидов в их уменьшенных возможностях.

Согласно ей, инвалиды не могут делать что-то, что характерно для обычного человека, и поэтому вынуждены преодолевать трудности с интеграцией в обществе. Согласно этой модели, нужно помогать инвалидам, создавая для них особые учреждения, где они могли бы на доступном им уровне работать, общаться и получать разнообразные услуги. Таким образом, медицинская модель выступает за изоляцию инвалидов от остального общества, способствует дотационному подходу к экономике инвалидов.

Медицинская модель долгое время преобладала в воззрениях общества и государства, как в России, так и в других странах, поэтому инвалиды по большей части оказывались изолированными и дискриминированными. [[9]](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BD%D0%B2%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%B4%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C#cite_note-s6-8#cite_note-s6-8)

Социальная модель предполагает, что трудности создаются обществом, не предусматривающим участия во всеобщей деятельности, в том числе и людей с различными ограничениями.

Такая модель призывает к интеграции инвалидов в окружающее общество, приспособление условий жизни в обществе и для инвалидов в том числе. Это включает в себя создание так называемой доступной среды (пандусов и специальных подъемников для инвалидов с физическими ограничениями, для [слепых](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BB%D0%B5%D0%BF%D0%BE%D1%82%D0%B0) дублирование визуальной и текстовой информации [по Брайлю](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A8%D1%80%D0%B8%D1%84%D1%82_%D0%91%D1%80%D0%B0%D0%B9%D0%BB%D1%8F) и дублирование звуковой информации для глухих на [жестовом языке](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%96%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B9_%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D0%BA&action=edit&redlink=1)), а также поддержание мер, способствующих трудоустройству в обычные организации, обучение общества навыкам общения с инвалидами.

Социальная модель пользуется все большей популярностью в развитых странах, а также постепенно завоевывает позиции и в России. Активным пропагандистом такой модели в России стала региональная общественная организация инвалидов «Перспектива» [[10]](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BD%D0%B2%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%B4%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C#cite_note-s5-9#cite_note-s5-9)

Обычно выделяют две главные концептуальные модели инвалидности. Медицинская модель рассматривает инвалидность как свойство, присущее человеку в результате болезни, травмы или иного воздействия на состояние здоровья, которое требует медицинской помощи в виде непосредственного лечения у специалистов. Инвалидность по этой модели требует медицинского или иного вмешательства или лечения с тем, чтобы «исправить» проблему человека. С другой стороны, социальная модель рассматривает инвалидность как социальную проблему, а не как свойство человека. Согласно социальной модели, инвалидность требует политического вмешательства, так как проблема возникает из-за неприспособленности окружающей среды, вызываемой отношением и другими свойствами социального окружения.

Сами по себе, эти модели недостаточны, хотя обе они частично обоснованны. Инвалидность всегда представляет собой взаимодействие между свойствами человека и свойствами окружения, в котором этот человек проживает, но некоторые аспекты инвалидности являются полностью внутренними для человека, другие же, наоборот, только внешними. Другими словами, и медицинская и социальная концепции подходят для решения проблем, связанных с инвалидностью; мы не можем отказываться ни от того, ни от иного вмешательства. Наилучшая модель инвалидности, таким образом, будет представлять собой синтез всего лучшего из медицинской и социальной моделей, не совершая присущих им ошибок в преуменьшении целостного, комплексного понятия инвалидности к тому либо иному аспекту. Такая более выгодная модель инвалидности может называться биопсихосоциальной моделью. МКФ основывается на такой модели, совмещающей медицинский и социальный аспекты.

В России организована широкая законодательная и организационная поддержка людей с ограниченными возможностями. Человек, у которого диагностированы ограничения, может получить подтверждение статуса инвалида. Такой статус позволяет ему получать определенные социальные льготы: пособие, бесплатные лекарства, бесплатное [техническое средство реабилитации](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D0%B5%D1%85%D0%BD%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B5_%D1%81%D1%80%D0%B5%D0%B4%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE_%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%B1%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D1%82%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%B8) (протезы, коляску или слуховой аппарат), скидки по оплате жилья, санаторные путевки. До [монетизации льгот](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%BE%D0%BD%D0%B5%D1%82%D0%B8%D0%B7%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F_%D0%BB%D1%8C%D0%B3%D0%BE%D1%82) инвалиды также получали бесплатный билет для проезда в место отдыха, скидки на покупку автомобиля и др. Монетизация заменила часть льгот ежемесячными денежными дотациями.

11 июня 1999г. Министерством Юстиции РФ за № 3714 по инициативе общественных организаций инвалидов России зарегистрирован Общероссийский Союз общественных организаций инвалидов «Союз инвалидов России» [[17]](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BD%D0%B2%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%B4%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C#cite_note-s23-16#cite_note-s23-16). [Союз инвалидов России](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BE%D1%8E%D0%B7_%D0%B8%D0%BD%D0%B2%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%B4%D0%BE%D0%B2_%D0%A0%D0%BE%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%B8) организует благотворительную деятельность и проводит различные общественные и государственные мероприятия.

Есть примеры и частной поддержки. Во многих городах оказываются платные услуги [[18]](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BD%D0%B2%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%B4%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C#cite_note-s10-17#cite_note-s10-17), столичная сотовая сеть [Мегафон](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D0%B3%D0%B0%D0%A4%D0%BE%D0%BD) создала специальный тариф [«Контакт»](http://www.megafonmoscow.ru/tariffs/plans/contact/) для людей с ограничениями по слуху.

Защиту прав инвалидов, обучающую работу оказывают многие организации [[19]](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BD%D0%B2%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%B4%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C#cite_note-s11-18#cite_note-s11-18), созданные в стране, например:

«Перспектива» [[10]](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BD%D0%B2%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%B4%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C#cite_note-s5-9#cite_note-s5-9) была создана в 1997г. на базе Всемирного Института по проблемам инвалидности (ВИПИ). Цели этой организации — содействовать самостоятельности инвалидов в российском обществе и повышению качества их жизни.

Сеть организаций инвалидов «Независимая жизнь» в городах: [Нижний Новгород](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B8%D0%B6%D0%BD%D0%B8%D0%B9_%D0%9D%D0%BE%D0%B2%D0%B3%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B4), [Ухта](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A3%D1%85%D1%82%D0%B0), [Самара](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B0%D0%BC%D0%B0%D1%80%D0%B0), [Тольятти](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D0%BE%D0%BB%D1%8C%D1%8F%D1%82%D1%82%D0%B8), [Тверь](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D0%B2%D0%B5%D1%80%D1%8C), [Ростов-на-Дону](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%BE%D0%B2-%D0%BD%D0%B0-%D0%94%D0%BE%D0%BD%D1%83), [Улан-Удэ](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A3%D0%BB%D0%B0%D0%BD-%D0%A3%D0%B4%D1%8D), [Екатеринбург](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%95%D0%BA%D0%B0%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%BD%D0%B1%D1%83%D1%80%D0%B3), [Челябинск](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A7%D0%B5%D0%BB%D1%8F%D0%B1%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA), [Пермь](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B5%D1%80%D0%BC%D1%8C), [Владимир](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BB%D0%B0%D0%B4%D0%B8%D0%BC%D0%B8%D1%80_(%D0%B3%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B4)), [Архангельск](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%80%D1%85%D0%B0%D0%BD%D0%B3%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D1%81%D0%BA), пос. [Майма](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B0%D0%B9%D0%BC%D0%B0) ([Республика Алтай](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B5%D1%81%D0%BF%D1%83%D0%B1%D0%BB%D0%B8%D0%BA%D0%B0_%D0%90%D0%BB%D1%82%D0%B0%D0%B9)) и в странах [СНГ](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%9D%D0%93): [Грузия](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D1%80%D1%83%D0%B7%D0%B8%D1%8F), [Азербайджан](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%B7%D0%B5%D1%80%D0%B1%D0%B0%D0%B9%D0%B4%D0%B6%D0%B0%D0%BD), [Армения](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%80%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F), [Узбекистан](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A3%D0%B7%D0%B1%D0%B5%D0%BA%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD).

Поддержку и финансирование проектов также осуществляет ряд иностранных и международных фондов (USAID, [Всемирная Организация Здравоохранения](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D1%81%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%80%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%9E%D1%80%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B7%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F_%D0%97%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BE%D0%BE%D1%85%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F)).

Неоднократно отмечался низкий уровень социальной поддержки инвалидов в России[[20]](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BD%D0%B2%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%B4%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C#cite_note-19#cite_note-19).

## 1.2 Реабилитационные центры и их роль в жизни инвалидов

Реабилитационный центр для инвалидов - многопрофильное учреждение. Он представлен такими направлениями, как медицинская, социальная, психологическая и профессиональная реабилитация. Каждая состоит из комплекса мер, направленных на компенсацию психофизиологических функций, восстановление социальных и приобретение профессиональных навыков. [15]

Наиболее принципиальной и важной задачей, решаемой реабилитационным центром Министерства социальной защиты населения Российской Федерации при работе с детьми-инвалидами, является обеспечение возможности их максимальной и полноценной социальной интеграции. На это и направлен комплекс проводимых в них реабилитационных мероприятий, среди которых особую роль играет психологическая реабилитация детей-инвалидов, психологическая поддержка семей, их воспитывающих. [15]

Формы и методы работы с семьей очень разнообразны: групповая работа с семьями, в которых имеются инвалиды со сходной патологией или сходные ситуации в семьях; индивидуальная работа с родителями или одним из них. Беседы носят просветительный, информационный и обучающий характер. По существу центр проводит широкое семейное консультирование. Решение проблем в семье благоприятно сказывается на социально-психологическом статусе инвалида - нормализуется настроение, упорядочивается поведение, улучшаются показатели в учебе, устраняется аффективная напряженность.

Целенаправленное проведение психологом мероприятий по психологической реабилитации детей-инвалидов, психологической поддержки семей, их воспитывающих, возможно лишь на основании результатов дифференцированной психодиагностики.

Психодиагностическое направление позволяет определить особенности актуального психического состояния и потенциальных возможностей психического развития индивида. Соответствующие психодиагностические оценки особенностей интеллектуального развития ребенка, эмоционально-мотивационной сферы, личности в целом и отдельных психических функций, оценки прогноза их развития позволяют выделить те «психологические точки», которые в наибольшей мере тормозят процессы социализации и нуждаются в развитии.

Таким образом, в силу целого ряда объективных условий и субъективных факторов инвалиды оказались в сфере деятельности медицины, в которой сравнительно недавно зародилось самостоятельное направление - реабилитация. В Энциклопедическом словаре медицинских терминов она определяется как "комплекс медицинских, педагогических и социальных мероприятий, направленных на восстановление (или компенсацию) нарушенных функций организма, также социальных функций и трудоспособности больных и инвалидов" [15, c. 29]. Как видно из определения, в понятие "реабилитация" входят функциональное восстановление или компенсация того, что нельзя восстановить, приспособление к повседневной жизни и приобщение к трудовому процессу больного или инвалида. Соответственно различают три основных вида реабилитации: медицинскую, социальную, (бытовую) и профессиональную (трудовую).

Важно отметить, что медицинская реабилитация включает в себя лечебные мероприятия, направленные на восстановление здоровья больного, и психическую подготовку пострадавшего к необходимой адаптации, реадаптации или переквалификации [11, c. 21]. При этом до настоящего времени существуют различия в понимании сущности реабилитации теми или иными специалистами-медиками. Так, в неврологии, терапии, кардиологии под реабилитацией, прежде всего, подразумеваются различные процедуры (массаж, психотерапия, лечебная гимнастика и т.д.); в травматологии и ортопедии - протезирование: в физиотерапии - физическое лечение; в психиатрии - психо- и трудотерапия.

Психотерапия - это комплексное лечение психических, нервных и психосоматических расстройств, решающие задачи по смягчению или ликвидации имеющейся симптоматики и изменению отношений к социальному окружению и собственной личности.

Психолог работает и по направлению психодиагностики, характера внутрисемейных отношений, результаты которой, также имеют важнейшее значение в плане проведения реабилитационных мероприятий. Это обусловлено тем, что и сама семья ребенка и его ближайшее окружение также очень часто должны быть объектом психологической реабилитации.

Психолог осуществляет психологическую консультацию для детей и их родителей в широком круге проблем взаимоотношений, общения, позволяющая разрешать всевозможные психологические коллизии, препятствующие самореализации личности. Именно консультативная помощь играет важнейшую роль в плане психопрофилактики возможных отклонений в развитии ребенка.

Эта особая роль психологической реабилитации обусловлена рядом обстоятельств. Во-первых, у детей-инвалидов вследствие различных заболеваний, при этом не только психиатрического или неврологического профиля, как правило, наблюдается разнообразные нарушения и отклонения в психологическом развитии. Во-вторых, психологическая атмосфера в семьях, где воспитываются дети-инвалиды, часто оказываются неблагополучной, психолого-педагогическая грамотность недостаточной, что провоцирует дисгармонии в психологическом развитии детей, когда они не имеют объективной обусловленности течением заболевания, или усиление имеющихся у них психологических нарушений. В третьих, результативность психологической реабилитации подразумевает наличие позитивного эффекта в отношении других реабилитационных мероприятий, что особенно отчетливо проявляется в плане повышения успешности восстановительного лечения, получение общего и профессионального образования.

Главная роль в психологической реабилитации отводится психологу. Работая в центрах реабилитации, психолог должен обладать такими качествами, как: эматичность, терпимость, позитивное самоотношение, адекватная самооценка, интуиция, богатое воображение, уверенность, аутичность поведения, гибкость, высокий уровень интеллекта.

Для профессиональной деятельности в работе с детьми-инвалидами психологу необходимо знать:

1. Закономерности психического развития человека, возрастные особенности развития человека в разные периоды его жизни.

2. особенности проявления индивидуальных особенностей темперамента, характера, психики человека, особенности анатомо-физиологического развития.

3. Закономерности развития групп и коллективов, особенности взаимоотношений между людьми на разных возрастных этапах, возможные причины конфликтов, составные благоприятного психологического микроклимата в коллективе.

4. Современные методики обследования и тестирования детей и взрослых, быть в курсе современных достижений в детской социальной и других разделок психологии.

Основными средствами, которыми пользуется психолог в своей деятельности, являются: консультация, психологический тренинг, психокоррекция, психотерапия и психологическое просвещение.

Задачи службы социально-психологической реабилитации не ограничиваются работой с самими инвалидами. Все они проживают в семьях. Семья не стоит в стороне от жизненно важных проблем инвалида, а является наиболее важной социально-реабилитационной средой. С ней непосредственным образом связана вся жизнедеятельность инвалида. В семье проходит формирование самооценки инвалида, определяется его социальная роль и позиция, от чего в значительной мере зависит его судьба. Семья как реабилитационная среда, не только проявляет внутрисемейную заботу, оказывает физическую помощь, психологическую поддержку, помогает адаптации к современному образу жизни, но и организует восстановительное лечение, обучение, помогает приобрести профессию. Межличностные отношения в семье, позиция родителей, родственников к инвалиду, приспособление место проживания, обучение бытовым навыкам -все это факторы позитивно или негативно отражающиеся на реабилитации инвалида.

Наиболее рациональным в работе с детьми является использование методов игровой терапии, психодрамы, арттерапии.

Психолог работает и по направлению психологического просвещения, приобщения населения, персонала организации к психологическим знаниям. Во многих ведомствах существует система повышения психологического образования своих сотрудников, тесно связанная с их профессиональным совершенствованием.

Следующим направлением является психокоррекция - это коррекция отельных свойств личности и характера в целях усвоения оптимальных способов различных видов деятельности для возможности успешной и эффективной самореализации и социальной интеграции.

Психологическая коррекция является одним из важных звеньев в системе психологической помощи детям с различными нарушениями нервно-психологического развития. Термин «коррекция психического развития» впервые использовался в дефектологии как один из вариантов психолого-педагогической помощи аномальным детям. Он означал совокупность педагогических воздействий, направленных на исправление недостатков, отклонений в развитии аномального ребенка.

А.С. Спиваковская рассматривает психологическую коррекцию как способ профилактики нервно-психологических нарушений у детей. В свою очередь Карабанова и А. Г. Лидере рассматривают ее как метод психологического воздействия, направленный на создание оптимальных возможностей и условий развития личностного и интеллектуального потенциала ребенка. По мнению Р. С. Немова, психологическая коррекция - это совокупность психологических приемов, используемых психологом для исправления поведения психически здорового человека.

Объектом психокоррекционных воздействий могут быть как здоровые, так и больные люди. Поэтому следует дифференцировать психологическую коррекцию нормального развития и коррекцию аномального развития, отягощенного биологическими факторами отклонений в развитии.

В зависимости от характера диагностики и направленности личности коррекции, Д. Б. Эльконин предлагал различать две формы коррекции: симптоматическую, направленную на симптомы отклонений развитии, и коррекцию, устраняющую источник и причины отклонений в развитии.

Одним из эффективных средств психологической реабилитации, Бачков считает, психологический тренинг. Психологический тренинг - это целенаправленное восстановление, развитие, формирование отдельных психических функций, умений, навыков и качеств личности, утраченных или ослабленных в силу заболевания или особенностей социальной среды, которые выступают в качестве препятствий для успешной самореализации личности в различных видах деятельности.

Методы психологического тренинга могут использоваться в реабилитационной работе с детьми-инвалидами на более ранних возрастных этапах, чем другие.

Наиболее эффективным является метод распределения детей-инвалидов, посещающие центра по сопутствующим заболеваниям. Для этого рассматриваются индивидуальные особенности каждой патологии.

Трудности восстановительного лечения детей с детским церебральным параличом обусловлены не только тяжестью двигательного дефекта, но, главным образом, своеобразными особенностями их умственного и эмоционально-волевого развития. Поэтому своевременно начатая психологическая помощь является одним из важнейших звеньев системы их реабилитации.

Правильно подобранные методы психологической помощи с учетом индивидуально-психологических особенностей больных оказывает положительное влияние на динамику их умственного и личностного развития.

Психологическая помощь детям и подросткам с церебральным параличом рассматривается как система реабилитационных воздействий, направленных на повышение социальной активности, развитие самостоятельности, укрепление социальной позиции личности больного, формирование системы ценностных установок и ориентации, развитие интеллектуальных процессов, которые соответствуют психическим и физическим возможностям больного ребенка.

Эффективность психологической помощи детям с церебральным параличом в значительной степени зависит от качественной психологической диагностики.

Процесс психологической диагностики детей с ДЦП рекомендуется разделить на следующие направления: психологическая диагностика развития моторных функций, сенсорных функций, мнемических, интеллектуальных, а также особенностей мотивационно-потребностной сферы и индивидуально-личностных характеристик.

Клинико-психологическое обследование детей с ДЦП является чрезмерно сложным. Это обусловлено тяжелой двигательной патологией, а также наличием у большинства детей интеллектуальных, речевых и сенсорных нарушений. Поэтому обследование детей с ДЦП должно быть направленно на качественный анализ полученных данных. Предъявляемые ребенку задания должны быть не только адекватны его хронологическому возрасту, но и уровню его сенсорного, моторного и интеллектуального развития. Сам процесс развития необходимо проводить в форме игровой деятельности, доступной ребенку. Особое внимание следует обратить на двигательные возможности ребенка с ДЦП. Учет физических возможностей больного очень важен при психологическом обследовании.

Дидактический материал, используемый при обследовании, необходимо располагать в поле его зрения. Обследование рекомендуется проводить в манеже, на ковре или в специальном кресле. При выраженном мышечном напряжении ребенку придают «эмбриональную позу». Затем производят несколько качательных движений по продольной оси тела. После этого тонус мышц значительно уменьшается, и ребенок укладывается на спину. При помощи специальных приспособлений ребенок фиксируется в этом положении.

1.3 Адаптивная физическая культура как фактор социального здоровья лиц с ограниченными возможностями

Цель адаптивной физической культуры: Система мероприятий по восстановлению или компенсации физических возможностей и интеллектуальных способностей, повышению функционального состояния организма, улучшению физических качеств, психоэмоциональной устойчивости и адаптационных резервов организма человека средствами и методами адаптивной физической культуры, элементов спорта и спортивной подготовки. Достигается цели в решении взаимосвязанных оздоровительных, развивающих, образовательных и воспитательных задач.

К задачи адаптивной физической культуры относятся:

1. оздоровительная;
2. воспитательная;
3. развивающая.

Считаеся, что для выполнения этих задач общее время учебно-тренировочных занятий по дисциплине «Физическая культура» и дополнительных самостоятельных занятий физическими упражнениями и спортом для каждого студента должно составлять не менее 5 часов в неделю.

Средства физической культуры: Основным средством физической культуры, развивающими и гармонизирующим все проявления жизни организма человека, являются сознательные (осознанные) занятия разнообразными физическими упражнениями (телесными движениями), большинство из которых придуманы или усовершенствованы самим человеком. Они предполагают постепенность возрастания физических нагрузок от зарядки и разминки к тренировке, от тренировки к спортивным играм и соревнованиям, от них к установлению как личных, так и всеобщих спортивных рекордов по мере роста личных физических возможностей. В сочетании с использованием естественных сил природы (солнце, воздух и вода), гигиенических факторов, режима питания и отдыха и в зависимости от личных целей физическая культура позволяет гармонично развивать и оздоравливать организм и поддерживать его в отличном физическом состоянии длительные годы.

Объект познания и преобразования в адаптивной физической культуре не здоровые, а больные люди, в том числе и инвалиды, которые утратили какие-либо функции на достаточно длительный срок, а зачастую - навсегда (например, лица, перенесшие ампутацию конечностей, удаление пораженно го органа и др.).

Все это требует значительной, а иногда принципиальной трансформации (приспособления, коррекции, или, по-другому, адаптации) задач, принципов, средств, методов, организационных форм.

Именно своей ориентацией на хронических больных и инвалидов адаптивная физическая культура отличается от одного из разделов (видов) общей физической культуры, который называется "оздоровительно-реабилитационная, или лечебная физическая культура" [9] или "двигательная реабилитация" [3]. Данный раздел, как отмечает Б.В. Евстафьев, посвятивший специальную монографию анализу основных понятий в теории физической культуры, в качестве главной цели предусматривает «... восстановление временно утраченных функций после заболевания, травм и т.д.».

По сложившейся в нашем обществе системе мировоззренческих взглядов, инвалидами и лицами с устойчивыми отклонениями в состоянии здоровья должны заниматься представители здравоохранения, социального обеспечения, образования, но не физической культуры.

Немаловажную роль в сложившейся ситуации играет недостаточная разработанность теоретических, концептуальных проблем физической культуры инвалидов. Проведенный А.В. Сахно [11] анализ отечественной и зарубежной литературы, посвященной проблеме здоровья, определению его качественных и количественных параметров, позволил ему утверждать, что между понятиями "здоровье человека" и "инвалидность человека" была воздвигнута непроходимая стена и что эти понятия трактовались как взаимоисключающие. В частности, понятие "здоровье", изложенное в уставе Всемирной организации здравоохранения как "состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствия болезней и физических дефектов", фактически отождествляется с "абсолютным здоровьем" и, естественно, не допускает и мысли о возможности наличия здоровья у инвалида, так как он обладает тем или иным дефектом (физическим или психическим). Такая постановка вопроса, по существу, отказывала огромной группе людей - инвалидам - в здоровье и здоровом образе жизни, ядром которого является рациональная двигательная активность человека или, более обобщенно, физическая культура. Чтобы убедиться в этом, достаточно вспомнить, что допуск к занятиям физической культурой в школе, техникуме, вузе, в той или иной спортивной секции и тем более к участию в соревнованиях выдает врач, который должен констатировать соответствующий уровень здоровья у желающих участвовать в физкультурно-спортивной деятельности.

Все эти положения с учетом той или иной медицинской специальности вполне понятны. Однако они, с одной стороны, сужают цели, задачи, средства, методы, организационные формы реабилитации, ориентируют их в зависимости от профиля заболевания или инвалидности на общепринятые в официальной медицине средства и методы и явно недооценивают роль движения и вообще физической культуры личности участвующего в этом процессе; а с другой - лишний раз подтверждают, что медицинская реабилитация находится лишь на пути выхода из рамок лечебно-госпитальной парадигмы. В соответствии с последней, кстати говоря, неоднократно подвергавшейся критике [1, 13], главная цель медицины - излечение конкретных болезней в больницах, поликлиниках, санаториях, реабилитационных центрах с помощью лекарств и медицинской техники под руководством и наблюдением специалистов-медиков, а не максимально возможное развитие жизнеспособности человека (здорового, больного, инвалида), его телесно-двигательных и психических потенций, отпущенных природой и имеющихся (оставшихся) в наличии в процессе жизни.

Таким образом, в отличие от адаптивной физической культуры медицинская реабилитация в большей степени направлена на восстановление нарушенных функций организма, а не на максимальную самореализацию человека в новых условиях, что требует от больного или инвалида значительно большей активности и самостоятельности. Кроме того, используемые в реабилитации средства, так или иначе, ориентированы на составляющие традиционной медицины: медицинскую технику, массаж, физиотерапию, психотерапию, фармакологию и т.п., а не на естественные факторы - движение, здоровый образ жизни, рациональное питание, закаливание и др.

ЛФК как метод комплексного лечения, использует нозологический принцип по наиболее важным заболеваниям, органно-системный подход при дифференциации частных вопросов и отражает задачи конкретных направлений в отечественной медицине. Более того, как считают специалисты, даже физическая культура и спорт являются организованной формой вторичной профилактики, необходимой для сохранения результатов, достигнутых в процессе лечения больных.

Адаптивную физическую культуру нельзя сводить только к лечению и медицинской реабилитации. Она является не только и даже не столько средством лечения или профилактики конкретных болезней, сколько одной из форм, составляющих полноценную жизнь человека в его новом состоянии, образовавшемся в результате травмы или болезни. Адаптивный спорт, адаптивная двигательная рекреация и другие виды адаптивной физической культуры как раз и ставят задачи максимального отвлечения от своих болезней и проблем в процессе соревновательной или рекреационной деятельности, предусматривающей общение, развлечение, активный отдых и другие формы нормальной человеческой жизни.

На значительное расширение сферы традиционной медицины, опьяненной успехами в лечении ранее неизлечимых болезней и спасении умирающих и "видящих" только в этом главную задачу служения людям, направлены такие ее "ветви", как валеология [1, 10] и профилактическая медицина [12].

Однако, подчеркивая, что в отличие от медицины, занимающейся больными, валеология - это наука о здоровье здоровых людей, а также находящихся в состоянии предболезни или имеющих факторы риска, И.И. Брехман - один из авторов и инициаторов ее появления, по существу, как бы по инерции исключает хронически больных и инвалидов из числа тех, для кого она предназначена. Хотя, безусловно, он, скорее по сложившейся традиции, забывает эту категорию населения, нежели полагает, что валеология и вообще валеологический подход к жизни им не нужны. Как это ни парадоксально, но здесь повторяется ситуация, сложившаяся в сфере физической культуры. Те люди, для которых и валеология, и физическая культура нужны более чем для кого бы то ни было, оказываются за "бортом" их концептуальных схем.

Что же касается профилактической медицины, то, безусловно, признавая ее огромнейшую роль в оздоровлении населения России, особенно с учетом его сегодняшнего состояния, необходимо обратить внимание читателей на то, что это все-таки медицина:

1) по главной цели - профилактика конкретных заболеваний;

2) по кадровому обеспечению - медицинские работники;

3) по средствам - различные лекарственные препараты, рекреационно-реабилитационные комплексы и т.п.

Если проанализировать современные технологии Российского института профилактической медицины - одного из лидеров данного направления: ингаляция различных лекарственных и растительных препаратов, гало-, аэрофито-, аэроионо-, фототерапия; музыкальная, аудиовизуальная терапия; диетотерапия; биосауны; гидромассаж; солярий и другие, - то станет вполне очевидной их эколого-медицинская направленность.

Однако надо отдать должное директору данного института - доктору медицинских наук, профессору П.П. Горбенко, который в отличие от многих медицинских работников в своей концепции профилактики уделяет большое внимание двигательной активности пациентов (работе на универсальных тренажерах, тредбане, велоэргометре, степ - тренажере и т.п.) и вообще формированию их физической культуры в самом современном понимании этого слова. Разумеется, двигательная активность, предлагаемая в технологиях института профилактической медицины, представляет собой реализацию в большей степени рекреационного направления физической культуры, главная идея которой состоит в активации, поддержании или восстановлении физических и духовных сил, профилактике утомления и вообще в оздоровлении через удовольствие [3, 4].

Таким образом, отмечая несомненную пользу современных технологий профилактической медицины для инвалидов, подчеркнем, что адаптивная физическая культура предполагает значительно более широкое привлечение средств и методов данного вида культуры, являющегося базой, основой социализации личности инвалида, его адаптации к трудовой деятельности или переквалификации и вообще саморазвития, самовыражения и самореализации.

Таково место адаптивной физической культуры среди дисциплин, активно использующих движение в работе с различными контингентами населения.

Что же касается других дисциплин, занимающихся проблемами лиц, имеющих отклонения в состоянии здоровья, и инвалидов (тифло -, сурдо -, олигофренопедагогика, логопедия и др.), то в них те или иные компоненты физкультурно-спортивной деятельности практически не используются. Это объясняется предметом этих дисциплин, специфическими целями, задачами, средствами и методами.

То же самое можно сказать и о целом ряде дисциплин, рассматривающих отдельные компоненты здоровья и здорового образа жизни. Например, гигиена изучает главным образом среду обитания, диетология - преимущественно лечебное питание и т.д.

Возвращаясь к проблеме подготовки специалистов для работы с инвалидами в области физической культуры, необходимо констатировать, что здесь уже сделаны первые шаги, имеется определенный, хотя и небольшой опыт, опубликованы научные статьи и учебные материалы.

При этом особо следует отметить подвижническую деятельность специалистов-дефектологов бывшей АПН СССР, Одесского, Славянского и Красноярского государственных педагогических институтов, МОГИФКа и ВНИИФКа. Представители двух последних организаций - А.В. Сахно и В.С. Дмитриев - подготовили к изданию двухтомный сборник материалов к лекциям по физической культуре и спорту инвалидов, являющийся этапной работой в этом направлении.

Утверждение Госкомвузом России новой специальности - "Адаптивная физическая культура" послужит активизации деятельности вузов в подготовке кадров для данного благородного дела.

Рассмотрим основные положения концепции адаптивной физической культуры.

Разумеется, рассмотреть содержание, средства, методы, формы и другие компоненты адаптивной физической культуры в рамках одной работы не представляется возможным. Поэтому здесь конспективно рассмотрим основные ее виды и наиболее общие задачи.

Содержание адаптивного физического воспитания (образования) направлено на формирование у инвалидов и людей с отклонениями в состоянии здоровья комплекса специальных знаний, жизненно и профессионально необходимых двигательных умений и навыков; на развитие широкого круга основных физических и специальных качеств, повышение функциональных возможностей различных органов и систем человека; на более полную реализацию его генетической программы и, наконец, на становление, сохранение и использование оставшихся в наличии телесно-двигательных качеств инвалида.

Основная задача адаптивного физического воспитания состоит в формировании у занимающихся осознанного отношения к своим силам, твердой уверенности в них, готовности к смелым и решительным действиям, преодолению необходимых для полноценного функционирования субъекта физических нагрузок, а также потребности в систематических занятиях физическими упражнениями и вообще в осуществлении здорового образа жизни в соответствии с рекомендациями валеологии.

Если вспомнить терминологию, предлагаемую Л.П. Матвеевым [9], то следует учесть, что в содержание адаптивного физического воспитания (образования) включено также содержание адаптивной базовой (школьной) и адаптивной профессионально-прикладной физической культуры.

Адаптивный спорт. Содержание адаптивного спорта (как базового, так и высших достижений) направлено, прежде всего, на формирование у инвалидов (особенно талантливой молодежи) высокого спортивного мастерства и достижение ими наивысших результатов в его различных видах в состязаниях с людьми, имеющими аналогичные проблемы со здоровьем.

Адаптивный спорт в настоящее время развивается преимущественно в рамках крупнейших международных Параолимпийского и Специального олимпийского движений.

Исходя из концепции И.М. Быховской [2], рассмотревшей проблемы человеческой телесности в социокультурном измерении, именно адаптивный спорт, с обязательным участием инвалидов в учебно-тренировочном процессе и системе различных (включая международные) соревнований, создает наиболее подходящие условия именно для культурного бытия их телесности, важнейшим атрибутом которого является общение, участие в диалоге двух "я" [5].

Основная задача адаптивного спорта заключается в формировании спортивной культуры инвалида, приобщении его к общественно-историческому опыту в данной сфере, освоении мобилизационных, технологических, интеллектуальных и других ценностей физической культуры.

Адаптивная физическая рекреация. Содержание адаптивной физической рекреации направлено на активизацию, поддержание или восстановление физических сил, затраченных инвалидом во время какого-либо вида деятельности (труд, учеба, спорт и др.), на профилактику утомления, развлечение, интересное проведение досуга и вообще на оздоровление, улучшение кондиции, повышение уровня жизнестойкости через удовольствие или с удовольствием.

Наибольший эффект от адаптивной физической рекреации, основная идея которой заключается в обеспечении психологического комфорта и заинтересованности занимающихся за счет полной свободы выбора средств, методов и форм занятий, следует ожидать в случае ее дополнения оздоровительными технологиями профилактической медицины.

Основная задача адаптивной физической рекреации состоит в привитии личности инвалида проверенных исторической практикой мировоззренческих взглядов Эпикура, проповедовавшего философию (принцип) гедонизма, в освоении инвалидом основных приемов и способов рекреации.

Чтобы избежать чисто терминологических недоразумений, подчеркнем, что в учебном пособии для институтов физической культуры Л.П. Матвеев данный вид физической культуры называет фоновым, дополнительно включая в нее гигиеническую (в рамках повседневного режима жизни) физическую культуру [9].

Адаптивная двигательная реабилитация. Содержание адаптивной двигательной реабилитации направлено на восстановление у инвалидов временно утраченных или нарушенных функций (помимо тех, которые утрачены или разрушены на длительный срок в связи с основным заболеванием, являющимся причиной инвалидности) после перенесения различных заболеваний, травм, физических и психических перенапряжений, возникающих в процессе какого-либо вида деятельности или тех или иных жизненных обстоятельств.

Основная задача адаптивной двигательной реабилитации заключается в формировании адекватных психических реакций инвалидов на то или иное заболевание, ориентации их на использование естественных, экологически оправданных средств, стимулирующих скорейшее восстановление организма; в обучении их умениям использовать соответствующие комплексы физических упражнений, приемы гидровибромассажа и самомассажа, закаливающие и термические процедуры, и другие средства (су джок акупунктура и т.п.).

Таким образом, были рассмотрены содержание и задачи основных видов адаптивной физической культуры. Они раскрывают потенциал возможностей средств и методов адаптивной физической культуры, каждый из которых, имея специфическую направленность, способствует в той или иной мере не только максимально возможному увеличению жизнеспособности инвалида, но и всестороннему развитию личности, обретению самостоятельности, социальной, бытовой, психической активности и независимости, совершенствованию в профессиональной деятельности и вообще достижению выдающихся результатов в жизни.

# 2. Анализ опыта работы Общественной организации Всероссийского общества инвалидов Еврейской Автономной Области г. Биробиджана по реабилитации инвалидов средствами адаптивной физической культуры

2.1. Исследование отношения инвалидов к физической культуре и спорту

С целью исследования отношения инвалидов к физической культуре и спорта, нами проведено экспериментальное исследования в Общественной организации Всероссийского общества инвалидов Еврейской Автономной Области г. Биробиджана.

В исследовании принимали участие инвалиды в количестве 30 человек. Из них мужчин – 13, а женщин – 17.

1. С 20 – до 30 лет (8 человек)
2. С 31 – до 40 лет (7 человек)
3. С 41 – до 50 лет (10 человек)
4. С 51 – до 60 лет (4 человек)
5. С 60 – и выше (1 человек)

Им была предложена анкета, в которой содержались 12 вопросов. Вопросы были следующего характера:

1. Ваш пол
2. Ваш возраст
3. Как Вы относитесь к спорту и физической культуре?
4. Делаете ли Вы по утрам зарядку?
5. Участвуете ли Вы в каких - либо спортивных мероприятиях?
6. Являетесь ли Вы участником спортивных (группах, командах, клубах)
7. Как часто вы посещаете спортивные тренировки?
8. На протяжении, какого времени вы занимаетесь спортом?
9. Вызывают ли у вас повышенную утомляемость физические нагрузки по 45 минут в день?
10. Ощущаете ли вы улучшение от физкультурных занятий?
11. Считаете ли Вы, что в вашем городе достаточно секций и что они доступны?
12. Считаете ли вынужным создавать как можно больше клубов и спортивных секций для людей с ограниченными возможностями?

Анкету смотреть в приложении 1

Результаты анкетирования представлены в таблице 1

Таблица 1 Исследование отношения инвалидов к физической культуре и спорту

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| По признаку | По возрасту | Количество человек в процентах |
| 1. По полу | 30 анкет – 100% | Женщин – 57%  Мужчин – 43% |
| 1. По возрасту | * + с 20 – до 30 лет   + с 31 – до 40 лет   + с 41 – до 50 лет   + с 51 – до 60 лет   + с 60 – и выше… | (8 человек) – 26%  «8:30\*100» = 26%  (7 человек) – 23%  (10 человек) – 35%  (4 человек) – 13%  (1 человек) – 3%  (итого): 100% |
| 1. Считаете ли Вы, что в нашем городе достаточно секций и что они доступны? | А) ДА  Б) Нет  В) Затрудняюсь ответить | 11 – 36%  12 – 40%  7 – 4% |
|  | «Да» | 36% |
|  | «Нет» | 40% |
|  | «Затрудняюсь ответить» | 4% |

2.2 Анализ деятельности Общественной организации Всероссийского общества инвалидов в Еврейской Автономной Области г. Биробиджана

Всероссийское общество инвалидов было создано в 1990г. Устав принят на 1 съезде Всероссийского общества инвалидов 1 ноября 1991г., изменения и дополнения внесены на 2 съезде 31 октября 1996г., зарегистрирован Минюстом РФ 27 декабря 1996г. Общественная организация Всероссийского общества инвалидов ЕАО была создана в 1997г. в г. Биробиджане, затем в районах области: Биробиджанском, Смидовичском, Облученском, Ленинском, Октябрьском. Основана на членстве физических лиц в соответствии с Конституцией РФ и Уставом общества. Является юридическим лицом. Всероссийское общество инвалидов (ВОИ) нейтрально в религиозном отношении и самостоятельно определяет формы и методы взаимодействия с политическими и другими общественными объединениями.

ВОИ строит свою работу на основании принятой Программы.

**Целями** общественной организации инвалидов являются:

* защита прав и интересов инвалидов;
* обеспечение инвалидам равных с другими возможностей участия во всех сферах жизни общества;
* интеграция инвалидов в общество.

**Основные задачи:**

* Постоянное взаимодействие с органами представительной и исполнительной власти в решении проблем инвалидов, сотрудничество с общественными объединениями области, действующими в интересах инвалидов.
* Участие в разработке законодательных и иных нормативных актов, связанных с социальной защитой инвалидов.
* Содействие инвалидам в реализации их законодательно установленных прав, льгот и преимуществ в получении медицинской помощи, улучшении материальных, жилищных и бытовых условий жизни, в развитии творческих способностей, занятиях физической культурой и спортом.
* Вовлечение инвалидов в члены ВОИ и пропаганда его деятельности.

**ВОИ организует свою деятельность на следующих принципах:** гуманизма и милосердия, добровольности, самоуправления, законности, уважения личного достоинства и мнения каждого, недопущения дискриминации инвалидов по признакам категории, причины и группы инвалидности, признакам возраста, религиозным и политическим убеждениям, гласности в работе руководящих органов ВОИ, доступности информации о деятельности ВОИ, обязательного учета мнения членов ВОИ при выработке решений.

В последнее время проблема всесторонней интеграции инвалидов приобрела большое значение и актуальность. Достичь этого можно только дав инвалидам возможность самим содержать себя, реализоваться как личность и в трудовой деятельности, и в семье, и в культурном досуге, и в дружеском общении. Для успешного разрешения этих вопросов и работает областное общество инвалидов.

Областная организация объединяет 2450 членов и состоит из 6 районных и 43 первичных организаций. Конечно, при общей численности в области инвалидов 14 тысяч человек, количество их в нашей организации невелико, но мы постоянно работаем по привлечению новых членов, особенно стараемся привлечь молодежь. Для этого создан на базе городского общества молодежный клуб "Стимул", который объединяет 60 молодых инвалидов. В планах на будущее активизация молодежного движения по всей области. В городском обществе работают клуб женщин "Призвание", клуб "Симха" по возрождению еврейских традиций и планируется организовать клуб "колясочников".

По сравнению с прошлым годом численность членов ВОИ увеличилась на 213 человек это связано с тем, что образовалось 9 новых первичных организаций, председатели Биробиджанского и Ленинского районов провели огромную работу по созданию этих организаций.

Сейчас в областном обществе 6 местных и 49 первичных организаций. 1811 членов общества из них инвалиды 1 группы - 145 человек, 2 группы -1120 человек, 3 группы - 438 человек, законных представителей 77 человек и других членов ВОИ - 31 человек.

2008 год был объявлен годом семьи и общество инвалидов не остались в стороне , было проведено много мероприятий - это и выставки рисунков детей инвалидов как на районном так и на областном уровне на тему : "Это светлое имя - мама"- юные художники поделились с окружающими хорошим настроением и сокровенными мечтами посредством изобразительного искусства, посредством художественно поэтического творчества на конкурсе Я - автор.

В честь 20-летия ВОИ во всех местных организациях прошли выставки творчества инвалидов, конкурсы художественной самодеятельности, затем заключительный галла концерт состоялся в областной филармонии 23 мая, где все участники были награждены ценными подарками и дипломами. Мероприятие подготовил КСЗН правительства области. Большое торжественное мероприятие в честь 20-летия ВОИ КСЗН правительства области подготовило и к дню инвалида, где было чествование и награждение членов ВОИ ценными подарками, праздничный концерт. Была развернута областная выставка творчества людей с ограниченными физическими возможностями, где присутствовало и плетение изделий из лозы, и вязание крючком и спицами, и картины вышитые крестом особенно поражали иконы, и всевозможные поделки.

Проводилась благотворительная акция "Помоги собраться в школу" где всем детям из семей инвалидов была оказана материальная помощь, в виде учебных принадлежностей, одежды, обуви охвачено было более 200 детей. В канун нового года все районные организации провели для детей новогодние мероприятия с Дедом Морозом и Снегурочкой, с вручением новогодних подарков, мягких игрушек. Все мероприятия проводились на деньги предпринимателей и собственные средства.

Постоянно, что то новое выявляется в работе с молодыми инвалидами , обновились спортивные команды , в основном это молодые юноши и девушки, выявились и чемпионы Дальнего Востока среди инвалидов такие как Бредис Руслан ,трехкратный чемпион по пауэрлифтингу. Спортивная команда инвалидов ЕАО заняла призовое третье место в спортивном фестивале инвалидов Дальнего Востока на Кубок Мэра г. Хабаровска.

Молодежь с желанием занимается в художественной самодеятельности, ставит свои мини спектакли и выступает в социальных домах , в воинских частях и на проводимых мероприятиях в обществе , в городском обществе появился худ. руководитель, так увеличился и приток молодежи в общество. В других организациях молодежь участвует в художественной самодеятельности совместно с обществами ветеранов. Работают спортивные секции раз в неделю молодежь тренируется на стадионе " Дружба", где им выделено определенное время для тренировок. Летом к дню Молодежи проводились дворовые "Веселые старты", куда приглашались команды 2х районных организаций, проходили соревнования очень весело, интересно, много фантазий по проведению конкурсов, в итоге все участники награждаются грамотами и сладкими призами.

В проведении ежегодного Молодежного форума молодые люди принимают активное участие, проводятся дискуссии, в спорах рождается истина, поступает много предложений, никто не сидит, сложа руки каждый старается высказаться.

5 молодых инвалидов участвовали в семинаре "Школа молодого лидера", который проходил с 7-13 июля в Хабаровске и с 14 - 18 июля в г. Владивостоке. Привезли массу впечатлений , получили полезные знания .

РОООО ВОИ в ЕАО приняла участие в областном конкурсе общественных объединений в номинации "Деятельность общественных объединений по пропаганде здорового образа жизни, развитию физической культуры и спорта", заняла призовое 2е место.

Наше общество, проводя различные мероприятия, привлекает не только членов общества, не оставляют в стороне и других инвалидов и волонтеров из числа здоровых людей.

Есть постоянная необходимость объединить усилия всех заинтересованных сторон. Наши председатели организаций вошли в состав комиссий, советов, как при районной администрации, так и при Мэрии и Правительстве области. В организации есть и депутаты как местных поселений так депутаты городской думы.

Постоянное сотрудничество со СМИ дало свои положительные результаты, работа общества освещается на радио, телевидении, заметки и статьи печатаются во всех районных, муниципальных и областных изданиях.

2.3 Проект по реабилитации инвалидов средствами физической культуры и спорту в ОГБУЗ Центр медицинской профилактики

В г. Биробиджане с 10.02.2010 по 18.02.2010 в Общественной организации Всероссийского общества инвалидов был частично реализован проект по реабилитации инвалидов (детей, больных ДЦП и Синдром Дауна) средствами физической культуры и спорта. В проекте принимали участие 10 человек в возрасте с 17 – до 26 лет.

Актуальность проблемы: Современное состояние нашего общества требует гуманизации всех сторон его жизни. В связи с этим особое место должно быть уделено инвалидам, имеющим недостатки в умственном и физическом развитии.

Обеспечивая развитие двигательного аппарата, укрепляя здоровье, повышая работоспособность организма, физическое воспитание способствует сглаживанию и преодолению множество отклонений, поскольку именно движение осуществляет непосредственно ту связь человека с окружающим миром, которая лежит в основе развития его психологических процессов и организма в целом.

Физическая культура имеет большие возможности для коррекции и совершенствования моторики инвалида. Большее число физических упражнений и вариантность их выполнения позволяют производить отбор целесообразных сочетаний для каждого отдельного случая. Это и обуславливает преимущественно трудотерапией.

Инвалидность сопряжена не только с потерей трудоспособности, но и с ограничением двигательной активности. Поэтому инвалиды в значительной степени подвержены негативному воздействию факторов гиподинамии и гипокинезии.

Проблема: Состояние материально – технические базы физической культуры и спорта в ЕАО на сегодняшний день не удовлетворяет потребностей населения в занятиях физическими упражнениями, не хватает специалистов физической культуры в организациях, ощущается острый недостаток спортивных сооружений на предприятиях, по месту жительства и в местах массового отдыха, а так же простейшего спортивного инвентаря и оборудования.

Отсутствие необходимого уровня физической активности у населения ЕАО является одним из факторов, влияющий на уровень продолжительности жизни и вызывающий высокий процент смертности от сердечнососудистых заболеваний и болезней органов дыхания. Только от 5 до 10,5 процента жителей ЕАО систематически занимаются физической культурой и спортом.

Цель:

1. изучение отношения инвалидов к физической культуре и спорту и научное обоснование необходимости реабилитации инвалидов средствами физической культуры и спорта.
2. разработка, применение и внедрение проекта по реабилитации инвалидов средствами физической культуры и спорта.

В рамках указанной цели были поставлены следующие

Задачи:

1. определить перспективы развития комитета по физической культуре и спорту
2. вовлечение инвалидов в члены ВОИ и пропаганда его деятельности
3. содействие инвалидам в занятиях физической культурой и спортом

Объект исследования: население ЕАО

Предметом исследования является отношение инвалидов к физической культуре и спорту

Методы исследования: анализ статических и социологических данных; анализ документов; опрос, анкетирование, наблюдение.

1. база исследования – 2) база практики: 1) общественная организация Всероссийского общ9ества инвалидов (ВОИ) г. Биробиджана, 2) ОГБУЗ «Центр медицинской профилактики»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Мероприятие | Ответственные |
| 25.01-7.02.2010  8.02-14.02.2010  15.02 20.02.2010  17.02- 20.02. 2010 | I этап – подготовительный.  1. Изучение проблемы и обозначение структурных компонентов. Выбор темы, проблемы, цели и задачи.  Структурные компоненты: нормативно-правовая база; структура ОГБУЗ Центр медицинской профилактики, основные задачи и обязанности, Устав ОГБУЗ ЦМП, планы и отчёты.  Изучили: Структуру, Устав ОГБУЗ ЦМП, основные задачи и обязанности, права, полномочия, основные направления в работе.  Тема исследования: Просветительская деятельность Центра медицинской профилактики по пропаганде ЗОЖ среди населения ЕАО  2. Составление плана программы.  1. Изучение направлений профессиональной деятельности ОГБУЗ Центра медицинской профилактики.  2. Подборка диагностических методик.  3. Составление анкеты.  4. Подготовка Презентации в электронном виде на тему: «Здоровый образ жизни».  3. Обсуждение и утверждение плана программы.  4. Пошаговая разработка содержания программы.  II этап – рабочий.   1. Подбор методик: изучение и анализ документов, анкетирование, опрос, наблюдение, изучение информации в СМИ в отношении пропаганды ЗОЖ. 2. Проведение анкетирования. 3. Обработка и анализ полученных данных. 4. Подготовка презентации «Здоровый образ жизни». 5. Разработать рекомендации. Составить буклет.   III этап – Заключительный.   1. Обобщение полученных данных. 2. Составление выводов программы. | БеляевИ.В.,  ДенисовО.Е., ВасильченкоВ.С.  Наумкин В.В.,  БеляевИ.В.,  ДенисовО.Е., ВасильченкоВ.С.  Беляев И.В.  Наумкин В.В.,  БеляевИ.В.,  ДенисовО.Е., ВасильченкоВ.С.  БеляевИ.В.,  ДенисовО.Е., ВасильченкоВ.С.  Козлов В. Н.,  БеляевИ.В.,  ДенисовО.Е., ВасильченкоВ.С.  Беляев И. В.  Козлов В. Н.,  БеляевИ.В.,  ДенисовО.Е., ВасильченкоВ.С.  БеляевИ.В.,  ДенисовО.Е., ВасильченкоВ.С. |

2.4 Практические рекомендации по реабилитации.

* Упражнения для растягивания мышц, снятия напряжения в мышцах, расширения диапазона движений, профилактика тератогенеза

Пример: исходное положение (далее И.П.): стоя на коленях на полу перед мячом, с опорой рук на мяч. Поочередно, поднимаясь на каждую ногу, встать на обе ноги, прокатиться по мячу вперед и вернуться назад в И.П.

* рефлекторные упражнения: для развития опорной функции стоп

Пример: Указательным и средним пальцами захватить ступни, а большим пальцем нажать на подошву у основания пальцев – это вызывает сгибание стопы. Затем провести с нажимом по внутреннему краю стопы к пятке и по наружному краю – к мизинцу. Происходит разгибание стопы.

* Для укрепления опороспособности рекомендуется ежедневно проводить точечный массаж стопы: надавить кончиком пальца в месте перехода тыла стопы в голень. Это вызывает тыльное сгибание стопы.
* Тренировка равновесия при сохранении определенной позы

Пример: сидя на стуле, попытаться сохранить исходное положение, сопротивляясь подталкиванием взрослого за плечи, туловища и наклонам

* Упражнения для формирования вертикального положения головы

Пример: И. п. лежа на спине: при помощи погремушки, яркой игрушки или щелканья пальцами стимулировать повороты глазами и головой влево - вправо, круговые движения по часовой стрелке и против, сгибание и разгибание головы.

(ДЦП) Детский церебральный паралич

ДЦП - Детские церебральные параличи — собирательный термин, объединяющий группу непрогрессирующих, но часто меняющихся синдромов моторных нарушений, вторичных по отношению к поражению или аномалиям головного мозга, возникающих на ранних стадиях его развития.

Формы ДЦП

* Спастическая диплегия

Наиболее распространенная разновидность церебрального паралича, известная также под названием «болезнь Литтла». Нарушается функция мышц с обеих сторон, причем в большей степени ног, чем рук и лица. Для спастической диплегии характерно раннее формирование контрактур, деформаций позвоночника и суставов. Преимущественно диагностируется у детей, родившихся недоношенными (последствия внутрижелудочковых кровоизлияний, других факторов). При этой форме, как правило, наблюдается тетраплегия (тетрапарез), однако преобладает мышечная спастика в ногах. Наиболее распространенные проявления — задержка психического и речевого развития, наличие элементов псевдобульбарного синдрома, дизартрия и т. п. Часто встречается патология черепных нервов: сходящееся косоглазие, атрофия зрительных нервов, нарушение слуха, нарушение речи в виде задержки её развития, снижение интеллекта. Прогноз двигательных возможностей менее благоприятен, чем при гемипарезе. Эта форма наиболее благоприятна в отношении возможностей социальной адаптации. Степень социальной адаптации может достигать уровня здоровых при нормальном умственном развитии и хорошем функционировании рук.

* Двойная гемиплегия

Одна из самых тяжелых форм ДЦП, часто являющаяся следствием хронической пре- и перинатальной гипоксии с диффузным повреждением полушарий головного мозга. Клинически диагностируется спастическая тетраплегия (тетрапарез), псевдобульбарный синдром, когнитивные и речевые нарушения. У большинства детей наблюдаются эпилептические приступы. Двигательные расстройства могут быть больше выражены в ногах, руках или быть распределены равномерно. Для двойной гемиплегии характерно раннее формирование контрактур, деформаций туловища и конечностей. Почти в половине случаев двойной гемиплегии двигательные расстройства сопровождаются патологией черепных нервов: косоглазием, атрофией зрительных нервов, нарушениями слуха, псевдобульбарными расстройствами. Довольно часто у детей отмечают микроцефалию, которая, разумеется, носит вторичный характер. Тяжелый двигательный дефект рук и отсутствие мотивации исключают самообслуживание и простую трудовую деятельность.

* Гиперкинетическая форма

Одно из возможных последствий перенесенной гемолитической болезни новорожденных, которая сопровождалась развитием «ядерной» желтухи. При этой форме, как правило, повреждаются структуры экстрапирамидной системы и слухового анализатора. В клинической картине характерно наличие гиперкинезов: атетоз, хореоатетоз, торсийная дистония (у детей на первых месяцах жизни — диатонические атаки), дизартрия, глазодвигательные нарушения, снижение слуха. Характеризуется непроизвольными движениями (гиперкинезами), повышением мышечного тонуса, одновременно с которыми могут быть параличи и парезы. Речевые нарушения наблюдаются чаще в форме гиперкинетической дизартрии. Интеллект развивается в основном удовлетворительно. Отсутствует правильная установка туловища и конечностей. У большинства детей отмечается сохранение интеллектуальных функций, что прогностично благоприятно в отношении социальной адаптации, обучения. Дети с хорошим интеллектом заканчивают школу, средние специальные и высшие учебные заведения, адаптируются к определенной трудовой деятельности.

* Атонически - астатическая форма

Характеризуется низким тонусом мышц, атаксией и высокими сухожильными и периостальными рефлексами. Нередки речевые расстройства в форме мозжечка или псевдобульбарной дизартрии. Наблюдается при преобладающем повреждении мозжечка и мозжечковых путей вследствие родовой травмы, гипоксически-ишемического фактора или врожденной аномалии развития. Клинически характеризуется классическим симптомокомплексом (мышечная гипотония, атаксия) и различными симптомами мозжечковой асинергии (дисметрия, интенционный тремор, дизартрия). Рассматривается возможность возникновения этого варианта ДЦП при повреждении коры головного мозга (преимущественно лобной части). При этой форме ДЦП подчеркивается умеренная задержка развития интеллекта, а в ряде случаев имеет место олигофрения в степени глубокой дебильности или имбецильности.

* Гемиплегическая форма

(Cпастическая гемиплегия, гемипарез) — характеризуется односторонним нарушением функции конечностей. Рука, как правило, страдает больше, чем нога. Дети с гемипарезами овладевают возрастными навыками позже, чем здоровые. Поэтому уровень социальной адаптации, как правило, определяется не степенью двигательного дефекта, а интеллектуальными возможностями ребенка. Клинически характеризуется развитием спастического гемипареза (тип Вернике-Манна), задержкой психического и речевого развития. При этой форме нередко случаются фокальные эпилептические приступы.

* Смешанные формы

Несмотря на возможность диффузного повреждения всех двигательных систем головного мозга (пирамидной, экстрапирамидной и мозжечковой), вышеупомянутые клинические симптомокомплексы позволяют в подавляющем большинстве случаев диагностировать конкретную форму ДЦП. Последнее положение важно в составлении реабилитационной карты больного.

Причины детского церебрального паралича

Существует множество возможных причин детского церебрального паралича, они могут оказывать влияние как во время беременности, так и во время родов.

По проведенным исследованиям в большинстве случаев (а это порядка 80%) ДЦП возникает еще во внутриутробном развитии плода. Но также следует отметить, что каждый третий случай, который привел к возникновению ДЦП не может быть определенным.

По данным современной медицины, более 400 факторов могут влиять на внутриутробное развитие плода.

* Гипоксия при внутриутробном развитии, а также после рождения.

Причиной ДЦП может быть та или иная патология беременной матери (инфекция, нарушение кровообращения, токсикоз), все эти причины могут привести к тому, что будет недоразвита структура мозга у ребенка, особенно те участки головного мозга, которые отвечают за рефлекторные механизмы организма.

* Родовые травмы.

Родовые травмы могут иметь различные причины: слабость родовой деятельности, неправильное строение таза матери, узкий таз матери, слишком стремительные или затяжные роды, неправильное положение ребенка.

* Заболевания матери.

Основными причинами возникновения ДЦП являются такие болезни матери как: краснуха, сахарный диабет, ожирение, анемия, пороки сердца.

* Преждевременные роды

Преждевременные роды — это серьезный фактор риска развития детского церебрального паралича, так как во время таких родов существует высокий риск кровоизлияния в мозг, которое может привести к развитию церебрального паралича. Недостаточное поступление кислорода в мозг также может стать причиной развития церебрального паралича.

* Несовместимость матери и плода по резус-фактору крови
* Работа с токсическими агентами во время беременности (лакокрасочное производство, хлорсодержащие вещества и т.д.)

ЛФК и лечебная гимнастика при ДЦП

Лечебная физическая культура – составная часть медицинской реабилитации больных, метод комплексной функциональной терапии, использующий физические упражнения как средство сохранения организма больного в деятельном состоянии, стимуляции его внутренних резервов в предупреждении и лечении болезней, вызванных вынужденной гиподинамией

Средства лечебной физической культуры – физические упражнения, массаж, закаливание, пассивная гимнастика (мануальная терапия), трудовые процессы, организация всего двигательного режима больных с ДЦП.

Синдром Дауна

* освоение умения ходить

пример: ходьба с поддержкой за обе руки

1. посадить ребенка на скамеечку лицом к себе;
2. сесть на пол примерно в 90 см от него;
3. побудить его подтянуться и встать, держась за большие пальцы рук взрослого, затем — ухватиться за большие пальцы рук и шагнуть ко взрослому;
4. когда ребенок приблизится ко взрослому, следует похвалить его и бурно выразить свою радость: обнять его, поаплодировать или взять его за запястья и помочь ему похлопать в ладоши;
5. второй вариант: поставив малыша лицом ко взрослому, а спиной к стене или софе, побудить его ухватиться за большие пальцы рук и шагнуть ко взрослому.

* Освоение умения лазить, карабкаться на предметы

Пример: умение слезать с софы

1. Посадить ребенка на софу, не убирая с нее подушек. Пусть он сидит, опираясь спиной на подушку спинки. При этом у него достаточно места для того, чтобы повернуться на живот, прежде чем соскользнуть на пол.
2. На пол примерно в метре от софы положить игрушку так, чтобы ребенок мог хорошо видеть ее.
3. Встать на колени и опуститесь на пятки рядом с игрушкой. Такое положение позволит при необходимости помогать ребенку.
4. Сказать: «Слезай!» — и посмотреть, попытается ли ребенок слезть с софы, чтобы добраться до игрушки.
5. Его задача — повернуться на живот и скользить вниз, пока ступни не коснутся пола. После этого он сможет обернуться и взять игрушку.
6. Если малыш пытается слезть, не повернувшись на живот, необходимо сказать ему: «Повернись!» — или произнести какие-нибудь еще знакомые ему слова. Если он не пытается повернуться даже после подсказки, необходимо помочь ему. После этого он сумеет сползти с софы сам.

### Сохранение равновесие в положении стоя

Пример: Стоя, опираясь ладонями о горизонтальную поверхность

* 1. Поставить ребенка у стула
  2. Расположить ноги ребенка так, чтобы стопы находились под бедрами, а носки смотрели прямо вперед. Распрямить его туловище и не давать ему наклоняться над поверхностью и упираться на нее туловищем.
  3. Позади ног малыша поставить скамеечку и зафиксировать ее. Скамеечка  
      обеспечит ребенку поддержку и позволит ему сесть.
  4. Необходимо развлекать малыша и побуждать его удерживать равновесие, Если он наклонится в ту или иную сторону, посмотреть, сможет ли он сам вернуться в исходное положение. Если не сможет, помочь ему.
  5. Когда ребенок будет готов сделать следующий шаг, необходимо побудить eго отпустить одну руку и поиграть ею с игрушкой. Для начала можно воспользоваться легкой игрушкой и поместить ее на поверхность прямо перед ним.
  6. Когда малыш научится удерживать равновесие, одной рукой опираясь на поверхность, а другую руку протягивая к игрушке, лежащей перед ним, нужно побуждать его тянуться к игрушке, находящейся сбоку от него.

Когда малыш научится удерживать равновесие, одной рукой опираясь на поверхность, а другую руку протягивая к игрушке, лежащей перед ним, нужно побуждать его тянуться к игрушке, находящейся сзади.

Синдром Да́уна (трисомия по хромосоме 21) — одна из форм геномной патологии, при которой чаще всего кариотип представлен 47 хромосомами вместо нормальных 46, поскольку хромосомы 21-й пары, вместо нормальных двух, представлены тремя копиями. Существует ещё две формы данного синдрома: транслокация хромосомы 21 на другие хромосомы (чаще на 15, реже на 14, ещё реже на 21, 22 и Y-хромосому) — 4 % случаев, и мозаичный вариант синдрома — 5 %.

Синдром получил название в честь английского врача Джона Дауна (John Down), впервые описавшего его в 1866 году. Связь между происхождением врождённого синдрома и изменением количества хромосом была выявлена только в 1959 году французским генетиком Жеромом Леженом.

Слово «синдром» означает набор признаков или характерных черт. При употреблении этого термина предпочтительнее форма «синдром Дауна», а не «болезнь Дауна».

Первый Международный день человека с синдромом Дауна был проведён 21 марта 2006 года. День и месяц были выбраны в соответствии с номером пары и количеством хромосом.

Формы синдрома Дауна

* Полная трисомия 21 хромосомы

Примерно в 91 % случаев возникает ненаследственный вариант болезни — простая полная трисомия 21 хромосомы, обусловленная нерасхождением хромосом во время мейоза.

* Мозаицизм

Примерно у 5 % больных наблюдается мозаицизм (не все клетки содержат лишнюю хромосому). В остальных случаях синдром вызван спорадической или наследуемой транслокацией 21-й хромосомы. Как правило, такие транслокации возникают в результате слияния центромеры 21-й хромосомы и другой акроцентрической хромосомы. Фенотип больных определяется трисомией 21q22. Повторный риск рождения ребенка с синдромом Дауна у родителей с нормальным кариотипом составляет около 1 % при обычной трисомии у ребенка.

Информация об этих редких формах значима для родителей, так как риск рождения других детей с синдромом Дауна различен при разных формах. Тем не менее, для понимания развития детей эти различия не так важны. Хотя профессионалы склонны считать, что дети с мозаичной формой синдрома Дауна отстают в своём развитии меньше детей с другими формами этого синдрома, достаточно убедительных сравнительных исследований на эту тему пока нет.

Характерные черты, обычно сопутствующие синдрому Дауна

Обычно синдрому Дауна сопутствуют следующие внешние признаки (согласно данным из брошюры центра «Даунсайд Ап»):

* «плоское лицо» — 90 %
* брахицефалия (аномальное укорочение черепа) — 81 %
* кожная складка на шее у новорожденных — 81 %
* эпикантус (вертикальная кожная складка, прикрывающая медиальный угол глазной щели) — 80 %
* гиперподвижность суставов — 80 %
* мышечная гипотония — 80 %
* плоский затылок — 78 %
* короткие конечности — 70 %
* брахимезофалангия (укорочение всех пальцев за счет недоразвития средних фаланг) — 70 %
* катаракта в возрасте старше 8 лет — 66 %
* открытый рот (в связи с низким тонусом мышц и особым строением нёба) — 65 %
* зубные аномалии — 65 %
* клинодактилия 5-го пальца (искривлённый мизинец) — 60 %
* аркообразное («готическое») нёбо — 58 %
* плоская переносица — 52 %
* бороздчатый язык — 50 %
* поперечная ладонная складка (называемая также «обезьяньей») — 45 %
* короткая широкая шея — 45 %
* ВПС (врождённый порок сердца) — 40 %
* короткий нос — 40 %
* страбизм (косоглазие) — 29 %
* деформация грудной клетки, килевидная или воронкообразная — 27 %
* пигментные пятна по краю радужки = пятна Брушфильда — 19 %
* эписиндром — 8 %
* стеноз или атрезия 12-перстной кишки — 8 %
* врождённый лейкоз — 8 %.

Точная диагностика возможна на основании анализа крови на кариотип. На основании исключительно внешних признаков постановка диагноза невозможна.

Вероятность возникновения синдрома Дауна

Синдром Дауна не является редкой патологией — в среднем наблюдается один случай на 700 родов; в данный момент, из-за пренатальной диагностики, частота рождения детей с синдромом Дауна уменьшилась до 1 к 1100. У мальчиков и у девочек аномалия встречается с одинаковой частотой.

Вероятность рождения детей с синдромом Дауна возрастает с возрастом матери (после 35 лет) и в меньшей мере с возрастом отца. По данным (Stene J., 1976) частота нерасхождения 21-й хромосомы в сперматогенезе, как и в овогенезе, повышается с возрастом.

# Заключение

Таким образам, в результате проведённого исследования мы решили задачи поставленные в начале работы и выявили, что адаптивную физическую культуру нельзя сводить только к лечению и медицинской реабилитации. Она является не только и даже не столько средством лечения или профилактики конкретных болезней, сколько одной из форм, образовавшемся в результате травмы или болезни. Адаптивный спорт, адаптивная двигательная рекреация и другие виды адаптивной физической культуры как раз и ставят задачи максимального отвлечения от своих болезней и проблем в процессе соревновательной или рекреационной деятельности, предусматривающей общение, развлечение, активный отдых и другие формы нормальной человеческой жизни.

На значительное расширение сферы традиционной медицины, «опьяненный» успехами в лечении ранее неизлечимых болезней и спасении умирающих и «видящих» только в этом главную задачу служения людям, направлены такие ее «ветви», как валеология [1, 10] и профилактическая медицина [12].

Главная цель валеологии состоит в реализации «прямого пути» к здоровью, в его сохранении, укреплении и «воспроизводства». В отличии от медицины основными средствами валеологии являются компоненты здорового образа жизни.

1. сознание, воспитанное с детства разумное отношение к своему здоровью, правильному режиму труда и отдыха;
2. движение (физическая культура и закаливание организма);
3. рациональное питание;
4. профилактики, применяемые лекарственные препараты (лекарства для взрослых) [1].

Однако, подчеркивая, что в отличие от медицины, занимающейся больными, валеология – это наука о здоровье здоровых людей, а также находящихся в состоянии предболезни или имеющих факторы риска. И.И. Брехман – один из авторов и инициатор ее появления, по существу, как бы по инерции исключает хронически больных и инвалидов из числа тех, для кого она предназначена. Хотя, безусловно, он, скорее по сложившейся традиции, забывает эту категорию населения, нежели помогает, что валология и вообще валеологический подход к жизни им не нужны. Как это ни парадоксально, но здесь повторяется ситуация, сложившиеся в сфере физической культуры. Те люди, для которых и валеология, и физическая культура более чем для кого бы то ни было, оказываются за «бортом их концептуальных схем.

Что же касается профилактической медицины, то, безусловно, призванная ее огромнейшую роль в оздоровлении населения России, особенно с учетом его сегодняшнего состояния, необходимо обратить внимание читателей на то, что это все – таки медицина:

1. по главной цели – профилактика конкретных заболеваний;
2. по кадровому обеспечению – медицинские работники
3. по средствам – различные лекарственные препараты, рекреационно-реабилитационные комплексы и т.п.

Кроме того, проведя исследование деятельности всероссийского общества инвалидов в ЕАО мы раскрыли, что содержание и задачи основных видов адаптивной физической культуры раскрывают потенциал возможностей средств и методов адаптивной физической культуры, каждый из которых, имея специфическую направленность, способствует в той или иной мере не только максимально возможному увеличению жизнеспособности инвалида, но и всестороннему развитию личности. Обретению самостоятельности, социальной, бытовой, психической активности и независимости, совершенствованию в профессиональной деятельности и вообще достижению выдающихся результатов в жизни.

# 

# Список использованной литературы

1. Атаев З.М., Крупина Т.Н., Воронина С.Г., Богомолов В.В. Восстановительное лечение постгиподинамических состояний: Метод. реком. М., 1977. - 33 с.
2. Баевский Р.М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии. - М.: Медицина, 1979. - 259 с.
3. Брехман И.И. Валеология - наука о здоровье /2-е изд., доп., перераб. - М.: ФиС, 1990. - 208 с.
4. Быховская И.М. Человеческая телесность в социокультурном измерении: традиции и современность. - М.: ГЦОЛИФК, ОС РАН, 1993. - 179 с.
5. Виноградов В.И., Калинина И.В. Особенности артериаль ного давления у больных с культями конечностей //Протезирование и протезостроение. Сб. тр., вып. 85. - М.: ЦНИИПП, 1989, с. 41-46.
6. Выдрин В.М. Методические проблемы теории физической культуры Теория и практика физической культуры, 1984, № 6, с. 10-12.
7. Детская спортивная медицина: Руководство для врачей. Изд. 2-е /Под ред. С.Б. Тихвинского и С.В. Хрущева. - М.: Медицина, 1991. - 558 с.
8. Донской Д.Д. Биомеханика с основами спортивной техники. - М.: ФиС, 1977.
9. 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, 1996. - 95 с.
10. Евстафьев Б.В. Анализ основных понятий в теории физической культуры /Материалы к лекциям. - Л.: ВИФК. - 133 с.
11. Каган М.С. Мир общения: Проблема межсубъект ных отношений. - М.: Политиздат, 1988. - 319 с.
12. Кейер А.Н. Реконструктивные операции после усечения в проксимальном отделе верхней конечности (с учетом анатомо-биомеханических особенностей плечевого пояса и протезирования: Автореф. дис. докт. мед. наук. Л., 1975.
13. Кузин В.В., Никитюк Б.А. Очерки теории и истории интегративной антропологии. - М.: ФОН, 1995. - 174 с.
14. Курдыбайло С.Ф. Морфофункциональное обоснование двигательных возможностей инвалидов после ампутации конечностей как основа медико-социальной реабилитации: Автореф. дис. докт. мед. наук. СПб, 1993. - 44 с.
15. Лечебная физкультура в системе медицинской реабилитации: Руководство для врачей /Под ред. А.Ф. Каптелина, И.П. Лебедевой. - М.: Медицина, 1995. 400 с.
16. Лубышева Л.И. Концепция формирования физической культуры человека. М.: ГЦОЛИФК, 1992. - 120 с.
17. Матвеев Л.П. Введение в теорию физической культуры: Учебн. пос. для ин-тов физ. культ. - М.: ФиС, 1983. - 128 с.
18. Петленко В.П. Актуальные проблемы валеологии /Вестник Балтийской академии, 1966, вып. 9, с. 7-15.
19. Пушкарь Ю.Т., Большов В.М., Елизарова Н.А. и др. Определение сердечного выброса методом тетраполярной реографии и его метрологические возможности //Кардиология, 1977, № 7, с. 89-90.
20. Сборник материалов к лекциям по физической культуре и спорту инвалидов (Ред. и сост. В.С. Дмитриев, А.В. Сахно). Т I и II. - М.: МОГИФК, ВНИИФК, 1993. Т I. - 272 с. Т. II. - 292 с.
21. Современные технологии профилактики - перспективы медицинского бизнеса в России //Социальный выпуск журнала "Медицинские технологии", 1995, № 4. - 88 с.
22. Углов Ф.Г., Стрельцова Э.В. Пути развития клинической медицины в XXI веке. Газета "Земля русская". № 11-12 (45-46), 1997, с. 3.
23. Щедрина А.Г. Здоровье и массовая физическая культура. Методологические аспекты //Теория и практика физической культуры, 1989. N 4.
24. Энциклопедический словарь медицинских терминов. - М.: Советская энциклопедия, 1984.
25. Якобсон Я.С., Морейнис И.Ш. Биомеханические аспекты протезирования. В кн.: Руководство по протезирова нию /Под ред. Н.И. Кондрашина. - М.: Медицина, 1976. - 431 с.

Приложение 1

Анкета на тему: Исследование отношения инвалидов к физической культуре и спорту

Уважаемый респондент!

В целях изучения Вашего отношения к физической культуры и спорта, просим Вас ответить на вопросы анкеты.

Анонимность гарантируется.

1. Ваш пол: жен., муж. (нужное подчеркнуть)
2. Ваш возраст\_\_\_\_
3. Как Вы относитесь к спорту и физической культуре?

А) Равнодушен (на) Б) Интересуюсь В) Спорт - это моя жизнь Г) Затрудняюсь ответить

1. Делаете ли Вы по утрам зарядку?

А) да Б) нет В) иногда Г) Затрудняюсь ответить

1. Участвуете ли Вы в каких - либо спортивных мероприятиях?

А) да Б) нет В) Иногда

1. Являетесь ли Вы участником спортивных (группах, командах, клубах)

А) да Б) нет В) Иногда

1. Как часто вы посещаете спортивные тренировки?

Продолжение приложения 1

А) 1 раз в неделю Б) 2 раза в неделю В) каждый день Г) ни разу Д) Ваш вариант

8. На протяжении, какого времени вы занимаетесь спортом?

А) больше 5 лет Б) больше года В) меньше года Г) периодами Д) Не занимаюсь Е) Ваш вариант

9. Вызывают ли у вас повышенную утомляемость физические нагрузки по 45 минут в день?

А) постоянно Б) привык (ла) В) не вызывают Г) Затрудняюсь ответить

10. Ощущаете ли вы улучшение от физкультурных занятий?

А) нет Б) немного В) да, мое здоровье значительно укрепляется Г) Затрудняюсь ответить

11. Считаете ли Вы, что в вашем городе достаточно секций и что они доступны?

А) да Б) нет В) затрудняюсь ответить

1. Считаете ли Вы нужным создавать как можно больше клубов и спортивных секций для людей с ограниченными возможностями?

А) да Б) нет В) не знаю

Благодарим Вас за проделанную работу!!!