## Министерство образования и науки Украины

Открытый международный университет развития человека “Украина”

Горловский филиал

Кафедра физической реабилитации

Заведующий кафедрой: доц. Томашевский Н.И.

КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА

по дисциплине: «Основы физической реабилитации»

ТЕМА:

**«Реабилитация инвалидов с сенсорно-речевыми нарушениями»**

Выполнила:

студентка 2-го курса группы ФР-04

дневного отделения

факультета “Физическая реабилитация”

Афанасьева Анастасия Ивановна

Руководитель: Кирилов А.Н.

2008

**Вопросы контрольной работы**

1. Понятие инвалидности
2. Физическая реабилитация инвалидов с нарушением слуха
3. Физическая реабилитация инвалидов с нарушением зрения

**1. Понятие инвалидности**

В настоящее время под понятием инвалид понимают лицо, которое имеет нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм и дефектами, приводящими к ограничению жизнедеятельности и вызывающими необходимость его социальной защиты [1]. Под «ограничением жизнедеятельности» понимается полная или частичная утрата лицом способности или возможности к самообслуживанию, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью. Сегодня слово «инвалид» принято заменять термином «человек с ограниченными умственными или физическими возможностями».

Подход общества к проблеме инвалидности претерпевает изменения в ходе исторического развития. От идей физического уничтожения, неприязни и изоляции был совершен переход сначала к концепции привлечения к труду «неполноценных» членов общества, а в дальнейшем – к пониманию необходимости реинтеграции в общество лиц со стойкими нарушениями здоровья и психосоциальными изменениями. Наряду с этим меняются и потребности современного общества. Научно-технический прогресс, как стратегия развития цивилизации, ведёт к интенсификации использования человеческих ресурсов. В связи с этим резко возрастает общественно-политическая и социально- экономическая цена потерь, обусловленных нарушениями жизнедеятельности человека, независимо от его медико-биологических и социально-средовых характеристик. Таким образом, инвалидность становится проблемой не одного человека и не части общества, а всего общества в целом.

Как подчеркивается в материалах ВОЗ, реабилитация инвалидов не ограничивается узкими рамками восстановления отдельных физических и психических функций. Она предполагает комплекс мер, обеспечивающих возможность для инвалидов вернуться либо максимально приблизиться к полноценной общественной жизни. Конечной целью реабилитации инвалидов является социальная интеграция, обеспечение их активного участия в основных направлениях деятельности и жизни общества, «включённость» в социальные структуры, связанные с различными сферами жизнедеятельности человека - учебной, трудовой, досуговой и др. и предназначенные для здоровых. Интеграция инвалида в определенную социальную группу или общество в целом предполагает возникновение у него чувства общности и равенства с другими членами этой группы (общества) и возможность сотрудничества с ними как с равными партнерами.

Одним из важнейших факторов интеграции инвалидов в обществе являются отношения к ним здорового окружения. Даже имея профессию, а значит, потенциальные возможности участвовать в жизни общества, инвалид не всегда может реализовать их просто потому, что здоровые не хотят вступать с ними в контакт, администрация предприятия опасается принимать его на работу. Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о негативном, а иногда и прямо-таки враждебном отношении здоровых к инвалидам. Многие считают, что больным и инвалидам свойственны такие качества, как недоброжелательность, неестественность поведения, высокомерие. Им часто приписывают такие черты, как завистливость, недоверие к здоровым, апатия, недостаток инициативы, повышенное чувство жалости к самим себе, настойчивая требовательность при выполнении своих желаний. Отмечают и такую реакцию здоровых по отношению к инвалидам, как сострадание, любопытство, вежливое нерасположение, чувство отвращения.

По данным исследований, проведенных Институтом экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов, более трети опрошенных инвалидов считают, что здоровые относятся к ним с пренебрежением, как к людям «второго» сорта. При этом ярко выражена связь тяжести заболевания с частотой ощущения пренебрежительного отношения окружающих. Инвалиды, имеющие тяжелые двигательные нарушения, чаще высказывают, как одно из главных желание иметь возможность равноправного участия в жизни общества.

Это свидетельствует о том, что у них существует нереализованная потребность в социальной интеграции, и они в наибольшей степени ощущают её.

**2. Физическая реабилитация инвалидов с нарушением слуха**

Различают следующие виды больных с нарушением слуха: **глухие (потеря слуха)** и **слабослышащие.** Глухие без речи — это рано оглохшие люди или с врожденным отсутствием слуха. Глухие, сохранившие речь в той или иной степени, — поздно оглохшие. К последствиям врожденной глухоты относят: нарушения вестибулярного аппарата, задержку в формировании прямостояния, нарушения пространственной ориентации, нарушения осанки, глухонемота. На фоне этих нарушений вторично наблюдаются изменения психики: проблемы с общением, отставание в развитии мышления, слабая память, бедность эмоций.

Слабослышащие — инвалиды с частичной потерей слуха, сохранившие речь. Интеллект у них не страдает.

**Причины инвалидности по слуху:** врожденные (токсикоз беременности, вирусная инфекция матери, травматические повреждения плода); приобретенные (до трех лет): **менингит,** пневмония, свинка, воспалительные заболевания носа и носоглотки, неврит слухового нерва, травмы головы. **Виды врожденной патологии слуха:**

1. полная или частичная аклюзия (недоразвитие внутреннего уха);
2. отсутствие барабанной перепонки;

—атрезия (заращение наружного слухового прохода).

**Физическая реабилитация инвалидов с нарушениями слуха и речи.** Цель реабилитации: улучшить состояние здоровья и трудоспособность инвалидов. В приложении к постановлению Министерства труда и социального развития РФ и Министерства здравоохранения РФ № 1/30 от 29 января 1997 г. записано: «Целью реабилитации являются восстановление социального статуса инвалида, Достижение им материальной независимости и его социальная адаптация». Исходя из того, какие нарушения основных функций организма человека наблюдаются у инвалида с нарушением слуха и речи, а также какие имеются ограничения основных категорий жизнедеятельности, ставятся конкретные (специальные) задачи физической реабилитации. Так, у инвалидов с нарушением слуха и речи возможны следующие нарушения основных функций организма: **нарушение психических функций** (восприятия, внимания, памяти, мышления, речи, эмоций, воли); **нарушение статодинамических функций; нарушение сенсорных функций** (т.е. слуха). Помимо этого могут наблюдаться ограничения основных категорий жизнедеятельности: способность к обучению, трудовой деятельности, к ориентации, к общению и др. Поэтому примерные задачи физической реабилитации таковы:

—обеспечение свободного развития личности в обществе;

1. устранение последствий инвалидности, разработка мерпредупреждения инвалидности;
2. создание равных возможностей инвалидов для интеграции в общество.

Индивидуальная программа реабилитации должна включать в себя различные виды, формы реабилитационных мероприятий. А именно: физические методы лечения (физиотерапию), механотерапию, массаж, психотерапию, трудотерапию, ЛФК и др. Зачастую больным с нарушением слуха и речи необходимо пользование слуховым аппаратом, который должен выдаваться бесплатно.

Бытовая реабилитация направлена на обучение чтению, формированию профессии. Существуют специальные ясли и детские сады, где ведется постоянная работа по формированию устной и письменной речи, развитию остатков слуха. Далее обучение продолжается в специальных школах и интернатах.

Огромную роль в физической и социальной реабилитации глухих и глухонемых играет Всероссийская организация глухих (ВОГ). Эта организация, в частности, имеет большое значение в реабилитации глухих посредством занятий физическими упражнениями и спортом с использованием всех форм занятий физической культурой, ЛФК, малыми формами занятий физическими упражнениями (УГГ, производственная гимнастика, физкультпаузы и др.).

**3. Физическая реабилитация инвалидов с нарушением зрения**

Различают **врожденные и приобретенные** нарушения зрения. Врожденная слепота может быть следствием нарушения внутриутробного развития плода (алкоголизм и наркомания матери, интоксикация лекарствами, острые вирусные инфекции). Результатом **генетических нарушений** могут быть микро-фтальм (глубокое структурное изменение глаза), антрофтальм (полное отсутствие глаза, безглазие), катаракта (помутнение хрусталика), пигментная дистрофия (дегенерация сетчатки), астигматизм (нарушение преломляющей способности глаза).

Причинами **приобретенной слепоты** являются невриты зрительного нерва, глаукома (отслоение сетчатки), травма глаза, физические перегрузки и др.

Различают больных со следующими нарушениями зрения.

**Слепые** — люди с полным отсутствием зрительных ощущений или светоощущением (очертаний предметов не видят, а имеют только ощущение света). В свою очередь различают две степени потери зрения у инвалидов по зрению: 1-я **— тотальная потеря зрения; 2-я — практическая слепота,** когда имеется светоощущение, способность определить контур предмета. **Слабовидящие** — это люди, острота зрения которых позволяет различать предметы, очертания которых они видят нечетко.

По уровню физического развития дети с нарушением зрения во всех возрастных группах отстают от нормы. При нарушении зрения наблюдается ограничение двигательной активности ребенка, в результате чего возникает ряд вторичных отклонений и не только в физическом развитии слепых и слабовидящих. В частности, у них ослабляются познавательные процессы (восприятие, воображение, наглядно-образное мышление), значительно снижены двигательные функции и качества.

При значительной или полной потере зрения нарушаются координация, выносливость, быстрота и ритм движений (отставание от нормы составляет 53%). В меньшей степени (на 8—12%) выражено отставание по показателям мышечной силы и скоростно-силовых качеств. Известно, что психическое развитие ребенка зависит от состояния моторики, отмечено, что именно движение непосредственно осуществляет практическую связь ребенка с окружающей средой, которая лежит в основе развития психических процессов. Дети с патологией органа зрения в большей степени нуждаются в мышечной деятельности, нежели дети с нормальным зрением. Не подлежит сомнению и тот факт, что эффективность лечения зрительной патологии наиболее высока у детей с высокой двигательной активностью.

Первостепенную важность с реабилитационных позиций имеет развитие адаптационно-компенсаторных возможностей слабовидящих детей, касающиеся как органа зрения, так и иных анализаторных систем, поэтому вся комплексная программа реабилитации детей-инвалидов по зрению должна строиться не только и не столько на учете утраченных функций, сколько на использовании сохранившихся резервов компенсации зрительного дефекта и возможности компенсации за счет других анализаторов.

Слепота отрицательно сказывается на развитии всех сторон двигательной функции и особенно на регуляции движения, на осуществлении самоконтроля при выполнении упражнений. В норме контроль и саморегулирование движений осуществляется с помощью зрения, которое играет ведущую роль в формировании двигательных умений и навыков. Зрительный контроль является решающим при выполнении упражнений в беге, прыжках, ходьбе на лыжах и др. В ряде физических упражнений, не требующих зрительного контроля (упражнения на гибкость, силу и др.), слепые показывают относительно высокие показатели.

У слепых выработка двигательных действий по сравнению со зрячими происходит медленнее вследствие ограничения возможностей внесения коррективов в общую структуру движений по ходу действия. Однако отсутствие зрения не исключает возможности производить оценочные и контрольные операции с помощью мышечно-суставной чувствительности, осязания и вестибулярного анализатора. Роль того или иного анализатора в выполнении движений зависит от характера упражнений. Например, при выполнении силовых упражнений (поднятие тяжестей) зрительный анализатор не играет существенной роли. При выполнении упражнений на точность роль зрительного анализатора возрастает, так что некоторые упражнения выполняются с большими трудностями. При выключении зрения показатели функции равновесия снижаются более чем в 5—8 раз.

Приведенные сведения позволяют классифицировать все упражнений для совершенствования движений с учетом роли того или иного анализатора в их выполнении. Выделяют 3 группы упражнений для слабовидящих: 1) упражнения, при выполнении которых ведущим является зрительный анализатор; 2) упражнения, в которых ведущим является слуховой анализатор; 3) упражнения, в которых ведущим является двигательный анализатор. Для слепых: 1) упражнения, в которых ведущим является двигательный анализатор; 2) упражнения, в которых ведущим является слуховой (и вестибулярный) анализатор.

При реабилитации детей с нарушением зрения следует учитывать, что недостаточная двигательная активность приводит у них к снижению всех жизненноважных функций организма: ухудшение деятельности сердечнососудистой, дыхательной, пищеварительной систем, а также реакции иммунитета и общей работоспособности. По причине всех этих особенностей психофизического состояния слепых и слабовидящих вся система их физической реабилитации (воспитания) должна быть построена так, чтобы не только компенсировать зрительный дефект, но и улучшить физическое развитие, расширить двигательные возможности, улучшить здоровье и поднять общую работоспособность организма.

Формы занятий физическими упражнениями в школе и семье должны быть самыми разнообразными: 1) уроки физической культуры; 2) занятия в школьной секции по избранному виду спорта и ОФП; 3) УГГ; 4) физкультпаузы; 5) прогулки — пешие, велосипедные, лыжные; 6) бег в течение 10— 30 мин; 7) плавание, купание; 8) подвижные игры; 9) самостоятельные занятия доступным видом спорта; 10) специальные занятия для устранения недостатков физического развития или осанки; 11) участие в различных соревнованиях; 12) занятия ЛФК.

Дети ежедневно должны заниматься физическими упражнениями не менее 1—1,5 ч. На занятиях используются не только упражнения коррекционной направленности, но и направленные на закрепление умения естественно двигаться (ходьба, бег, ориентирование в пространстве, управление своими движениями), так как это особенно важно для слепых и слабовидящих детей.

При проведении оздоровительно-реабилитационных занятий необходимо учитывать индивидуальные особенности организма слепых и слабовидящих детей, их пониженные функциональные возможности, замедленность адаптации к физическим нагрузкам. В зависимости от вида и глубины зрительной патологии, деформаций опорно-двигательного аппарата, функциональных возможностей, физические упражнения применяются в разной последовательности и дозировке. В зависимости от характера поражения органа зрения и соответственно возможностей применения всех или иных групп упражнений детей для занятий подразделяют на 2 группы: дети, имеющие близорукость с изменением глазного дна, подвывихи хрусталика, косоглазие; дети с атрофией зрительного нерва, дальнозоркостью, с альбинизмом. Детям 1-й группы противопоказаны упражнения со значительными отягощениями (штанга, гиря и др.), ускорения, стойки на голове и руках, наклоны вперед из положения стоя на двух ногах, прыжки с предельной мощностью и т.п. Для детей 2-й группы эти упражнения не противопоказаны. Занятия ЛФК показаны ослабленным детям с низким уровнем физического развития, нарушениями осанки, низкими показателями физической подготовленности.

Основной формой ЛФК для детей-инвалидов по зрению являются занятия лечебной гимнастикой различной направленности. Во-первых, это занятия Л Г, направленные на совершенствование и коррекцию зрительных функций. В занятия необходимо включать упражнения для развития пространственного восприятия, для тренировки зрительно-моторных реакций у детей, упражнения на развитие и- коррекцию центрального и периферического зрения, специальные упражнения для тренировки глазодвигательного аппарата. Во-вторых, в реабилитационную программу слепых и слабовидящих детей необходимо включать занятия корригирующей гимнастикой. В-третьих, занятия, направленные на развитие общей физической подготовки. Необходимо отметить особенность построения занятия ЛГ. В связи с тем, что у детей данного контингента слабо развита адаптация к физическим нагрузкам, выработка условно-рефлекторных связей идет медленно, целесообразно увеличить продолжительность вводной части занятия до 35%, соответственно основная часть составит 50 и заключительная — 15%.

**Список литературы**

1. Дубровский В.И. Реабилитация инвалидов-спортсменов. – В кн.: Спортивная медицина: Учеб. для студ. высш. учеб. заве дений. – 2-е изд., доп. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002, с. 411-417.
2. Лечебная физическая культура: Справочник / Под ред. Проф. В.А.Епифанова. – М.: Медицина, 2004. – 592 с.
3. Физическая реабилитация: Учебник для академий и институтов физической культуры / Под общей ред. проф. С.Н. Попова. – Ростов н / Д: изд-во «Феникс», 1999. – 608 с.