Сущность и содержание социальной реабилитации

План

Введение

1.Основные международные документы, освещающие проблему реабилитации

2.Социальные аспекты реабилитации в России, особенности

3.Этапы развития социальной реабилитации

Заключение

Введение

Для того чтобы проанализировать процесс социальной реабилитации инвалидов, вообще лиц с ограниченными возможностями, необходимо выяснить, каково содержание понятия "инвалидность", какими социальными, экономическими, поведенческими, эмоциональными гениями оборачиваются те или иные патологии здоровья и, естественно, что представляет собой процесс социальной реабилитации, какую цель он преследует, какие составные части или элементы в него ходят.

Термин "инвалид" восходит к латинскому корню (valid — "действенный, полноценный, могущий") и в буквальном переводе может означать "непригодный", "неполноценный.

1.Основные международные документы, освещающие проблему реабилитации

Фиксируя генеральные принципы демократического жизнеустройства гражданского общества в международных документах, Организация Объединенных Наций в 1975 г. приняла Декларацию о правах инвалидов, где сказано, что "инвалид" означает любое лицо, которое не может самостоятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной личной и/или социальной жизни в силу недостатка, будь то врожденного или приобретенного, его или ее физических или умственных возможностей».

В Рекомендациях 1185 к реабилитационным программам 44-й сессии Парламентской Ассамблеи Совета Европы от 5 мая 1992 г. инвалидность определяется как "ограничения в возможностях,, обусловленные физическими, психологическими, сенсорными, социальными, культурными, законодательными и иными барьерами, которые не позволяют человеку, имеющему инвалидность, быть интегрированным в общество и принимать участие в жизни семьи или общества на таких же основаниях, как и другие члены общества". Общество обязано адаптировать существующие в нем стандарты к особым нуждам людей, имеющих инвалидность, для того чтобы они могли жить независимой жизнью.

В 1989 г. Организацией Объединенных Наций был принят текст Конвенции о правах ребенка, которая обладает силой закона. В ней закреплено также право детей с отклонениями в развитии вести полноценную и достойную жизнь в условиях, которые обеспечивают его достоинство, способствуют его уверенности в себе и облегчают его активное участие в жизни общества (ст. 23); право неполноценного ребенка на особую заботу и помощь, которая должна предоставляться по возможности бесплатно с учетом финансовых ресурсов родителей или других лиц, обеспечивающих заботу о ребенке, с целью обеспечения неполноценному ребенку эффективного доступа к услугам в области образования, профессиональной подготовки, медицинского обслуживания, восстановления здоровья, подготовки к трудовой деятельности и доступа к средствам отдыха таким образом, что приводит к наиболее полному по возможности вовлечению ребенка в социальную жизнь и достижению развития его личности, включая культурное и духовное развитие ребенка.

Положения о защите прав инвалидов содержатся также в таких документах, как Декларация социального прогресса и развития, Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психической помощи и т. п.

Интегративным документом, охватывающим все стороны жизнедеятельности инвалидов, являются Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов, утвержденные ООН в 1994 г.

Идеология Правил основана на принципе обеспечения равных возможностей, предполагающем, что инвалиды являются членами общества и имеют право оставаться жить в своих общинах. Они должны получать поддержку, в которой нуждаются в рамках обычных систем здравоохранения, образования, занятости и социальных услуг.

Правило № 1 — углубление понимания проблем — предусматривает для государств обязательство разрабатывать и поощрять осуществление программ, направленных на углубление понимания инвалидами их прав и возможностей. Повышение самообеспечения и расширение прав позволит инвалидам воспользоваться предоставленными им возможностями.

Правило № 2 — медицинское обслуживание — предписывает принятие мер для разработки программ раннего обнаружения, оценки и лечения дефектов. К осуществлению этих программ привлекаются дисциплинарные группы специалистов, что позволит предупреждать и сокращать масштабы инвалидности или устранять ее последствия.

Специальное правило посвящено занятости — государствами признан принцип, в соответствии с которым инвалиды должны получать возможность осуществлять свои права, особенно в области занятости. Государства должны активно поддерживать включение инвалидов в свободный рынок труда.

В соответствии с правилом поддержания доходов и социального обеспечения государства несут ответственность за предоставление социального обеспечения инвалидам и поддержание их доходов.

Стандартными правилами в области семейной жизни и свободы личности предусматривается обеспечение возможности инвалидам проживать совместно со своими семьями.

Специальные правила направлены на выработку стандартов, обеспечивающих вовлечение инвалидов в культурную жизнь и участие в ней на равной основе. Стандарты предусматривают принятие мер для обеспечения инвалидам равных возможностей для отдыха и занятий спортом.

В области религии стандартные правила предполагают поощрение мер, направленных на обеспечение равного участия инвалидов в религиозной жизни их общин.

В области информации и исследований государства обязаны регулярно собирать статистические данные об условиях жизни инвалидов.

Стандартными правилами определяются требования по разработке политики и планированию мероприятий в интересах инвалидов на национальном, региональном и местном уровнях.

Стандартные правила определяют, что государства несут ответственность за создание и укрепление национальных координационных комитетов или аналогичных органов для использования их в качестве национальных координационных центров по вопросам, касающимся инвалидов.

Стандартными правилами рекомендуется экономически и другими способами поощрять и поддерживать создание и укрепление организаций инвалидов, членов их семей и/или лиц, защищающих их интересы, а также обеспечить консультативную роль организаций инвалидов в принятии решений по вопросам, касающимся инвалидов.

Государства несут ответственность за обеспечение должной подготовки на всех уровнях персонала, который участвует в разработке и осуществлении программ и предоставлении услуг, касающихся инвалидов.

Несмотря на разработанность данных международных документов, они не полностью отражают сущность и содержание таких широких и сложных понятий, как "инвалидность", "инвалид". Кроме того, социальные изменения, объективно происходящие в современных обществах или отражающиеся в сознании людей, выражаются в стремлении расширить содержание этих терминов. Так, Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) приняты в качестве стандартов для мирового сообщества такие признаки понятия "инвалидность":

любая потеря или нарушение психологической, физиологической или анатомической структуры или функции;

ограниченность или отсутствие (из-за указанных выше дефектов) способности выполнять функции так, как считается нормальным для среднего человека;

затруднение, вытекающее из указанных выше недостатков, которое полностью или частично мешает человеку выполнять какую-то роль (учитывая влияние возраста, пола и культурной принадлежности).

Анализ всех приведенных выше определений позволяет сделать вывод о том, что дать исчерпывающее изложение всех признаков инвалидности достаточно трудно, так как содержание противоположных ему понятий само по себе достаточно расплывчато. Так, выделение медицинских аспектов инвалидности возможно через оценку утраты здоровья, но это последнее настолько вариативно, что даже ссылка на влияние пола, возраста и культурной принадлежности не устраняет затруднений. Кроме того, сущность инвалидности заключается в тех социальных барьерах, которые состояние здоровья воздвигает между индивидом и обществом.

2. Социальные аспекты реабилитации в России, особенности

В нашей стране идеология политики в отношении инвалидности развивалась аналогичным образом — от медицинской к социальной модели. В соответствии с Законом «Об основных началах социальной защищенности инвалидов в СССР", "инвалидом является лицо, которое в связи с ограничением жизнедеятельности вследствие наличия физических или умственных недостатков нуждается в социальной помощи и защите"1. Позднее было определено, что инвалид — "лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты». При определении ограничения жизнедеятельности учитывается полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью. Признание лица инвалидом осуществляется Государственной службой медико-социальной экспертизы.

Законодательное оформление получила такая ситуация, когда дети рождаются с нарушениями функций, делающими для них невозможными нормальное развитие и соответствующие возрасту занятия. Инвалидность у детей определяется как "значительное ограничение жизнедеятельности, приводящее к социальной дезадаптации вследствие нарушения развития и роста ребенка, потери контроля за своим поведением, а также способностей к самообслуживанию, передвижению, ориентации, обучению, общению, трудовой деятельности в будущем". Постановлением Правительства РФ от 13 августа 1996 г. № 965 утверждено Положение о признании лица инвалидом, в котором наряду с тремя группами инвалидности вводится категория "ребенок-инвалид" — лицо в возрасте до 16 лет", что противоречит Гражданскому кодексу, Семейному кодексу, нормативным положениям и практике ряда реабилитационных центров, где обслуживание детей планируется до 18 лет.

В соответствии с Основами законодательства Российской Федерации по охране здоровья граждан медико-социальная экспертиза (по нормативно-правовым актам СССР — Врачебно-трудовая экспертная комиссия (ВТЭК)) устанавливает причину и группу инвалидности, степень утраты трудоспособности граждан, определяет виды, объем и сроки проведения их реабилитации и меры социальной защиты, дает рекомендации по трудовому устройству граждан.

Постановлением Правительства РФ от 16 января 1995 г. № 59 утверждена Федеральная комплексная программа "Социальная поддержка инвалидов", состоящая из следующих федеральных целевых программ:

медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов;

научное обеспечение и информатизация проблем инвалидности и инвалидов;

формирование доступной для инвалидов среды жизнедеятельности;

разработка и производство средств протезирования, строительство, реконструкция и техническое перевооружение протезно-ортопедических предприятий;

разработка и производство технических средств реабилитации для обеспечения инвалидов.

Кроме того, были изданы указы Президента РФ, направленные на государственную поддержку инвалидов, в том числе Указы Президента РФ "О мерах по формированию доступной для инвалидов среды жизнедеятельности" (1992 г.), "О дополнительных мерах государственной поддержки инвалидов" (1992 г.), "О мерах по профессиональной реабилитации инвалидов и обеспечению занятости инвалидов", постановление Правительства Российской Федерации № 1151 от 25 ноября 1995 г., которым утвержден федеральный перечень гарантированных государством социальных услуг, предоставляемых гражданам пожилого возраста и инвалидам государственными и муниципальными учреждениями социального обслуживания.

В настоящее время в мире инвалиды составляют приблизительно 10% населения, причем колебания по различным странам достаточно значительны. Так, в Российской Федерации официально зарегистрированные и стоящие на учете инвалиды составляют менее 6% населения1, в то время как в США — почти пятую часть всех жителей. Это связано, разумеется, не с тем, что граждане нашей страны значительно здоровее американцев, а с тем, что со статусом инвалидности в России связаны определенные социальные льготы и привилегии. Лица с ограниченными возможностями стремятся получить официальный статус инвалидности с его льготами, существенными в условиях дефицита социальных ресурсов; государство же ограничивает число получателей таких льгот достаточно жесткими рамками.

Несмотря на все более впечатляющие успехи медицины, численность инвалидов не только не сокращается, но неуклонно возрастает, причем практически по всем типам обществ и всем социальным категориям населения. В основе возникновения инвалидности лежит множество разнообразных причин. В зависимости от причины возникновения условно можно выделить три группы: а) наследственно обусловленные формы; б) связанные с внутриутробным поражением плода, повреждением плода во время родов и в самые ранние сроки жизни ребенка; в) приобретенные в процессе развития индивида в результате заболеваний, травм, иных событий, повлекших за собой стойкое расстройство здоровья.

Существуют формы инвалидности, в происхождении которых взаимодействуют наследственные и другие (инфекционные, травматические) факторы. Кроме того, нередко инвалидом человека делает не столько объективное состояние его здоровья, сколько неспособность (в силу разных причин) его самого и общества в целом организовать полноценное развитие и социальное функционирование в условиях именно такого состояния здоровья.

Немаловажны также факторы медицинской и педагогической запущенности, под воздействием которых, например, ребенок, объективно способный обучаться и развиваться в нормальном социальном окружении, попадает в условия вспомогательной школы или дома-интерната, оказывается удален из семьи, изолирован от общества, что препятствует его нормальной интеграции в социум, дальнейшему развитию и самообеспечению. В таких случаях особенно важно своевременное предоставление помощи, так как со временем способности к коррекции личности, интеллекта и поведения утрачиваются, и патология приобретает стойкий характер.

Как ни парадоксально, сами успехи науки, в первую очередь медицины, имеют своей оборотной стороной рост ряда заболеваний и числа инвалидов в целом. Это вызвано тем, что во всех странах на стадии промышленного развития происходит значительный рост продолжительности жизни и заболевания пожилого возраста становятся неизбежным спутником значительной части населения. Многих людей спасают от болезней и травм, которые прежде были смертельными, однако полного восстановления здоровья добиться не всегда возможно, и они продолжают жить инвалидами.

На рост инвалидности могут оказывать влияние также ситуативные факторы, краткосрочные по сравнению с долговременными тенденциями социально-демографических процессов. Обострение социально-экономического кризиса в нашей стране в настоящее время усиливает влияние факторов, обусловливающих причины инвалидности. Бюджетные трудности, недостаток кадров и современного оборудования снижают возможности системы здравоохранения по поддержанию и восстановлению здоровья населения. Менее последовательной и результативной становится охрана труда, особенно на предприятиях негосударственной формы собственности — это ведет к росту производственного травматизма и, соответственно, инвалидности. Ухудшение состояния окружающей среды, неблагоприятная экологическая обстановка ведет к нарастанию патологий здоровья как детей, так и взрослых.

3. Этапы развития социальной реабилитации

Понимание социальной реабилитации также прошло свой достаточно содержательный путь развития. Первоначально здесь преобладал чисто медицинский подход: Всемирная организация здравоохранения полагала, что сущность реабилитации заключается в том, чтобы "не только вернуть больного к его прежнему состоянию, но и развивать его физические и психологические функции до оптимального уровня"3. Очевидно, что здесь акцент сделан прежде всего на психосоматических качествах человека, восстановления которых было достаточно для достижения им социального благополучия. Правда, здесь содержится указание на необходимость развития "до оптимального уровня", что можно рассматривать в качестве некоторой предпосылки к сверхреабилитации, развертыванию свойств индивида сверх того уровня, который он имел до наступления инвалидности.

Постепенно происходит переход от чисто медицинского подхода к социальной модели, а в рамках социальной модели реабилитация рассматривается не только как восстановление трудоспособности, но как восстановление всех социальных способностей индивида. Комитет экспертов ВОЗ дает следующую развернутую трактовку: "Реабилитация инвалидов должна включать все мероприятия, призванные сократить последствия возникшей непригодности и позволить инвалиду полностью интегрироваться в общество. Реабилитация направлена на то, чтобы помочь инвалиду не только приспособиться к окружающей его среде, но и оказывать воздействие на его непосредственное окружение и на общество в целом, что облегчает его интеграцию в общество. Сами инвалиды, их семьи и местные органы должны участвовать в планировании и проведении мероприятий по реабилитации". С точки зрения Л. П. Храпылиной, данное определение неоправданно расширяет обязанности общества перед инвалидами, в то же время не фиксируя никаких обязанностей самих инвалидов "выполнять свои гражданские функции с определенными затратами и усилиями". К сожалению, этот односторонний акцент сохраняется во всех последующих документах.

В 1982 г. Организацией Объединенных Наций была принята Всемирная программа действий в отношении инвалидов, которая предусматривала такие направления, как:

раннее обнаружение, диагностика и вмешательство;

медицинское обслуживание;

консультирование и оказание помощи в социальной области;

подготовка к самостоятельному индивидуальному уходу, независимому образу жизни;

обеспечение вспомогательными техническими средствами, средствами передвижения, социально-бытовыми приспособлениями и пр.;

специальные услуги в области образования;

услуги по восстановлению профессиональной трудоспособности (включая профессиональную ориентацию, профессионально-техническую подготовку, трудоустройство).

Все дальнейшие международные документы в той или иной мере включали данные направления: меры медицинской реабилитации, профилактика ухудшения здоровья и усилия по его восстановлению; реабилитация личности, восстановление социофункциональных способностей индивида; максимально раннее и полное возвращение инвалидов к трудовой деятельности; обеспечение внешних возможностей для интеграции инвалидов в общество; создание системы реабилитации, объединяющей централизованные (государственные) и децентрализованные ресурсы. На данный момент итоговым является определение реабилитации, принятое в результате обсуждения в ООН процитированных выше Стандартных правил обеспечения равных возможностей для инвалидов: «Реабилитация означает процесс, имеющий целью предоставить инвалидам возможность достичь оптимального физического, интеллектуального, психического и/или социального уровня деятельности и поддерживать его, тем самым предоставляя им средства, призванные изменить их жизнь и расширить рамки их независимости. Реабилитация может включать меры по обеспечению и/или по восстановлению функций или компенсации утраты или отсутствия функций или функционального ограничения. Процесс реабилитации не предполагает лишь оказание медицинской помощи. Он включает в себя широкий круг мер и деятельности... Необходимо изменить общество, с тем чтобы создать условия для инвалидов, а не изменять индивидуума, имеющего инвалидность, с тем чтобы приспособить его к жизни общества».

Заключение

Рассмотрение многочисленных международных документов потребовалось для того, чтобы выяснить, как трансформировалось понимание инвалидности и обязательств общества по отношению к инвалидам. От чисто медицинского подхода постепенно происходило движение к социальному подходу; от представления о том, что общество должно поддерживать инвалидов и окружать их заботой и уходом, произошел переход к признанию приоритета особых нужд инвалида перед потребностями общества в целом. Социальная реабилитация в настоящее время признается неотъемлемым правом инвалида и неотъемлемым обязанностью общества перед инвалидом.

Физкультура и спорт в реабилитации инвалидов

План

Введение

1.Гипокинетическая болезнь, ее особенности и течение

2.Физическое воспитание инвалидов, задачи, приемы, формы

3.Организационные методы занятий с инвалидами

4.Массовый спорт инвалидов

Заключение

Список использованных источников

Введение

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

1. Гипокинетическая болезнь, ее особенности и течение

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

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

Кумулятивное воздействие гиподинамии и гипокинезии приводит к негативным последствиям, которые проявляются в следующем:

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

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

контрактуры суставов, создающие предпосылки для аномального взаиморасположения костей скелета;

нарушение обменных процессов, приводящее к увеличению объема жировых тканей;

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

нарушение сердечной деятельности и силы сокращения сердечной мышцы;

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

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

Гиподинамия и гипокинезия являются причиной не только снижения функциональных возможностей организма и сокращения сроков профпригодности, но и оказывают влияние на продолжительность жизни.

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

2. Физическое воспитание инвалидов, задачи, приемы, формы

Именно физкультура и спорт в силу активирующего воздействия на организм, на повышение уровня физической подготовки, расширение круга общения, стимуляции "духа состязания" рассматривается как оздоровительная среда.

Физическая культура как оздоровительная среда состоит из ряда последовательных этапов, смена которых не обязательно будет осуществлена в каждом конкретном случае. Это зависит от физических и психологических задатков и степени выраженности реабилитационного потенциала.

Признано, что одним из первых этапов, а вместе с тем необходимых компонентов физической культуры является физическое воспитание, которое выполняет функцию систематической физической подготовки, в частности, инвалидов с детства к практической жизни. В ходе физического воспитания формируются личностные свойства инвалида, воля, способность преодолевать трудности.

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

В процессе физического воспитания осуществляется формирование и совершенствование моторных функций и особенно тех, которые нарушены вследствие патологического процесса. В ходе физического воспитания происходит компенсация основного дефекта и коррекция вторичных нарушений, возникших в связи с основным заболеванием. Двигательные упражнения развивают мышечно-суставное чувство, ориентировку в пространстве, тренируют память на последовательность движений, совершенствуют умение выполнять движения по вербальной инструкции, способствуют укреплению сердечно-сосудистой системы, активизируют обмен веществ, стимулируют интеллектуальные способности инвалидов, улучшают общий тонус организма.

Цель физического воспитания — дать возможность инвалиду самому корректировать и компенсировать свои недостатки.

Следует отметить, что физическое воспитание как специальный метод совершенствования физического и нравственного потенциала инвалида само по себе еще не представляет собой среду с точки зрения социально-средовой реабилитации. Оздоровление инвалида с использованием утренней зарядки, производственной зарядки, лечебной физкультуры и других индивидуальных методов воздействия еще не создает оздоровительную среду. Для этого необходимо введение, "включение" множества других факторов соревновательного, игрового характера, что помимо развития и совершенствования моторики должно создать именно среду. Оздоравливающее ее воздействие будет сказываться в таком случае и на психологическом состоянии инвалидов. В ходе состязаний выявится возможность самореализации, самоутверждения инвалидов, что создает предпосылки их социальной интеграции.

В основе физического воспитания лежат коррекционно-компенсаторные приемы. Независимо от категории инвалидов, типа дефектов решаются общие оздоровительные задачи, которые предполагают организацию работы таким образом, чтобы оказывать влияние не только на общее состояние, но восстанавливать те или иные нарушенные болезнью функции организма. Эти задачи включают в себя физическое оздоровление, создание условий для правильного физического развития, закаливание, коррекцию особенностей соматического состояния (коррекцию акта дыхания, нарушений сердечно-сосудистой системы).

Воспитательные задачи предполагают выработку определенных характерологических черт (воля, настойчивость, чувство коллективизма, организованности, активности, смелости и т. д.), обеспечивают стимуляцию психического развития. Развивается внимание, память, находчивость, улучшается ориентация, осуществляется развитие интеллекта.

Воспитание основных физических качеств (силы, ловкости, быстроты, выносливости) инвалидов до недавнего времени считалось нецелесообразным в связи с комплексным поражением организма и мнением о невозможности полноценного приспособления их к самостоятельной жизни.

Решение образовательных задач по формированию двигательных умений и навыков в работе с инвалидами предполагает прежде всего помощь естественному процессу формирования возрастных моторных функций. Кроме того, необходимо формирование тех двигательных умений и навыков, которые инвалид самостоятельно не может освоить из-за патологических изменений двигательной сферы, часто встречающихся у всех категорий инвалидов.

При многократном повторении упражнений идет совершенствование моторной и сенсорной ориентировки, разлитое возбуждение постепенно переходит в строго дифференцированный импульс, так же как и неоформленная, генерализованная двигательная реакция.

В физическом воспитании инвалидов решается ряд специальных коррекционных задач, имеющих самостоятельное значение, но тесно взаимосвязанных. Это, прежде всего, задачи, включенные в компенсацию основного дефекта и в коррекцию вторичных нарушений, обусловленных основным заболеванием, выполнение таких двигательных заданий, которые развивают мышечно-суставное чувство, ориентировку в пространстве и времени, степень напряжения и расслабления мышц, память на последовательность движений по качеству их выполнения. Правильно подобранные и дозированные, они являются мощными афферентациями, адресованными в различные отделы центральной нервной системы, которые изменяют соотношение возбудительных и тормозных процессов в коре больших полушарий и могут быть направлены на перестройку патологических, условных рефлексов, возникших в процессе заболевания.

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

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

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

Основными формами физического воспитания инвалидов являются:

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

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

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

3.Организационные методы занятий с инвалидами

При занятиях с инвалидами могут быть использованы следующие организационные .методы:

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

Индивидуальный метод организации занятий является наиболее эффективным.

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

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

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

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

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

Таким образом, применение физических нагрузок различного содержания в профилактических, корректировочных и тренировочных целях двигательной сферы инвалидов должно быть реализовано специалистом на основе руководства следующими закономерностями:

глубокое знание функционального состояния нервной системы инвалидов;

физические нагрузки различного характера, применяемые локально и интегрально в профилактике и коррекции двигательной сферы инвалидов, в каждый момент проведения занятий должны быть оптимальными, с учетом функционального состояния их нервно-мышечной системы и системы внутренних органов.

4.Массовый спорт инвалидов

Спорт дает возможность установления контактов с другими людьми, взаимодействие с общественными организациями.

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

В 1963 г. создана Международная спортивная организаций для инвалидов с целью обеспечения международных спортивных соревнований среди незрячих, ампутантов и лиц другими нарушениями опорно-двигательного аппарата. С 1964 г. соревнования инвалидов проводятся регулярно после Олимпийских игр и называются параолимпийскщми.

Среди глухих проводятся соревнования по футболу, лыжам, конькам, стрелковому, велосипедному спорту, гимнастике, теннису, шахматам, гребле, боксу и плаванию, легкой атлетике.

Незрячие инвалиды участвуют в соревнованиях по легкой атлетике, гимнастике, плаванию, классической борьбе, гребле, туризму, лыжам и конькам. Освоена новая спортивная игра для незрячих — роллинсбол (командная игра с озвученным мячом).

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

Это движение объединяет 250 млн человек, в нем участвуют 145 стран мира. Для организации всей работы изданы руководства по спортивному искусству, методики для тренеров по 22 официальным видам спорта. Все соревнования проводятся под девизом: "Дай мне победить, но если я не смогу, то пусть я буду смелым в этой попытке".

Проводятся круглогодичные тренировки спортсменов с нарушениями интеллекта, а также ежегодные Летние и Зимние Олимпийские игры на местном, региональном и национальном уровнях в странах-участниках.

В России это движение охватывает 24 административно-территориальных округа. В нем участвует более 25 тысяч спортсменов из 305 учреждений образования и 76 учреждений социальной защиты населения.

Цель Специальных Олимпийских соревнований и, в частности, Специальных Олимпийских игр России — пропаганда Олимпийского движения, привлечение внимания общественности к проблемам умственно отсталых лиц, активизация деятельности государственных, общественных и других организаций в решении проблем по укреплению здоровья и адаптации к жизни в обществе лиц с нарушением интеллекта.

Специальные Олимпийские игры проводятся в несколько этапов (4 этапа). Соревнования на всех этапах проводятся по правилам "Спешиал Олимпик Интернешнл".

На I этапе соревнования должны проводиться в учреждениях для умственно отсталых лиц: коллективах вспомогательных школ, вспомогательных школах-интернатах, детских домах-интернатах и психоневрологических интернатах.

Команды или участники, победившие на соревнованиях I этапа, получают право участвовать в областных соревнованиях "Спешиал Олимпикс", которые соответствуют II этапу Специальных Олимпийских игр.

Победители II этапа получают право участвовать в межрегиональных соревнованиях "Спешиал Олимпикс", которые являются соревнованиями III этапа.

Только победители межрегиональных соревнований (III этап) могут принимать участие в Специальных Олимпийских играх России, которые дают возможность участвовать в международных (летних или зимних) Специальных Олимпийских играх.

Возможности широкого общения с другими инвалидами и здоровым окружением, дух состязания, положительные эмоции в ситуации успеха, расширение социального опыта — все это создает реабилитационную (физкультурно-оздоровительную) среду для лиц с умственной отсталостью. Особенно положительный реабилитационный эффект достигается по отношению к инвалидам, находящимся в домашних условиях, в известной степени лишенных возможности общения со сверстниками. Участие в массовом спорте для такого рода инвалидов является истинной реабилитационной ситуацией.

Заключение

Специальное оборудование спортивных залов, бассейнов, спортивных площадок, оснащение этих помещений специальными снарядами и специфическими приспособлениями — все это будет содействовать более эффективной социальной интеграции инвалидов посредством воздействия на различные сферы их жизнедеятельности.

Список использованных источников

1.Холстова Е.И. Социальная реабилитация: Учеб.\ Е.И. Холстова ,Н. Ф. Дементьева - М.:Издательско- торговая корпорация «Дашков К\*», 2002. 340с.

2.Гусева Н. К . Основы социальной защиты больных и инвалидов в Российской федерации. Н. Новгород: НГМА, 1999.

3.Рубцова Н.О. Проблемы реабилитации инвалидов средствами физической культуры и спорта \\ Социально – бытовая и трудовая реабилитация инвалидов: Пособие для соц. Работников. М.: Редакционно – издательский Центр Консорциума «Социальное здоровье России» , 1997г.