МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

Факультет гуманітарних наук, психології та педагогіки

кафедра здоров´я людини та фізичного виховання

**Паркачова О.В.**

**Випускна кваліфікаційна робота бакалавра**

**Адаптивна фізична культура як засіб фізичної реабілітації осіб з інвалідністю**

Сєвєродонецьк

2020

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

# Факультет гуманітрних наук, психології та педагогіки

(повне найменування інституту, факультету)

# Кафедра здоров´я людини та фізичного виховання

(повна назва кафедри)

## ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

**до випускної кваліфікаційної роботи бакалавра**

**освітньо-кваліфікаційного рівня** \_\_\_\_бакалавр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(бакалавр, спеціаліст, магістр)

напряму підготовки \_\_\_227 – Фізична терапія, ерготерапія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(шифр і назва напряму підготовки)

на тему: «Адаптивна фізична культура як засіб фізичної реабілітації осіб з інвалідністю»

Виконала: студентка групи ЗЛ-16з Паркачова О.В.

Керівник: д. психол. н., проф. Бурлакова І.А.

Завідувач кафедри здоров´я людини

та фізичного виховання:

к. психол. н., доц. Завацький Ю.А.

Рецензент: к. мед. н., доц. Афонін Д.М.

Сєвєродонецьк – 2020

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

# Факультет гуманітарних наук, психології та педагогіки

(повне найменування інституту, факультету)

# Кафедра здоров´я людини та фізичного виховання

(повна назва кафедри)

освітньо-кваліфікаційного рівня \_\_\_\_бакалавр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(бакалавр, спеціаліст, магістр)

напряму підготовки 227 – Фізична терапія, ерготерапія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(шифр і назва напряму підготовки)

# ЗАТВЕРДЖУЮ

**Завідувач кафедри**

**здоров´я людини**

**та фізичного виховання**

**доц. Завацький Ю.А.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

“26” березня 2020\_року

## З А В Д А Н Н Я

### НА ВИПУСКНУ КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ БАКАЛАВРА

**Паркачова Олена Вікторівна**

## Тема роботи: «Адаптивна фізична культура як засіб фізичної реабілітації осіб з інвалідністю»

## Керівник роботи Бурлакова Ірина Анатоліївна, д. психол. н., проф.

( прізвище, ім’я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом вищого навчального закладу від “26” березня 2020 р. № 51/15.22

2. Строк подання студентом роботи\_\_\_05.06.2020 р.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Вихідні дані до роботи: *обсяг роботи* *–66 сторінок (1,5 інтервал, 14 шрифт з дотриманням відповідного формату), список використаної літератури – 64 дж.*

*4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: проаналізувати наукові джерела з адаптивної фізичної культури як засобу фізичної реабілітації осіб з інвалідністю; підібрати діагностичний інструментарій згідно вивчення адаптивної фізичної культури як засобу фізичної реабілітації осіб з інвалідністю; на основі проведеного констатувального експерименту розробити практичні рекомендації щодо адаптивної фізичної культури як засобу фізичної реабілітації осіб з інвалідністю.*

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов’язкових креслеників): *таблиці – 1.*

**6. Консультанти розділів роботи:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Розділ | Прізвище, ініціали та посада  консультанта | Підпис, дата | |
| Завдання  видав | Завдання  прийняв |
| 1. | Бурлакова І.А. – д.психол.н., проф. | 26.03.2020 р. | 26.03.2020 р. |
| 2. | Бурлакова І.А. – д.психол.н., проф. | 26.03.2020 р. | 26.03.2020 р. |

7. Дата видачі завдання 26.03.2020 р**.**

#### **КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№**  **з/п** | **Назва етапів** | **Строк виконання етапів** | Примітка |
| 1 | Визначення проблеми дослідження та розроблення плану випускної кваліфікаційної роботи бакалавра | 03.2020 р. | 03.2020 р. |
| 2 | Аналіз літератури за проблемою. Робота над теоретичною частиною дослідження. | 03.2020 р. | 03.2020 р. |
| 3 | Розробка діагностичного інструментарію та проведення констатувального експерименту | 04.2020 р. | 04.2020 р. |
| 4 | Узагальнення результатів констатувального експерименту | 04.2020 р. | 04.2020 р. |
| 5 | Розробка рекомендацій щодо адаптивної фізичної культури як засобу фізичної реабілітації осіб з інвалідністю | 05.2020 р. | 05.2020 р. |
| 6 | Підготовка випускної кваліфікаційної роботи бакалавра до захисту та її захист | 06.2020 р. | 06.2020 р. |

**Студентка Паркачова О.В.**

**Керівник роботи проф. Бурлакова І.А.**

**РЕФЕРАТ**

Текст – 66 с., табл. – 1, джерел – 64

В роботі розкрито теоретико-методологічні засади дослідження особливостей адаптивної фізичної культури як засобу фізичної реабілітації осіб з інвалідністю, розглянуті особливості адаптивної фізичної культури як засобу фізичної реабілітації осіб з інвалідністю та сучасні підходи до адаптивної фізичної культури як засобу фізичної реабілітації осіб з інвалідністю.

Проведено констатувальний експеримент з метою дослідження адаптивної фізичної культури як засобу фізичної реабілітації осіб з інвалідністю.

Розроблено практичні рекомендації щодо адаптивної фізичної культури як засобу фізичної реабілітації осіб з інвалідністю.

**Ключові слова:** ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ, адаптивнА фізичнА культурА, осОБИ з інвалідністю, сучасні підходи.

**ЗМІСТ**

ВСТУП …………………………………………………………………………….7

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ адаптивної фізичної культури як засобу фізичної реабілітації осіб з інвалідністю………………...........................................................................10

* 1. Теоретичний аналіз проблеми інвалідів та їх характеристика………………………..……………………………...…...10

1.2. Реабілітаційні центри та їх роль в житті інвалідів……………...……....15

1.3. Адаптивна фізична культура як фактор соціального здоров'я осіб з обмеженими можливостями …………..………………………………………..22

РОЗДІЛ 2. Аналіз досвіду роботи товариств З реабілітації інвалідів засобами адаптивної фізичної культури............................................................................................................33

2.1.Дослідження ставлення інвалідів до фізичної культури і спорту….……..33

2.2. Аналіз діяльності організацій товариств інвалідів ……………………….34

2.3. Адаптивна фізична культура як основа реабілітації інвалідів засобами фізичної культури і спорту...................................................................................42

ВИСНОВКИ ……………………………………………………………………..58

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ………………………………………60

**ВСТУП**

**Актуальність дослідження.** Зростання інвалідності населення в більшості країн світу, пов'язане з ускладненням виробничих процесів, збільшенням транспортних потоків, виникненням військових конфліктів, погіршенням екологічної обстановки і іншими причинами.

У теперішній час процес фізичної реабілітації є предметом дослідження фахівців багатьох галузей наукового знання. Фахівці розкривають різні аспекти цього процесу, досліджують механізми, етапи та стадії, фактори фізичної реабілітації.

За даними ООН, у світі налічується приблизно 450 мільйонів людей з порушеннями психічного та фізичного розвитку. Це становить 1/10 частку населення.

Дані всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) свідчать, що число таких жителів у світі сягає майже 13%.

Непрацездатні громадяни в кожній країні складають предмет турботи держави, яка ставить соціальну політику в основу своєї діяльності. Основною турботою держави по відношенню до людей похилого віку та інвалідів є їхня матеріальна підтримка. Однак непрацездатні громадяни потребують не тільки матеріальної підтримки. Важливу роль відіграє надання їм діючої фізичної, психологічної, організаційної та іншої допомоги.

Інвалідність є соціальним феноменом, уникнути якого не може жодне суспільство, і кожна держава відповідно до рівня свого розвитку, пріоритетів та можливостей формує соціальну та економічну політику щодо інвалідів. Однак можливості суспільства в боротьбі з інвалідністю в кінцевому підсумку визначаються не тільки ступенем розуміння самої проблеми, а й існуючими економічними ресурсами. Звичайно, масштаб інвалідності залежить від безлічі факторів, як-то: стан здоров'я нації, розвиток системи охорони здоров'я, соціально-економічний розвиток, стан екологічного середовища, історичні та політичні причини, зокрема, участь у війнах і військових конфліктах тощо. Всі з перерахованих факторів мають яскраво виражену негативну спрямованість, яка зумовлює значне поширення інвалідності в суспільстві. В даний час чисельність інвалідів продовжує зростати. Особливе зростання чисельності інвалідів значне за останні 3 роки. Незважаючи на існуючі макроекономічні та фінансово-бюджетні обмеження, з якими стикається перехідна економіка, очевидно, що при таких масштабах і процесах ігнорувати проблему інвалідності держава дозволити собі не може.

Сьогодні гостро відчувається потреба в тому, щоб перевести загальногуманітарному і теоретичні міркування в економічні категорії. У роботі зроблено спробу системного міждисциплінарного аналізу проблеми інвалідності та інвалідів. Було поставлено завдання оцінити сучасний стан проблеми, зрозуміти, яке місце в сучасному суспільстві займають інваліди, яка роль і конфігурація соціальної політики щодо інвалідів у загальній соціальній парадигмі держави і який ефект має фізична реабілітація та адаптивна фізична культура для інвалідів.

**Об’єкт дослідження** – фізична реабілітація осіб з інвалідністю.

**Предмет дослідження** – адаптивна фізична культура як засіб фізичної реабілітації осіб з інвалідністю.

**Мета дослідження** – показати роль адаптивної фізичної культури як засобу фізичної реабілітації осіб з інвалідністю.

**Завдання дослідження:**

1. Здійснити теоретичний аналіз вітчизняних і зарубіжних досліджень щодо проблеми адаптивної фізичної культури як засобу фізичної реабілітації осіб з інвалідністю.

2. Дослідити ставлення інвалідів до адаптивної фізичної культури як засобу їх фізичної реабілітації.

3. Вивчити досвід роботи товариств інвалідів з адаптивної фізичної культури як засобу фізичної реабілітації осіб з інвалідністю.

4. Розробити рекомендації з фізичної реабілітації осіб з інвалідністю засобами адаптивної фізичної культури.

**Методи дослідження.** Для розв’язання поставлених завдань використано систему загальнонаукових методів теоретичного та емпіричного дослідження, а саме: аналіз науково-методичної літератури з проблеми реабілітації інвалідів, анкетування (опитування); кількісний та якісний аналіз експериментальних даних.

**Практичне значення одержаних результатів** полягає у можливості їх використання при розробці програм щодо експериментального дослідження при організації роботи з фізичної реабілітації осіб з інвалідністю засобами адаптивної фізичної культури.

Використаний у роботі інструментарій може становити методичну основу подальших досліджень при організації роботи фізичної реабілітації осіб з інвалідністю засобами адаптивної фізичної культури.

**РОЗДІЛ 1**

**ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ адаптивної фізичної культури як засобу фізичної реабілітації осіб з інвалідністю**

**1.1.Теоретичний аналіз проблеми інвалідів та їх характеристика**

Кількість осіб з особливими потребами постійно зростає, хоча причини і наслідки інвалідності можуть бути різними: зумовленими як неоднаковими соціальноекономічними обставинами, так і різним ступенем забезпечення державами добробуту своїх громадян. Нині можна говорити про глобальний характер проблеми інвалідності – в усьому світі ті чи інші можливості обмежено приблизно в кожної десятої людини (650 млн людей), з них майже 470 млн осіб працездатного віку. Для України проблема фізичної реабілітації інвалідів є особливо значущою у зв’язку зі стійкою тенденцією до зростання частки інвалідів у загальній структурі населення. Якщо на початку 90-х рр. минулого століття загальна чисельність інвалідів в Україні становила близько 3% усього населення, або 1,5 млн осіб, то в 2008 р. їх чисельність дорівнювала 2,65 млн осіб, у тому числі 122,6 тис. дітей-інвалідів, тобто частка осіб цієї категорії в загальній структурі населення становить 5,3% усього населення, відповідно їх кількість зросла майже в 1,6 раза. Збільшення кількості людей з інвалідністю зумовлене суперечливим соціальноекономічним розвитком українського суспільства, який знизив рівень життя більшості людей, незадовільним станом системи охорони здоров’я, недостатньою безпекою та охороною праці, низьким рівнем екологічної культури, наявністю різноманітних катаклізмів – природних, екологічних, воєнних, зокрема наслідки Другої світової війни, війн в Афганістані та на інших територіях, Чорнобильської катастрофи. Рівень державного соціального захисту осіб з обмеженими можливостями є відображенням рівня розвитку суспільства в цілому. Протягом останніх десятиріч у світі відбулися суттєві зміни стосовно ставлення до інвалідів. Основою цих змін є 2 визнання рівності прав інвалідів на повноцінне життя в суспільстві та створення державами реальних умов для реабілітації та соціальної інтеграції інвалідів. Якщо раніше їх основу становили здебільшого мотиви милосердя до інвалідів, то нині – стан дотримання їх прав. Обов’язком держави і суспільства є забезпечення належного соціального захисту і підтримки, соціальної інтеграції, створення рівних можливостей для самореалізації, повноцінного життя, здобуття освіти і працевлаштування, долучення інвалідів до духовного, культурного, спортивного життя. Слід зазначити, що від радянських часів в українському суспільстві лишився поганий спадок: громадськість вважала, що про інвалідів турбується держава, але держава була не в змозі забезпечити належний рівень соціального захисту. Політика щодо інвалідів була переважно пасивною – матеріальна підтримка, державні пенсії, можливість працювати на спеціалізованих підприємствах організацій інвалідів. Особи з обмеженими можливостями були позбавлені доступу до багатьох соціальних благ нарівні зі здоровими людьми. Інваліди й досі стикаються зі зневагою, забобонами і страхами, які впродовж історії людства стримували соціальний розвиток цієї категорії членів суспільства та ізолювали їх від нього [1]. Перехід до ринкових відносин та побудова соціальної держави в Україні детермінували нові підходи до соціального захисту інвалідів, які полягають у створенні цілісної системи на сучасних принципах. Приєднання до міжнародних норм права, ратифікація Україною конвенцій МОП переорієнтовує політику щодо інвалідів до суспільно визнаних стандартів, яких дотримуються високорозвинуті цивілізовані країни, здійснює гармонізацію вітчизняного законодавства до міжнародних стандартів, створює спеціалізовані реабілітаційні установи та безбар’єрне середовище тощо. Ринкова економіка розширює підходи до надання соціальних послуг та утримання центрів обслуговування інвалідів. Наше суспільство поступово усвідомлює, що саме йому потрібно пристосовуватись до потреб інвалідів, а не навпаки.

Інвалідність це перешкоди або обмеження діяльності людини з фізичними, розумовими, сенсорними та психічними відхиленнями. Можна сказати, що у людини можливості життєдіяльності у суспільстві обмежені через його фізичний, розумовий, сенсорний або психічний стан.

Інвалідність це складний феномен, який є проблемою, як на рівні організму людини, так і на соціальному рівні.

Отримання статусу інваліда передбачає одночасну розробку для людини індивідуальної програми фізичної реабілітації, що є основним документом, згідно з яким він отримує технічні засоби реабілітації, рекомендації з працевлаштування, направлення на лікування тощо.

Присвоєння статусу «інвалід» надає людині юридичний і соціальний зміст, так як передбачає певні особливі взаємини з суспільством: наявність пільг, отримання виплат, обмеження в дієздатності. Деякі фахівці розглядають інвалідність як одну з форм соціальної нерівності [2].

У даний час прийнята більш коректна форма позначення інваліда - людина з обмеженими можливостями. Розрізняють наступні ключові поняття людини з обмеженими можливостями, які виражаються у будь-якій втраті психічної, фізіологічної, анатомічної структури, функції, або відхилення від неї;

Інвалідність це обмеженість конкретного індивідуума, що випливає з дефекту або інвалідності, яка перешкоджає або позбавляє його можливості виконувати роль, яку вважають для цього індивідуума нормальної залежно від вікових, статевих, соціальних і культурних факторів. Непрацездатність це обмеженість конкретного індивідуума, яка викликана дефектом або інвалідністю.

Громадські організації інвалідів вважають, що важливо використовувати коректну по відношенню до інвалідів термінологію.

Прийнято умовно розділяти обмеження функцій за такими категоріями:

-порушення статодинамічної функції (рухової);

-порушення функцій кровообігу, дихання, травлення, виділення, обміну речовин і енергії, внутрішньої секреції;

-сенсорні (зору, слуху, нюху, дотику);

-психічні (сприйняття, уваги, пам'яті, мислення, мовлення, емоцій, волі).

Крім того, законом визначаються різні ступені порушень по кожному їх виду, в залежності від цього робиться висновок про категорії і терміні інвалідності: від першого ступеня (максимальне обмеження) до третьої ( найменше обмеження). Статус підтверджується довідкою, яка видається на 1-2 р, іноді на більший термін [5].

За оцінками ООН, кожна десята людина на планеті має інвалідність. Офіційна статистика враховує чисельність інвалідів, що мають свідоцтво про інвалідність, в той час як до них можна також віднести людей, які підпадають під визначення інвалідності, але не знають про це або які не оформили відповідний статус.

Проблема інваліда не притаманна людини та викликає певні перешкоди в суспільстві. На причини цих перешкод існують різні точки зору, з яких дві найбільш поширені:

- медична модель вбачає причини труднощів інвалідів в їх зменшених можливостях [8]. Відповідно до неї, інваліди не можуть робити щось, що характерно для звичайної людини, і тому змушені долати труднощі з інтеграцією в суспільстві. Відповідно до цієї моделі, потрібно допомагати інвалідам, створюючи для них спеціальні установи, де вони могли б на доступному їм рівні працювати, спілкуватися і отримувати різноманітні послуги. Таким чином, медична модель виступає за ізоляцію інвалідів від решти суспільства, сприяє дотаційному підходу до економіки інвалідів.

Медична модель довгий час переважала в поглядах суспільства і держави, тому інваліди здебільшого виявлялися ізольованими і дискримінованими [9];

-соціальна модель передбачає, що труднощі створюються суспільством, які не передбачають участі в загальній діяльності, в тому числі і людей з різними обмеженнями.

Така модель закликає до інтеграції інвалідів в навколишнє суспільство, пристосування умов життя в суспільстві і для інвалідів в тому числі. Це включає в себе створення так званої доступного середовища (пандусів і спеціальних підйомників для інвалідів з фізичними обмеженнями, для сліпих дублювання візуальної та текстової інформації за Брайлем і дублювання звукової інформації для глухих жестовою мовою), а також підтримку заходів, що сприяють працевлаштуванню в звичайні організації, навчання суспільства навичкам спілкування з інвалідами.

Соціальна модель користується все більшою популярністю в розвинених країнах, а також поступово завойовує позиції і в нашій країні. Активним пропагандистом такої моделі сталють громадські організації інвалідів.

Зазвичай виділяють дві головні концептуальні моделі інвалідності. Медична модель розглядає інвалідність як властивість, яка виникає у людини в результаті хвороби, травми або іншого впливу на стан здоров'я, яка вимагає медичної допомоги у вигляді безпосереднього лікування у фахівців. Інвалідність по цій моделі вимагає медичного чи іншого втручання або лікування з тим, щоб «виправити» проблему людини. З іншого боку, соціальна модель розглядає інвалідність як соціальну проблему, а не як властивість людини. Відповідно до соціальної моделі, інвалідність вимагає політичного втручання, так як проблема виникає через непристосованість навколишнього середовища, спричиненої ставленням та іншими властивостями соціального оточення.

Самі по собі, ці моделі недостатні, хоча обидві частково обгрунтовані. Інвалідність завжди є взаємодія між властивостями людини і властивостями оточення, в якому ця людина проживає, але деякі аспекти інвалідності є повністю внутрішніми для людини, інші, навпаки, тільки зовнішніми. Іншими словами, медична і соціальна концепції підходять для вирішення проблем, пов'язаних з інвалідністю. Ми не можемо відмовлятися ні від того, ні від іншого втручання. Найкраща модель інвалідності, таким чином, буде представляти собою синтез усього найкращого з медичної та соціальної моделей, не здійснюючи притаманних їм помилок в зменшенні цілісного, комплексного поняття інвалідності до того чи іншого аспекту. Така більш вигідна модель інвалідності може називатися биопсихосоциальной моделлю. В нашої країні організована широка законодавча та організаційна підтримка людей з обмеженими можливостями. Людина, у якої діагностовано обмеження, може отримати підтвердження статусу інваліда. Такий статус дозволяє йому отримувати певні соціальні пільги: безкоштовні ліки, безкоштовні технічні засоби реабілітації (протези, коляску або слуховий апарат та ін.), санаторні путівки тощо.

**1.2.Реабілітаційні центри та їх роль в житті інвалідів**

Реабілітаційний центр для інвалідів це багатопрофільний заклад, що представлений такими напрямами, як медична, соціальна, психологічна та професійна реабілітація. Кожна складається з комплексу заходів, спрямованих на компенсацію психофізіологічних функцій, відновлення соціальних і придбання професійних навичок. [15]

Найбільш принциповим і важливим завданням, що вирішуються реабілітаційними центрами при роботі з інвалідами, є забезпечення можливості їх максимальної та повноцінної соціальної інтеграції у суспільство. На це спрямований комплекс реабілітаційних заходів, серед яких особливу роль відіграє фізична реабілітація інвалідів, психологічна підтримка сімей, які їх виховують [15].

Форми і методи роботи з сім'єю дуже різноманітні: групова робота з сім'ями, в яких є інваліди з подібною патологією або подібні ситуації в сім'ях, індивідуальна робота з батьками або одним з них. Бесіди носять просвітницький, інформаційний та навчальний характер. По суті центри проводять широке сімейне консультування. Рішення проблем в сім'ї сприятливо позначається на соціально-психологічному статусі інваліда, у нього нормалізується настрій, впорядковується поведінка, поліпшуються показники у навчанні, усувається афективна напруженість.

Цілеспрямоване проведення фахівцем заходів з реабілітації інвалідів, підтримки сімей, що їх виховують, можливо лише на підставі результатів диференційованої діагностики, що дозволяє визначити особливості актуального стану та потенційних можливостей реабілітації розвитку індивіда. Відповідні оцінки особливостей розвитку людини, емоційно-мотиваційної сфери, особистості в цілому і окремих функцій, оцінки прогнозу їх розвитку дозволяють виділити ті точки», які в найбільшій мірі гальмують процеси соціалізації та потребують розвитку.

Таким чином, в силу цілого ряду об'єктивних умов та суб'єктивних факторів інваліди виявилися в сфері діяльності медицини, в якій порівняно недавно зародився самостійний напрям - фізична реабілітація. В Енциклопедичному словнику медичних термінів вона визначається як "комплекс заходів, спрямованих на відновлення (або компенсацію) порушених функцій організму, також соціальних функцій і працездатності хворих та інвалідів" [15]. Як видно з визначення, в поняття "реабілітація" входять функціональне відновлення або компенсація того, що не можна відновити, пристосування до повсякденного життя та до трудового процесу хворого або інваліда. Відповідно розрізняють три основних види реабілітації: медичну, соціальну, і професійну (трудову).

Важливо відзначити, що медична реабілітація включає в себе лікувальні заходи, спрямовані на відновлення здоров'я хворого, психічну підготовку потерпілого до необхідної адаптації, реадаптації чи перекваліфікації [11]. При цьому до теперішнього часу існують відмінності в розумінні суті реабілітації тими чи іншими фахівцями. Так, в неврології, терапії, кардіології під реабілітацією, перш за все, маються на увазі різні процедури (масаж, психотерапія, лікувальна гімнастика і т.д.); в травматології та ортопедії - протезування: в фізіотерапії - фізичне лікування; в психіатрії - психо- і трудотерапія.

Психотерапія - це комплексне лікування психічних, нервових і психосоматичних розладів, які вирішують завдання щодо пом'якшення або ліквідації наявної симптоматики і зміни відносин до соціального оточення і власної особистості.

Психолог працює і по напрямку психодіагностики, характеру внутрішньосімейних стосунків, результати якої, також мають найважливіше значення в плані проведення реабілітаційних заходів. Це обумовлено тим, що і сама сім'я дитини і його найближче оточення також дуже часто мають бути об'єктом психологічної реабілітації.

Психолог здійснює психологічну консультацію для дітей та їх батьків в широкому колі проблем взаємин, спілкування, що дозволяє вирішувати всілякі психологічні колізії, що перешкоджають самореалізації особистості. Саме консультативна допомога відіграє найважливішу роль в плані психопрофілактики можливих відхилень у розвитку дитини.

Ця особлива роль психологічної реабілітації обумовлена ​​низкою обставин. По-перше, у дітей-інвалідів внаслідок різних захворювань, при цьому не тільки психіатричного або неврологічного профілю, як правило, спостерігається різного роду порушення та відхилення в психологічному розвитку. По-друге, психологічна атмосфера в сім'ях, де виховуються діти-інваліди, часто виявляється неблагополучною, психолого-педагогічна грамотність недостатньою, що провокує дисгармонії в психологічному розвитку дітей, коли вони не мають об'єктивної зумовленості перебігом захворювання, або посилення наявних у них психологічних порушень. По-третє, результативність психологічної реабілітації передбачає наявність позитивного ефекту щодо інших реабілітаційних заходів, що особливо виразно виявляється у плані підвищення успішності відновного лікування, отримання загальної та професійної освіти.

Головна роль в психологічній реабілітації відводиться психологу. Працюючи в центрах реабілітації, психолог повинен володіти такими якостями, як: ематічность, терпимість, позитивне самоставлення, адекватна самооцінка, інтуїція, багата уява, впевненість, аутичность поведінки, гнучкість, високий рівень інтелекту.

Для професійної діяльності в роботі з дітьми-інвалідами психологу необхідно знати:

1. Закономірності психічного розвитку людини, вікові особливості розвитку людини в різні періоди його життя.

2. особливості прояву індивідуальних особливостей темпераменту, характеру, психіки людини, особливості анатомо-фізіологічного розвитку.

3. Закономірності розвитку груп та колективів, особливості взаємин між людьми на різних вікових етапах, можливі причини конфліктів, складові сприятливого психологічного мікроклімату у колективі.

4. Сучасні методики обстеження та тестування дітей і дорослих, бути в курсі сучасних досягнень в дитячій соціальної та інших розділов психології.

Основними засобами, якими користується психолог у своїй діяльності, є: консультація, психологічний тренінг, психокорекція, психотерапія та ін.

Завдання служби соціально-психологічної реабілітації не обмежуються роботою з самими інвалідами. Всі вони проживають в сім'ях. Сім'я не стоїть осторонь від життєво важливих проблем інваліда, а є найбільш важливою соціально-реабілітаційної середовищем. З нею безпосередньо пов'язана вся життєдіяльність інваліда. У сім'ї проходить формування самооцінки інваліда, визначається його соціальна роль і позиція, від чого значною мірою залежить його доля. Сім'я як реабілітаційна середовище, що не тільки виявляє внутрисемейную турботу, надає фізичну допомогу, психологічну підтримку, допомагає адаптації до сучасного способу життя, а й організовує відновне лікування, навчання, допомагає придбати професію. Міжособистісні відносини в родині, позиція батьків, родичів до інваліда, пристосування місця проживання, навчання побутовим навичкам, все це чинники позитивно або негативно відбиваються на реабілітації інваліда.

Найбільш раціональним в роботі з дітьми є використання методів ігрової терапії, психодрами, арттерапії.

Психолог працює і по напрямку психологічного освіти, залучення населення, персоналу організації до психологічних знань. У багатьох відомствах існує система підвищення психологічної освіти своїх співробітників, тісно пов'язана з їх професійним удосконаленням.

Наступним напрямком є ​​психокорекція - це корекція готельних властивостей особистості і характеру з метою засвоєння оптимальних способів різних видів діяльності для можливості успішної та ефективної самореалізації і соціальної інтеграції.

Психологічна корекція є одним з важливих ланок у системі психологічної допомоги дітям з різними вадами нервово-психологічного розвитку. Термін «корекція психічного розвитку» вперше було використано в дефектології як один з варіантів психолого-педагогічної допомоги аномальним дітям. Він означав сукупність педагогічних впливів, спрямованих на виправлення недоліків, відхилень у розвитку аномальної дитини.

А. Спиваковска розглядає психологічну корекцію як спосіб профілактики нервово-психологічних порушень у дітей. У свою чергу А. Лідері розглядає її як метод психологічного впливу, спрямований на створення оптимальних можливостей і умов розвитку особистісного та інтелектуального потенціалу дитини. На думку Р. С. Немова, психологічна корекція - це сукупність психологічних прийомів, використовуваних психологом для виправлення поведінки психічно здорової людини.

Об'єктом психокорекційних впливів можуть бути як здорові, так і хворі люди. Тому слід диференціювати психологічну корекцію нормального розвитку і корекцію аномального розвитку, обтяженого біологічними факторами відхилень у розвитку.

Залежно від характеру діагностики і спрямованості особистості корекції, Д. Б. Ельконін пропонував розрізняти дві форми корекції: симптоматичну, спрямовану на симптоми відхилень розвитку, і корекцію, яка усуває джерело та причини відхилень у розвитку.

Одним з ефективних засобів психологічної реабілітації, бачків вважає, психологічний тренінг. Психологічний тренінг - це цілеспрямоване відновлення, розвиток, формування окремих психічних функцій, умінь, навичок і якостей особистості, втрачених або ослаблених в силу захворювання або особливостей соціального середовища, які виступають в якості перешкод для успішної самореалізації особистості в різних видах діяльності.

Методи психологічного тренінгу можуть використовуватися в реабілітаційній роботі з дітьми-інвалідами на більш ранніх вікових етапах, ніж інші. Найбільш ефективним є метод розподілу дітей-інвалідів, які відвідують центр супутніх захворювань. Для цього розглядаються індивідуальні особливості кожної патології.

Труднощі відновного лікування дітей з дитячим церебральним паралічем обумовлені не тільки вагою рухового дефекту, але, головним чином, своєрідними особливостями їх розумового та емоційно-вольового розвитку. Тому своєчасно розпочата психологічна допомога є одним з найважливіших ланок системи їх реабілітації.

Правильно підібрані методи психологічної допомоги з урахуванням індивідуально-психологічних особливостей хворих робить позитивний вплив на динаміку їх розумового та особистісного розвитку.

Допомога дітям і підліткам з церебральним паралічем розглядається як система реабілітаційних впливів, спрямованих на підвищення соціальної активності, розвиток самостійності, зміцнення соціальної позиції особистості хворого, формування системи ціннісних установок і орієнтації, розвиток інтелектуальних процесів, які відповідають психічним і фізичним можливостям хворої дитини.

Ефективність допомоги дітям з церебральним паралічем в значній мірі залежить від якісної діагностики.

Процес психологічної діагностики дітей з ДЦП рекомендується розділити на наступні напрямки: психологічна діагностика розвитку моторних функцій, сенсорних функцій, мнемічних, інтелектуальних, а також особливостей мотиваційно-потребової сфери та індивідуально-особистісних характеристик.

Клініко-психологічне обстеження дітей з ДЦП є надмірно складним. Це обумовлено важкою рухової патологією, а також наявністю у більшості дітей інтелектуальних, мовних і сенсорних порушень. Тому обстеження дітей з ДЦП має бути направлено на якісний аналіз отриманих даних. Пред'являються дитині завдання повинні бути не тільки адекватні його хронологічним віком, але і рівнем його сенсорного, моторного та інтелектуального розвитку. Сам процес розвитку необхідно проводити в формі ігрової діяльності, доступної дитині. Особливу увагу слід звернути на рухові можливості дитини з ДЦП. Облік фізичних можливостей хворого дуже важливий при психологічному обстеженні.

Дидактичний матеріал, який використовується при обстеженні, необхідно розташовувати в поле його зору. Обстеження рекомендується проводити в манежі, на килимі або в спеціальному кріслі. При вираженій м'язовій напрузі дитині надають «ембріональну позу». Потім проводять кілька рухів, що гойдає по поздовжній осі тіла. Після цього тонус м'язів значно зменшується, і дитина укладається на спину. За допомогою спеціальних пристосувань дитина фіксується в цьому положенні.

**1.3.Адаптивна фізична культура як фактор соціального здоров'я осіб з обмеженими можливостями.**

Адаптивна фізична культура це система заходів по відновленню або компенсації фізичних можливостей та інтелектуальних здібностей, підвищенню функціонального стану організму, поліпшення фізичних якостей, психоемоційної стійкості та адаптаційних резервів організму людини засобами і методами адаптивної фізичної культури, елементів спорту і спортивної підготовки. Адаптивна фізична культура допомагає у вирішенні взаємопов'язаних оздоровчих, розвиваючих, освітніх та виховних завдань.

Адаптивна фізична культура виконує такі функції:

1. оздоровчу;

2. виховну;

3. розвиваючу.

Вважається, що для виконання цих функцій загальний час навчально-тренувальних занять з дисципліни «Фізична культура» та додаткових самостійних занять фізичними вправами і спортом для кожного студента має становити не менше 5 годин на тиждень.

Основним засобом фізичної культури, що розвиває і гармонізує всі прояви життя організму людини, є свідомі заняття різноманітними фізичними вправами (тілесними рухами), більшість з яких придумані або вдосконалені самою людиною. Вони припускають поступовість зростання фізичних навантажень від зарядки і розминки до тренування, від тренування до спортивних ігор і змагань, від встановлення як особистих, так і загальних спортивних рекордів у міру зростання особистих фізичних можливостей. У поєднанні з використанням сил природи (сонце, повітря і вода), гігієнічних факторів, режиму харчування і відпочинку та в залежності від особистих цілей фізична культура дозволяє гармонійно розвивати та оздоровлювати організм і підтримувати його у відмінному фізичному стані тривалі роки.

Об'єктом фізичної реабілітації в адаптивній фізичній культурі є хворі люди, у тому числі інваліди, які втратили функції на досить тривалий термін, а найчастіше назавжди (наприклад, особи, які перенесли ампутацію кінцівок, видалення враженого органу та ін.).

Все це вимагає значної, а іноді принципової трансформації (пристосування, корекції, або, по-іншому, адаптації) завдань, принципів, засобів, методів, організаційних форм. Саме своєю орієнтацією на хронічних хворих та інвалідів адаптивна фізична культура відрізняється від одного з розділів (видів) загальної фізичної культури, який називається "оздоровчо-реабілітаційна, або лікувальна фізична культура або фізична реабілітація [3, 9]. За сформованою в нашому суспільстві системі поглядів, інвалідами та особами з стійкими відхиленнями в стані здоров'я повинні займатися представники охорони здоров'я, соціального забезпечення, освіти, але не фізичної культури.

Важливу роль в ситуації, що склалася грає недостатня розробленість теоретичних, концептуальних проблем фізичної культури інвалідів. Проведений аналіз вітчизняної та зарубіжної літератури, присвяченої проблемі здоров'я, визначення його якісних і кількісних параметрів, дозволяє стверджувати, що між поняттями "здоров'я людини" і "інвалідність людини" була споруджена непрохідна стіна та що ці поняття трактувалися як взаємовиключні. Зокрема, поняття "здоров'я", викладене в статуті Всесвітньої організації охорони здоров'я як "стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів", фактично ототожнюється з "абсолютним здоров'ям" і, природно, не допускає думки про можливість наявності здоров'я у інваліда, так як він володіє тим чи іншим дефектом. Така постановка питання відмовляла величезній групі людей у фізичній реабілітації та здоровому способу життя, ядром якого є раціональна рухова активність людини або, більш узагальнено, фізична культура. Щоб переконатися в цьому, досить згадати, що допуск до занять фізичною культурою в школі, вузі, в тій чи іншій спортивній секції і тим більше до участі у змаганнях видає лікар, який повинен констатувати відповідний рівень здоров'я у бажаючих брати участь у фізкультурно-спортивної діяльності.

Всі ці положення з урахуванням тієї чи іншої медичної спеціальності цілком зрозумілі. Однак вони, з одного боку, звужують цілі, завдання, засоби, методи, організаційні форми фізичної реабілітації, орієнтують їх в залежності від профілю захворювання або інвалідності на загальноприйняті в офіційній медицині засоби і методи та недооцінюють роль руху і взагалі фізичної культури особистості, яка бере участь в цьому процесі, а з іншого боку, зайвий раз підтверджують, що медична реабілітація знаходиться лише на шляху виходу з рамок лікувально-госпітальної парадигми. Головна мета медицини це лікування конкретних хвороб в лікарнях, поліклініках, санаторіях, реабілітаційних центрах за допомогою ліків і медичної техніки під керівництвом та наглядом фахівців-лікарів, а не максимально можливий розвиток життєздатності людини (здорового, хворого, інваліда), його тілесно-рухових і психічних потенцій, відпущених природою і наявних (що залишилися) в наявності у процесі життя.

Таким чином, на відміну від адаптивної фізичної культури медична реабілітація більшою мірою спрямована на відновлення порушених функцій організму, а не на максимальну самореалізацію людини в нових умовах, що вимагає від хворого або інваліда значно більшої активності і самостійності. Крім того, використовувані в реабілітації цінності, так чи інакше, орієнтовані на складові традиційної медицини: медичну техніку, масаж, фізіотерапію, психотерапію, фармакологію та ін., а не на природні чинники - рух, здоровий спосіб життя, раціональне харчування, загартовування тощо.

ЛФК як метод комплексного лікування, використовує нозологический принцип по найбільш важливим захворюванням, органо-системний підхід при диференціації приватних питань і відображає завдання конкретних напрямків у вітчизняній медицині. Більш того, як вважають фахівці, навіть фізична культура і спорт є організованою формою вторинної профілактики, необхідної для збереження результатів, досягнутих в процесі лікування хворих.

Адаптивну фізичну культуру не можна зводити тільки до лікування і медичної реабілітації. Вона є не тільки і не стільки засобом лікування або профілактики конкретних хвороб, скільки однією з форм, що становлять повноцінне життя людини в його новому стані, що утворився в результаті травми або хвороби. Адаптивний спорт, адаптивна рухова рекреація та інші види адаптивної фізичної культури ставлять завдання максимального відволікання від своїх хвороб та проблем у процесі змагальної або рекреаційної діяльності, яка передбачає спілкування, розваги, активний відпочинок та інші форми нормального людського життя.

Адаптивна фізична культура повинна стимулювати позитивні зрушення організму, формуючи необхідні рухові здібності, розвиваючи фізичні якості, що позитивно позначається не тільки на розвитку і вдосконалення організму, але і особистості в цілому.

В даний час вивчаються найбільш ефективні шляхи використання адаптивної фізичної культури для організації активного відпочинку, перемикання з одного виду діяльності на інший, з метою поліпшення життєдіяльності та підвищення працездатності інвалідів з обмеженими можливостями.

Адаптивну фізичну культури не можна зводити тільки до лікування і медичної реабілітації [22]. Вона більшою мірою спрямована на максимальну самореалізацію особистості, що вимагає активності і самостійності від людини.

Зрозуміло, розглянути зміст, засоби, методи, форми та інші компоненти адаптивної фізичної культури в рамках однієї роботи не надається можливим. Тому розглянемо основні її види та найбільш загальні завдання.

Основним завданням адаптивної фізичної культури є формування у людей з обмеженими можливостями спеціальних знань, необхідних умінь і навичок, спрямованих на розвиток основних фізичних якостей, які підвищують функціональні можливості організму.

Адаптивна фізична культура допомагає відновленню фізичної та розумової працездатності, допомагає відновленню здоров'я, проводить профілактику стомлення, підвищує життєстійкість організму. Основним завданням адаптивної фізичної культури є забезпечення психологічного комфорту, що проявляється у зацікавленості займатися фізичним вихованням.

Адаптивна рухова реабілітація спрямована на відновлення тимчасово втрачених або порушених функцій організму, які виникли внаслідок захворювань, травм, психічних або фізичних перенапруг. Головним завданням є формування адекватної реакції на перенесене захворювання, орієнтація на використання засобів фізичної культури для швидкого відновлення організму.

Адаптивний спорт спрямований на підвищення спортивної майстерності людей з обмеженими можливостями.

Розглянувши зміст і завдання основних видів адаптивної фізичної культури, ми побачили, що вони розкривають величезний потенціал можливостей засобів і методів, кожен з яких, маючи специфічну спрямованість, сприяє не тільки максимальному збільшенню життєздатності людини з обмеженими можливостями, а й всебічному розвитку особистості, набуття самостійності, соціальної активності, вдосконалення в професійній діяльності.

У людини з відхиленнями у фізичному або психічному здоров'ї адаптивна фізкультура формує:

-усвідомлене ставлення до своїх можливостей у непростої життєвої ситуації;

-здатність до подолання не тільки фізичних, а й психологічних бар'єрів, що перешкоджають повноцінній життєдіяльності;

-компенсаторні навички дозволяють використовувати функції різних систем і органів замість відсутніх або порушених;

-здатність до подолання фізичних та психологічних навантажень, які необхідні для повноцінного суспільного життя;

-потреба бути здоровим, вести здоровий спосіб життя;

-бажання покращувати свої фізичні, психологічні та соціальні якості.

Адаптивний спорт, адаптивна рухова рекреація та інші види адаптивної фізичної культури ставлять перед собою завдання максимального відволікання від своїх хвороб і проблем в процесі змагальної або рекреаційної діяльності, яка передбачає спілкування, розваги, активний відпочинок та інші форми нормального життя. До сих пір існує недооцінка тієї обставини, що фізична культура і спорт важливіші для людини з обмеженими можливостями, ніж для благополучних в цьому відношенні людей.

Займаючись улюбленим видом спорту, люди з обмеженими можливостями забувають про свої нещастя, пропадає відчуття ізольованості, відновлюється психологічна рівновага, повертається впевненість в своїх силах, з'являється повага до себе. Участь в змаганнях дає можливість спілкування з іншими людьми, допомагає повернутися до активного життя.

В даний час наша держава усвідомлює ті можливості адаптивної фізичної культури, які допоможуть адаптації та інтеграції людей з обмеженими можливостями в життя суспільства. Яскравим прикладом є параолімпійський рух, який охопив багато регіонів нашої країни. Але, треба визнати, що проблеми фізичної, психологічної та соціальної реабілітації засобами фізичної культури і спорту вирішуються повільно.

Що ж стосується профілактичної медицини, то, безумовно, визнаючи її величезну роль в оздоровленні населення, особливо з урахуванням його сьогоднішнього стану, необхідно звернути увагу на те, що це медицина:

1) по головній меті - профілактика конкретних захворювань;

2) по кадровому забезпеченню - медичні працівники;

3) за коштами - різні лікарські препарати, рекреаційно-реабілітаційні комплекси то ін.

Якщо проаналізувати сучасні технології профілактичної медицини: інгаляція різних лікарських і рослинних препаратів, гало-, аерофіто-, аероіоно-, фототерапія; музична, аудіовізуальна терапія; дієтотерапія; біосауна; гідромасаж; солярій та інші, то стане цілком очевидною їх еколого-медична спрямованість.

Таким чином, відзначаючи безсумнівну користь сучасних технологій профілактичної медицини для інвалідів, підкреслимо, що адаптивна фізична культура передбачає значно ширше залучення методів даного виду культури, що є базою, основою соціалізації особистості інваліда, його адаптації до трудової діяльності або перекваліфікації та взагалі саморозвитку, самовираження і самореалізації.

Таке місце адаптивної фізичної культури серед дисциплін, які активно використовують рух в роботі з різними контингентами населення.

Що ж стосується інших дисциплін, що займаються проблемами осіб, що мають відхилення в стані здоров'я, і ​​інвалідів, то компоненти фізкультурно-спортивної діяльності практично не використовуються. Це пояснюється предметом цих дисциплін, специфічними цілями, завданнями, засобами і методами.

Те ж саме можна сказати і про цілий ряд дисциплін, що розглядають окремі компоненти здоров'я і здорового способу життя. Наприклад, гігієна вивчає головним чином середовище проживання, дієтологія - переважно лікувальне харчування тощо.

Повертаючись до проблеми підготовки фахівців для роботи з інвалідами в галузі фізичної культури, необхідно констатувати, що тут вже зроблено перші кроки, є певний, хоча і невеликий досвід, опубліковані наукові статті та навчальні матеріали.

Розглянемо основні положення концепції адаптивної фізичної культури.

Зрозуміло, розглянути зміст, засоби, методи, форми та інші компоненти адаптивної фізичної культури в рамках однієї роботи не представляється можливим. Тому тут конспективно розглянемо основні її види та найбільш загальні завдання.

Зміст адаптивного фізичного виховання (освіти) направлено на формування у інвалідів і людей з відхиленнями в стані здоров'я комплексу спеціальних знань, життєво і професійно необхідних рухових умінь і навичок; на розвиток широкого кола основних фізичних і спеціальних якостей, підвищення функціональних можливостей різних органів і систем людини; на більш повну реалізацію його генетичної програми і, нарешті, на становлення, збереження і використання решти в наявності тілесно-рухових якостей інваліда.

Основне завдання адаптивного фізичного виховання полягає в формуванні у займаються усвідомленого ставлення до своїх сил, твердої впевненості в них, готовності до сміливих і рішучих дій, подолання необхідних для повноцінного функціонування суб'єкта фізичних навантажень, а також потреби в систематичних заняттях фізичними вправами і взагалі в здійсненні здорового способу життя.

Якщо згадати термінологію, запропоновану Л. П. Матвєєвим, то слід врахувати, що в зміст адаптивного фізичного виховання (освіти) включено також зміст адаптивної базової (шкільної) і адаптивної професійно-прикладної фізичної культури. Адаптивний спорт. Зміст адаптивного спорту (як базового, так і вищих досягнень) направлено, перш за все, на формування у інвалідів (особливо талановитої молоді) високої спортивної майстерності і досягнення ними найвищих результатів в його різних видах у змаганнях з людьми, що мають проблеми зі здоров'ям.

Адаптивний спорт у даний час розвивається переважно в рамках найбільших міжнародних Параолімпійського і Спеціального олімпійського рухів.

Виходячи з концепції І.М. Биховський, що розглянула проблеми людської тілесності в соціокультурному вимірі, саме адаптивний спорт, з обов'язковою участю інвалідів в навчально-тренувальному процесі та системі різних (включаючи міжнародні) змагань, створює найбільш сприятливі умови саме для культурного буття їх тілесності, найважливішим атрибутом якого є спілкування, участь в діалозі двох "я" [5].

Основне завдання адаптивного спорту полягає в формуванні спортивної культури інваліда, залученні його до суспільно-історичного досвіду в даній сфері, освоєнні мобілізаційних, технологічних, інтелектуальних та інших цінностей фізичної культури.

Адаптивна фізична рекреація. Зміст адаптивної фізичної рекреації направлено на активізацію, підтримку або відновлення фізичних сил, витрачених інвалідом під час будь-якого виду діяльності (праця, навчання, спорт та ін.), На профілактику стомлення, розваг, цікаве проведення дозвілля і взагалі на оздоровлення, поліпшення кондиції, підвищення рівня життєстійкості через задоволення або з задоволенням.

Найбільший ефект від адаптивної фізичної рекреації, основна ідея якої полягає в забезпеченні психологічного комфорту і зацікавленості, полягає в тому, що людина займається за рахунок повної свободи вибору засобів, методів і форм занять.

Основне завдання адаптивної фізичної рекреації полягає в прищепленні особистості інваліда перевірених історичною практикою світоглядних поглядів Епікура, який проповідував філософію (принцип) гедонізму, в освоєнні інвалідом основних прийомів і способів рекреації.

Адаптивна рухова реабілітація. Зміст адаптивної рухової реабілітації направлено на відновлення у інвалідів тимчасово втрачених або порушених функцій (крім тих, які втрачені або зруйновані на тривалий термін у зв'язку з основним захворюванням, що є причиною інвалідності) після перенесення різних захворювань, травм, фізичних і психічних перенавантажень, що виникають у процесі будь-якого виду діяльності або тих чи інших життєвих обставин.

Основне завдання адаптивної рухової реабілітації полягає у формуванні адекватних психічних реакцій інвалідів на те чи інше захворювання, орієнтації їх на використання природних, екологічно виправданих засобів, що стимулюють швидке відновлення організму; в навчанні їх умінням використовувати відповідні комплекси фізичних вправ, прийоми гідровібромассажа і самомасажу, гартують і термічні процедури, і інші засоби (су джок акупунктура і т.п.) [32]. Таким чином, були розглянуті зміст і завдання основних видів адаптивної фізичної культури. Вони розкривають потенціал можливостей засобів і методів адаптивної фізичної культури, кожен з яких, маючи специфічну спрямованість, сприяє в тій чи іншій мірі не тільки максимально можливому збільшенню життєздатності інваліда, а й всебічному розвитку особистості, набуття самостійності, соціальної, побутової, психічної активності і незалежності, вдосконалення в професійній діяльності і взагалі досягненню видатних результатів в житті.

**РОЗДІЛ 2**

**Аналіз досвіду роботи товариств З реабілітації інвалідів засобами адаптивної фізичної культури**

**2.1. Дослідження ставлення інвалідів до фізичної культури і спорту**

Аналіз дослідження ставлення інвалідів до фізичної культури і спорту, було проведено експериментальне дослідження. У дослідженні брали участь інваліди в кількості 30 чоловік. З них чоловіків - 13, а жінок - 17.

1. З 20 - до 30 років (8 осіб)

2. З 31 - до 40 років (7 осіб)

3. З 41 - до 50 років (10 осіб)

4. З 51 - до 60 років (4 осіб)

5. З 60 - і вище (1 ооба)

Їм була запропонована анкета, в якій містилися 12 питань. Питання були наступного характеру:

1. Ваша стать

2. Ваш вік

3. Як Ви ставитеся до спорту і фізичної культури?

4. Чи робите Ви вранці зарядку?

5. Чи берете Ви в будь - яких спортивних заходах?

6. Чи є Ви учасником спортивних (групах, командах, клубах)

7. Як часто ви відвідуєте спортивні тренування?

8. Протягом якого часу ви займаєтеся спортом?

9. Чи викликають у вас підвищену стомлюваність фізичні навантаження 45 хвилин в день?

10. Чи відчуваєте ви поліпшення від фізкультурних занять?

11. Чи вважаєте Ви, що в вашому місті достатньо секцій і що вони доступні?

12. Чи вважаєте винужним створювати якомога більше клубів і спортивних секцій для людей з обмеженими можливостями?

Результати анкетування представлені в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

**Дослідження ставлення інвалідів до фізичної культури і спорту**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **за ознакою** | **За віком** | **Кількість осіб у відсотках** |
| 1. За статтю | 30 анкет – 100% | жінок – 57%  чоловіків – 43% |
| 1. За віком | с 20 – до 30 р.  с 31 – до 40 р.  с 41 – до 50 р.  с 51 – до 60 р.  с 60 – і вище … | (8 осіб) – 26%  «8:30\*100» = 26%  (7 осіб) – 23%  (10 осіб) – 35%  (4 осіб) – 13%  (1 осіб) – 3%  (разом): 100% |
| 1. Чи вважаєте Ви, що у нашому місті досить секцій та що вони доступні? | А) Так  Б) Ні  В) Важко відповісти | 11 – 36%  12 – 40%  7 – 4% |
|  | «Так» | 36% |
|  | «Ні» | 40% |
|  | «Важко відповісти» | 4% |

**2.2. Аналіз діяльності організацій товариств інвалідів**

Останнім часом проблема всебічної інтеграції інвалідів набула великого значення та актуальністі. Досягти цього можна лише давши інвалідам можливість самим забезпечувати себе, реалізуватися як особистість в трудовій діяльності, в родині, в культурному дозвіллі, в дружньому спілкуванні. На ґрунті процесів демократизації та гуманізації в Україні нагальною потребою стало оновлення й розвиток сучасної державної політики, спрямованої на соціалізацію осіб з обмеженими можливостями з метою забезпечення високого рівня інтеграції означеної групи у суспільство.

Встановлено, що сьогодні в нашій державі по відношенню до сімей, які мають дітей з обмеженими можливостями, здійснюється соціальний захист шляхом надання комплексу соціальних послуг, впровадження інноваційних механізмів та напрямів підтримки родини; фахового соціального супроводу; впровадження програм підвищення кваліфікації фахівців закладів, які надають соціальні й реабілітаційні послуги дітям з обмеженими можливостями; залучення якнайширшого кола громадськості до вирішення проблем дітей з обмеженими можливостями та їхніх сімей. Важливим для громадянського суспільства загалом і для кожної особистості зокрема, є почуття власної гідності, свободи, права на життя та професійні уподобання. Держава не завжди у змозі створити умови для забезпечення належної якості життя, хопити всі проблемні ланки, врахувати всі індивідуальні потреби. Тому ініціатива, спрямована на формування громадського суспільства, є одним з важливих завдань сучасного свідомого громадянина. Право громадян на свободу об’єднань є невід’ємним правом кожної особистості, закріпленим Загальною декларацією прав людини. Сьогодні функціонує велика кількість громадських організацій, але не всі вони мають можливість здійснювати свою діяльність на належному, ефективному рівні. Проблеми розвитку та становлення громадських організацій в Україні відображено у наукових працях таких вітчизняних дослідників, як: О. Балдинюк, Ю. Горемикіної, Н. Загребельної, В. Звонар, В. Новікової, В. Новохацького та ін. Водночас, аналіз праць українських учених за останнє десятиріччя засвідчив, що питання громадських організацій осіб з обмеженими можливостями, як структурного елементу успішної соціалізації людини, не було предметом комплексного наукового дослідження в Україні.

Аналіз діяльності українських громадських організацій, спрямованих на соціалізацію осіб з обмеженими можливостями, допомогу в реалізації їхніх життєвих планів, захисті громадянських прав та свобод. Досвід розвинених країн свідчить, що саме «треті», «неприбуткові сектори» (громадські організації) відіграють важливу роль у забезпеченні захисту інтересів громадян як перед державою, так і в ринкових відносинах. Адже саме неурядові організації сприяють реалізації громадської ініціативи, усвідомленню громадянами колективних потреб, а також необхідності об’єднання з метою досягнення спільних, соціально значущих цілей, не маючи при цьому стремління отримати прибуток [3]. Не є винятком і особи з обмеженими можливостями, потреба яких в об’єднанні, згуртуванні задля реалізації власних інтересів та задоволення життєво необхідних потреб підсилюється особливістю їхнього становища у суспільстві. Гострим питанням сучасності є позиція та умови, в яких проживають особи з обмеженими можливостями. Звичайно, останні десятиріччя підняли «залізну завісу» дискримінації та відкрили їм шлях до здобуття освіти, професійних навичок до спорту, відпочинку, спілкування з соціумом. Та, незважаючи на це, більшість осіб з обмеженими можливостями, що потребують належного ставлення, догляду, статевого виховання, відповідних соціально-педагогічних умов, залишаються на узбіччі суспільного життя. Брак медико-психолого-педагогічних послуг змушує об’єднуватися батьків дітей та молоді з обмеженими можливостями, самих хворих та всіх, хто не байдужий до потреб та проблем цієї категорії населення, у громадські організації. Відповідно до Державної цільової програми «Молодь України» (2009) передбачено активну співпрацю органів державної влади з громадськими і благодійними організаціями, що дасть змогу запровадити ефективний механізм партнерства та взаємодії [12]. Адже громадські об’єднання надають соціально важливі послуги особам з обмеженими можливостями, створюючи умови для їхнього особистісного та соціального розвитку. Із загальної кількості в українському суспільстві громадських об’єднань, яких налічується близько 18 тис., понад 900 організацій зосереджують свою діяльність на проблемах осіб з обмеженими можливостями. Найбільш тривалий час в Україні діє Українське товариство сліпих та Українське товариство глухих. Метою їх заснування у 1933 р. було організаційне об’єднання громадян з вадами зору та слуху, надання їм всебічної допомоги у професійній, трудовій і соціальній реабілітації, підвищення їхнього загальноосвітнього та культурного рівня [25]. Нині активно ведуть роботу Всеукраїнська організація інвалідів «Союз організацій інвалідів України», «Національна Асамблея інвалідів України». Метою діяльності цих організацій є розв’язання проблем осіб з обмеженими можливостями, створення рівних з іншими громадянами можливостей, консультування та сприяння у працевлаштуванні інвалідів, розвиток діяльності реабілітаційних центрів та міжнародної співпраці. Активно діють фонд «Крок за кроком», «Всеукраїнська громадська організація наукового товариства інвалідів», Всеукраїнська громадська організація «Коаліція захисту прав інвалідів та осіб з інтелектуальною недостатністю», Всеукраїнська благодійна організація «Даун Синдром», громадська організація «Сонячне коло» для дітей з аутизмом, організація сприяння дітям з обмеженими можливостями з дитинства «Церебрал», Всеукраїнський фонд соціальної допомоги інвалідам з вадами слуху, благодійне товариство допомоги особам з інтелектуальною недостатністю «Джерела», міжнародний благодійний фонд, що надає допомогу та опіку дітям-інвалідам Чорнобиля, фонд Віктора Пінчука, благодійна організація для людей з обмеженими можливостями «Життя без обмежень» та ін. Цікавою, на наш погляд, є діяльність молодого міжнародного руху молоді «Допомога молодим» під керівництвом Р. Бекназарова. Місія цієї організації полягає у поліпшенні способу життя шляхом створення принципово нових технологій, що потребує нового мислення і нових нетрадиційних підходів до реалізації, розвитку і підтримки талановитих молодих людей, у томі ж числі з обмеженими можливостями [31]. Організація не тільки збирає кошти на цікаві молодіжні проекти, а також: впроваджує стипендіальні програми для талановитої молоді, надає гранти молодим науковцям, проводить конкурси кращих бізнес-планів та підтримує інвестиційно-привабливі проекти, проводить програми обміну між студентами та молодими науковцями вищих навчальних закладів різних країн; підтримує та розвиває творчі ініціативи молодих митців, організовує виставки, мистецькі події, спектаклі та фестивалі. Розглядаючи діяльність громадських організацій в Україні як одну із педагогічних умов соціального виховання дітей та молоді з обмеженими можливостями, можемо зазначити, що сьогодні про функціонування більшості з них відомо тільки зацікавленим особам. «Здорова» частина населення, на жаль, мало інформована про соціальні проекти об’єднань, і відповідно не може бути зацікавлена в діяльності цих організацій та брати участь у їхніх заходах. Однією з важливих, на нашу думку, умов соціалізації індивідів, особливо дітей та молоді з обмеженими можливостями, є діяльність релігійних осередків та вплив релігії загалом. Сучасна українська церква є незалежною від держави, не має достатнього фінансування, широкого впливу на соціальну діяльність у напрямі роботи з дітьми та молоддю з обмеженими можливостями. На жаль, у нас немає такої традиції як, скажімо у Європі, щоб церковна громада брала на себе турботу про дітей та молодь з обмеженими можливостями. Більшості з них доводиться розмовляти з Богом наодинці чи в колі сім’ї, що, звичайно, не сприяє до соціалізації та гармонізації особистості в суспільстві. Звичайно, робота, спрямована на допомогу означеної категорії населення, проводиться, хоча і не на рівні як хотілося чи треба було. Однак як позитив відзначимо діяльність Міжнародного благодійного фонду «Карітас України», заснованого у 1994 році для координації зусиль доброчинних організацій місцевих громад. Завдяки діяльності «Карітас України» на сьогодні сформована та розширюється мережа місцевих благодійних організацій, розвивається співпраця з вітчизняними та європейськими партнерами. Місія та цілі організації, її безкорислива діяльність, спрямована на надання матеріальної та фінансової допомоги, а також благодійних послуг особам, незалежно від раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, мови або інших ознак, які потребують соціальної допомоги та захисту, що сприяє духовному та моральному відродженню людей [22]. Релігія та церква, що мають величезний вплив на свідомість людини, а також можливість наповнити її духовний світ, підтримати, пробудити бажання до життя, доступні не для всіх бажаючих осіб з обмеженими можливостями в нашій державі. Переваги релігії, як одного з інститутів соціалізації осіб з обмеженими можливостями, полягають у можливості залучити до допомоги, вияв милосердя, благодійності, відповідного гуманного ставлення, взаємного розуміння та прийняття осіб цієї категорії велику частину громадськості, починаючи від дітей дошкільного віку до літніх людей. Тож, повернення до релігії та її концепцій наразі є одним із важливих завдань сучасного суспільства [14]. Тож для удосконалення процесу соціалізації, реабілітації та соціального захисту, спрямованого на вирівнювання життєвих шансів життя осіб з обмеженими можливостями у процесі життя, пропонуємо такі заходи:

– впровадити діагностування з метою встановлення причин малорезультативних дій соціальної допомоги, недостатнього рівня соціального виховання та висвітлення його результатів у засобах масової інформації;

– підвищити рівень готовності соціальних працівників до роботи з сім’ями, що мають осіб з обмеженими можливостями, формальними інституціями та громадськими організаціями;

– розробити та впровадити ефективні методи комплексної реабілітації з метою реалізації єдиної соціальної політики для сімей, що виховують дитину з обмеженими можливостями;

– розширити доступність батьків та осіб з обмеженими можливостями до інформації, що стосується діагнозу та програм, спрямованих на реабілітацію та соціалізацію;

– підсилити мотиваційну діяльність суспільства та осіб з обмеженими можливостями шляхом впровадження інноваційних загальногромадських акцій, соціальних сімейних проектів та конкурсів;

– створити «інтеграційні майстерні» для наукового обміну з питань реабілітації і навчання дітей та молоді з обмеженими можливостями та роботи з їхніми батьками;

– удосконалити соціальну реабілітаційно-професійну структуру (впровадити діяльність майстерень навчальної терапії, закладів професійної активності);

– підвищити ефективність діяльності громадських організацій;

– розширити спектр технічних засобів реабілітації та «універсального дизайну» приміщень та інших місць доступу; що дасть змогу розширити навички спілкування та задоволення культурних потреб;

– більше залучати волонтерів з педагогічною освітою, які могли б ефективно допомагати дітям та молоді з обмеженими можливостями, їх сім’ям; запрошувати до волонтерської діяльності.

Кроки у цьому напрямі потребують підтримки державних установ, громадських організацій, аби сприяти поширенню духовності, гуманності, толерантності не тільки серед здорового населення, а й серед дітей та молоді з обмеженими можливостями. Отже, рівень соціально-виховної роботи з особами, що мають обмежені можливості, спонукає до пошуку новітніх методів та підходів, сформованих на популяризацію ідеї здорового способу життя, рівності прав та можливостей, широкої інформованості, а насамперед – зміни ментальності соціального середовища.

Для успішного вирішення цих питань працюють товариства інвалідів. Вони організовують свою діяльність на наступних принципах: гуманізму, милосердя, добровільності, самоврядування, законності, поваги особистої гідності, думки кожного, недопущення дискримінації інвалідів за ознаками категорії, групи інвалідності, ознаками віку, релігійними та політичними переконаннями. Проведиться багато заходів це виставки малюнків дітей інвалідів. Юні художники діляться з оточуючими хорошим настроєм і потаємними мріями за допомогою образотворчого мистецтва, за допомогою художньо поетичної творчості на конкурсі. В організаціях проходять виставки творчості інвалідів, конкурси художньої самодіяльності, переможці нагороджуються цінними подарунками та дипломами. Проводять виставки творчості людей з обмеженими фізичними можливостями, на яких представлені плетіння виробів з лози, в'язання гачком та спицями, картини вишиті хрестом, ікони та інші вироби. Проводяться благодійни акції "Допоможи зібратися в школу" де всім дітям з сімей інвалідів було надано матеріальну допомогу, у вигляді навчальних приладдя, одягу, взуття. Всі заходи проводилися на гроші підприємців та власні кошти.

Молодь з бажанням займається в художній самодіяльності, ставить свої міні спектаклі і виступає в соціальних будинках, у військових частинах і на заходи, що проводяться в суспільстві. В інших організаціях молодь бере участь у художній самодіяльності спільно з товариствами ветеранів. Працюють спортивні секції, де їм надається певний час для тренувань.

**2.3. Адаптивна фізична культура як основа реабілітації інвалідів засобами фізичної культури і спорту**

Інтеграція інвалідів в суспільство це багатогранний процес зміни сфери свідомості хворої людини від зневіри і пасивності до активності та бажання докладати максимальних зусиль для відновлення свого здоров'я і повноцінного спілкування з навколишнім соціумом. Випадання людей з обмеженими можливостями здоров'я з культурно і соціально обумовленого простору внаслідок порушення адекватних взаємозв'язків із середовищем пояснюється невідповідністю соціального, психологічного та психофізіологічного статусу інваліда вимогам соціальної ситуації [24]. У багатьох хворих є різноманітні за ступенем тяжкості порушення, пов'язані з переживанням страху, тривоги, фізичного болю, що негативно позначається на їхній поведінці, підсилює соматичні захворювання і психосоціальні відхилення. Емоційне неблагополуччя ускладнює життєдіяльність людини, обмежує можливості спілкування, знижує активність діяльності, патологічно впливає на розвиток особистості. Інтеграція людей з обмеженими можливостями здоров'я нерозривно пов'язана з системою комплексної фізичної реабілітації інвалідів, основними принципами побудови якої є наступні:

1. Людина з обмеженими можливостями сам по собі не є джерелом проблем і труднощів: їх створює інвалідність.

2. Інвалідність - це не стільки медична проблема, скільки проблема соціальна, проблема нерівних можливостей.

3. Не існує панацеї - чудодійного засобу - для подолання всіх проблем, пов'язаних з інвалідністю, тому необхідно використовувати всі доступні резерви суспільства.

4. Обсяг особистісно орієнтованої допомоги визначається на основі визнання гідності і цінності кожної особистості та залежить від ступеня обмеження можливостей, а також від конкретної ситуації [32]. На даний час реабілітацію людей з обмеженими можливостями здоров'я стали розглядати як складну соціально-медичну проблему, що включає різні аспекти: медичні, фізичні, психологічні, професійні, соціально-економічні [3]. Медичний та фізичний аспекти реабілітації припускають відновлення життєдіяльності хворої людини за допомогою комплексного використання різних засобів, спрямованих на максимальне відновлення порушених фізіологічних функцій організму, а в разі неможливості досягнення цього - розвиток компенсаторних та замісних функцій. Психологічний аспект реабілітації спрямований на корекцію психічного стану хворого, а також формування у нього позитивного ставлення до лікування, лікарських рекомендацій, виконання реабілітаційних заходів. Професійний аспект реабілітації торкається питань навчання інваліда необхідним і допустимим для нього трудовим діям, формування навичок самообслуговування, професійної орієнтації та професійного навчання згідно з його можливостями. Соціально-економічна реабілітація полягає в тому, щоб забезпечити інваліду економічну підтримку та соціальну повноцінність. Таким чином, реабілітація людей з обмеженими можливостями здоров'я це багатогранний процес відновлення їх здоров'я і інтеграції в соціальне життя. Всі види реабілітації: медичну, трудову, соціальну треба розглядати в єдності і взаємозв'язку [4]. Фізична реабілітація це складова частина медичної, соціальної та професійної реабілітації, система заходів щодо відновлення або компенсації фізичних можливостей та інтелектуальних здібностей, підвищенню функціонального стану організму, поліпшення фізичних якостей, емоційної стійкості та адаптаційних резервів організму засобами і методами фізичної культури, елементів спорту і спортивної підготовки, масажу, фізіотерапії та природних факторів. Фізична культура це особлива галузь культури, яка виконує реабілітаційну роль шляхом розвитку рухового апарату, підвищення працездатності, задоволення потреби у спілкуванні, відновленні психологічного статусу, самореалізації при заняттях спортом. Організація занять осіб з порушеннями фізичного розвитку фізкультурою і спортом покладено на установи фізкультури і спорту, охорони здоров'я, освіти, соціального захисту населення [6]. Велику роботу по здійсненню реабілітації інвалідів засобами фізичної культури, спорту також проводять громадські організації інвалідів. Особливе місце у відновленні фізичних сил інвалідів, оздоровленні, перемиканні на інший вид діяльності, підтримці фізичних кондицій, самовихованні духовних сил і життєстійкості має адаптивна рухова рекреація, яка переслідує такі цілі:

- підтримка гармонійного фізичного і функціонального розвитку;

- розвиток рухових здібностей;

- вдосконалення та поглиблення основних рухових умінь і навичок;

- зміцнення і розширення знань з питань фізичної культури;

- вироблення і зміцнення позитивного ставлення до активних форм відпочинку через зміцнення навику до регулярної рухової діяльності;

- зміцнення світоглядних поглядів; - розвиток естетичного смаку до рухової діяльності;

- розвиток творчих здібностей;

- загартовування організму, зміцнення гігієнічних навичок, здібностей вести здоровий спосіб життя.

Особливість усіх видів адаптивної фізичної культури полягає в тому, що кожна вправа і навантаження в цілому несуть корекційну спрямованість, а їх багаторазове повторення - розвиваючу. Принципами адаптивної фізичної культури э принципи сполученого розвитку координаційних і кондиційних фізичних здібностей; вікової адекватності педагогічних впливів; оптимальності педагогічних впливів; варіативності педагогічних впливів; діагностики рівня розвитку фізичних здібностей.

В умовах виконання фізичних вправ зусилля може проявлятися одноразово, багаторазово в циклічних і ациклічних рухах, проти великого або невеликого опору, з високою швидкістю або повільно, при різному стані м'язів - розслабленому або напруженому. При цьому можуть мати місце різні режими роботи м'язів: динамічний (долає і поступається), ізометричний (статичний) і численні форми змішаного режиму [26]. Залежно від переважної ролі цих факторів розвиваються ті чи інші форми силових здібностей - власне силові або швидкісно-силові. М'язова сила це сукупність психічних, морфологічних і фізіологічних компонентів організму (інвалідів та осіб з обмеженими можливостями), єдність яких в структурі рухової функціональної системи забезпечує здатність до подолання зовнішнього опору або протидії йому з допомогою м'язових напружень. На рівень прояву силових здібностей впливають:

⎯ функціональний потенціал центральної і периферичної нервової системи;

⎯ функціональний потенціал нервово-м'язової системи і костносвязочних апарату;

⎯ синхронність включення «швидких» рухових одиниць;

⎯ загальна маса тіла, структура, фізіологічний поперечник, довжина м'язів;

⎯ концентрація енергетичного матеріалу, інтенсивність ресинтезу АТФ;

⎯ тип вищої нервової діяльності, особливості характеру і поведінки.

Засобами силової підготовки є вправи з підвищеним опором, які передбачають свідомий і активний вплив на організм з метою вдосконалення його анатомічних, фізіологічних і психологічних властивостей. Виділяють наступні групи вправ, спрямованих на розвиток м'язової сили:

1) вправи з подоланням маси власного тіла;

2) вправи із зовнішнім опором;

3) вправи в ізометричному режимі.

У реальній практиці фізичної культури інвалідів та осіб з обмеженими можливостями методика розвитку м'язової сили реалізується в двох напрямках:

1) загальна силова підготовка, спрямована на досить повний розвиток всіх м'язових груп, розглядається як базовий рівень силових здібностей;

2) спеціальна силова підготовка, спрямована на розвиток силових здібностей, формування компенсаторних механізмів, стосовно певного виду діяльності (професійної, побутової, спортивної, рекреаційної та ін.).

В якості методу розвитку м'язової сили для інвалідів з ураженнями опорно-рухового апарату застосовується електроміостімуляція, яка, як і силові вправи, призводить до збільшення фізіологічного поперечника і сили м'язів.

Швидкісні здібності це сукупність психічних, морфологічних і фізіологічних компонентів організму (інвалідів та осіб з обмеженими можливостями), єдність яких в межах функціональної системи забезпечує здатність здійснювати рухові дії з мінімальною затратою часу. Основними факторами, що впливають на прояв швидкісних здібностей, є:

⎯ функціональний потенціал центральної і периферичної нервової системи;

⎯ функціональний потенціал сенсорних систем;

⎯ функціональний потенціал психічних функцій - відчуттів, сприйняття, уваги;

⎯ функціональний потенціал нервово-м'язової системи;

⎯ синхронність і швидкість включення «швидких» рухових одиниць при м'язовому скороченні;

⎯ сила м'язів і здатність до їх розслаблення;

⎯ рівень координаційних здібностей (рівноваги, орієнтування в просторі та ін.);

⎯ ступінь освоєння техніки рухової дії;

⎯ тип вищої нервової діяльності, особливості характеру і поведінки.

У інвалідів та осіб з обмеженими можливостями як мінімум один або кілька факторів мають дефектну основу і тому гальмують розвиток швидкісних здібностей. Ця обставина вимагає пошуку засобів і методів їх розвитку з урахуванням первинного дефекту, стану опорно-рухового апарату, збереження сенсорних систем і психічних функцій та ін. Швидкісні здібності мають складну структуру, в якій виділяють:

⎯ здатність швидко реагувати на зовнішній сигнал (2 типу реакцій: проста - час реагування рухом на раптовий сигнал і складна двох видів - реакція на рухомий об'єкт і реакція вибору);

⎯ здатність до швидкого виконання одиночних рухових дій;

⎯ здатність підтримувати максимальний темп рухів;

⎯ здатність до швидкого початку дій (стартове прискорення).

Розвиток швидкісних здібностей необхідно проводити диференційовано, удосконалюючи окремо незалежні форми їх прояву. Витривалість це сукупність психічних, морфологічних і фізіологічних компонентів організму (інвалідів та осіб з обмеженими можливостями), що забезпечує його стійкість до стомлення в умовах м'язової діяльності [25].

Розвиток витривалості пред'являє підвищення вимоги до наступних функціональних систем і залежить від їх стану:

⎯ функціональний потенціал ЦНС;

⎯ функціональний потенціал опорно-рухового апарату;

⎯ функціональний потенціал вегетативних функцій (серцево-судинної і дихальної);

⎯ наявність енергетичних ресурсів в організмі; ⎯ особистісно-психологічні особливості (тип вищої нервової діяльності, властивості темпераменту, характеру, здатність до вольових зусиль);

⎯ рівень освоєння техніки рухової дії. Вимірюють витривалість часом, протягом якого виконується рухова робота:

⎯ тривалість виконання вправ циклічного характеру (бігу, плавання, їзди в колясці) без зниження швидкості;

⎯ тривалість роботи на велоергометрі при ручному або ножному педалюванні (для осіб з ураженнями опорно-рухового апарату);

⎯ тривалість збереження координаційної стабільності рухів при виконанні стандартної серійної навантаження «до відмови»;

⎯ фізіологічні та біохімічні показники енергетичних ресурсів організму (максимальне споживання кисню, вміст молочної кислоти в крові та ін.) [32].

Виділяють загальну і спеціальну витривалість. Загальна витривалість - здатність тривалий час виконувати роботу помірної інтенсивності, спеціальна - здатність виконувати роботу заданої інтенсивності, долати стомлення в конкретному виді діяльності. Гнучкість це комплекс психологічних, морфологічних і фізіологічних компонентів організму (інвалідів та осіб з обмеженими можливостями), що забезпечує здатність виконувати рухи з максимальною амплітудою. Цей комплекс включає наступні фактори:

⎯ морфологічний і функціональний стан центральної і периферичної нервової системи (нервова регуляція тонусу м'язів, рівень міжм'язової координації);

⎯ морфологічний і функціональний стан суглобів (суглобової поверхні, суглобових капсул, позасуглобових зв'язок, наявність вираженої або придбаної тугорухливості);

⎯ психологічний стан (поріг больових відчуттів, здатність до вольових зусиль). Педагогічними завданнями при направленому розвитку гнучкості є:

1) забезпечення розвитку гнучкості в тій мірі, в якій це необхідно для виконання рухів з повною амплітудою, без шкоди для нормального функціонування опорно-рухового апарату;

2) запобігти, наскільки це можливо, втрати досягнутого рівня гнучкості, мінімізувати її регрес;

3) забезпечити відновлення гнучкості, втраченої в результаті захворювань, травм та інших причин.

Виділяють активну і пасивну гнучкість. Активна гнучкість - здатність досягати максимальної амплітуди рухів за рахунок роботи м'язів, що проходять через суглоб, пасивна - за рахунок дії сторонніх сил. При розвитку гнучкості необхідно враховувати деякі загальні закономірності:

1. Розвиток гнучкості тісно пов'язаний з розвитком м'язової сили. Але гіпертрофія м'язів, що викликається масованим застосуванням силових вправ, може привести до обмеження розмаху рухів. З іншого боку, форсований розвиток гнучкості без відповідного зміцнення м'язово-зв'язкового апарату може викликати «розхитаність» в суглобах, перерастяжения, порушення постави.

2. Для розвитку активної гнучкості поряд з розтягуючими вправами, які виконуються за рахунок м'язових зусиль, ефективні і силові вправи динамічного і статичного характеру, а також повільні динамічні вправи з утриманням статичних поз в кінцевій точці амплітуди.

3. Активна гнучкість розвивається у 1,5-2 рази повільніше, ніж пасивна. Прийнято розрізняти гнучкість загальну і спеціальну. У адаптивної фізичної культури загальна гнучкість реалізується в усі вікові періоди життя і полягає у всебічному поступальному її розвитку, що гарантує досить повну амплітуду в різних видах рухів. Спеціальна гнучкість реалізується в двох напрямках:

1) в адаптивному спорті, де підвищення рухливості в суглобах досягається підбором родинних за структурою вправ, що впливають на суглоби і м'язи, що визначають результат в обраному виді спорту;

2) в процесі відновлення рухливості суглобів засобами ЛФК.

Координаційні здібності це сукупність психологічних, морфологічних, фізіологічних компонентів організму (інвалідів та осіб з обмеженими можливостями), єдність яких в межах функціональної системи забезпечує продуктивну рухову діяльність, вміння доцільно будувати рух, керувати ним і в разі необхідності швидко перебудовувати його[27]. До факторів, що впливає на прояв координаційних здібностей інвалідів, відносяться:

⎯ функціональний стан центральної і периферичної нервової системи;

⎯ рівень м'язової координації, що забезпечує техніку рухових дій;

⎯ тип вищої нервової діяльності, особливості характеру і поведінки;

⎯ стан вищих психічних функцій, психологічна стійкість, здатність аналізувати і швидко приймати рішення в умовах раптово мінливих умов;

⎯ функціональний стан рухового, зорового, слухового, тактильного та інших аналізаторів.

У структуру координаційних здібностей входять наступні складові:

1. Координація рухів це здатність до впорядкованих узгодженим рухам тіла і його частин.

2. Диференціювання зусиль, часу, простору і ритму - комплексна характеристика, що відображає точність оцінювання, відмірювання та відтворення заданих параметрів руху.

3. Орієнтування в просторі це здатність до визначення і зміни положення тіла і окремих його частин в пространственновременном поле.

4. Ритмічність рухів - здатність засвоєння заданого ритму рухів.

5. Рівновага - здатність до збереження стійкої пози в статичних і динамічних вправах, на обмеженої, рухомої опорі.

6. Швидкість реагування - здатність відповідати рухом на різні зовнішні сигнали (зорові, слухові), перебудовувати рух в умовах, що змінюються.

7. Точність дрібної моторики це здатність відтворювати тонкі рухи кистями, пальцями рук відповідно до поставлениго завдання.

8. Розслаблення - здатність до довільного і раціонального зниження напруги м'язів.

Одним з важливих принципів адаптивної фізичної культури є коррекційна, развіваюча спрямованість реабілітаційних впливів. Корекційно-розвиваючі завдання спрямовані на забезпечення повноцінного фізичного розвитку, підвищення рухової активності, відновлення і вдосконалення психофізичних здібностей, профілактику і попередження вторинних відхилень, таких як порушення пізнавальної діяльності, емоційно-вольової сфери та особистості. Адаптивна фізична культура позитивно впливає на стан здоров'я і загальний психофізичний стан людей з обмеженими можливостями здоров'я та ефективно вирішує актуальну проблему їх соціалізації. Адаптивна фізична культура допомагає людям з обмеженими можливостями здоров'я у вирішенні багатьох проблем:

- дозволяє усунути або послабити несприятливі наслідки урбанізації життя, зокрема: нервово-емоційні перевантаження, гипокинезию і надмірне нераціональне харчування, домагатися підвищення працездатності населення і зниження рівня «хвороб століття»;

- забезпечує достатню м'язову активність і стимулює природний імунітет

- несприйнятливість організму до хвороботворних впливів;

- забезпечує при виході людини з повсякденних, одноманітних і утомливих умов життя перемикання нервово-емоційної сфери на нові об'єкти зовнішнього середовища, відволікання його від утомляющих і часом негативних впливів повсякденності;

- виховує почуття колективізму, допитливості, патріотизму, спраги подолання перешкод і інші цінні морально-вольові якості, які відіграють вирішальну роль в профілактиці нервово-психічних захворювань і розладів;

- забезпечує підвищення рівня обмінних процесів, діяльності ендокринної системи і тканинного імунітету, сприяють розсмоктуванню вогнищ згасаючого запалення, стимулюють регенеративні процеси.

Адаптивна фізична культура допомагає усвідомити той факт, що інвалідність, незважаючи на всю трагічність, не є вироком для життя у чотирьох стінах. Інваліди бачать у заняттях фізичною культурою активний засіб соціально-психологічної реабілітації, який розкриває реальний рівень їх життєвих можливостей, допомагає набути впевненості у своїх силах та брати участь в активних спортивних заходах, змушує більше поважати самих себе, вчить самостійності, загартовує організм, дарує здорові емоції, допомагає подолати багато психологічні бар'єри. Таким чином, адаптивна фізична культура займає особливе місце в системі комплексної реабілітації та соціальної інтеграції інвалідів і дає їм реальний шанс на активну участь в житті суспільства.

Практичні рекомендації по фізичній реабілітації:

-вправи для розтягування м'язів, зняття напруги в м'язах, розширення діапазону рухів, профілактика тератогенеза.

наприклад: вихідне положення (далі В.П.): стоячи на колінах на підлозі перед м'ячем, з опорою рук на м'яч. По черзі, піднімаючись на кожну ногу, встати на обидві ноги, прокотитися по м'ячу вперед і повернутися назад в В.П.

- рефлекторні вправи: задля розвитку опорної функції стопи.

наприклад: вказівним і середнім пальцями захопити ступні, а великим пальцем натиснути на підошву біля основи пальців - це викликає згинання стопи. Потім провести з натиском по внутрішньому краю стопи до п'яти і по зовнішньому краю - до мізинця. Відбувається розгинання стопи.

Для зміцнення опороспроможності рекомендується щодня проводити точковий масаж стопи: натиснути кінчиком пальця в місці переходу тилу стопи у гомілку. Це викликає тильне згинання стопи.

- тренування рівноваги при збереженні певної пози.

наприклад: сидячи на стільці, спробувати зберегти вихідне положення, опираючись підштовхуванням дорослого за плечі, тулуба і нахилам.

- Вправи для формування вертикального положення голови

наприклад: В. П. лежачи на спині: за допомогою брязкальця, яскравою іграшки або клацання пальцями стимулювати повороти очима і головою вліво - вправо, кругові рухи за годинниковою стрілкою і проти, згинання та розгинання голови.

Дитячий церебральний параліч (ДЦП).

ДЦП - Дитячий церебральний параліч це збірний термін, який об'єднує групу непрогресуючих, але часто мінливих синдромів моторних порушень, вторинних по відношенню до поразки або аномалій головного мозку, що виникають на ранніх стадіях його розвитку.

форми ДЦП.

- Спастична діплегія. Найбільш розповсюджений різновид церебрального паралічу, відома також під назвою «хвороба Літтла». Порушується функція м'язів з обох сторін, причому більшою мірою ніг, ніж рук і обличчя. Для спастичної діплегії характерно раннє формування контрактур, деформацій хребта і суглобів. Переважно діагностується у дітей, що народилися недоношеними (наслідки внутрішньошлуночкових крововиливів, інших факторів). При цій формі, як правило, спостерігається тетраплегія (тетрапарез), проте переважає м'язова спастика у ногах. Найбільш поширені прояви - затримка психічного та мовного розвитку, наявність елементів псевдобульбарного синдрому, дизартрія та ін. Часто зустрічається патологія черепних нервів: косоокість, що сходиться, атрофія зорових нервів, порушення слуху, порушення мови у вигляді затримки її розвитку, зниження інтелекту. Прогноз рухових можливостей менш сприятливий, ніж при гемипарезе. Ця форма найбільш сприятлива щодо можливостей фізичної адаптації. Ступінь фізичної адаптації може досягати рівня здорових при нормальному розумовому розвитку та хорошому функціонуванні рук.

- Подвійна геміплегія. Одна з найважчих форм ДЦП, часто є наслідком хронічної пре- і перинатальної гіпоксії з дифузним ушкодженням півкуль головного мозку. Клінічно діагностується спастична тетраплегия (тетрапарез), псевдобульбарний синдром, когнітивні й мовні порушення. У більшості дітей спостерігаються епілептичні напади. Рухові розлади можуть бути більше виражені у ногах, руках або бути розподілені рівномірно. Для подвійної геміплегії характерне раннє формування контрактур, деформацій тулуба і кінцівок. Майже в половині випадків подвійної геміплегії рухові розлади супроводжуються патологією черепних нервів: косоокістю, атрофією зорових нервів, порушеннями слуху, псевдобульбарними розладами. Досить часто у дітей відзначають мікроцефалію, яка, зрозуміло, носить вторинний характер. Важкий руховий дефект рук і відсутність мотивації виключають самообслуговування і просту трудову діяльність.

- Гіперкінетична форма. Одне з можливих наслідків перенесеної гемолітичної хвороби новонароджених, яка супроводжувалася розвитком «ядерної» жовтяниці. При цій формі, як правило, пошкоджуються структури екстрапірамідної системи і слухового аналізатора. У клінічній картині характерна наявність гіперкінезів: атетоз, хореоатетоз, торсійна дистонія (у дітей на перших місяцях життя - диатоничні атаки), дизартрія, окорухові порушення, зниження слуху. Характеризується мимовільними рухами (гіперкінезами), підвищенням м'язового тонусу, одночасно з якими можуть бути паралічі і парези. Мовні порушення спостерігаються частіше у формі гіперкінетичної дизартрії. Інтелект розвивається в основному задовільно. Відсутня правильна постава тулуба і кінцівок. У більшості дітей відзначається збереження інтелектуальних функцій, що прогностично є сприятливим щодо соціальної адаптації, навчання. Діти з хорошим інтелектом закінчують школу, середні спеціальні і вищі навчальні заклади, адаптуються до певної трудової діяльності.

- Атоническі - астатическа форма. Характеризується низьким тонусом м'язів, атаксією, високими сухожильними, періостальними рефлексами. Нерідкі мовні розлади в формі мозочка або псевдобульбарної дизартрії. Спостерігається при переважному ушкодженні мозочка і мозочкових шляхів внаслідок родової травми, гіпоксично-ішемічного чинника або вродженої аномалії розвитку. Клінічно характеризується класичним симптомокомплексом (м'язова гіпотонія, атаксія) і різними симптомами мозочкової асинергїї (дисметрія, інтенційний тремор, дизартрія). Розглядається можливість виникнення цього варіанту ДЦП при пошкодженні кори головного мозоку (переважно лобної частини). При цій формі ДЦП підкреслюється помірна затримка розвитку інтелекту, а в ряді випадків має місце олігофренія в ступені глибокої дебільності або імбецильності.

• Геміплегічна форма. (Cпастіческа геміплегія, геміпарез) - характеризується одностороннім порушенням функції кінцівок. Рука, як правило, страждає більше, ніж нога. Діти з гемипарезами опановують віковими навичками пізніше, ніж здорові. Тому рівень соціальної адаптації, як правило, визначається не ступенем рухового дефекту, а інтелектуальними можливостями дитини. Клінічно характеризується розвитком спастичного геміпарезу (тип Верніке-Манна), затримкою психічного та мовного розвитку. При цій формі нерідко трапляються фокальні епілептичні напади.

- Змішані форми.

Незважаючи на можливість дифузного пошкодження всіх рухових систем головного мозку (пірамідної, екстрапірамідної та мозочкової), вищезгадані клінічні симптомокомплекси дозволяють в переважній більшості випадків діагностувати конкретну форму ДЦП. Останнє положення важливо в складанні реабілітаційної карти хворого.

Існує безліч можливих причин дитячого церебрального паралічу, вони можуть впливати як під час вагітності, так і під час пологів.

За проведеним дослідженням в більшості випадків (а це близько 80%) ДЦП виникає ще у внутрішньоутробному розвитку плода. Але також слід зазначити, що кожен третій випадок, який призвів до виникнення ДЦП не може бути певним.

За даними сучасної медицини, більше 400 чинників можуть впливати на внутрішньоутробний розвиток плода. Гіпоксія при внутрішньоутробному розвитку, а також після народження.

Причиною ДЦП може бути та чи інша патологія вагітної матері (інфекція, порушення кровообігу, токсикоз), всі ці причини можуть призвести до того, що буде недорозвинена структура мозоку у дитини, особливо ті ділянки головного мозоку, які відповідають за рефлекторні механізми організму.

Родові травми можуть мати різні причини: слабкість родової діяльності, неправильна будова тазу матері, вузький таз матері, занадто стрімкі або затяжні пологи, неправильне положення дитини.

Основними причинами виникнення ДЦП є такі хвороби матері як: краснуха, цукровий діабет, ожиріння, анемія, вади серця.

Передчасні пологи це серйозний фактор ризику розвитку дитячого церебрального паралічу, так як під час таких пологів існує високий ризик крововиливу в мозок, що може привести до розвитку церебрального паралічу. Недостатнє надходження кисню в мозок також може стати причиною розвитку церебрального паралічу.

ЛФК та ​​лікувальна гімнастика при ДЦП.

Лікувальна фізична культура це складова частина медичної реабілітації хворих, метод комплексної функціональної терапії, що використовує фізичні вправи як засіб збереження організму хворого в діяльному стані, стимуляції його внутрішніх резервів в попередженні та лікуванні хвороб, викликаних вимушеною гіподинамією.

Засобами лікувальної фізичної культури є фізичні вправи, масаж, загартовування, пасивна гімнастика (мануальна терапія), трудові процеси, організація всього рухового режиму хворих з ДЦП.

Таким чином, засоби і методи адаптивної фізичної культури при їх раціональному використанні служать стимулятором підвищення рухової активності, здоров'я ТА працездатності, способом задоволення потреби в емоціях, русі, грі, спілкуванні, розвитку пізнавальних здібностей, отже, є фактором гармонійного розвитку особистості, що створює реальні передумови соціалізації даної категорії людей.

**ВИСНОВКИ**

# 1.Проведено теоретичний аналіз вітчизняних і зарубіжних досліджень щодо проблеми адаптивної фізичної культури як засобу фізичної реабілітації осіб з інвалідністю. Кількість осіб з особливими потребами постійно зростає, при цьому причини і наслідки інвалідності можуть бути різними: зумовленими як неоднаковими соціально-економічними обставинами, так і різним ступенем забезпечення держави добробуту своїх громадян. Наразі можна говорити про глобальний характер проблеми інвалідності. Для України проблема фізичної реабілітації інвалідів є особливо значущою у зв’язку зі стійкою тенденцією до зростання кількості інвалідів у загальній структурі населення. Констатовано, що адаптивну фізичну культуру не можна зводити тільки до лікування і медичної реабілітації. Вона є не стільки засобом лікування або профілактики конкретних хвороб, скільки однією з форм, що утворився в результаті травми або хвороби.

2.Проведено дослідження ставлення інвалідів до адаптивної фізичної культури як засобу їх фізичної реабілітації. Останнім часом проблема всебічної інтеграції інвалідів набула великого значення та актуальністі. Досягти цього можна лише давши інвалідам можливість самим забезпечувати себе, реалізуватися як особистість в трудовій діяльності, в родині, в культурному дозвіллі, в дружньому спілкуванні. У процесі адаптивного фізичного виховання необхідно створювати такі умови, які сприяли би максимальному розвитку рухової сфери, перш за все, формуванню у людини життєво важливих рухових компетенцій.

3.Вивчено досвід роботи товариств інвалідів з адаптивної фізичної культури як засобу фізичної реабілітації осіб з інвалідністю. Аналіз діяльності українських громадських організацій, спрямованих на соціалізацію осіб з обмеженими можливостями, допомогу в реалізації їх життєвих планів, захисті громадянських прав та свобод. Досвід розвинених країн свідчить, що саме громадські організації відіграють важливу роль у забезпеченні захисту інтересів громадян як перед державою, так і в ринкових відносинах. Адже саме неурядові організації сприяють реалізації громадської ініціативи, усвідомленню громадянами колективних потреб, а також необхідності об’єднання з метою досягнення спільних, соціально значущих цілей, не маючи при цьому стремління отримати прибуток. Не є винятком і особи з обмеженими можливостями, потреба яких в об’єднанні, згуртуванні задля реалізації власних інтересів та задоволення життєво необхідних потреб підсилюється особливістю їх становища у суспільстві.

4. Розроблено рекомендації з фізичної реабілітації осіб з інвалідністю засобами адаптивної фізичної культури. Показано, що адаптивна фізична культура допомагає усвідомити той факт, що інвалідність, незважаючи на всю трагічність, не є вироком. Інваліди бачать у заняттях фізичною культурою активний засіб фізичної та соціально-психологічної реабілітації, який розкриває реальний рівень їх життєвих можливостей, допомагає набути впевненості у своїх силах та брати участь в активних оздоровчих заходах, змушує більше поважати самих себе, вчить самостійності, загартовує організм, забезпечує позитивні здорові емоції, допомагає подолати багато психологічних бар'єрів. Таким чином, адаптивна фізична культура займає особливе місце в системі комплексної реабілітації та соціальної інтеграції інвалідів і надає їм реальний шанс на активну участь в житті суспільства.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1.Амосов А. М. Энциклопедия Амосова. Алгоритм здоровья. —М.: ООО “АСТ”, 2002. — 461 с.

2.Атаев З.М., Крупина Т.Н., Воронина С.Г., Богомолов В.В. Восстановительное лечение постгиподинамических состояний: Метод. реком. М., 1977. - 33 с.

3. Аулик И. В. Определение физической работоспособности в клинике и спорте. — М., Наука, 1984.

4.Баевский Р.М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии. - М.: Медицина, 1979. - 259 с.

5.Белозерцева И. Оставить в живых! Профилактика суицидального поведения у детей// Основы безопасности жизнедеятельности. — 2002. — № 11. — С. 22–27.

6. Белозерцева И. Этот ребенок невыносим! Клиникопсихологическая характеристика детей-суицидентов // Основыбезопасности жизнедеятельности. — 2000. — № 10. — С. 27–31.

7. Буйлова Т. В. Международная классификация функционирования как ключ к пониманию философии реабилитации / Т. В. Буйлова // МедиАль. – 2013. – № 2 (7). – С. 26–31.

8.Брехман І.І. Валеология - наука о здоровье /2-е изд., доп., перераб. - М.: ФиС, 1990. - 208 с.

9.Быховская И.М. Человеческая телесность в социокультурном измерении: традиции и современность. - М.: ГЦОЛИФК, ОС РАН, 1993. - 179 с.

10. Вахрук Т. П., Лисовский В. А., Сологуб Е. Б. Основы тератологии и наследственной патологии: Учеб. пособе.— М.: Сов. cпорт,2001.

11. Виноградова Р. Н. Об опыте работы по интерграции в общество людей с ограниченными возможностями в Германии // Соц. и клин. психиатрия. — 2000. — Т. 10. — № 4. — С. 72–73.

12.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.

13.Выдрин В.М. Методические проблемы теории физической культуры Теория и практика физической культуры, 1984, № 6, с. 10-12.

14. Вітомський В. Методичні основи побудови програми із фізичної реабілітації для дітей шкільного віку з функціонально єдиним шлуночком серця / В. Вітомський // Молодіж. наук. вісн. Східноєвроп. нац. ун-ту ім. Л. Українки (серія «Фізичне виховання і спорт»). – 2015. – Вип. 18. – С. 111– 116.

15. Вітомський В. Фізична реабілітація дітей з вродженими вадами серця: огляд зарубіжного досвіду та досягнень / В. Вітомський // Теорія і методика фіз. виховання і спорту. – 2015. – № 3. – С. 48–54.

16. Выготский Л. С. Основыдефектологии // Собр. соч. — М., 1983. — Т. 5.

17. Дегонская Е. В. Метод “Вилкион”-терапии в лечении сопутствующей соматической патологи у детей с церебральным параличем //Укр. вісн. психоневрологии. — 2002. — Т. 10. — №2. — С. 203–204.

18. Декларация Организации Объединенных Наций о правах инвалидов, 1975, п. 2.1.

19.Детская спортивная медицина: Руководство для врачей. Изд. 2-е /Под ред. С.Б. Тихвинского и С.В. Хрущева. - М.: Медицина, 1991. - 558 с.

20. Дембо А. Г. Врачебный контроль в спорте. — М., 1988.

21.Донской Д.Д. Биомеханика с основами спортивной техники. - М.: ФиС, 1977.

22. Доценко О. О. Організація соціальної практики дітей дошкільного віку з дитячим церебральним паралічем на заняттях з трудотерапії / О. О. Доценко, Д. С. Бараненкова // Наук. часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова (серія 19 «Корекційна педагогіка та спеціальна психологія»). – 2014. – № 25. – С. 41–50.

23. Евсеев С. П. Адаптивная физическая культура (цель, содержание, место в системе знаний о человеке) // Теория и практ. физ.культуры. — 1998. — № 1.

24.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.

25. Євсєєв С. П. Адаптивна фізична культура і соціальна інтеграція інвалідів // Відкритий світ: наук.-практ. семінар по Адапт. двигат. активності. - М., Б. р - С. 25-28. 18. Евсеев С. П. Адаптивная физическая культура, ее философия,содержание и задачи // Адаптивная физическая культура и функциональное состояние инвалидов. — СПб., 1996.

26. Евсеев С. П., Курдыбайло С. Ф., Сусляев В. Г. Материально техническое обеспечение адаптивной физической культуры: Учеб. пособие. — М.: Сов. спорт, 2000. 210

27. Епифанов В. А. Медицинское обеспечение спорта у инвалидов //Вопр. курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. — 1995. — № 6. — С. 47–48.

28.Евстафьев Б.В. Анализ основных понятий в теории физической культуры /Материалы к лекциям. - Л.: ВИФК. - 133 с.

29.Єпіфанов В. а. Лікувальна фізична культура та спортивна медицина: Підручник. - М .: Медицина, 1999. - 304 с.

30. Зелинская Д. И., Белова Л. С. Детская инвалидность. — М.,2001. — 136 с.

31.Каган М.С. Мир общения: Проблема межсубъект ных отношений. - М.: Политиздат, 1988. - 319 с.

32.Kазьмин А. М. Прикладное значение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков (краткий обзор литературы) [Электронный ресурс] / А. М. Kазьмин, Г. А. Перминова, А. И. Чугунова // Клиническая и специальная психология. – 2014. – Т. 3, № 2. – Режим доступа : http: / /psyjournals.ru /psyclin /2014 /n2 /Kazmin\_et\_al. shtml.

33.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.

34. Козлова Л. В. Основи реабілітації для медичних коледжів: навч. посібник / Л. в. Козлова, С. а. Козлов, Л. а. Семененко; під заг. ред. Б. В. Кабарухіна. - Изд. 7-е. - Ростов н / Д: Ф енікс, 2012. - 475 с.

53.Комплексная профілактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: Учеб. пособие / В. А. Лисовский, С. П. Евсеев, В. Ю. Голофеевский, А. Н. Мирошниченко. — М.: Сов.спорт, 2001.

36. Конституція України. — К., 1996. — Ст. 23, 28, 49.

37.Коренев Н. М. Международные подходы к оценке последствийзаболеваний и трав // Ортопедия, травматология и протезирование. — 2001. — № 3.

38.Кузин В.В., Никитюк Б.А. Очерки теории и истории интегративной антропологии. - М.: ФОН, 1995. - 174 с.

39.Кузнецова Т. Целеполагание по правилам [Электронный ресурс] / Т. Кузнецова // Новый менеджмент. – 2007. – № 1. – Режим доступа : http: //www.new-management.info /issues /2007 /1 /8.

40.Курдыбайло С. Ф. Влияние гипокинезии и ампутации конечностей на функциональное состояние организма // Адаптивная физическая культура ифункциональное состояние инвалидов.—СПб.,1996.

41.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.

42. Маккьюсик В. А. Наследственные признаки человека.— М., 1976.

43. Матов В. В. Медицинские проблемы современной оздоровительной физической культуры (обзор) // Теория и практика физ. культуры. — 1987. — № 2. — С. 43–46.

44.Матвеев Л.П. Введение в теорию физической культуры: Учебн. пос. для ин-тов физ. культ. - М.: ФиС, 1983. - 128 с.

45.Медична реабілітація в спорті: Керівництво для лікарів і студентів / За заг. ред. В. н. Сокрута, В. н. Казакова.- Донецьк: «Каштан», 2011. - 620 с.

46.Лечебная физкультура в системе медицинской реабилитации: Руководство для врачей /Под ред. А.Ф. Каптелина, И.П. Лебедевой. - М.: Медицина, 1995. 400 с.

47. Леонов Д. Соціальний статус батьків дітей-інвалідів // Дорога в світ 2010.

48. Лікувальна фізкультура в системі медичної реабілітації: Керівництво для лікарів / За ред. А. ф. Каптеліна, І. п. Лебедєвої. - М .: Медицина, 1995. 400 с.

49. Лікувальна фізкультура і лікарський контроль: Підручник / За ред. В. а. Єпіфанова, Г. л. Апанасенко. - М .: Медицина, 1990. -368 С.

50.Лубышева Л.И. Концепция формирования физической культуры человека. М.: ГЦОЛИФК, 1992. - 120 с.

51.Основні аспекти адаптивної фізичної культури: навчальний посібник 2-е изд., Перераб. і доп. / Т. п. Бегідова. - М .: Фізична культура і спорт, 2013. - 247 с.

52.Окремі методики адаптивної фізичної культури: Навчальний посібник / За ред. Л. В. Шапкова. - М .: Радянський спорт, 2003. - 464 с.

53.Петленко В.П. Актуальные проблемы валеологии /Вестник Балтийской академии, 1966, вып. 9, с. 7-15.

54.Позняков І. а. Адаптивна фізична культура: навчально-методичний комплекс / І. А. Позняков. - Ухта: УГТУ, 2009. - 27 с.

55.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.

56.Рубцов А. в. Соціально-економічна ефективність процесу соціальної адаптації та інтеграції молодих інвалідів-візочників засобами адаптивно фізичної культури // Соціально-економічні явища і процеси. № 7 (029), 2011. с. 284-288.

57.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.

58.Современные технологии профилактики - перспективы медицинского бизнеса в России //Социальный выпуск журнала "Медицинские технологии", 1995, № 4. - 88 с.

59.Теорія і організація адаптивної фізичної культури: підручник. У 2 т Т.1: Вступ до спеціальності. Історія, організація та загальна характеристика адаптивної фізичної культури / Під загальною ред. Проф. С. п. Євсєєва. - 2-е изд., Испр. і доп. - М .: Радянський спорт, 2005. - 448 с.

60.Углов Ф.Г., Стрельцова Э.В. Пути развития клинической медицины в XXI веке. Газета "Земля русская". № 11-12 (45-46), 1997, с. 3.

61. Фізична реабілітація: Підручник для студентів вищих навчальних закладів, які навчаються за Державного освітнього стандарту 022500 «Фізична культура для осіб з відхиленнями в стані здоров'я» (Адаптивна фізична культура) / Під загальною ред. проф. С. Н. Попова. Вид. 3-е. - Ростов н / Д: Фенікс, 2005. - 608

62.Щедрина А.Г. Здоровье и массовая физическая культура. Методологические аспекты //Теория и практика физической культуры, 1989. N 4.

63.Энциклопедический словарь медицинских терминов. - М.: Советская энциклопедия, 1984.

64.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.