

АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА В ПРОГРАММЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

И.С. Приходько, Н.И. Букач, Т.С. Гурко, А.В. Вырво, Е.Н. Шаповалова
Республиканский реабилитационный центр для детей-инвалидов
Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь, rrcdi@tut.by

Введение. За последние годы в Республике Беларусь сформировалась достаточно стройная система реабилитации детей с двигательными нарушениями, которые возникают в результате врожденных и приобретенных поражений нервной и костно-мышечной системы. Дети с данными проблемами занимают третье место в структуре детской инвалидности после заболеваний органов зрения и врожденных пороков развития.

Организация и методика. С 2000 года в системе Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь функционирует ГУ "Республиканский реабилитационный центр для детей-инвалидов" с 3-х до 18 лет на 120 койко-мест. 70% - составляют дети с поражением нервной системы (Детский церебральный паралич и др. неврология) и 30% - дети с врожденной и приобретенной патологией костно-мышечной системы. Курс реабилитации длится 4-6 недель. По решению Приемно-консультативной комиссии Центра может повторяться 2-3 раза в год.

В Центре создана безбарьерная среда для свободного передвижения детей-инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Предусмотрены просторные холлы, пандусы, дополнительные поручни. Практически все реабилитационные кабинеты находятся на одном этаже.

Дети размещены в 8 группах по возрастам, каждая из которых имеет игровую и спальные зоны, зал лечебной физкультуры, массажный кабинет, раздаточную, санузлы, гардеробную. Из групп есть дополнительные выходы в летние дворики. Для проведения реабилитационных мероприятий организована работа кабинетов ЛФК, массажа, электросветолечения, теплотечения, водолечения, иглорефлексотерапии, бассейн, кабинет гипсования, компьютерный класс, кабинеты дефектологов, психолога, эрготерапии, учебные классы.

В структуре учреждения функционируют два отделения: медицинской и социальной и психолого-педагогической реабилитации. При поступлении командой специалистов составляется индивидуальная программа реабилитации на каждого ребенка с учетом его психо-физических особенностей. Определяется конкретная цель медицинской, психолого-педагогической и социальной реабилитации.

Постоянный поиск новых форм работы позволил с 2007 года внедрить в комплексную реабилитацию проведение адаптивной физической культуры (АФК) в условиях РРЦДИ.

Результаты исследования. АФК проводится в виде адаптированных занятий по аэробике, различных танцевальных форм, подвижных сюжетно-ролевых и спортивных игр, элементов китайской гимнастики ушу, элементов цигун-терапии и дыхательных гимнастик. При этом широко используются факторы внешней среды, элементы воздушного и водного закаливания, организуется проведение спортивных занятий на свежем воздухе в форме спортландий и соревнований между группами. АФК охвачены все дети, независимо от тяжести двигательных нарушений. Они посещают занятия 2 раза в неделю в дополнение к традиционным индивидуальным формам работы.

Особые требования предъявляются к коммуникативным навыкам и умениям педагога - инструктора методиста физической реабилитации. Они включают: умение доступно разъяснять и создавать положительный эмоциональный фон на занятии, атмосферу доброжелательности и раскрепощенности, а также стать участником команды. В этом случае возникает сотрудничество между детьми и педагогом, построенное на доверии и ответственности, что помогает детям приобрести уверенность в себе и получить эмоциональный отклик на слова инструктора. Немаловажно, чтобы педагог был образцом здорового образа жизни, внешне привлекательным и спортивным.

Для занятий АФК формируются группы детей в составе 8-10 человек с учетом возраста и идентичности двигательных и умственных нарушений. Занятия проводятся в игровой форме с использованием различных постоянно меняющихся материалов (мячи различного диаметра, массы и цвета, надувные шары, кольца, гимнастические деревянные палки, прищепки, веревки, мыльные пузыри, яркое полотнище парашюта, ароматические масла, фонарики и другой спортивный инвентарь). В игре дети открывают для себя новые двигательные возможности, расширяют степень свободы движения, появляется уверенность в себе. Инструктор четко ставит задачи, коротко и эмоционально объясняет задания, так как длительное объяснение правил игры более 1-2 минут утомляет детей, рассеивает их внимание, а большое количество правил сбивает с толку.

Соблюдение определенного порядка проведения занятий дает возможность детям абстрагироваться от реальности и сконцентрироваться на участии в общем действии. Традиционное повторение знакомого задания обладает организующим воздействием на ребенка, тренирует память.

Для поддержания внимания и интереса чередуются активные и пассивные задания, меняется их интенсивность, используется тихая и громкая речь, различные исходные положения и построения. В ходе занятия дети обучаются навыкам самомассажа и способам воздействия на рефлексогенные зоны. Обучение несложным приемам самомассажа позволяет применять их в дальнейшем в домашних условиях.

На занятиях АФК формируются навыки правильного дыхания. Несовершенство функции дыхания у детей, затруднения в регуляции вдоха и выдоха ведут к устойчивым нарушениям психоэмоциональной сферы, быстрой утомляемости. В результате выполнения дыхательной гимнастики увеличивается жизненная емкость легких, происходит формирование активного вдоха и удлиненного выдоха. Умение соединять движение с дыханием, выполнение активных действий с заданным ритмом в различных исходных положениях благотворно сказывается на тренировке сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Это очень важно у детей-инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата, которые большую часть времени проводят малоподвижно. Для детей с особенностями психо-физического развития наиболее доступна методика дыхательной гимнастики по Стрельниковой.

В конце занятия проводится релаксация с соответствующим музыкальным сопровождением. Повторное идеомоторное и эмоциональное переживание занятия, своих ощущений, успехов и неудач обладает мощным корригирующим воздействием. При этом у детей появляется глубокое ровное дыхание, нормализуется пульс. Хорошо проведенная релаксация способствует уменьшению спастичности мышечного тонуса и гиперкинезов у детей, как с легкими, так и с тяжелыми нарушениями.

Выводы. Таким образом, можно обозначить основные цели, достигаемые проведением адаптивной физической культуры у детей с ОПФР.

1. Улучшение функций передвижения.

В ходе занятий улучшается координация, увеличивается объем и скорость движения, мышечная сила, выносливость и быстрота реакции.

2. Формирование сенсорной интеграции.

Включение в работу зрительного, слухового, проприоцептивного и тактильного анализаторов - является мощной стимуляцией высших отделов центральной нервной системы, способствующей улучшению двигательных функций.

3. Психолого-педагогическая коррекция.

Происходит формирование эмоционально-волевой сферы. Появляется уверенность в своих скрытых возможностях. Развивается устойчивый интерес к занятиям ЛФК и спортом.

4. Социализация ребенка.

Через движения в игре дети учатся общаться друг с другом, у них формируется осознание себя, как части группы. Развивается чувство команды, сопереживания за ее успех. Повышается самооценка.

Опыт использования адаптивной физической культуры в РРЦДИ позволяет рекомендовать ее применение во всех учреждениях, занимающихся реабилитацией инвалидов. Особенно важно продолжать заниматься АФК с молодыми инвалидами, что возможно в территориальных центрах социального обслуживания населения по месту жительства. Занятия АФК не требуют дорогостоящего оборудования и специальных спортивных залов. Они могут проводиться в любых приспособленных помещениях с простейшим спортивным инвентарем даже не специалистами, а волонтерами - энтузиастами.

Адаптивная физическая культура является прекрасной альтернативой к пассивному времяпровождению детей с особенностями психо-физического развития. Она способствует формированию здорового образа жизни, развитию мотивации на реабилитацию. Пропаганда физической культуры и спорта должна быть приоритетным направлением работе с молодыми инвалидами.

Литература:

1. Анохин П.К. Биология и нейрофизиология условного рефлекса. М. 1968.
2. Бадалян Л.О., Журба Л.Т. Детские церебральные параличи. – Киев, 1988.
3. Доценко В.И., Семенова К.А., Степанченко О.В. Повышение эффективности профилактики, диагностики и лечения заболеваний нервной системы: Республ. Сборник науч.трудов/Под ред. В.Я.Неретина. М., 1991.

4. Качесов В.А. Основы интенсивной реабилитации. «Правда».СПб.,1999
5. Меженина Е.П. Церебральные спастические параличи и их лечение в детском возрасте: Автореф.дисс. докт.мед.наук. – Киев, 1961.
6. Никитина М.Н. Детский церебральный паралич. – М., 1979.
7. Семенова К.А. Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей. – М., 1972.
8. Селуянов В.Н. Технология оздоровительной физической культуры. М. -2001.
9. Хоронков И.Н. Подвижные игры и занятия спортом. М., - 1971.
10. Исцеление по Бутейко. XXI век без лекарств/Сост. Тубольцев М.Н. М.-Изотекст, - 2004
11. Щетинин М.Н. Дыхательная гимнастика А.Н.Стрельникова. М.- «Метафора». -2002