

УДК 796-056.26-027.564

## ІСТОРИЧНІ УМОВИ ВИНИКНЕННЯ ТА ОСНОВИ ДІЯЛЬНОСТІ ФІЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНОЇ РОБОТИ З ІНВАЛІДАМИ

Jan KÁLAL, Natalija VINAKURAU

*Карлів університет у Празі, Чеська республіка  
II-ий медичний факультет і лікарня факультету в Мотолі  
Клініка реабілітації*

**Анотація.** Сьогодні фізична активність притаманна усьому суспільству. Спорт включає різні складові становлення особистості: соціалізація, охорона здоров'я, економіка, державне керівництво, діяльність суспільних організацій. Рівень ставлення до неповносправних загалом та інвалідного спорту зокрема є показниками культурного рівня держави. Спорт інвалідів з пошкодженням опорно-рухового апарату зародився у реабілітаційних центрах у період дій пов'язаних з Другою світовою війною. Його завданням було відновлення соціального статусу людини при пошкодженні опорно-рухового апарату. При цьому використалися засоби спорту: стрибки, біг, кидки, бокс. У подальшому результати почали реєструватися, вводилися нові види рухової активності та змагальної діяльності. Перші змагання в англійському Сток-мандевілі та чеському Кладрубеху (Kladrubech) стали основою теперішніх Паралімпійських ігор.

**Ключові слова:** інвалідний спорт, Паралімпійські ігри.

**Постановка проблеми.** Починаючи з другої половини двадцятого століття суспільство починає діяльність щодо визначення можливостей занять спортом неповносправних осіб з певними вадами (порушеннями) у тому числі фізичними. Неповносправність це обмеження або потреба додаткового пристосування функцій, які виконуються у повсякденному житті. Етіологічними чинниками можуть виступати вроджена вада, хронічне захворювання, травма тощо. Відомо [2], що у більшості випадків ураження опорно-рухового апарату спричинене травмою. Найбільш травматичними слід вважати періоди воєнних дій. Зауважимо, що початок проведення цілеспрямованої і організованої спортивної діяльності припадає на період другої Світової війни. З обох сторін, які протистояли у воєнному конфлікті, організовувались заклади, які сьогодні мають назву реабілітаційні. Їх метою було швидке та економне повернення поранених до військової діяльності. На території сучасної Чехії в Кладрубеху (Kladrubech) починаючи з 1941 року під проводом німецької армії працювала стаціонарний заклад, в якому проводилась у повному обсязі комплексна реабілітація поранених. Після завершення війни заклад був перебудований під цивільні потреби. Відзначимо, що такий реабілітаційний центр існує до сьогодні у англійському Сток-Мандавілі неподалік Лондона. Його організував сер Людвіг Гуттманн, якого визнано усією Європою засновником спорту інвалідів [3, 4].

**Мета дослідження.** Обґрунтувати потребу рухової активності та спортивної діяльності для інвалідів різних нозологічних груп.

### **Завдання дослідження:**

1. Узагальнити значення рухової активності для інвалідів різних нозологічних груп.
2. Визначити особливості рухової активності осіб різних нозологічних груп.
3. Обґрунтувати потребу рухової активності та спортивної діяльності для інвалідів різних нозологічних груп.

Визначаючи потребу спортивної активності для неповносправних нами визначено ряд мотиваційних та формуючих факторів нами використано аналіз та узагальнення науково-методичної літератури, досвіду практики та документальних джерел.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Спорт компенсує обмеження або втрату рухових можливостей. Відбувається більший фізичний розвиток та укріплення тих м'язових груп, які зазнали меншого або не зазнали ураження взагалі та виконують основні рухові дії різного характеру [2, 4].

Фізична активність для людини містить у собі, також, позитивні психологічні емоції. Систематичні заняття фізичною активністю дозволяють уникати депресивних думок. Значні мотиваційні фактори можуть спричинити позитивні впливи на всю рухову активність і формування різноманітності рухових проявів. Систематичні тренувальні заняття та змагання дозволяють інваліду відчувати себе частиною одного цілого – колективу. Це веде до більш ґрунтовного самоусвідомлення та дозволяє зневолувати значенням власне фізичної вади. Спортивна діяльність у всіх своїх проявах знижує ризик ізоляції неповносправних осіб від оточення та відмежованість оточення від них. Інваліди з обмеженими руховими можливостями можуть займатись будь-якими видами змагальної діяльності, які не суперечать об'єктивним нозологічним особливостям. Цю участь полегшує та забезпечує використання різноманітних компенсаційних або асистуючи технічних засобів [1, 2, 3].

Спорт інвалідів організований у відповідності до нозологічних груп, залежно від типу і розмірів пошкодження. Ці групи об'єднані у міжнародні федерації. Сьогодні у світовому суспільстві загальновідомий термін пара олімпіада та зокрема Паралімпійські ігри. Спортивні та особисті досягнення спортсмени-інвалідів у них дивовижні і заслуговують широкого суспільного визнання. Це, безперечно, прояв сили волі і повноцінної мотивації, яка є чинником досягнення людиною максимальної мобілізації своїх можливостей для реалізації мрії, планів та бажань [1, 4].

Нами визначено ураження опорно-рухового апарату, які найбільш часто зустрічаються у неповносправних. Так, пошкодження власне рухового апарату тобто кісток, суглобів, зв'язок, м'язів, і центральної та периферичної нервової системи є причиною обмеження рухових можливостей людини. Фактори, що викликають пошкодження та ураження організму, можна розділити на зовнішні і внутрішні. Зовнішні – підневільні (поранення, травма). До внутрішніх факторів слід віднести захворювання і вроджені вади [4].

Згідно аналізу літературних джерел виділено травми цивільного та воєнного характеру [1-4]. До цивільних відносять транспортні, внаслідок трудової діяльності, спортивні, побутові і отримані унаслідок природних катастроф. До воєнних – безпосередньо військові конфлікти та сьогодні слід включити травми отримані унаслідок терористичних актів, що пов'язано зі значною їх кількістю [2].

Внутрішніми причинами рухової неповносправності виступають вроджені вади нервової системи і опорно-рухового апарату. Окрім вищезазначених до патогенних відносимо хвороби, що викликають запальні процесу різних тканинах, порушення метаболізму, онкологічні і дегенеративні.

Будь-яке пошкодження опорно-рухового апарату не є ізольованим, це фізичний недолік усього організму. Відзначимо, що пошкодження опорно-рухового апарату проявляється не тільки в обмеженні рухових дій. Пошкодження рухових можливостей, що ведуть до порушення вродженого рухового стереотипу також мають негативний вплив на організаційній системі переміщення. У подальшому ці пошкодження викликають інші небажані зміни в організмі. У патології людського організму відомо значну кількість причин, що обмежують переміщення, наприклад деформації грудної клітки, спричинені травмою або іншим чинниками. Всі функціональні порушення можуть у подальшому призвести до неповносправності та недостатності організму в цілому. Ці тілесні дисфункції є причинами захворювань, які сьогодні мають назву психосоматичні. Нерівномірність та закономірний перебіг взаємозв'язку між соматикою і психікою поступово ведуть до руйнування рівноваги в суспільній сфері, що має назву неповносправність. Пошкоджена соматика особи викликає психічні розлади і у кінцевому результаті психічну ізоляцію [1-4].

Достовірні відомості щодо виникнення спорту інвалідів можна з'ясувати тільки за допомогою аналізу історичних документів. Так, збережено рідкісні фотографії з реабілітаційного закладу Кладрубеху (Kladrubech), на яких можна спостерігати факти виникнення спортивної діяльності серед неповносправних.

Аналізуючи дані про розміщення у Кладрубеху (Kladrubech) солдатів з ампутованими нижніми кінцівками можна визначити, які методи використовувалися для їхньої реабілітації та відновлення рухових можливостей [1, 3].

Документи свідчать, що поранених було дуже багато (реєстраційний список налічував декілька тисяч), тому на першочерговою була обґрунтована організація. Заняття проводилися у малих групах під керівництвом інструктора, що обирався з найбільш здібних та обдарованих пацієнтів [2].

Нами виділено основні та базові необхідні елементи при виробленні ходьби з протезом, їх є декілька. Перш за все це задовільний стан функціонування м'язової системи, що забезпечує рух ампутованого пагилу. Це найважливіша частина тіла, що приводить в рух технічне пристосування (протез), яке замінює втрачену кінцівку. Другою, не менш важливою функцією є вироблення відчуття рівноваги, яка внаслідок втрати кінцівки є виразно пошкоджена. При кінезіологічних вимірах і аналізі з науково-методичного та практичного досвіду встановлено, як змінюються переміщення ваги тіла здорової людини і після проведення ампутації. Як зазначають окремі дослідження тренування рівноваги було одним з найважливіших кроків у реабілітації. Пошук метод, які є найбільш ефективними при виробленні навиків балансу, опирались на окремі спортивні елементи. До них увійшли біг, стрибки, заняття на тренажерах, вправи з м'ячем, списом і бокс та ін. Початкові тренувальні заняття ходьби з протезом здійснювались при допомозі фронтального методу. Чоловіки при виконанні вправ опирались один на одного. Наступним важливим моментом було навчання техніки правильного падіння та піднімання. Проте, сьогодні цим навикам навчають тільки активних спортсменів (у лищатарському спорті, командних та ігрових видах спорту, альпінізмі) [1-4].

Відзначимо, що пацієнтами воєнних реабілітаційних установ були в більшості молоді люди, які генетично були схильні до фізичної активності. Виникла необхідність складання для них спортивних програми, які б містили в собі змагання і можливість порівняння результатів. Уже у цей період існувала мотивація, психологічний фактор і те, що ми сьогодні називаємо соціальною підтримкою. Ці фактори і сьогодні мають сильний мотиваційний вплив на спортсменів-інвалідів [3].

У період війни особи з ампутації брали безпосередньо участь у виготовленні оснащень – протез. Це мало свій значущий вплив, тому що вони самі собі їх ремонтувати. У цей період можна спостерігати і початок розвитку ерготерапії – лікування працею [3, 4].

Згідно наукових та інформаційних даних можна [1-4] припустити, що спорт інвалідів не виник, як пріоритет, а сформувався з потреби удосконалення функціональних груп м'язів і утримання рівноваги при русі. Змагання і оцінка здобутих результатів є невід'ємними атрибутами спорту та в умовах реабілітації залишались додатком до фізичної активності.

У післявоєнний період першими ознаками спортивної активності було запровадження ігор для параплегіків на інвалідних колясках (у Сток-Мандевілі). Згодом до них долучалися інші нозологічні групи з фізичними, сенсорними або психічними проявами. У період олімпійського року, Параолімпійські ігри ствердно підтвердили, що філософія ресоціалізації інваліда, яка є головною складовою інтердисциплінарної спеціалізації реабілітації була вірною від свого початку [1].

На сьогодні в Чеській республіці є низка причин обмеження рухових можливостей. Зафіксовано згідно офіційної статистики значну кількість осіб з ампутацією однієї нижньою кінцівкою. У 2005 році їх нараховувалось 785 б. За віковими категоріями це люди працездатного віку. Проте, це не означає, що вони повністю втратили здатність до руху і

самообслуговування. У завдання реабілітації входить також навчання хворого з ампутаціями компенсувати рухові функції [2].

Ходьба з протезом у порівнянні з біпедальною ходьбою здорового чоловіка вимагає набагато більше енергетичних витрат, що було підтверджено за допомогою контролю та визначення використаного кисню під час ходьби з протезом. Можна стверджувати, що при ампутації на рівні стегна є важкість руху в 4 рази більша, ніж при звичайній ходьбі. Закономірно, що всі особи з ампутаціями можуть ходити з протезом. У подальшому інваліди можуть замінити ходьбу на інші рухові дії з переміщення, тобто на їзду в інвалідному візку, який спеціально підбирається за антропометричними даними людини. Проте, і на інвалідному візку можна реалізувати свою активність, що доводять люди з ураженнями хребта та спинного мозку, для них візок єдиним засіб до переміщення [4].

Великою групу людей складають особи, які страждають рухових обмеження. Це пацієнти з наслідками інсульту, геміплегії, паралічу половини тіла. Відзначимо, що і в такому стані рекомендуються дозовані фізичні вправи з введенням спортивних елементів, для мінімізації наслідків фізичного обмеження.

Рухові обмеження виникають і при інших захворюваннях. Так, часто серед них пошкодження у киснево-транспортній системі, особливо серцево-судинній системі, коли обмеження рухових можливостей і фізичної активності відбувається у наслідок специфіки захворюваності. Близько двадцяти років окремими медиками рекомендувався спокій для осіб з інфарктом міокарда. Навіть при тому, що в 60-их роках минулого століття було реабілітовано ряд осіб з подібною вадою, що приймали участь у екстремальних видах фізичної активності (марафон) [1-4].

### Висновки

Першочерговим завданням, для навчальних закладів, які мають у своїй навчальній програмі підготовку фахівців по роботі із неповносправними є врахування можливого підвищення кількості осіб з ампутаціями нижньої кінцівки, що зафіксовано прогнозами ВООЗ (Всесвітня Організація Охорони Здоров'я) щодо підвищення кількості людей з метаболічним синдромом (цукровий діабет) та даними наукових досліджень за остання шістнадцять років

Рівень сучасного стану роботи з інвалідами поруч із можливостями спорту інвалідів є показниками культурного і соціального рівня держави. Усвідомлювати та підтримувати вирішення цих питань повинно усе суспільство.

**Перспективи подальших досліджень.** Завданням фахівців по роботі із неповносправними у подальші роки є формування програми підготовки рухової активності та спортивної діяльності для старшої генерації, з метою перетворення рухових дій в один із мотивів та реалізацію потреби у русі.

### Список літератури

1. Kučera M. et al: Tělovýchovné lékařství pro studium rehabilitace. Praha. SPN, 1989, S. 45-47.
2. Kučera M. et al: Kapitoly z tělovýchovného lékařství. Praha, Univerzita Karlova 1991, S. 45-48.
3. Kučera M., Dylevský I. et al.: Sportovní medicína. Praha, Grada Publishing 1997. S. 227-233.
4. Kálal J.: Rehabilitace amputovaných. UJEP, Ústí n. L. 2003, ISBN 80-7044-483-5.33999.

## **ИСТОРИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ОСНОВЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФИЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНОЙ РАБОТЫ С ИНВАЛИДАМИ**

**Jan KÁLAL, Natalija VINAKURAU**

**Аннотация.** Сегодня физическая активность присуща всему обществу. Спорт включает разные составные становления личности: социализация, здравоохранение, экономика, государственное руководство, деятельность общественных организаций. Уровень отношения к инвалидам в целом и инвалидному спорту в частности является показателем культурного уровня государства. Спорт инвалидов с повреждением опорно-двигательного аппарата возник в реабилитационных центрах в период действий связанных со Второй мировой войной. Его заданием было возобновление социального статуса человека при повреждении опорно-двигательного аппарата. При этом использовались средства спорта: прыжки, бег, броски, бокс. В последующем результаты начали регистрироваться, вводились новые виды двигательной активности и соревновательной деятельности. Первые соревнования в английском Сток-мандевиле и чешском Кладрубехе (Kladrubech) стали основой Паралимпийских игр.

**Ключевые слова:** инвалидный спорт, Паралимпийские игры.

## **HISTORICAL TERMS OF ORIGIN AND BASIS OF ACTIVITY OF ATHLETIC-SPORTING WORK WITH TO THE DISABILITY**

**Jan KÁLAL, Natalija VINAKURAU**

**Abstract.** Nowadays it is the action of all society. In this especial sport such institutions are taking part: medicine, social care, economy, government and others. The culture and social level of each state is closely connected with the level of the handicapped sport. This kind of sport started during the second world war in rehabilitation institutes. The origin of it was need for body's balance with affected locomotion system. During the training of the balance parts of sports were used – jumps, running, throwing, boxing. Later on they started to measure the efficacy of the affected. The competition in the exercises was carried on, the first games started. First competition in England at Stoke Mendeville and Czech Kladruby became the base of todays paralympic.

**Key words:** sport of handicapped, Paralympic.