



Туризм неповносправних.

Методичні вказівки до лекційних занять
для студентів спеціальності 242 – туризм,
денної та заочної форм навчання.

Луцьк 2017

УДК 796.42.001.76(07)
Г 75

До друку _____ Голова навчально-методичної ради Луцького
(підпис) НТУ.

Електронна копія друкованого видання передана для внесення в
репозитарій Луцького НТУ _____ директор бібліотеки.
(підпис)

Затверджено Навчально-методичною радою Луцького НТУ,
протокол № __ від «__» _____ 2017 року.

Рекомендовано до видання навчально-методичною радою
технологічного факультету Луцького НТУ, протокол № __ від «__»
_____ 2017 року.

_____ Голова навчально-методичної ради технологічного
(підпис) факультету.

Розглянуто і схвалено на засіданні кафедри фізичного виховання
Луцького НТУ, протокол № __ від «__» _____ 20 ____ року.

Укладач: _____ О.В. Гребік, к.пед.н., ст. викладач кафедри
(підпис) фізичного виховання Луцького НТУ.

Рецензент: _____ О.А. Іщук, к.пед.н., доцент кафедри здоров'я
(підпис) і фізичної культури СНУ ім. Лесі Українки.

Відповідальний
за випуск: _____ С.А. Савчук, к.фіз.вих. та спорту, доцент
(підпис) кафедри фізичного виховання Луцького НТУ.

Туризм неповносправних: методичні вказівки до лекційних
занять для студентів спеціальності 242 – туризм, денної та
заочної форм навчання / уклад.
Г 75 О.В. Гребік – Луцьк : Луцький НТУ, 2017. – 58 с.

© О.В. Гребік, 2017

Туризм неповносправних: методичні вказівки до лекційних
занять для студентів спеціальності 242 – туризм, денної та
заочної форм навчання/ уклад.
Г 75 О.В. Гребік – Луцьк : Луцький НТУ, 2017. – 58 с.

Комп'ютерний набір
Редактор

В.М. Маркевич
О.С. Гордіюк

Підп. до друку 2016 р.
Формат 60х84/16. Папір офс. Гарнітура Таймс.
Ум. друк. арк. 2,5. Обл.-вид. арк. 2,0.
Тираж ____ прим. Зам. 122.

Редакційно-видавничий відділ
Луцького національного технічного університету
43018 м. Луцьк, вул. Львівська, 75
Друк – РВВ Луцького НТУ

ЗМІСТ

1. Тематичне планування курсу «Туризм неповносправних».....	4
2. Практичні заняття з курсу «Туризм неповносправних».....	5
3. Перелік питань для самоконтролю.....	56
Література.....	58

1. ТЕМАТИЧНЕ ПЛАНУВАННЯ КУРСУ «ТУРИЗМ НЕПОВНОСПРАВНИХ»

Лекція 1. Вступ до спеціальності.

1. Вступ до курсу.
2. Історія рекреації для неповносправних в світі та в Україні.
3. Опис типів неповносправності та їх особливості.

Лекція 2. Люди з розумовою відсталістю.

1. Загальна характеристика розумово відсталих.

2. Рівні розумової відсталості.
3. Розвиткова неповносправність.

Лекція 3. Люди з фізичними вадами.

1. Артрити та його види.
2. Церебральний параліч та його типи.
3. Травми голови.
4. М'язова дистрофія та її форми та типи.
5. Поліомієліт. Пост-поліомієлітний синдром.
6. Пошкодження спинного мозку. Спинномозкова кила (грижа).

Лекція 4. Люди з вадами зору.

1. Загальна характеристика з людьми з вадами зору.
2. Поради для занять туризмом для незрячих.

Лекція 5. Люди з вадами слуху.

1. Ступені погіршення слуху.
2. Мова жестів у нечуючих.
3. Поради для занять туризмом для нечуючих.

Лекція 6. Люди з психічними захворюваннями.

1. Загальна характеристика психічних захворювань.
2. Причини виникнення психічних захворювань.
3. Види психічних захворювань.
4. Види психічних захворювань.
5. Застосування до рекреації людей з психічними захворюваннями.

Лекція 7. Вимоги до гідів та супроводжуючих незрячих.

1. Загальні рекомендації до супроводу незрячих.
2. Супровід у міському транспорті.
3. Супровід у приміщеннях.
4. Супровід при отриманні послуг.
5. Супровід декількох неповносправних осіб.
6. Супровід людей із множинними вадами.

2. ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ З КУРСУ

«ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ПРОВЕДЕННЯ ТУРИСТИЧНИХ ПОХОДІВ»

Тема 1. Вступ до спеціальності.

1. Вступ до курсу.
2. Історія рекреації для неповносправних в світі та в Україні.

3. Опис типів неповносправності та їх особливості.

1. Вступ до курсу. В нашій уяві активний відпочинок асоціюється, як правило, зі здоровими людьми, частіше всього молоддю, і тому якимось «не пасує» до інвалідного візка спінальника чи білої тростини незрячої особи. Єдиним винятком з цього правила, відповідно до стереотипу, який побутує у масовій свідомості, може бути спеціалізований санаторій, де цим людям нібито й відведене їхнє місце.

Заповітна безкоштовна путівка (досить рідкісна в наші часи!) – нібито єдина нагода для людини з особливими потребами провести час із користю для здоров'я. Та й то йдеться про процедури, сеанси, курси лікування, а зовсім не про якісь подорожі, екскурсії, розваги.

Проте, часи міняються, і що характерно, власне з ініціативи самих людей з особливими потребами. Вони не лише вимагають від суспільства більшої відкритості, вільного доступу до всіх загальних ресурсів – відпочинкових зон, туристичних маршрутів, пляжів, парків, фізкультурних комплексів, цікавих об'єктів природи, але й частіше всього самі організовують пізнавальні поїздки, табори, змагання, екскурсії.

Отут і виявляється, що наші рекреаційні зони ніяк не пристосовані до такої експансії людей з особливими потребами, не готові йти назустріч їхнім побажанням. Навіть при умові асистування волонтерів організувати повноцінний активний відпочинок для різних категорій неповносправних непросто. В Україні бракує фахових знань, методик, досвіду. І власне цей курс є першою спробою заповнити собою вакуум знань і досвіду щодо організації рекреаційних послуг для осіб з різними видами неповносправності.

Закордонні стандарти насправді не такі вже й далекі від тих, які потрібні нам. І хоча сама робота займе не один десяток років, але початок може бути зроблений уже зараз, коли наше суспільство звертається до загальносвітових

принципів, підходів і стандартів у ставленні до людей з особливими потребами. Їхнє право на відпочинок, на повноцінне, вартісне, гідне життя так само справедливе, як і всіх інших людей.

2. Історія рекреації для неповносправних в світі та в Україні. Історія активного відпочинку і туризму для неповносправних осіб як масового явища розпочинається з кінця 50-х – початку 60-х років, коли прийшло загальне усвідомлення прав людини. З цього часу звертається увага на інвалідів, як на повноправних членів суспільства. Розпочався рух до залучення неповносправних у всі галузі суспільного життя, в тому числі і до відпочинку та туризму.

Цей процес трансформації людської свідомості та адаптування навколишнього середовища до потреб неповносправних відбувався з різною швидкістю в різних країнах. Цей розвиток йшов двома паралельними шляхами. Один зі шляхів передбачав розвиток сфери супроводу та опіки неповносправної особи. Інший шлях напрацьовував розвиток інфраструктури та технічних засобів, які б допомагали неповносправній особі максимально обслуговувати себе без сторонньої допомоги.

На сьогодні ми можемо спостерігати розвиток цих двох моделей у Німеччині та Швеції. Німеччина пішла по шляху застосування до потреб неповносправних всіх об'єктів загального користування. Це досить коштовний шлях, і не кожна країна може собі це дозволити. Швеція має надзвичайно добре розвинуту систему соціальної опіки, де кожна потребуюча особа може взяти собі на допомогу до двох осіб, які повинні забезпечити їй комфортне перебування будь-де, в тому числі і на відпочинку. На даний час у Швеції неповносправна особа раз у рік може звернутись до відділу соціального захисту, з проханням до фінансувати її відпочинок та оплатити одного-двох супроводжуючих. Причому вибір місця відпочинку робить сам неповносправний, і це може бути не тільки на території Швеції! Проте, тільки на території Швеції держава гарантує дотримання всіх вимог, пов'язаних з комфортом та безпекою перебування.

До цього часу були напрацьовані стандарти до будівель загального користування, доріг, паркувальних майданчиків, національних парків, зон відпочинку. Всі новобудови повинні відповідати стандартам доступності, прийнятим у кожній країні. Шлях до досягнення подібного рівня доступу неповносправних осіб до відпочинку тривав в розвинутих країнах 30 – 40 років. Тому досягти їх рівня протягом кількох років ми звичайно ж не зможемо. Але розпочинати цей рух потрібно вже. Для того, щоб не відчувати себе на окраїнах цивілізації, ми можемо констатувати, що в більшості країн, які нас оточують, забезпечення якісним відпочинком неповносправних перебуває на початковому етапі.

А такий вид відпочинку, як сільський туризм, навіть у розвинутій Європі практично недоступний. З огляду на це Україна може стати піонером у розвитку цієї галузі. Напрацювавши певні вимоги та стандарти, розробивши курси підготовки власників агроосель до прийому неповносправних осіб, ми маємо шанс зробити свій внесок до покращення якості життя неповносправних осіб.

3. Опис типів неповносправності та їх особливості. Визначення неповносправності з'явилося у зв'язку з розвитком суспільства й усвідомленням функціональних обмежень, які постали перед багатьма громадянами. Такі речі, як важливість залучення людей з неповносправністю у суспільне життя і зміна ставлення до них здорових людей, змусили сконцентруватися на якості життя і стати другим ключовим пунктом для нового визначення.

Принципи якості життя неповносправної людини:

- якість життя неповносправних складається з тих самих факторів і взаємин, які важливі для всіх людей.
- якість життя поліпшується, коли головні потреби людини задоволені, коли він або вона мають такі самі можливості, як і всі решта, у досягненні результатів у повсякденному житті, праці, у трудовому колективі.

- якість життя – багатофункціональний аспект, який врешті-решт підтверджується широким колом людей, які представляють різні сторони життя споживачів та їхніх родин.
- якість життя підвищується, якщо люди беруть участь у рішеннях, що впливають на їхнє життя.
- якість життя поліпшується при залученні й цілковитій інтеграції неповносправних людей у місцеві спільноти.
- якість життя є базовим поняттям, яке використовується для заходів, що охоплюють основні принципи, пов'язані з якістю життя, забезпеченням послугами споживачів, урахуванням почуттів людей, їхніх задоволення і благополуччя.

Шляхи поліпшення самовизначення:

1. Навчитися ухвалювати рішення, що охоплюють визначення цілей, зваження можливостей, ідентифікацію ресурсів і підтримку в розв'язанні проблем.
2. Забезпечити можливість вибору оточення: навчального закладу, будинків, колективу.
3. Ідентифікувати і забезпечити індивіда потрібною йому підтримкою.
4. Забезпечити можливості для розвитку та успіху.
5. Навчитися повірити в можливість людини досягнути успіху так само, як і в можливість зазнати невдачі.
6. Дати кожній особі можливість ризикувати.
7. Дати можливість робити помилки, зазнавати невдачі і вчитися на своїх помилках.
8. Створити спеціальні позитивні умови для встановлення самосвідомості, упевненості в собі й самооцінки.
9. Дозволити кожній особі вирішувати самостійно і брати на себе відповідальність за свої вчинки.
10. Забезпечити середовищем, прийнятним для духовного зростання кожної особи та її можливостей.

Тема 2. Люди з розумовою відсталістю.

1. Загальна характеристика розумово відсталих.
2. Рівні розумової відсталості.
3. Розвиткова неповносправність.

1. Загальна характеристика розумово відсталих. Стан розумової відсталості тривалий час вважався невиліковною вадою, яка не давала потенційної можливості індивіду для зростання і розвитку, проте тепер розумово відсталі вважаються людьми з надзвичайним потенціалом. Розумова відсталість уже є не безнадійною, а такою, яку можна поліпшити за умови правильного підходу до неї. Раніше діагноз розумової відсталості визначали завдяки результатам звичайного тесту на IQ (коефіцієнт розумового розвитку).

Сьогодні ж розумова відсталість визначається через тестування та поведінку. Від того тепер залежать дослідження та інноваційні програми, що продемонстрували значні поліпшення неповносправних із розумовою відсталістю в усіх сферах життя, враховуючи навчання, працевлаштування, інтегроване проживання та рекреацію. Далі ми висвітлимо деяку основну інформацію, що стосується розумової відсталості, зокрема її визначення, рівні, поширення та етіологію. Врешті-решт, обговоримо деякі значення для рекреації, здоров'я та безпеки.

Розумова відсталість пояснюється суттєвими обмеженнями в теперішньому функціонуванні. Вона характеризується значно нижчою за середню інтелектуальну здатність, враховуючи існуючі обмеження у двох або більше подальших сферах: комунікації, самообслуговуванні, домашньому житті, соціальних навиках, здоров'ї, безпеці, відпочинку й праці. Розумова відсталість проявляється у віці до 18 років.

Нове визначення відрізняється від колишнього щонайменше трьома пунктами:

1. Нове визначення пояснюється помітними обмеженнями тільки в окремих особистих здатностях. Ці специфічні можливості охоплюють когнітивну, функціональну та соціальну здатності.
2. Для діагностування розумової відсталості треба знайти щонайменше дві порушені пристосувальні сфери навиків, що є найбільш значною відмінністю від попереднього визначення.
3. Нове визначення чітко говорить про те, що неповносправність мусить бути ідентифікована до 18 років. Воно зазначає, що неповносправність необов'язково є станом на ціле життя. Якщо людина з діагнозом розумової відсталості розвинула свої пристосувальні можливості до точки, в якій дві сфери вже не вважаються недорозвиненими, то вона вже не вважатиметься розумово відсталою. Ця думка чітко демонструє зміну ставлення до навчального потенціалу людей з розумовою відсталістю.

2. Рівні розумової відсталості. Розумова відсталість має чотири рівні: легкий, помірний, значний і глибокий, кожен з яких ґрунтується на інтелектуальному функціонуванні або IQ неповносправного. Нова класифікаційна система має тільки два рівні: легкий і значний.

Групи пристосувальних навиків на різних вікових рівнях

Новонародженість і раннє дитинство:

1. Розвиток сенсомоторних навичок;
2. Комунікаційні навики (враховуючи мовлення та мову);
3. Навики самообслуговування;
4. Соціалізацію (розвиток здатності спілкування з іншими).

Дитинство та юність:

1. Застосування основних академічних навиків у повсякденному житті;
2. Застосування відповідних суджень в освоєнні довкілля;
3. Соціальні навички, участь у колективній діяльності та міжособистісні взаємини;
4. Професійна та соціальна відповідальність і діяльність.

Пізній підлітковий вік і доросле життя.

Виділяють 4 рівні необхідної підтримки, від яких залежить рівень функціонування особи з розумовою відсталістю:

1. Ніякої підтримки. Людина може обслуговувати себе самостійно та обійтися без сторонньої допомоги, зробити все самостійно.
2. Мінімальна підтримка. Людина потребує незначної підтримки в таких сферах, як організація діяльності, транспортування, домашнє життя, фізичне здоров'я, працевлаштування та самопредставництво.
3. Значна підтримка. Людина потребує регулярної підтримки, що охоплює інструктаж, асистування та нагляд у межах визначеної сфери пристосувальних навиків.
4. Постійна підтримка. Людина потребує постійного догляду протягом 24-х годин, що може передбачати підтримку функціональної життєздатності організму та відповідних пристроїв.

Розумова відсталість, як звичайно, спричиняє розвиткову неповносправність. Позаяк вживаються обидва терміни, то це спричинює труднощі працівникам парків та зон відпочинку.

3. Розвиткова неповносправність. Існує таке визначення розвиткової неповносправності: тяжка хронічна неповносправність дитини віком п'яти років і старших, яка: (1) є наслідком розумової чи фізичної вади або поєднання духовних та фізичних відхилень; (2) проявляється перш, ніж особа досягла 22 років; (3) має тенденцію продовжуватись постійно; (4) спричиняє функціональні обмеження у трьох або більше подальших сферах людської діяльності: (а)

самообслуговування; (б) рецептивна та експресивна мови; (в) навчання; (г) мобільність; (д) самокерування; (е) здатність до незалежного життя; (є) економічне самоутримання; (5) вказує на потребу особи в комплексному, послідовному, спеціальному міждисциплінарному догляді, втручанні чи інших послугах та допомозі протягом цілого життя чи тривалого періоду, які є індивідуально сплановані й координовані. Розвиткова неповносправність також стосується новонароджених та дітей раннього віку до п'яти років включно, у яких спостерігаються тривала затримка розумового розвитку або специфічні вроджені вади з великою імовірністю настання розвиткової неповносправності в разі невживання відповідних заходів.

Дуже важливим є виявлення можливостей кожного індивіда і зосередження на них. Не недооцінюйте можливостей та інтересів людини! Часто люди з розумовою відсталістю не відкрили свого унікального потенціалу власне через брак сподівань.

Зробіть усе зрозумілим!

Поділіть вказівки на прості дії чи основні поняття, що їх особа буде здатна засвоїти послідовно. Існує багато джерел, які забезпечать інформацією про те, як найкраще проводити аналіз елементів рекреаційної діяльності для розумово відсталих людей. Вказівки, ймовірно, буде потреба повторити. Продемонструйте, де можливо, що очікується, використовуйте наочні приклади і демонстраційні матеріали. Проявіть творчість у доборі методів навчання. Де можливо, замініть цифрові показники на кольорові, більше використовуйте поділ учасників на пари або команди, ніж індивідуальну участь у змаганнях.

Зберігайте повагу!

Спілкуйтеся з учасниками як з рівними собі, незважаючи на тяжкість їхніх вад, з гідністю та повагою. Не розмовляйте з людиною зверхньо! Часто людська здатність розуміти мову є більш розвинена, ніж здатність

висловлюватись. Труднощі розмови або її недостатність не вказують на те, що людина не розуміє. Якщо ви вважаєте, що людині потрібна допомога, запропонуйте їй її, але зачекайте, доки Ваша пропозиція буде прийнята. Людина, можливо, захоче виконати завдання самостійно, навіть якщо й не на такому рівні, на якому хотіли б ви.

Визнавайте індивідуальні обмеження!

Зрозумійте, що деякі розумово відсталі люди мають значні обмеження. Не втрачайте самоконтролю і терпіння, якщо побачите, що вони не можуть виконати те, що, на вашу думку, є важливе. Придумайте інші способи залучення людини з наявними обмеженнями в задуману програму.

Дайте право вибору!

Дозвольте кожній особі вибирати самій, у якій програмі вона братиме участь або захоче навчатися. Де можливо, там ми мусимо йти назустріч людям у їхньому виборі, допомагати їм приймати конструктивні рішення, коли вони самі могли б вибирати те, що їм потрібно.

Забезпечте похвалу!

Зробіть позитивний відгук про успішні досягнення. Намагайтеся підтримувати та підбадьорювати у програвших ситуаціях. Будьте конкретними в підказках щодо поліпшення. Не хваліть і не давайте позитивного відгуку незаслужено. Водночас не підкупувайте неповносправних за їхню увагу та участь. Розумово відсталі люди можуть хотіти зробити вам приємне і дістати похвалу за це. Не користуйтеся чиеюсь охотою працювати і робити вам послуги.

Звертайтеся до експертів за підтримкою!

Батьки, учителі, опікуни та друзі розумово відсталі людини можуть бути чудовим джерелом інформації про її можливості та минулі досягнення. Деякі розумово відсталі люди приймають ліки та користуються спеціальним

обладнанням. Не переживайте за це! Якщо ви працюєте незалежно з особою та людьми, що її підтримують, то незабаром пристосуетесь до нових змін.

Упорядкуйте середовище!

Структура діяльності є важлива. Деякі розумово відсталі відчувають труднощі з концентруванням уваги на якомусь одному предметі чи виді діяльності упродовж тривалого часу.

Створіть різноманітні завдання – активні й пасивні, прості та складні. Відведіть достатньо часу на навчання та завершення роботи; повторення є важливе в засвоєнні матеріалу. Дозвольте учасникам самостійно спробувати нові способи, запровадьте деякі не конкуруючі ігри та завдання, що дасть можливість створити цілісну команду. Намагайтеся уникати таких ігор, з яких учасники гри або дії вибувають.

Встановіть чіткі норми поведінки!

Обговоріть тип сподіваної поведінки, що потрібен для даної ситуації чи діяльності. Будьте виваженими і стійкими, якщо потрібна дисципліна. Ставтеся до учасника з розумовою відсталістю так само, як і до решти учасників групи. Люди, зацікавлені у праці з розумово відсталими, можуть брати курси поведінкової та когнітивної психології, щоб розширити свої знання у цій сфері.

Подбайте про безпеку!

Перед початком діяльності ознайомтеся з правилами безпеки, з усіма її учасниками. Людина з розумовою відсталістю може не усвідомлювати, які ситуації є небезпечні.

Багато людей з розумовою відсталістю може легко брати участь у колективних рекреаційних програмах. Інші розумово відсталі можуть потребувати нагляду в повсякденних справах і підвищеної уваги в рекреаційних програмах. Нема готового складеного списку програм для розумово відсталих людей. Вони беруть участь у широкому розмаїтті

програм. Деякі труднощі можуть виявитись, коли розумово відстала людина хоче брати участь у регулярній програмі – зокрема такі, як менша швидкість її виконання, розуміння вказівок, виконання не більше однієї дії одночасно, коливання рівня прогресу та опір змінам за усталеним порядком. Труднощі можна зменшити завдяки наданню необхідної підтримки та особливій увазі до постійного навчання навичок. Можливо, для розумово відсталої людини буде потрібен додатковий час, щоб пристосуватися до нової ситуації і навчитися нового завдання. Для такої людини корисні будуть компаньйон або співучасник, той, хто зможе забезпечити подолання початкових труднощів і, отже, спонукати до розкриття усіх можливостей людини з розумовою відсталістю. Вам треба буде ближче познайомитися з розумово відсталою людиною як з особистістю, а вже потім надавати їй підтримку, допомогу, асистувати їй, якщо треба, для її подальшої участі в рекреаційних програмах.

Розумово відсталі люди успішно беруть участь у всіх видах спорту, ігор та інших рекреаційних програмах. Більшість таких людей незалежно діє у громадах, де вони проживають і не потребує ніяких додаткових засобів, що стосуються їхньої безпеки. Інші особи мають нижчий рівень здатності і тому потребують додаткового нагляду, що залежить водночас від типу діяльності, в якій вони вирішили брати участь та рівня їхніх навиків у цій конкретній діяльності. Синдром Дауна – специфічна категорія розумової відсталості, спричинена додатковою хромосомою. Такі люди ідентифікуються фізичними відмінностями: широким круглим обличчям, ледь заплученими скошеними очима, широкими вилицями та короткими пальцями. У деяких людей із синдромом Дауна проявляється атланта-аксіальна нестабільність, через більш ніж нормальну рухливість двох верхніх шийних хребців. Люди в цьому стані можуть бути наражені на серйозне ушкодження: якщо вони насильно зігнуть шию, то хребці можуть зміститися і стиснути чи ушкодити спинний мозок.

Якщо ви керуєте спортивними, атлетичними та програмами фітнесу, що передбачають участь у них людини із синдромом Дауна, то запам'ятайте таке:

1. Людина тимчасово має бути обмежена у всіх вправах, що створюють тиск на шию (наприклад, гімнастика, плавання).
2. Людина мусить пройти обстеження на атланта-аксіяльну нестабільність лікарем, обізнаним із цим синдромом (потрібні рентгенівські знімки шиї).
3. Кожен, у кого виявлена атланта-аксіяльна нестабільність, має бути постійно усунутий від виконання програм, пов'язаних із навантаженням на шию.

Тема 3. Люди з фізичними вадами.

1. Артрити та його види.
2. Церебральний параліч та його типи.
3. Травми голови.
4. М'язова дистрофія та її форми та типи.
5. Поліомієліт. Пост-поліомієлітний синдром.
6. Пошкодження спинного мозку. Спинномозкова кила (грижа).

1. Артрита та його види. Термін «артрит» охоплює більш як 100 різних недуг, які спричиняють запалення суглобів, результатом яких є біль, набряки, а в найтяжчих випадках – втрата здатності пересування та пошкодження тканин і кісток. Слово «артрит» складається з двох грецьких коренів: артро-, що означає суглоб, та – ітіс, що означає запалення. Артрит не є інфекційний чи заразний.

Остеоартрит – це недуга невідомого походження, яка вражає навантажені суглоби – колінні, кульшові та гомілково-ступневі. Хрящ на кінці суглобової кістки стає тоншим і викришується, що затрудняє рух суглоба. Незважаючи на те, що стан може погіршуватись під час холодної або вологої погоди, здебільшого його можна передбачити з дня на день, і зміни розтягуються на довгий період часу.

Ревматоїдний артрит – це хронічне, системне захворювання невідомої причини. Воно не завжди вражає всі суглоби, а лише деякі в різний час. Це захворювання прогресує і характеризується зменшенням болю на періоди від кількох тижнів до років, та загостреннями, коли стан погіршується.

Окрім того, людина (частіше жінки, ніж чоловіки) може погано почуватися, скоро втомлюватись, зазнавати виснаження. Дитячий ревматоїдний артрит може вражати дітей від двох років.

Артрита часто непередбачувані; люди, що потерпають на артрит, рідко знають, коли з'явиться новий біль, тугорухливість у суглобах чи деформація кісток. Артрит часто є невидима недуга, і це сприяє соціальним та психологічним побічним ефектам, яких зазнають хворі. Друзі, співробітники та інші люди часом можуть вважати, що люди з артритом симулюють симптоми і їхню важкість, а також, що вони намагаються привернути до себе увагу й нібито їм бракує ініціативи. Ускладнення можливостей, що є наслідком артриту, має численні форми та комбінації. Ті, хто потерпає на артрит у ногах, відчують важкість у ходьбі на будь-якій відстані, а ті, що мають біль у кульшових суглобах, не можуть ходити по сходах чи сідати в автобус. Вони часто не можуть дотягнутися до кінчиків пальців ніг і

мають труднощі, коли їм доводиться підводитись із низького сидіння, зокрема в туалеті. Для деяких дуже обтяжливим може бути виконання дій, коли треба довший час стояти. Але, незважаючи на це, тільки декому в таких випадках потрібен інвалідний візок – чи то час від часу, чи то постійно.

У випадках артрити хребта (при дегенерації поперекових дисків) виникають труднощі з підніманням важких предметів. Ті, що потерпають на грудний спондиліт (інший варіант), можуть відчувати сильний біль при перенесенні важких предметів, тоді, як ті, хто потерпає на біль у плечах, матимуть проблеми з підніманням та досягненням предметів збоку і вгорі. Коли напухають і болять зап'ястя та пальці, людям важко втримати маленькі речі в руках, брати речі, піднімати важкі предмети та натискати на дрібні важелі і кнопки.

2. Церебральний параліч та його типи. Церебральний параліч – загальноприйнятий термін для групи станів, що характеризуються нездатністю повністю контролювати рухові функції. Такий стан може вражати одну або кілька кінцівок і є результатом непрогресуючого ураження мозку під час утробного періоду або невдовзі після народження. З цим станом пов'язаний комплекс інших неповносправностей. Важко встановити частоту від кількості народжених дітей через неузгодженість діагностичних критеріїв.

Існує три типи церебрального паралічу:

1. Спастичний церебральний параліч. Найпоширеніша форма церебрального паралічу. Може бути вражена одна або більше ділянок тіла, зокрема ті, що впливають на поставу, лежання, сидіння, стояння та ходіння. Можуть бути ослаблені функції руки та чутливість. Свідомі рухи є, але часто вони скуті та поривчасті, замість того, щоб бути плавними та координованими. Можуть бути розлади мови, жування і ковтання. Також буває відставання у рості та розвитку вражених частин тіла.

2. Дискінетичний церебральний параліч. Характеризується аномаліями тону м'язів, що вражають ціле тіло. М'язовий тонус може змінюватися з години на годину протягом дня. Часто м'язи людини перебувають у скутому напруженому стані протягом активної пори робочого дня і стають нормальними або пониженими, коли людина спить. Часто ця форма супроводжується мимовільними рухами.

3. Атактичний церебральний параліч. Характеризується порушенням рівноваги і відчуття напрямку. Свідомі рухи можливі, але вони можуть бути незграбні та некоординовані. Очевидною є нерозвиненість дрібної моторики рук. Може з'явитися ністагм (мимовільне посмикування ока).

Церебральний параліч має багато форм і нема двох цілком однакових людей з цим захворюванням. Термін «змішана форма церебрального паралічу» вживається тоді, коли є більш ніж одна форма рухових проявів і жодна з них не є домінуюча. В деяких дітей прояви церебрального паралічу настільки незначні, що нема очевидних проявів неповносправності. В інших, в яких ураження проявляється більшою мірою, можуть виникати проблеми з ходою, маніпуляцією рук або мовою, проблеми зі сприйняттям. Більшість людей з церебральним паралічем має середні або вищі за середні розумові здібності.

3. Травми голови. Ураження мозку часто є результатом травми голови та / або мозку. Травматичне пошкодження голови може бути наслідком удару голови, (наприклад, під час автомобільної катастрофи). Інші ураження можуть також спричиняти пошкодження мозку, такі як інфаркт,аневризма, реагування на хімічні речовини чи ліки, недостатнє надходження кисню до мозку і т.ін. Здебільшого після отримання травми людині потрібна підтримка в таких сферах життя, як фізична здатність (як ми рухаємось та маніпулюємо речами), емоційна та поведінкова здатність (як ми їмо, поведимось та відчуваємо), а також розумова здатність (як ми думаємо та оперуємо інформацією).

Мозкова травма відрізняється від інших видів травм тим, що її початок може бути травматичний та несподіваний. Мозкова травма може спричинити невідворотну неспроможність виконувати ті завдання, які раніше виконувались з легкістю. Не існує ліків від мозкової травми, тому найкращим варіантом є запобігання їй.

Різні ділянки мозку відповідальні за різні функції. Коли ці різні ділянки пошкоджуються, може виникнути різноманітна неповносправність. Наприклад, пошкодження частини мозку, яка відповідає за мову, створює комунікативні проблеми, або якщо ділянка, яка регулює здатність до ходьби, пошкоджується, то людині стає потрібним інвалідний візок для пересування. Та не всі люди, які зазнали мозкової травми, мають мовні проблеми та використовуватимуть інвалідний візок, адже кожна людина травмована по-різному.

Залежно від того, яка ділянка мозку є пошкоджена, мозкова травма може спричиняти втрату рухливості, сприйняття, комунікації, інтелекту та пам'яті. Не існує типової мозкової травми. Наслідки і тяжкість ураження мозку різні в різних людей. Проблеми з пам'яттю, сприйняттям, рухами та нетиповою поведінкою можуть тривати протягом кількох місяців, років або залишитись на постійно.

Розсіяний склероз – це хронічне, прогресуюче захворювання центральної нервової системи (головного та спинного мозку), яке вражає переважно молодих та дорослих людей. Початок симптомів з'являється переважно у віці від 20 до 40 років, жінки хворіють у два рази частіше, ніж чоловіки. Приблизно 50 відсотків хворих потерпають на недостатність розумової діяльності, але це буває завжди важко встановити через наявність депресії та схвильованості.

Симптоми з'являються від нерівномірно розкиданих рубців на ізолюючій оболонці нервів центральної нервової системи. Ці рубці можна порівняти з пробитою ізоляцією електричних проводів, яка перешкоджає правильній передачі сигналів. Симптоми можуть варіюватись від легкої зміни чутливості до паралічу кінцівок та проблем з ходінням, мовою та іншими важливими функціями.

Розсіяний склероз – це різноманітне та непередбачуване захворювання. Більшість людей з розсіяним склерозом не стає повністю неповносправними, вони продовжують вести продуктивне і нормальне життя. Ця хвороба не є смертельною і люди з нею можуть мати нормальну або близьку до нормальної тривалість життя. Розсіяний склероз не є ні заразним, ні спадковим захворюванням, але іноді можлива його більша ймовірність в родині.

Хоч ще не знайдено ліків від цієї недуги, деякі симптоми можна полегшити. Лікування може охоплювати ліки від болю, фізичну терапію, дієтичний контроль та різні вправи. Виявлено, що стрес і хвилювання можуть негативно впливати на імунну систему організму хворої людини, незважаючи на вік та тяжкість захворювання. Деякі люди з розсіяним склерозом можуть використовувати допоміжні пристосування, такі як кухонне приладдя, одяг, інвалідні візки, милиці тощо. Інші використовують катетери через брак м'язового контролю сечового міхура та неспроможності інакше справити нужду. В тяжких випадках потрібна велика увага людині для того, щоб звести до мінімуму всі вторинні симптоми. Наприклад, велике фізичне навантаження або психічне виснаження можуть погіршити існуючий стан. У тяжких випадках розсіяного склерозу людина може мати слабку фізичну координацію рухів.

4. М'язова дистрофія та її форми та типи. М'язова дистрофія – це група прогресивних захворювань м'язів, яка характеризується найперше слабкістю та втомою. Можуть бути зачеплені серцеві і дихальні м'язи, що породжує подальші проблеми. Найтяжчою є м'язова дистрофія Дюшена (так само відома, як дитяча м'язова дистрофія), яка вражає молодих хлопців, які рідко доживають до тридцяти років. Існують ще інші дитячі та кілька дорослих форм м'язової дистрофії, які можуть спричинити в людини помірні або тяжкі фізичні відхилення.

Інші варіанти м'язової дистрофії охоплюють міотонічний, тазоплечовий та плече-лопатково-лицевий синдроми. Люди з цими відхиленнями можуть вести нормальний спосіб життя, але цілком імовірно, що вони стануть

тяжкохворими, досягнувши середнього віку. Плече-лопатково-лицевий тип є незвичайний і вражає м'язи обличчя, спричиняючи труднощі при заплющуванні очей та збільшення форми губ. У випадках, коли вражаються руки, піднімання будь-яких речей стає утрудненим. Коли ж уражаються ноги, ступня «падає», через що людина спотикається об край килима тощо. Ці недуги спричиняють фізичні обмеження і, як звичайно, не стосуються розумових відхилень.

Залежно від типу м'язова дистрофія буває така, яка швидко або повільно прогресує. Люди з повільно прогресуючим типом можуть влаштовуватись на роботу і брати участь у колективній діяльності. Основні труднощі, з якими стикаються люди, які потерпають на цю недугу меншою мірою – піднімання важких предметів, піднімання догори сходами, підведення з низького крісла та виконання завдань, що потребують швидких рухів. Ті, в яких недуга проявилася більшою мірою, використовують інвалідні візки. Багато людей, навіть тяжкохворих, зберігає деякий контроль рухів пальцями та може оперувати легкою технікою (наприклад, комп'ютерами, відеоіграми). У багатьох дітей через невідворотність смерті виникає чимало проблем. Батьки та сім'ї переживають величезний стрес та почуття вини. Позаяк для батьків є дуже важко утриматися від надмірної опіки, підтримка незалежності дитини з м'язовою дистрофією становить особливу складність. Перед батьками постає складне питання: як довго тримати свою дитину в школі. Позаяк здоров'я дитини є нестабільне, то її перебування у школі стає дедалі проблематичнішим, але й припинення занять може бути сприйняте як визнання безнадійності. Тому відпочинок та рекреація можуть зіграти важливу роль у житті дитини з м'язовою дистрофією, бо вносять радість в її життя, часто пов'язане із системою охорони здоров'я.

5. Поліомієліт. Поліомієліт – гостре інфекційне захворювання центральної нервової системи. Інфекція (колись знана як дитячий параліч) спричинена вірусом, що потрапляє до нервової системи через ніс чи рот. Він уражає нерви, які керують м'язами, що іноді призводить до паралічу або часткового паралічу однієї чи більше кінцівок. Якщо тулуб та

нижні кінцівки паралізовані, то людина змушена використовувати інвалідний візок, але вона може зберегти здатність ходити за допомогою милиць.

Поліомієліт вражає нервову систему і настає параліч кінцівок. Захворювання не впливає на інтелектуальний розвиток. За допомогою вакцинації можна уникнути нових випадків захворювання. Особи, що переохворіли поліомієлітом, можуть мати неповносправність різної складності. Деякі мають незначні відхилення, такі як слабкість у пальцях, інші можуть потребувати респіраторного обладнання. Поліомієліт є статичним захворюванням, яке не прогресує і не розвивається з часом, проте, за останні роки спостерігалось повернення колишніх симптомів у деяких людей.

Пост-поліомієлітний синдром. Пост-поліомієлітний синдром спричиняється хронічним перевантаженням неушкоджених м'язів, які мусять компенсувати слабкість уражених. Центральним фактором є перевантаження передніх клітин спинного мозку, які контролюють рухи м'язів. Вірус поліомієліту атакує і знищує ці клітини. Люди з цією недугою, які звикли жити нормальним життям, стикаються з невиліковними симптомами поліомієліту і змушені боротися з цим на психологічному та фізичному рівнях. Створені спеціальні групи підтримки, які допомагають людині реабілітуватися і навчитися всього спочатку.

Симптоми: підвищена надзвичайна втомлюваність, слабкість м'язів, гострий біль у суглобах, труднощі при диханні та підвищена чутливість до холоду. Вакцина проти цієї хвороби існує, але методів лікування недуги розробити не вдалося. Деякі лікарі вважають, що незворотні процеси можна мінімізувати завдяки обмеженню активності, використовуючи приладдя (як милиці чи інвалідні візки), і займаючись спеціально складеними програмами вправ. Немає ніяких підстав стверджувати, що пост-поліомієлітний синдром може призвести до смерті.

6. Пошкодження спинного мозку. Коли спинний мозок (пучок нервів, що є у хребті) пошкоджений у зв'язку з нещасним випадком чи захворюванням, людина може бути паралізована нижче від рівня травми. Нижче цього рівня людина або не має чуття та контролю функцій, або має порушені чутливість та функціональні можливості. Травми спинного мозку можуть варіюватися від легких синців до значних пошкоджень. Міра паралічу залежить від місця пошкодження спинного мозку. Параплегія – це стан, за якого нижні кінцівки і/або нижня частина тулуба є паралізовані у зв'язку з травмою різних частин спинного мозку: крижової, поперекової та грудної частин хребта. При пошкодженні грудної частини хребта часто виникає потреба в інвалідному візку, а пошкодження крижової чи поперекової частин призводить до втрати чутливості в ногах, тому, можливо, людині будуть потрібні протези для пересування.

Квадраплегія, що характеризується більшою мірою неповносправності, охоплює також параліч і рук, що викликано травмою шийного відділу хребта. Люди, в яких пошкоджена верхня частина ший, можуть контролювати деякі плечові м'язи, але потребують додаткової підтримки в повсякденному житті; ті, що потерпають через травму нижньої частини ший, будуть скоріше спроможні самі жити незалежно від підтримки інших. Травми спинного мозку викликають втрату відчуттів та координації, тому що сигнали, передані головним мозком, проходячи вздовж спинного мозку, блокуються у місці пошкодження. При пошкодженні спинного мозку головний мозок залишається неушкодженим, отже, пізнавальні навички теж залишаються непорушеними.

Більшість людей з травмами спинного мозку використовує інвалідні візки для пересування. Найважливіше, що треба запам'ятати: людина в інвалідному візку є така сама, як і всі інші. Люди із спинномозковими травмами в повсякденному житті стикаються з великою кількістю труднощів, які пов'язані з одяганням, купанням та прийманням їжі, порівняно з тими людьми, які не мають цих травм. Але з допомогою спеціального обладнання та персональної опіки можна подолати або принаймні полегшити всі ці труднощі.

Для людей з травмами спинного мозку неповносправність як така не є перешкодою, але такі бар'єри, як сходи, непристосовані туалетні кімнати, вузькі двері роблять діяльність складною або неможливою. Використання інвалідного візка створює деякі складнощі, але вони можуть бути зменшені завдяки забезпеченню фізичного доступу до рекреаційних зон та навколо них.

Спинномозкова кила (грижа). Спинномозкова кила – найпоширеніша форма дефекту невральної трубки. Це вроджена деформація хребців, за якої деякі вертебральні дуги при їх формуванні не зростаються повністю. Близько у 80 відсотків народжених із найтяжчою формою цього дефекту розвивається гідроцефалія. Це стається тоді, коли природний потік рідини спинного мозку блокується перешкодою і подальший її, рідини, тиск на мозок спричинює значне або навіть фатальне враження мозку. З 1960 року лікарі зробили багато хірургічних операцій, які полягали у вживленні пластикової трубки, так званого шунту, який дає можливість цій рідині виходити. Досить рідко люди можуть мати гідроцефалію без спинномозкової кили через вроджений дефект або як результат дитячої хвороби. Пошкодження спинного мозку або спинних нервів призводить до різних ступенів паралічу або втрати відчуттів нижче рівня ураження. Може також проявитися нетримання сечі чи калу, але кожен мав би обговорити це з лікарем і знайти найдоцільніші методи для контролювання, так щоб це не впливало на участь у рекреації.

Наслідки спинномозкової кили бувають різні і можуть коливатися від легких труднощів при ходьбі до тяжкої фізичної неповносправності. Якщо є також гідроцефалія – закрита, то людина може мати обмежені розумові можливості. В її найлегшій формі, коли спинний мозок та нерви не пошкоджені, вона не викликає неповносправності. Іноді люди, народжені з цією недугою у легкій формі, можуть навіть і не знати про її існування, вона може проявлятися лише через ямочку на шкірі і, можливо, через пучок волосся уздовж хребта. Люди, в яких при народженні виявлено цю недугу в тяжчій формі, можуть мати пошкоджені нерви вздовж спинного мозку, інколи й сам спинний мозок. Це може стати

перешкодою для нормальної ходи, тому такі люди потребують палиці чи милиці для того, щоб компенсувати слабкість м'язів ніг.

Незважаючи на успіхи хірургічних методик, досягнуті в контролюванні гідроцефалії, багато людей досі потерпає від пошкоджень мозку, що обмежує їхні інтелектуальні можливості або спричинює розвиток епілепсії. Гідроцефалія може також впливати на координацію і точні рухи пальців.

Якщо ви вважаєте, що людині потрібна допомога, запропонуйте її, але спершу зачекайте на відповідь. Якщо неповносправна людина впала, зачекайте доти, доки вона не дасть знати, потрібна їй допомога чи ні. Якщо допомога все ж таки потрібна, то людина підкаже вам, яким способом їй треба допомогти. Не робіть передчасних висновків, що начебто людина в інвалідному візку завжди потребує, аби її штовхали, але якщо їй справді потрібна ваша підтримка – забезпечте її.

Люди з неповносправністю найбільше знають про свою неповносправність. Професіонали, які звикли працювати з такими людьми та надавати необхідні їм послуги, часто добре обізнані з особливими потребами. Перед тим, як створювати різні програми, ідеї щодо пристосувань та колективної діяльності, проконсультуйтеся з експертами, які знають проблеми неповносправних людей. Ураховуючи це, варто прислухатись і до думки професіоналів.

Будьте терплячими, намагайтесь занадто не опікуватись та не перестарайтись. Людина може рухатись повільно, але, можливо, вона захоче завершити справу чи діяльність самостійно. Деякі люди з фізичною неповносправністю можуть мати проблеми з мовою. Тоді треба буде попросити її повторити слово чи вислів ще раз, поки ви не звикнете до манери висловлювання людини.

Милиці, інвалідні візки, протези, ходунці та інше обладнання є необхідним пристосуванням для деяких людей. Не забирайте їх, доки людина сама не попросить, бо забирання цих речей робить людину беззахисною. Допоможіть усвідомити іншим той факт, що неповносправна людина відчуває своє обладнання якоюсь частинкою себе.

Дозвольте учасникам брати участь у колективній діяльності, яку пропонуєте всій групі. Дозвольте цим людям самим вирішувати, що вони здатні або нездатні виконувати. Не беріть на себе відповідальність за здатності чи інтереси когось іншого. Найкращим практичним правилом є припускати дійову участь кожної особи, хіба що ця особа скаже нам протилежне.

Розпитайте людей з фізичною неповносправністю про спеціальні пристосування, обладнання чи методи, що їх вони використовують у повсякденному житті і які можуть допомогти їм у рекреаційній діяльності. Забезпечте неповносправну людину всім необхідним для того, аби залучити її до колективної діяльності. Працівники рекреаційних служб або неповносправні можуть модифікувати наявне обладнання або придбати нове, з комерційних джерел.

Неповносправні, як звичайно, є залежні від свого обладнання тому, що вони ними розширюють коло своїх функціональних можливостей. Їхнє обладнання може дуже відрізнятися: від звичайного, стандартного інвалідного візка до дуже персонального, зробленого під окреме замовлення обладнання, такого, як індивідуальної форми ремінець, що допомагає тримати ручку під час писання. Часто обладнання стає таким же особистим та незамінним, як для деяких людей одяг. Виходячи з того, будь-яку допомогу чи підтримку, що стосується обладнання, треба надавати обережно й виважено. Засоби пересування (інвалідні візки, ходунці, милиці, палиці та протези) є найбільш помітними та легко розпізнаваними засобами. Обладнання для підтримки функцій тіла – це також штучні кінцівки, ілеостомні чи колеостомні мішки (засоби для прийому випорожнень) та дихальні апарати. Здебільшого неповносправні самі вчаться користуватися та доглядати за своїм обладнанням. Якщо ж потрібна допомога, то людина, звичайно, може попросити,

яка допомога і наскільки їй потрібна. При тому не лише годиться, й треба запитати особу, як правильно допомогти їй з її обладнанням. Якщо допомога потрібна неповносправним дітям, запитайте спочатку батьків про те, як правильно допомогти дитині з її обладнанням. Також важливим є те, щоб ви запитали, чи має якесь значення для рекреаційної діяльності те, що стосується обладнання, а також, як, де і коли обладнання можна чи не можна використовувати, за яких умов воно може бути проблематичним для неповносправного та людей навколо вас, а також дізнатися про спеціальні умови зберігання обладнання і т.д.

Запам'ятайте, що фізична неповносправність не має вирішального значення для участі у спеціальній програмі рекреаційної діяльності. Пересування є головним обмеженням для неповносправних. Збільшуючи кількість учасників у команді та роблячи правила не такими суворими, можна досягти того, що неповносправні також зможуть успішно брати участь у грі. Наприклад, у волейболі можна збільшити кількість гравців із шести до дев'яти для того, аби зменшити вільний простір, який має бути заповнений учасниками.

Низький рівень сили також є помітним обмеженням для деяких неповносправних людей. Пристосувальне обладнання дає людині змогу брати участь у багатьох видах спорту та іграх. Вирішуючи, як неповносправний має брати участь у певній діяльності, ви мусите зважувати всі фізичні вимоги того виду діяльності та особисті можливості людини. Часто людина може брати участь без адаптації, та іншим вона може бути потрібна. Але головним авторитетним джерелом інформації щодо специфіки для неповносправної людини під час участі в рекреаційній діяльності мусить бути лише сама неповносправна людина, тому що через індивідуальну природу фізичної неповносправності ви не зможете зауважити той ефект, який справить на людину ця діяльність. Діяльність, яка підходить одній людині, необов'язково мусить підходити й іншим. Деякі люди з фізичною неповносправністю матимуть повну рухливість рук, тому їм не буде потрібна якась додаткова підтримка. Деякі використовуватимуть інвалідні візки для пересування і їм потрібні будуть

пристосування до висоти зон активності, настільних ігор. Люди, які потерпають від нестачі відчуттів у нижніх кінцівках, можуть потребувати захисту під час деяких вправ.

Тема 4. Люди з вадами зору.

1. Загальна характеристика з людьми з вадами зору.
2. Поради для занять туризмом для незрячих.

1. Загальна характеристика з людьми з вадами зору. Здавна, людей з вадами зору називали по-різному: «сліпий», «темний», «невидючий», «незрячий», «слабозорий» і д. т. Сліпота – одна з найпоширеніших неповносправностей. Особи, які мають певне обмеження гостроти зору, але не визнаються тотально незрячими, найчастіше характеризуються як слабозорі. Проте, мільйони людей мають певний рівень ураження зору, носять окуляри чи контактні лінзи, проте ніхто з них не визнає себе особою з вадою зору.

В цьому випадку ми охарактеризуємо рівні ураження зору в найпоширеніших видах і випадках. Наслідуючи це, ми подаємо підказки, які забезпечать Вам перший (чи подальший) позитивний досвід у роботі з особами, які мають проблеми з вади зору.

Якість і ураження зору найчастіше визначаються гостротою і полем (кутом) зору. Це дуже важливо пам'ятати, проте, існують такі ураження зору, які не описуються цими двома характеристиками. Це, наприклад, сприйняття кольорів та яскравого чи інтенсивного світла.

Людина з ідеальним зором здатна сприймати речі приблизно на 90 градусів у всіх напрямках, дивлячись при тому прямо, утворюючи зорове поле 180 градусів. Люди з різко звуженим (тунельним) полем зору внаслідок деяких уражень, можуть бачити лише прямо, але не по боках. У них немає периферичного бачення, тільки центральне.

Особа, яка є не цілком сліпа, краще бачить в окулярах чи контактних лінзах. Тотально (цілком) незрячі мають повністю втрачені зір і, отже, сприйняття світла. Таких людей фактично є менше від тих, хто мають уражений зір. Більшість таких людей тримає у пам'яті форму і/чи вагу, властивості відчуття. Останнім часом поняття «низький зір» набуло широкого поширення.

Слабозорість – це термін, що означає серйозну втрату зору, яка може бути спадковою або мати початок як вроджена чи набута. Такий стан може бути результатом генетичних змін, очної хвороби чи нещасного випадку, а також результатом станів, пов'язаних із процесами старіння.

За визначенням, низький зір неможливо відкоригувати медично, хірургічно чи традиційними окулярами або контактними лінзами. Сліпота може бути викликана захворюваннями, старінням чи нещасним випадком; проте, найпоширенішою причиною є старіння. Серед осіб працездатного віку найпоширенішими причинами є діабет і нещасні випадки. Важливо розуміти, що сліпота чи частковий зір не означають наявності інших фізичних, розумових чи фізіологічних неповносправностей. Є багато видів вад зору. Найпоширеніші – катаракта, глаукома, пігментна дегенерація сітківки, діабетична ретинопатія і ретролентальна фіброплазія.

1. Катаракта – найпоширеніша причина сліпоти, особливо у старших людей. Нормально чистий кришталик ока стає молочним або хмарним як наслідок певних порушень живлення кришталика, спричинених кисневим голодуванням. Катаракту усувають хірургічно, відновлюючи більшості людей хороший зір.

2. Глаукома – це стан, що часто закінчується постійною сліпотю. Збільшена кількість рідини в очному яблуці, що потім може відтікати через канал, створює високий тиск усередині очному яблуці. Глаукому можна виявити простим тестом і її контролюють лікарським засобом у формі очних крапель. Якщо її не контролювати, глаукома набуває вигляду дрібної плямки в центрі й врешті-решт переходить у повну сліпоту.

3. Пігментна дегенерація сітківки – це спадковий стан, якому властива дистрофія (чи втрата) паличкоподібних клітин сітківки. Це призводить до малого центрального кута зору (тунельний зір), деколи до цілковитої сліпоти.

4. Діабетична ретинопатія – одна з найпоширеніших причин виникнення вади зору і повної сліпоти. Люди з діабетом можуть підлягати судинним змінам, що спричинює геморагію (крововилив) у сітківці. Досить часто кров розсмоктується, і добрий зір повертається на довгий період часу. Залежно від стану сліпота може виникнути несподівано і стати постійною.

5. Ретролентальна фіброплазія – це стан, який викликає сліпоту в новонароджених. Порушення, які спричинені кисневим отруєнням, призводять до спазму судин сітківки. Обидва ока вражені, і це може спричинювати повну або майже повну сліпоту. Цей стан є результатом використання високих концентрацій кисню в інкубаторах для недоношених дітей.

Люди з вадами зору здатні отримувати обмежену кількість візуальної інформації про їхнє оточення. Проте, важливо розуміти: незважаючи на те, що зір забезпечує людину величезною кількістю інформації про довкілля, це не єдине джерело інформації. Люди з вадами зору зазвичай навчаються покладатися також на інші відчуття, щоб заповнити неповноту, що виникла через їхні обмежені можливості отримання візуальної інформації. Нюх, дотик, слух і відчуття руху – всі ці сенсорні канали стають найважливішими. Деякі люди пристосувалися до вади чи ненадійності одного з

джерел інформації, більшою мірою покладаючись на інші. Такий перерозподіл каналів чуттів часто спричиняє фактично нефізичну зміну в гостроті інших чуттів, а їхнє вдосконалення.

Таке посилення подібне до впливу більшого використання і застосування чуттів, що звичайно займали другорядну позицію у зборі інформації. На противагу до загальної думки, насправді сліпота не дає людині магічного слуху чи виняткової пам'яті.

Багато незрячих отримує тренінги по мобільності і може легко пересуватися в оточенні. Дехто займається рекреаційною діяльністю, що потребує значної рухливості на свіжому повітрі. Офісну роботу, навіть якщо необхідне читання, незрячі можуть виконувати за допомогою спеціального обладнання, такого як кабельний прилад для читання, який замінює візуальні друковані зображення на відчутті на дотик. Звичайно, не вимагається спеціальних пристосувань, меблів чи приміщень, для забезпечення участі незрячих.

Проте, візуальні сигнали безпеки та інформаційні знаки мають бути оснащені аудіо-чи тактильними доповненнями. Ця підвищена увага до не візуальних джерел інформації є ключовим елементом уможливлення діяльності для людей із вадами зору. Пристосування діяльності для таких людей може означати використання тих засобів адаптації, які вони самі застосовують для кращого здорового сприйняття. Це означає використання інших сенсорних каналів замість зорових чи одночасно з ними.

Єдиним способом знати достеменно ступінь зорової неповносправності людини і методів, що їх вона використовує для пристосування, а також її специфічних потреб у рекреаційному середовищі – це запитати в неї самої. Не робіть припущень! Одним із найпоширеніших припущень є те, що легально незрячі можуть читати брайлівський друк. Це не так. Менше ніж 10 відсотків осіб із тяжкими ушкодженнями зору можуть читати «брайлем». Більшість надає перевагу

аудіокасетам. Крім того, використовуйте вашу уяву. Цей засіб чуття краще, ніж інші, допоможе вам забезпечити доступні рекреаційні програми для осіб з вадами зору.

2. Поради для занять туризмом для незрячих. Якщо вам здається, що особі з вадою зору потрібна допомога – запропонуйте свою допомогу, але не робіть того, поки не отримаєте згоди. Якщо ви її отримали, поцікавтесь, як саме ви можете допомогти.

Втрата зору не впливає на слух. Не кричіть до особи з ураженням зору. Аналогічно сліпота не впливає на психіку. Говоріть безпосередньо до незрячої людини спокійно.

Не бійтеся використовувати слова «бачу», «дивлюсь» чи «незрячий». Ці слова є частиною нашого щоденного словника і незрячі їх також використовують. Водночас, якщо бачите щось цікаве, скажіть незрячій особі про те, що відбувається, описавши це їй найточніше, як тільки зможете.

При зустрічі із незрячими повідомте про свою присутність. Не забувайте також попередити його, коли ви вже відходите від нього. А також, якщо в оточенні, в якому ви перебуваєте, щось змінюється – скажіть про це незрячій особі.

Не бавтеся із собакою-поводирем без дозволу господаря. Коли собака в ошийнику – він «на варті». Якщо відвернути його увагу, то господар може потрапити в небезпечну ситуацію.

Застосовуйте специфічну, описову мову, коли даєте вказівки, щось пояснюєте чи описуєте місце, подію або діяльність у розмові з незрячим. Кольори, поверхня, рухи і вказівники напряму можуть зробити опис яскравішим для незрячого.

Орієнтуйте незрячих у новому середовищі. Описуйте розмір, форму, відстань, межі й кожен перешкоду чи потенційну небезпеку. Під час їх діяльності орієнтуйте про розміщення об'єктів навколо них, якими вони будуть

користуватися. Аналогічно військовикам, незрячі аби пояснити розміщення, часто використовують принцип годинника. Наприклад, кажуть: «Витяжний шнур на 3-ю годину, а гак на 9-ту».

Якщо незрячий погоджується на вашу допомогу, ви повинні запитати: «Чи не бажаєте взяти мене під руку?». Протягніть своє передпліччя до нього так, щоб він зміг узяти вас під лікоть. Триматися треба достатньо міцно, щоб втриматися протягом ходьби і не було незручно. Так само тримаються діти, тільки за зап'ястя. Деякі старші люди і ті, що мають проблеми з ходою, можуть не захотіти йти попід руки. Їм треба пропонувати кращу підтримку. Вони можуть також хотіти йти в повільнішому темпі».

Не пробуйте вести когось беручи його за руку! Ваша рука має бути розслаблена, і незрячий візьме вас правою рукою за лівий локоть. Тримайте руку коло вашого тіла. Це називається метод зрячого поводиря.

При використанні цього методу незрячий повинен йти на півкроку позаду вас. Оберіть комфортний темп для вас обох. Якщо людина тягне вас назад чи стискає руку, можливо, ви йдете заскоро. Ніколи не штовхайте і не спрямовуйте незрячу особу поперед себе! Намагайтеся підтримувати її усвідомлення змін умов оточення. Не забувайте попереджати про бордюри, сходи, входи, вузькі проходи, пандуси та ін. Вказуйте, чи сходи ведуть догори чи вниз, і коли незрячий досягає останньої сходинки. Коли ви допомагаєте незрячій особі сісти, просто покладіть її руку на спинку стільця і дозвольте їй це зробити самому. Пояснюйте, що ви робите під час самої дії.

Тема 5. Люди з вадами слуху.

1. Ступені погіршення слуху.
2. Мова жестів у нечуючих.
3. Поради для занять туризмом для нечуючих.

1. Ступені погіршення слуху. Слухові порушення – загальноприйнятий термін, яким описують і узагальнюють всі види слухових вад, що варіюють від дуже легкої до абсолютної глухоти. Історія розвитку послуг для людей з вадами слуху є найдавнішою серед тих, які пов’язані з неповносправними в цілому світі.

Існують різні ступені погіршення слуху. Вони поділяються за локалізацією ушкодження чи дефекту:

- звукопровідна приглухуватість спричинена пошкодженням чи обструкцією зовнішнього або середнього вуха;
- нейросенсорна приглухуватість викликана дисфункцією слухового нерва;
- комбінована приглухуватість виникає тоді, коли одночасно пошкоджуються звукопровідна і нейросенсорна функції вуха.

Центральна приглухуватість виникає тоді, коли слухові центри мозку не здатні правильно інтерпретувати сигнали. Нечуючі також можуть мати до певної міри дефекти мови, позаяк вони не чують настільки добре, щоб коригувати фонетичні помилки у власній промові. Той, хто став нечуючим у віці приблизно після семи років, як звичайно, має нормальну мову і достатній словниковий запас.

З другого боку, ті, що оглухли в більш ранньому віці, можуть мати більші мовні і словникові обмеження, що може спричиняти певні проблеми при спілкуванні. Вади слуху можуть бути вроджені, медикаментозні, спричинені травмами та захворюваннями, а також наслідком довготривалої дії надмірного гамору чи гуркоту. У будь-якому разі, наявність таких вад є результатом розладу фізіологічного механізму слуху.

Травми є основною причиною у виникненні звукопровідної приглухуватості. Вони включають розрив барабанної перетинки від удару або під дією вибухової хвилі, що створює раптовий тиск у зовнішньому вусі. Вади слуху поділяються на легкі, середні і тяжкі залежно від ступеня ушкодження, що його вимірюють у децибелах. Децибел – це

одиниця вимірювання інтенсивності звуку. Звук, що дорівнює нулю децибел, є найтихішим, його чують люди з гострим слухом. Звичайна розмова матиме гучність 60 – 70 децибел.

2. Мова жестів у нечуючих. Суперечності, які існують у громаді нечуючих, пов'язані з термінологією, що її використовують для характеристики людей з вадами слуху. Значний відсоток громади нечуючих не визнає національної мови і приналежності нечуючих людей, трактуючи себе як окрему мовну групу, «націю» нечуючих осіб. Ця частина громади вважає себе культурою, яку позначають великою буквою «Г». Цей аргумент побутує у середовищі глухих, які репрезентують велику частину осіб, які мають спільну мову (або мову жестів). Проте, таке твердження викликає заперечення, бо не всі нечуючі люди погоджуються з такою перспективою. Багато хто із нечуючих не поділяє думки, щоб їх вважали окремою культурою, а швидше, бачить себе частиною усього суспільства.

Ураховуючи відсутність цілковитої згоди в цій суперечці, важливо бути чуйним до думок різних людей, з якими доведеться контактувати. Залежно від ступеня втрати слуху людина може чути звернену мову, якщо вона чітка. Люди з досить тяжкими ураженнями слуху можуть бути здатні говорити чітко. Люди із ще тяжчими вадами слуху можуть бути здатні чути підсилену мову з допомогою слухового апарата чи іншого пристрою. Мова деяких людей з тяжкими вадами слуху може бути дещо нечітка. На противагу, деякі глухі не говорять, тому що вважають своєю рідною мовою мову знаків.

Читання по губах – це методика, засвоєна деякими нечуючими для допомоги в розумінні інших, якщо вони їх не чують або не розбирають мови.

Читачі по губах спостерігають за устами співрозмовника і розрізняють слова за формою та положенням губ і язика. Цим умінням важко оволодіти, позаяк менше ніж 35 відсотків слів розпізнаються по мімічних рухах. Вловлювання контексту та невербальної інформації є суттєвим доповненням до цього вміння.

Нечуючі часто використовують як засіб спілкування жестикуляцію, яка охоплює позиції і рухи рук, а також інші мови тіла, для зображення поняття за допомогою стандартних символів. Мова жестів – це мова зі своїми власними граматиною і синтаксом. Мови жестів у різних країнах суттєво відрізняються одна від одної. Однією з форм мови жестів є зображення літер пальцями. Мова знаків полягає у зображенні долонями певного символу для кожної літери абетки. Слова зображуються літера за літерою, згідно з правописом.

Деякі глухі використовують мову знаків, яка ґрунтується на фонетичній системі. Для зображення мови застосовують вісім комбінацій руками і чотири жести навколо обличчя. Для деяких нечуючих та німих єдиним засобом спілкування є письмова мова. Декого з них не задовольняє писати, позаяк їхня мова не відповідає стандартам синтаксису мови. Деякі нечуючі користуються пристроєм із клавіатурою, що називається «Текстофон», який дає їм змогу спілкуватися з іншими особами, які мають такі самі пристрої. Інші люди з ураженням слуху використовують телефони із звукопідсилювачем, які збільшують гучність вхідного звуку. Такий телефон може використовуватись будь-ким, позаяк звук можна регулювати. Телефонна система, необхідна для використання «текстофона», поширена в багатьох країнах. Нечуюча особа з «текстофоном» може зв'язатися з телефонним оператором, який, своєю чергою, зв'язується з особою без цього пристрою і може передати повідомлення. У багатьох видах діяльності не виникає необхідності спеціальної допомоги нечуючим, навіть із дуже значною вадю слуху, за умови, що фактор комунікації взятий до уваги.

Найчастіше єдине, що треба зробити – це переконатися, що в ході діяльності передбачені необхідні візуальні позначення, інструкції, які компенсували б необхідність усних повідомлень і відповідей. Якщо потрібен переклад, запитайте учасників, яку систему жестів чи знаків вони використовують для спілкування. Перекладачі знають різні методи спілкування і можуть допомогти вам визначити відповідний.

Вади слуху не сприймаються як неповносправність у тих видах діяльності або гри, які не обов'язково потребують доброго слуху. Для забезпечення повної участі всякий раз, коли є можливість, треба застосовувати відповідні пристосування. Людей з вадами слуху, коли вони говорять, іноді важко зрозуміти позаяк є помилки у мові та незвична інтонація. Проте, з невеликим терпінням та практикою, слухач, як звичайно починає розуміти. Особам з вадами слуху може бути незручно на зустрічах, у діяльності чи відповідати на телефонні дзвінки, якщо не створити для того умов.

3. Поради для занять туризмом для нечуючих. Якщо вам здається, що особам з вадами слуху потрібна допомога – запропонуйте свою поміч, але не робіть того, доки не отримаєте згоди. Перед тим, як почати розмову з особою, яка погано чує, переконайтеся, що вас слухають. Ви можете привернути увагу дотиком до руки чи жестом. Говоріть розбірливо та чітко, у нормальному темпі й тоні. Не підвищуйте власний тон і темп мови, якщо вас не просили. Не посилюйте рух ваших губ. Намагайтеся уникати вживання їжі, куріння чи жування під час розмови; це робить вашу мову тяжкою до зрозуміння. Переконайтеся, чи Вас зрозуміли, перед тим, як почати говорити про щось інше. Повторюйтесь стільки, скільки потрібно, можливо, перефразуйте, оскільки ви могли використати слово, яке важко зрозуміти.

Використовуйте міміку, жестикуляцію і мову тіла, щоб підкреслити ваші висловлювання. Ледь зрозумілі зміни в тоні чи звуці, що їх використовують для передання почуттів чи нюансів значення, можуть бути незрозумілі для деяких нечуючих. Чим більше візуальних жестів ви використовуєте, тим легше іншій особі вас зрозуміти.

Коли інструктуєте чи щось пояснюєте, зведіть фоновий гамір до мінімуму, щоб запобігти відволіканню і не створювати замішання щодо діяльності, в якій ця особа бере участь. Якщо дуже гамірно – підіть туди, де тихо, чи

інструкуйте перед входом у шумне приміщення. Поверніться обличчям до людей з вадами слуху, коли говорите. Вони не зможуть почути вас, коли ви відвернуті від них. Переконайтеся, що ваші обличчя і верхню частину тіла чітко видно. Підійдіть достатньо близько, щоб вас було добре видно, а ваше обличчя було освітлене, також уникайте тіні на ньому (наприклад, від капелюха чи сонячних окулярів). Не стійте на тлі вікна чи спиною до яскравого світла.

Майте на увазі, що ви розмовляєте безпосередньо з особою, яка має ваду слуху, а не з перекладачем. Звертайтеся до особи, з якою спілкуєтесь. Якщо вам важко зрозуміти, що людина каже чи вона не розуміє вас – спробуйте повторити сказане ще раз. Якщо це не допомагає, спробуйте використати олівець і папір. Чітке порозуміння є важливішим, ніж методи його досягнення. Візуальна допомога – діаграми, письмові інструкції, картинки чи медіа, на додаток до усних інструкцій – важлива для осіб з вадами слуху і сприяє кращому розумінню вказівок та інструкцій.

Якщо спілкування є суттєвим компонентом вашої діяльності, потрібні деякі пристосування і зміни, щоб зробити діяльність доступною для осіб з вадами слуху. Застосовуйте візуальні сигнали в інструкціях чи командах; деякі пристосування передбачають використання прапорців чи ліхтарів-сигналів початку чи закінчення гри, або подавайте сигнали руками.

Труднощі у спілкуванні можна зменшити використанням слухових апаратів чи інших допоміжних пристроїв, а також практикуючи візуальні демонстрації з використанням простих слів і речень. Тренінг може зайняти дещо часу, проте як тільки особа з вадою слуху отримає відповідний рекреаційний навик, її участь буде типовою. Читання по губах може допомогти особам з вадами слуху краще зрозуміти частину сказаного.

Як працювати з перекладачем мови знаків:

1. Завжди при спілкуванні з особою з вадою слуху мова і погляд повинні спрямовуватися на неї, а не на перекладача.
2. Завжди говоріть у першій особі. Не вживайте виразів: «Скажи йому...», чи «Запитай її...».

3. Дозвольте перекладачеві сидіти чи стояти біля особи, яка чує. Переконайтеся, що особа з вадою слуху здатна чітко бачити обох: перекладача і співрозмовника.

4. Не керуйте перекладачем, щоб він перекладав окремі частини сказаного. Перекладач керується професійним кодексом етики і тому повинен перекладати все, що говорять чи показують жестами. Він також має дотримуватися конфіденційності і залишатися об'єктивним.

5. Передавайте всі матеріали і папери безпосередньо особі з вадою слуху, а не перекладачеві. Це вказує на те, що вони призначені саме їм; це також показує, що особа, яка чує, вважає нормальним мати справу «напрямую» з особою, яка позбавлена слуху.

6. Пам'ятайте, що перекладач є каналом зв'язку, тобто він відповідальний за рівноцінні послуги для обох співрозмовників.

7. Говоріть нормально! Довірте перекладачеві давати вам знати, коли треба говорити повільніше чи зробити паузу.

Коли ви даєте інструкції чи візуальні матеріали, переконуйтеся, що виділяєте достатньо часу для того, аби їх проглянути до чи після пояснення. Пам'ятайте, що особа з вадою слуху не може одночасно переглядати надруковані матеріали і дивитися на перекладача.

1. Переконайтеся, що нечуючий дивиться на вас, коли ви говорите.

2. Говоріть нормально (не кричіть!).

3. Рухайте губами чітко, щоб було зрозуміло для тих, що читають по губах.

4. У разі необхідності будьте готові повторити чи написати ваші слова.

Нечуючі часто застосовують жестову мову так, як і звичайну мову. Необов'язково учасникам, якічують, знати цю мову, хоча деякі залюбки вивчають основи від їхніх глухих колег. Це варте заохочення, позаяк підтримує жвавіше спілкування і сприяє гарним взаєминам.

Деколи люди можуть непокоїтися, чи не образять вони когось, маючи справу з особами з вадами слуху, бо спілкування на початку може бути складним. Це іноді стримує людей від принагідних розмов, хоча цей період минає. Досвід показує, що особу з вадою слуху зазвичай приймають і спілкування стає легшим, коли інші учасники звикають до неї і керуються правилами візуального зв'язку.

Завжди слід мати на увазі необхідність доброї акустики й освітлення. Багато користувачів слухових апаратів можуть мати значну користь від встановлення допоміжних слухових систем.

Люди з вадами слуху такі ж здорові, як і всі інші, і цілком спроможні брати участь у різноманітних заходах. Вади слуху не обов'язково мають поганий вплив на рухливість і не створюють протипоказань для участі в багатьох видах діяльності.

Спеціальні заходи безпеки можуть бути або можуть не бути обов'язковими. Довготривала глухота тренує людей використовувати зір, а також визначати й остерігатись небезпечних ситуацій; пожежна та інша сигналізації повинні охоплювати систему світла, що блимає, чи вібро-дотикові сигнали, особливо якщо особа з вадою слуху бере участь у діяльності сама. Учасники мають бути проінструктовані, щоб вони переконалися, чи особи з вадами слуху отримали повідомлення про небезпечні ситуації, які виникали несподівано.

Тема 6. Люди з психічними захворюваннями.

1. Загальна характеристика психічних захворювань.

2. Причини виникнення психічних захворювань.
3. Види психічних захворювань.
4. Застосування до рекреації людей з психічними захворюваннями.

1. Загальна характеристика психічних захворювань. Приблизно 2 відсотки населення України ураженні серйозними психічними захворюваннями. Причини виникнення цих захворювань невідомі, але, можливо, їх багато, і це не є вина людей чи їхніх родин. Додатково, крім самого захворювання мозку, психічно хворі особи на певний період часу можуть бути функціонально неспроможними здійснити базові життєво важливі дії: соціальні відносини і стосунки, концентрація уваги та ухвалення рішень, догляд за собою, працевлаштування, домашні справи, освіта й рекреація. Проблеми психічно хворих людей супроводжуються і дискримінаціями, якими можна пояснити їхню обмежену участь у відпочинковій роботі в досвіді рекреаційної громади. Додатковою ганьбою є також проблеми бідності серед багатьох з них.

Високий відсоток психічно хворих людей – це безробітні та в економічно несприятливому становищі. Це результат взаємодії між змінами, які вони пізнають у роботі та нездатності чи браку інтересу роботодавця пристосувати їх до роботи.

Психічно хворі особи – найбільш представлена група неповносправних, якій потрібні послуги громадських парків, рекреаційних і комерційно-рекреаційних надавачів. Помилкові судження суспільства стосовно їхніх потреб та можливостей, їхнє небажання відкривати себе невідомому та потенційно неприємному середовищу, помилкові судження

преси і брак вірної інформації про хороші і підходящі шляхи заважають надавати необхідні та доступні послуги цим мешканцям.

Першим кроком до розуміння людей з психічними захворюваннями – усвідомлення, що це є справді захворювання. Вони поділяються на два головні різновиди: психози і неврози. Психози характеризуються манією, галюцинаціями, порушеннями процесів мислення, значними обмеженнями в судженнях та поняттях, а також неспроможністю об'єктивно оцінити реальність. Психози, своєю чергою, поділяються на органічні та функціональні порушення. Для прикладу, хвороба Альцгеймера (органічний), маніакально-депресивний синдром (функціональний), шизофренія (функціональний).

Неврози більш поширені і не такі тяжкі, як психози. Деколи дуже важко відрізнити, чи порушення викликані неврозом, чи проблемами, пов'язаними з буденним життям, як, наприклад, страхом чи простою засмученістю. Як приклади неврозів можна навести легку форму депресії, почуття напруженості або роздратування, фобії і нав'язливу поведінку. Важливо розуміти різницю між психічним захворюванням і розумовою відсталістю.

Інтелектуальна недостатність – це неповносправність, яка сповільнює розвиток інтелектуального потенціалу особи. Розумова відсталість відбивається на рівні розумових здібностей. Останнім часом розумову відсталість не вважають позитивною неповносправністю, більше говорять про можливість особи незалежно жити в суспільстві, ніж про розумові здібності. На сьогодні немає методів лікування розумової відсталості. На відміну від неї, психічне захворювання не вважається розвитковою неповносправністю і безпосередньо не пов'язане з розумовими здібностями. Проте, ознаки, які асоціюються з психічними захворюваннями, можуть бути властиві і людям з інтелектуальною недостатністю. Психічні захворювання можна лікувати і часто успішно. При правильній діагностиці та лікуванні психічного захворювання його симптоми можуть зникати. Важливо відзначити, що є два різні прояви у психічно хворих

осіб. Часто бувають поєднані захворювання, коли спостерігають два і більше розлади в одного пацієнта. Наприклад, в особи із затримкою психічного розвитку також може бути психічне захворювання. По-друге, під час лікування у пацієнта може виникнути синдром зміни, який веде до зміни основного діагнозу.

2. Причини виникнення психічних захворювань. Є три основні причини виникнення психічних захворювань. Деколи вони є наслідком біологічних розладів. З другого боку, певні стани бувають викликані чимось, що сталося ще в ранньому дитинстві. І нарешті, вони можуть виникнути, якщо особа не може адекватно впоратись із стресогенною ситуацією, що веде до розвалу механізму адаптації.

Ріхтер пропонує розглядати психічні захворювання не як наслідок особистих проблем, а як відповідь на стан навколишнього середовища, створений суспільством, в якому кожен учасник переживає складний період. Ми можемо визначити шкідливий і прискорювальний фактори довкілля, які можуть викликати психічні захворювання. Шкідливий (пredisponуючий) фактор – це стан, що може викликати психічні захворювання. Прискорювальний фактор – це специфічна подія, яка дає початок хворобі. Наявність того чи іншого фактора необов'язково спричинять початок психічної хвороби. Наприклад, смерть близького друга може бути, а може й не бути прискорювальним фактором. Це взаємодія між особою і різними аспектами її оточення, що визначає – почнеться захворювання чи ні.

3. Види психічних захворювань. Існує багато видів психічних захворювань: депресія, маніакально-депресивний психоз, шизофренія, невроз страху і розлади харчування. Ми коротко розглянемо кожную з цих неповносправностей. Взагалі існує багато видів психічних захворювань.

Депресія та маніакально-депресивний психоз

Депресія – це психічне захворювання, що неабияк порушує настрій на довгий період часу. Вона може виникнути в будь-якому віці, якщо не лікуватися, призвести до суїциду. Є дві форми депресії: ендогенна і психогенна. Ендогенна депресія характеризується щонайменше п'ятьма з дев'ятих симптомами, які проявляються протягом двох тижнів хоча б одним симптомом депресивного настрою, втрати інтересу чи задоволення.

Симптоми глибокої депресії:

1. Депресивний настрій.
2. Значна втрата задоволення від більшості видів діяльності.
3. Велика втрата ваги, не пов'язана з дієтою.
4. Безсоння або підвищений артеріальний тиск.
5. Психомоторне збудження або гальмування.
6. Втома.
7. Надмірне почуття вини або відчуття безвартісності.
8. Знижена здатність оцінювати або нерішучість.
9. Нав'язливі думки про смерть або задум суїциду.

Депресивні розлади зазвичай розглядають як послідовність симптомів, які характеризуються частотою, тривалістю і тяжкістю. Психічній депресії притаманна дисфорія (емоційний стан, який характеризується страхом, депресією і тривогою), яка триває як щонайменше два роки.

Лікування депресії передбачає фармакологічне втручання у поєднанні з психотерапією. Використання відпочинку як елементу лікування депресії має переваги, поза як особа може самотійно його застосовувати, він може бути малокоштовний, і може підняти рівень самооцінки. Існує багато форм відпочинку, що їх можна успішно застосовувати.

Маніакально-депресивний психоз (біполярний розлад психіки) – психічне захворювання, яке характеризується коливаннями настрою від періоду надзвичайного піднесення до глибокої депресії. Маніакальна фаза характеризується гіперактивною поведінкою, підвищеною самооцінкою, розсіяністю, безсонням і надмірною та швидкою мовою. Патрик стверджує, що маніакально-депресивний синдром ґрунтується на багатьох розладах настрою, що коливаються від незначної дисфорії до маніакальної депресії.

Шизофренія

Шизофренія – психотичне захворювання, за якого особа переживає галюцинації, ненормальні емоції, порушення мислення і зміни поведінки. В таких хворих можуть проявлятися позитивні симптоми, але більшою мірою, ніж це вважається нормальним. В такому разі їхні емоції надзвичайно екзальтовані, проте для людей із шизофренією більш властивими є негативні симптоми, які проявляються у мірі більшій, ніж просто знижені. Це може бути брак ентузіазму, знижене задоволення і помітна втрата енергії. Шизофренія може розвиватися поступово або виникнути раптово. При поступовому розвитку можна простежити такі ранні ознаки, як збайдужіння до друзів і сім'ї, брак ентузіазму, більші ніж звичні страхи та ін. Проте, нечасто вдається розпізнати такі ранні індикатори, оскільки як звичайно, родина не усвідомлює важливості цих ознак і їхнього зв'язку з психічною недугою.

Вік, характерний для початку шизофренії – перед зрілістю і після 45 років. Шизофренія вражає близько однієї особи на сто. Було багато спроб класифікувати шизофренію, і знання про це захворювання продовжують рости. На сьогодні визначені такі підвиди:

1. Кататонічний тип, пов'язаний з розладами рухів. Особи проявляють усе від майже повної відсутності рухів до крайньої рухливості.

2. Параноя характеризується домінуванням однієї або більше ілюзій чи слухових галюцинацій. Звичайно вони досить постійні. Такі особи бувають менш неповносправні, ніж ті, що хворі на інші види шизофренії.

3. У разі дезорганізованого типу характерними є словесні стереотипи, недоречні й непослідовні, вони не можуть триматися певної теми.

4. Недиференційований тип. До нього відносять осіб, які не підходять до жодного іншого.

5. Залишковий тип використовують для характеристики осіб, які мають один або більше випадків деяких форм шизофренії, але які тривало не виявляють ніяких психотичних особливостей.

Ці особи мають певний рівень емоційної нестабільності, соціального відсторонення або альгічного мислення.

Причини виникнення шизофренії невідомі. Існують достовірні дані, що деякі форми захворювання спадкові, хоча в них нема типової послідовності. Наприклад, у сім'ї може бути лише один член із захворюванням, або в різних членів родини проявляються різні симптоми. Шизофренію загалом лікують комбінацією фармацевтичної та соціально-психологічної терапій.

Невроз страху

Неврози страху охоплюють фобії, панічні порушення і нав'язливі стани. Особи з фобіями відчують крайній жах, коли зустрічаються із специфічними ситуаціями чи об'єктами і навіть можуть вносити зміни до щоденних дій, аби уникнути специфічних ситуацій чи об'єктів. Паніка характеризується раптовістю, інтенсивними відчуттями жаху без очевидних причин. Люди, які потерпають на нав'язливість можуть подолати страх методом повторювання, небажаних думок чи ритуальної поведінки.

Є два класи теорій поведінки, які намагаються пов'язати з неврозами страху: в першому випадку теорію сприйняття або пізнання і в другому – теорію запобігання. Пізнавальна теорія стверджує, що страх визначається

класичними обставинами; це означає, що особа вчиться асоціювати об'єкти чи досвід з болем або іншим стимулом, який викликає страх. Також деякі когнітивні теорії стверджують, що страх може вироблятися від спостережень за страхами інших людей за певних умов. Деякі люди можуть набути страх перед польотом, спостерігаючи цей страх в інших.

Пізнавальні моделі лікування ґрунтуються на зміні очікування кривди, часто через чи заміщення страху на позитивний очікування. Того можна досягнути, застосовуючи стратегію самопереконавання, в якій особа вчиться говорити самопідкріплювальні твердження. Теорія запобігання страху стверджує, що страх являє собою стимул до поведінки уникнення. Ці теорії спрямовані не на причину, вони більше зосереджені на наслідках утечі від страху, тобто на поведінці, викликаній страхом. Є твердження, що уникаючи поведінку, викликану страхом, можна подолати шляхом покращення впевненості в собі.

Розлади харчування

Розлади харчування – це серйозні, загрозливі для життя захворювання, за яких люди проявляють захоплення їжею і невиправданий страх набрати зайву вагу. Нервова анорексія і нервова булемія – два найпоширеніші розлади харчування. Поширеність розладів харчування коливається в межах від одного відсотка до чотирьох відсотків, причому 90 – 95 відсотків уражень серед жінок.

Розрізняють два види нервової анорексії: обмежений, який виникає не регулярно на забавах або очисний (коли навмисно викликають блювоту чи зловживають проносними засобами, діуретиками чи клізмами), тоді як особа обмежено-очисного типу може удаватися до таких заходів впродовж перебігу захворювання. Також є два види нервової булемії: очисний і неочисний. Впродовж захворювання особи з першим типом регулярно навмисно можуть викликати блювоту чи зловживати проносними засобами, діуретиками чи клізмами, тоді як другі компенсують швидкими рухами і надмірними вправами.

Критерії нервової анорексії та нервової булемії:

Нервова анорексія:

- відмова утримувати мінімальну нормальну вагу;
- сильний страх набрати вагу;
- занепокоєння про свій зовнішній вигляд („бачити“ надмірну вагу, якщо її нема);
- у жінок відсутність щонайменше трьох менструальних циклів, навіть якщо їх очікують.

Нервова булемія:

- періодичні випадки переїдання, які характеризуються так: 1) їда раз за разом протягом певного періоду часу (напр. протягом кожних двох годин) у набагато більшій кількості, ніж більшість людей, їсть за цей період і таких обставин; 2) відчуття втрати контролю над кількістю спожитого протягом цього випадку.

- рецидив неадекватної компенсаторної поведінки, такої, як навмисна блювота; використання проносних засобів, суворя дієта чи вправи, щоб запобігти набиранню ваги.

- ненажерливість і неадекватна поведінка в поєднанні виникають в середньому, двічі на тиждень протягом трьох місяців;

- самооцінка надмірно прив'язана до фігури й ваги тіла;
- тривога необов'язково виникає під час загострення нервової анорексії.

Розлади харчування становлять величезний комплекс проблем щодо їх лікування, оскільки вони типово породжують медичні, психологічні та взаємопов'язані наслідки. Додатково вони часто бувають хронічними. Згідно з Американською Психіатричною Асоціацією, найкращі результати дає першочергове лікування, яке поєднує програму відновлення ваги та індивідуальну сімейну терапію.

4. Застосування до рекреації людей з психічними захворюваннями. У минулому була тенденція заохочувати багатьох психічно хворих брати участь у простій діяльності з окремим розміщенням, яка не потребує особливого вміння. Залучення до громади – це найкраще забезпечена заохочувальна участь у широкому спектрі самостійної рекреаційної діяльності. Спеціальні пристосування інвентаря і програм рідко коли бувають необхідні. Відпочинкове навчання визначається як корисний підхід до сприяння у задоволенні відпочинкових потреб людей з психічними захворюваннями.

Через рекреаційну освітньо-відпочивальну програму розвинули відповідно до потреби людей з тяжкими і постійними психічними захворюваннями. Ця модель, базується на пізнавально-поведінковому підході. На додаток до відпочинкової освіти, інші рекреаційно-основані підходи до полегшення доброботу та незалежності психічно хворих є відпочинкове консультування, вправи, і різноманітні реабілітаційні програми, базовані на рекреації.

Психічні захворювання лікуються. Коли догляд і лікування доступні, можна сподіватись поліпшення чи повне одужання. Здоров'я і безпека психічно хворих у рекреаційному середовищі в загальному не є щось особливе, ніж і для інших учасників. Деякі психічно хворі приймають призначені ліки, які можуть дати побічні ефекти. Залежно від лікарського засобу можуть бути підвищена чутливість до перебування на сонці, легкі моторні тремори, набирання ваги, нездатність їсти певну їжу, нечіткий зір, сухість у роті, загальмованість і скутість рухів.

Рекреація є потужною силою у житті кожного. Вона є приємністю для нас. Вона збалансовує різні частини нашого життя. Воно відживляє і омолоджує нас. Багатьох наших знайомих та друзів ми знаходимо саме під час періоду відновлення. Ніхто не хотів би позбуватися цієї частини життя.

Відновлення – це те, що більшість людей сприймає як належне їм. Проте, багато людей із вадами не має доступу до всіх рекреаційних можливостей. Вони мають такі самі потреби та бажання, як і інші люди, проте з певних причин можуть не мати доступу до всіх рекреаційних можливостей.

Декому з них відмовляють у цьому праві через відсутність у них певних навиків чи здібностей. Дехто з них не має доступу до відновлювальних послуг через недавно набуту травму фізичну чи психологічну, яка залишила тимчасовий або постійний стан. Для такої особи існує багато причин не мати повноцінного життя, хоча всі люди мають право користати з усіх зручностей громадян, ураховуючи їхні права, привілеї, можливості та відповідальність.

Тема 7. Вимоги до гідів та супроводжуючих незрячих.

1. Загальні рекомендації до супроводу незрячих.
2. Супровід у міському транспорті.
3. Супровід у приміщеннях.
4. Супровід при отриманні послуг.
5. Супровід декількох неповносправних осіб.
6. Супровід людей із множинними вадами.

1. Загальні рекомендації до супроводу незрячих. Головне завдання особи, яка супроводжує незрячу людину – дотримання безпеки свого підопічного протягом усього маршруту й доставлення його в потрібне місце. При супроводі треба чітко і ясно подавати інформацію. Не можна показувати напрям рукою, треба оперувати термінами „Ліворуч!“, „Праворуч!“, „Вперед!“, „Назад!“, причому не можна забувати, що ці вказівки належить давати стосовно положення людини.

Супровідник тримає руку зігнуту в лікті. Незрячий йде за ним, відстаючи на пів кроку, тримаючись за руку супровідника дещо вище ліктя. Супровідник повинен вести підопічного найбезпечнішою ділянкою маршруту.

Наприклад, якщо проїжджа частина ліворуч, то незрячий йде праворуч від супровідника. Останній повинен дотримуватися найзручнішої для підопічного швидкості. Супровідник повинен попереджати свого підопічного про будь-які види перешкод, що зустрічаються на шляху. Найкраще це робити за допомогою сигналів. Наприклад, якщо на шляху зустрічаються брівка або сходи, досить зробити рух ліктем (за який тримається супроводжуваний): назад! (можливі варіанти: нагору, униз або в бік). Якщо ви супроводжуєте людину в перший раз, або між вами ще не встановлені довірливі взаємини, треба пояснювати характер перешкоди (брівка вниз, сходи нагору); у такому разі перед перешкодою краще на секунду зупинитися. Ні в якому разі супровідник не повинен допустити, щоб його підопічний ішов по калюжах, ямах, люках тощо.

Якщо ж маршрут такий, що інакше не можливо, то – супровідник також повинен про це інформувати. Те саме стосується перешкод зверху (гілки дерев, козирки лотків, дорожні знаки й таке інше). У разі необхідності супровідник повинен підстрахувати свого підопічного: вільною рукою спрямувати на потрібний кут нахилу. При цьому супровідник не нахиляє голову підопічного, а зовнішнім боком долоні блокує можливу ділянку від травми. При тому тильний бік долоні слугує орієнтиром.

При бажанні супроводженого контролювати маршрут, супровідник повинен коментувати рух. У разі неможливості пройти разом, удвох, у стандартному положенні супровідник – супроводжений (вузькі проходи або тротуар, щільний людський потік, двері міського транспорту й т.ін.) Супровідник випрямляє руку. Це є сигналом того, що супроводжений повинен піти за спину ведучого й у такий спосіб іти далі, поки перешкоди не закінчатся. Якщо по ходу руху треба, щоб супроводжений перемістився з одного боку супровідника на інший, що супроводжує випрямляє провідну руку, заводить її за свою спину й береться пальцями цієї руки за лікоть іншої (вільної) руки. Супроводжений, орієнтуючись по зігнутій руці, переходить на інший бік супровідника не припиняючи руху. Далі ходьба продовжується, як і раніше.

2. Супровід у міському транспорті. При посадці в міський транспорт супровідник заходить першим, даючи сигнали про характер сходів. Якщо при посадці супроводженому треба триматися за поручень, то супровідник кладе свою руку на поручень. Супроводжений ковзає своєю рукою по руці супровідника й у такий спосіб визначає, де поручень. Другою рукою супроводжений торкається спини супровідника. У такий самий спосіб відбувається посадка в поїзди й літаки: супровідник не заходить першим у транспорт у тому разі, якщо дверний проріз не дає можливості підопічному пройти на повний ріст (мікроавтобуси, автомобілі). У такому разі супровідник указує необхідний напрям руху.

Супровідник не заходить першим у транспорт й у разі, якщо супроводжує більше однієї людини. Увійшовши у засіб транспорту, супровідник повинен забезпечити найбільш комфортне положення підопічного. Оптимальний варіант – посадити підопічного. Робиться це в такий спосіб: вільною рукою супровідник береться за поручень сидіння, інформуючи при тому підопічного про його розміщення. Супроводжений по руці ведучого знаходить поручень і сідає. Не можна брати супроводженого за плечі й садити його. Якщо вільних сидінь нема, супровідник вибирає оптимальне й найбезпечніше положення для підопічного, контролює, щоб той тримався за поручень і прикриває собою найімовірніший людський потік.

Незрячий повинен перебувати в такому місці й положенні, щоб у разі позаштатної або аварійної ситуації ризик травми був знижений до мінімуму. Бажано, щоб супроводжений перебував обличчям до напрямку руху транспорту. При виході із транспортного засобу супровідник завжди виходить першим. Методика супроводу та сама, що й при посадці, але при виході незрячому треба подати руку, особливо якщо тролейбус або автобус зупинилися на деякій відстані від тротуару, тому що в деяких трамваях, тролейбусах, автобусах іноді буває дуже висока нижня сходинка. Треба також попереджати, скільки сходинок у транспортному засобі.

Велике значення для незрячого має ширина дверей, про це також треба інформувати. При русі на ескалаторі метрополітену супровідник завжди стоїть на одну сходинку попереду. При заході на ескалатор супровідник кладе на нерухомий поручень праву руку, по якій підопічний визначає рухомий поручень. На ескалатор супровідник ступає також першим.

3. Супровід у приміщеннях. При проході у двері супроводжений повинен перебувати завжди з боку дверних петель. Супровідник відчиняє двері супровідною рукою, ступає крок, вказуючи положенням тіла напрям руху; супроводжуваний, орієнтуючись по руці супровідника, двері зачиняє сам. При вході в будівлю метро супровідник вибирає крайні двері ліворуч або праворуч. При заході в ліфт супровідник завжди йде першим. При виході з ліфта першим виходить супроводжений; супровідник при тому коментує безпечний напрям руху підопічного. При потраплянні в незнайоме приміщення (і в разі необхідності якийсь час перебування у ньому) супровідник докладно пояснює розміщення меблів і будову самого приміщення. Потім пропонує підопічному обійти приміщення по периметру, орієнтуючись зовнішньою стороною пальців руки по стіні й меблям. При тому супровідник контролює безпеку пересування, блокуючи небезпечні ділянки, і водночас пояснює характер перешкод. Після того супровідник проводить підопічного по діагоналі приміщення уздовж і впоперек. Для того, щоб посадити підопічного, супровідник повинен покласти руку на спинку стільця або крісла, перебуваючи при тому з боку спинки. Якщо стілець треба відсунути, людина, яка супроводжує, інформує про це підопічного. Під час їди, супровідник, за бажанням підопічного, або інформує про розміщення приборів та їжі на столі, або сам наповнює тарілку підопічного. Перебуваючи у приміщенні, особа, яка супроводжує, інформує підопічного про будь-які зміни в обстановці (якщо такі відбуваються).

4. Супровід при отриманні послуг. При отриманні послуг, купівлі, супровідник на бажання підопічного, або докладно інформує незрячого про характер, ціну й особливості послуг або товару, надаючи підопічному самостійно

робити покупки або користуватися послугами (контролюючи при тому безпеку та якість); або самому робити необхідні дії. Але в кожному разі підопічного треба інформувати про все, що відбувається.

5. Супровід декількох неповносправних осіб. Супровід більше одного незрячого небажаний, тому що супровідникові складніше контролювати безпеку підопічних, знижується маневреність, проте якщо немає іншого виходу, то треба виконувати певні застережні дії. Якщо доводиться супроводжувати двох людей, то вони йдуть з обох боків від вас, тримаючись за вас, як і одна людина. Якщо доводиться супроводжувати від двох до чотирьох людей, то третій і четвертий тримаються за руки першого й другого, так як перший і другий – за вас. Тоді перший і другий подають ваші сигнали в такий самий спосіб, як і ви. Якщо доводиться супроводжувати більше чотирьох людей, тоді перший тримається за вас по стандарті, інші ж тримають один одного за плече, з того боку й тією рукою, якою веде супровідник. У такому разі сигналізувати всім набагато складніше й швидкість руху, відповідно, дуже низька.

6. Супровід людей із множинними вадами. При супроводі людей із множинними вадами, треба всі їх урахувати. Швидкість при тому неодмінно має бути гранично зручна для супроводженого. І, звичайно, належить враховувати різке зниження маневреності. За відсутності однієї верхньої кінцівки, певна річ, підопічний тримається за супровідника здоровою рукою. За відсутності двох кінцівок, але можливості контакту, супроводжувана людина також повинна мати контакт із рукою супровідника. У разі неможливості контакту з боку супроводженого супровідник тримає підопічного за плече, задаючи потрібний напрям руху. При сліпоглухоті підопічного треба максимально відпрацювати систему сигналів рук і положення тіла супроводженого. При супроводі такого клієнта має бути проведений додатковий індивідуальний інструктаж.

Ще раз зазначимо, що головне завдання супровідника – безпека й успішний маршрут незрячої людини, до того ж, незрячому треба надати якнайбільше інформації, забезпечуючи цим урівноважений стан і комфорт останнього.

Ось витяги з 10 загальних правил етикету, які стосуються спілкування з незрячими:

- коли ви розмовляєте з інвалідом зору, звертайтеся безпосередньо до нього, а не до супровідника, який присутній при розмові.
- коли вас знайомлять з інвалідом, цілком природно потиснути йому руку. Якщо ви хочете так зробити, скажіть йому про це.
- коли ви зустрічаєтеся з людиною, яка погано або зовсім не бачить, то неодмінно називайте себе й тих людей, які прийшли з вами. Якщо у вас загальна бесіда у групі, не забувайте пояснити, до кого в цей момент Ви звертаєтеся, а також назвати себе.
- пропонуйте допомогу, а не відразу вважайте, що людина має потребу у вашій допомозі.
- коли ж пропонуєте допомогу, чекайте, поки її приймуть, а потім запитайте, що і як робити.
- поведіться з малолітніми інвалідами як із дорослими. Звертайтеся до них на ім'я й на „ти“, тільки якщо ви добре знайомі.
- коли розмовляєте з людиною, яка має проблеми із спілкуванням, слухайте її уважно. Будьте терплячі, чекайте, коли людина сама завершить вислів. Не виправляйте та не доповнюйте за неї! Ніколи не вдавайте, що ви розумієте, якщо насправді це не так. Повторіть, що ви зрозуміли, це допоможе людині відповісти вам, а вам – зрозуміти її.
- завжди особисто переконуйтеся в доступності місць, де заплановані заходи. Заздалегідь поцікавтеся, які можуть виникнути проблеми або бар'єри і як їх можна усунути.
- не змушуйте Вашого співрозмовника говорити в порожнечу: якщо Ви переміщаєтеся, попередьте його.
- намагайтеся передати словами міміку й жести.

Часто, не знаючи, як звернутися до сліпого, сторонні люди звертаються до його супровідника зі словами: „чи НЕ хоче товариш сісти?“ тощо. Це викликано тим, що більшість людей непоінформована про можливості сліпих, вважаючи їх абсолютно безпомічними, такими, що не здатні ні обслужити себе, ні елементарно вирішити, ні виконати найпростішої роботи, не кажучи вже про ведення домашнього господарства.

Таке ставлення з боку деяких зрячих дуже кривдить інвалідів зору. Створюється незручна ситуація, коли у присутності сліпого ведеться розмова про нього так, начебто його немає поруч або він глухий. При тому іноді ці ж люди, розмовляючи зі сліпим, намагаються якомога голосніше кричати. Це пояснюється тим, що у сліпих відсутні невербальні засоби зв'язку (зорові контакти), тому зрячі не знають, як встановити зв'язок зі сліпими. А встановити такий зв'язок можливо, звернувшись до незрячого. При тому треба взяти незрячого за руку, за плече або хоча б підійти до нього ближче.

Багато з людей у розмові із незрячими не зважається використовувати слова: „бачити“, „дивитися“, „сліпий“, „сліпота“. Треба знати, що більшість сліпих з гумором говорить про свою проблему або про пригоди, пов'язані з нею, а дієслово „бачити“ використовують для вираження свого специфічного способу сприйняття: „бачив товариша“, „дивився п'єсу“ і т.ін. Отже, запитайте сліпого, наприклад: „Хочете подивитися цю річ?“ і дайте йому в руки предмет, що його цікавить.

Вільно використовуйте слова „незрячий“ та „сліпота“, коли це потрібно в розмові. Але врахуйте, що зовсім не належить до правил гарного тону говорити: „Ви сліпий? Зовсім? Тобто нічого не бачите? Який жах! Не бачите від народження? Тоді, виходить, від травми?... „Не забувайте, що сліпі не глухі, і не говорять навіть тихо в їхній присутності: „Немає більшого горя, ніж сліпота!«

3. ПЕРЕЛІК ПИТАНЬ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Розкрийте історію активного відпочинку і туризму для неповносправних осіб.
2. Опишіть типи неповносправності та їх особливості
3. Дайте характеристику розумово відсталим людям.
4. Які Ви знаєте рівні розумової відсталості?
5. Дайте характеристику людям з фізичними вадами.
6. Дайте визначення, що таке – «артрит».
7. Дайте визначення, що таке – «остеоартрит».
8. Дайте визначення, що таке – «ревматоїдний артрит».
9. Дайте визначення, що таке – «церебральний параліч».
10. Які Ви знаєте типи церебрального паралічу?
11. Які Ви знаєте травми голови?
12. Дайте визначення, що таке – «розсіяний склероз».
13. Які Ви знаєте симптоми розсіяного склерозу?
14. Дайте визначення, що таке – «м'язова дистрофія».
15. Дайте визначення, що таке – «поліомієліт».
16. Дайте визначення, що таке – «пост-поліомієлітний синдром».
17. Які Ви знаєте симптоми пост-поліомієлітного синдрому?
18. Дайте характеристику людям у яких пошкоджений спинний мозок.

19. Дайте визначення, що таке – «параплегія».
20. Дайте визначення, що таке – «квадраплегія».
21. Дайте визначення, що таке – «спинномозкова кила».
22. Дайте характеристику людям з вадами зору.
23. Дайте визначення, що таке – «слабозорість».
24. Дайте визначення, що таке – «катаракта».
25. Дайте визначення, що таке – «глаукома».
26. Дайте визначення, що таке – «пігментна дегенерація сітківки».
27. Дайте визначення, що таке – «діабетична ретинопатія».
28. Дайте визначення, що таке – «ретролентальна фіброплазія».
29. Дайте визначення, що таке – «слухові порушення».
30. Які Ви знаєте ступені погіршення слуху?
31. Які Ви знаєте правила роботи з перекладачем мови знаків для глухих?
32. Дайте характеристику психічним захворюванням.
33. Які існують причини виникнення психічних захворювань?
34. Які Ви знаєте види психічних захворювань?
35. Дайте визначення, що таке – «депресія».
36. Які Ви знаєте симптоми депресії?
37. Дайте визначення, що таке – «маніакально-депресивний психоз».
38. Дайте визначення, що таке – «шизофренія».

- 39. Які Ви знаєте підвиди шизофренії?
- 40. Які Ви знаєте причини виникнення шизофренії?
- 41. Дайте визначення, що таке – «розлади харчування».
- 42. Дайте визначення, що таке – «нервова анорексія».
- 43. Дайте визначення, що таке – «нервова булемія».
- 44. Які Ви знаєте види нервової анорексії?
- 45. Які Ви знаєте види нервової булемії?
- 46. Які Ви знаєте критерії нервової анорексії та нервової булемії?
- 47. Які Ви знаєте рекомендації до супроводу незрячих?

Література

1. Сварник М. Посібник з активного відпочинку та туризму для неповносправних / М. Сварник, Я. Грибальський, Ю. Войтюк, Є. Свет, Т. Ревіна, О. Любімов, О. Стадник, О. Волошинський, О. Стрельников, І.Дібровський, О. Федорович // Навч. посіб. – Л.: Тов-во «Зелений хрест», 2010. – С. 151.
2. Боголюбов В.С., Бистров С.А., Севастьянова С.А. Економічна оцінка інвестицій на підприємствах туризму і готельного господарства: Учеб. посібник. - СПб.: СПбГІЕУ, 2005
3. Стратегія розвитку туризму і курортів. Затверджена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 06.08.08 р. № 1088–р / www.kmu.gov.ua
4. Бріскін Ю. Вступ до теорії спорту інвалідів : [навч. посіб. для студ. ВНЗ фіз. виховання і спорту] / Юрій Бріскін, Аліна Передерій. – Львів : Апріорі, 2008. – 68 с.: іл. – ISBN 78-966-8256-71-4.
5. Бріскін Ю. Спорт інвалідів : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. фіз.виховання і спорту / Ю. Бріскін. – Київ : Олімп. література, 2006. – 262 с. – ISBN 966-7133-79-6.
6. Бріскін Ю. А. Адаптивний спорт. Спеціальні Олімпіади : навч. посіб. /Ю. А. Бріскін. – Львів : Ахіл, 2003. – 128 с.
7. Соболевский В. И. Этико-деонтологические аспекты физкультурно-оздоровительной работы среди инвалидов / Соболевский В. И. // Теория и практика физической культуры. – 1990. – № 1. – С. 48–50.
8. Дефлімпійський спорт [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.2014.paralympic.org.ua/>
9. Національний комітет спорту інвалідів України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.paralympic.org.ua
10. Спеціальна Олімпіада України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: specialolympics.org.ua/