

CAN JI REN TI YU JIAN SHEN
ZHI DAO YUAN
PEI XUN JIAO CAI

残疾人体育健身指导员 培训教材

鲁勇 主编



华夏出版社
HUAXIA PUBLISHING HOUSE

CAN JI REN TI YU JIAN SHEN
ZHI DAO YUAN
PEI XUN JIAO CAI

残疾人体育健身指导员 培训教材

鲁勇 主编

图书在版编目(CIP)数据

残疾人体育健身指导员培训教材 / 中国残疾人联合会主编.
—北京: 华夏出版社, 2014.11

ISBN 978-7-5080-8284-4

I. ①残… II. ①中… III. ①残疾人—健身运动—教练员—中国—技术培训—教材 IV. ①G812.49

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2014)第 256355 号

残疾人体育健身指导员培训教材

主 编 中国残疾人联合会

责任编辑 葛雪峰

出版发行 华夏出版社

经 销 新华书店

印 刷 三河市少明印务有限公司

装 订 三河市少明印务有限公司

版 次 2014 年 11 月北京第 1 版
2015 年 1 月北京第 1 次印刷

开 本 880×1230 1/32 开

印 张 8

字 数 170 千字

定 价 29.80 元

华夏出版社 地址:北京市东直门外香河园北里 4 号 邮编:100028

网址:www.hxph.com.cn 电话:(010) 64663331 (转)

若发现本版图书有印装质量问题,请与我社营销中心联系调换。

编委会名单

主 编：鲁 勇

编 委：孙先德 吕世明 程 凯 贾 勇 王梅梅
相自成 尤 红 张 伟 李庆忠 杨 洋

编写人员（按姓氏汉语拼音顺序排列）：

池 建 陈晓莹 董学模 冯希杰 龚 蔚
黄 鹏 韩 霄 金 宁 李伟一 李冬庭
卢 雁 马历涛 钱菁华 佟 慧 王 兰
王 波 喻 琅 赵素京 张俊杰 张承林
张丽媛 张绍华 周 坤

编写说明

残疾人是一个数量众多、特性突出、特别需要帮助的社会群体，在体育健身方面存在特殊的需求和困难。为了加强对残疾人体育健身的科学指导，宣传动员残疾人积极参加体育健身活动，中国残联启动了残疾人体育健身指导员培训工作，旨在培养专为残疾人服务的健身指导人员。

全民健身事业的发展惠及了众多残疾人。《全民健身条例》对残疾人体育健身提出明确要求。依据《社会体育指导员管理办法》和《残疾人体育健身指导员培训大纲（试行）》，中国残联体育部组织有关专业技术人员和长期从事残疾人体育工作的人员编写了《残疾人体育健身指导员培训教材（试用本）》。本教材结合残疾人体育的实际，重点介绍残疾人体育健身的科学知识和不同类别残疾人体育健身的指导方法，对其他相关知识也进行了概略介绍。

本教材共包括四章内容，第一章由王兰（中国康复研究

中心)、李伟一(北京体育大学)执笔;第二章由周坤(中国残疾人体育运动管理中心)执笔;第三章由黄鹏(北京体育大学)执笔;第四章的第一、二、三、四节由金宁(中国康复研究中心)、钱菁华(北京体育大学)执笔;第五节由陈晓莹(北京联合大学)执笔;第六节由冯希杰(北京联合大学)、赵海(北京联合大学)执笔;第七节由卢雁(北京体育大学)执笔。全书由卢雁和李伟一统稿,北京体育大学研究生院喻琅参加了后期统稿工作。

来自中国残疾人体育运动管理中心、北京市残联、北京残疾人体育协会、北京盲人学校等单位,长期从事残疾人体育相关工作的人员也参与了教材的编写、研究和讨论工作,对本教材的编写工作提供了大力支持。

本教材在编写过程中,参考、引用了国内外文献中的部分研究成果和资料,在此表示衷心的感谢!由于编写人员的学术水平和经验有限,书中不妥之处,敬请指正。

编委会

目 录

第一章	绪论	1
第一节	残疾的定义及类别	1
第二节	中国残疾人体育的发展	15
第二章	残疾人体育组织与管理	30
第一节	我国残疾人体育行政管理部门与机构组织	30
第二节	残疾人体育健身指导员	38
第三节	残疾人体育健身活动的组织与管理	44
第三章	残疾人体育健身科学基础	59
第一节	认识人体结构以及相关术语的实践意义	59
第二节	健康与体质的科学释义及实践应用	69
第三节	身体锻炼效果与监测指标	72
第四节	体育健身锻炼的营养知识	86
第五节	体育健身锻炼中的运动损伤与急救	104
第四章	残疾人体育健身与指导	122
第一节	脊髓损伤残疾人的体育健身与指导	122
第二节	截肢残疾人的体育健身与指导	151
第三节	脑性麻痹残疾人的体育健身与指导	172

第四节	偏瘫残疾人的体育健身与指导	191
第五节	视力残疾人的体育健身与指导	205
第六节	听力残疾人的体育健身与指导	221
第七节	智力障碍残疾人的体育健身与指导	232

第一章 绪论

本章提要：残疾是一个复杂的现象，对于残疾的认识和分类也是见仁见智。本章主要阐述了当前国际社会和我国对残疾的定义，对残疾的分类、分级标准；叙述了我国残疾人体育发展的历史背景、发展过程和阶段特征以及后奥运阶段我国残疾人体育发展的总趋势、主要目标、任务和措施等。

第一节 残疾的定义及类别

1. 残疾的定义

残疾（disability）是指由于先天和后天（疾病、损伤、躯体、精神、心理）原因，经过充分合理的临床治疗之后仍然存在的长期、持续、永久的功能障碍，显著影响日常生活活动、工作、学习和娱乐。通常分为暂时性残疾、永久性残疾、原发性残疾、继发性残疾四种情况。

其中，原发性残疾是指由各类疾病、损伤、先天性异常直接引起的功能障碍，以疾病致残为主，导致残疾的常见原因有传染性疾病、营养不良、先天性发育缺陷、意外和交通事故、慢性病和老年病等。继发性残疾是指由原发性残疾并发症所导致的功能障碍，即各种原发性残疾发生后，由于肢

体活动受限，肌肉、骨骼、心肺功能出现失用性改变，器官、系统的功能进一步减退甚至丧失。如脊髓损伤后长期卧床导致肌肉萎缩、关节挛缩等，会进一步加重原发性残疾。

残疾人（people with disability）是指心理、生理、人体结构上，某种组织、功能丧失或者不正常，导致部分或全部失去以正常方式从事个人或社会生活能力的人，包括视力残疾、听力残疾、语言残疾、肢体残疾、智力残疾、精神残疾、多重残疾和其他残疾。

1.1 残疾的概念

广义的残疾包括病损和残障。1980年，世界卫生组织（WHO）按照残疾的性质、程度和影响，将残疾分为残损、残疾和残障。

残损（impairment）是指各种原因所导致的身体结构、外形、器官或系统生理功能以及心理功能的异常，干扰了个人正常生活活动，对日常生活和工作的速度、效率、质量产生一定影响，但实际操作能独立完成。这是器官或系统水平的功能障碍。

残疾（disabilities）是指按正常方式进行的日常独立生活活动和工作能力受限或丧失，这是个体或整体水平的障碍，又称失能。

残障（handicaps）是指残疾人社会活动、交往、适应能力的障碍，包括工作、学习、社交等，个人在社会上不能独立，这是社会水平的障碍。

残疾人是具有不同程度躯体、身心、精神疾病和损伤或先天性异常的人群的总称，即生理功能、解剖结构、心理和

精神状态异常或丧失，部分或全部失去以正常方式从事正常范围活动的的能力，不能在社会生活的某些领域中发挥正常作用的人。

1.2 对残疾的认识

据 WHO 统计，全世界目前约有占总人口 10% 的各种残疾人，并以平均每年新增 1500 万人的速度递增。而在中国，言语、智力、视力、肢体和精神残疾的残疾人占总人口的 5%，分布在 20% 的家庭中。

世界卫生组织残疾分类标准：《国际病损、残疾和残障分类》（International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps, ICIDH）公布于 1980 年。

《国际病损、活动和参与分类》（International Classification of impairment, activity and participation, ICIDH - 2）修改于 1993 年。

《国际功能、残疾和健康分类》（International Classification of Function, disability, and health, ICF）公布于 2001 年。

残损、残疾、残障之间的关系图



ICIDH 分类的不足之处在于：没有准确地说明残损、残疾和残障概念之间的适当联系。根据该模式，三者之间的联系被解释为一种因果关系，并有随时间而变化的特征；同时，不能从残疾和残障的相反方向说明残损，是一种单向的、从

残损到残疾最后到残障的变化模式；ICIDH 是从疾病、紊乱的结果角度对残损、残疾、残障进行的分类，它对生活能力的全方位把握不足，尤其对患者的残存功能、生活质量的提高等关注不够，并且未能适当地反映出社会和环境因素在残疾发生过程中所扮演的角色。

1993 年，WHO 的《国际病损、活动和参与分类》（International classification of impairment, activity and participation, ICIDH-2），从生物、心理和社会角度认识残疾所造成的影响，同时从身体健康状态、个体活动和个体的社会功能角度考察问题；将疾病理解为一种健康状态和情境性因素之间交互作用而出现的复杂联系的结果。我国目前仍采用 ICIDH 分类法，其分类系统值得推广和介绍。

2001 年，WHO 新的残疾分类《国际功能、残疾和健康分类》（International classification of function, disability and health, ICF），是从临床状态（health condition）角度进行的分类，是用社会标准来观察人在与健康相关的领域中处于相对不利位置时的情况或问题的分类，适用于社会中的所有。该分类认为残疾只是人的某一阶段的体验，重视环境对个体的影响，从而推动从社会方面以人为本地对环境进行改造，从而将其使用范围扩大到所有人。

ICF 从正面的意义、功能的意义和社会的意义理解残疾和残障，从个人活动和社会参与的能力受限的范围和程度进行评估，并以恢复或补偿个人活动和社会参与能力为目标来制订康复计划。ICF 重视对功能障碍有影响的背景因素，包括个人和环境因素，在康复工作中十分重视对个人环境因素

进行干预,使之发生有利于残疾人康复的改变。同时,ICF认为功能障碍的发展有双向性,既可因不利的个人因素和/或环境因素而继续向坏的方向发展,也可因个人因素和/或环境因素的改善而得到逆转,向好的方向发展。

2. 残疾的分类和分级

世界卫生组织按照残疾的不同类别维度^①,将残疾分为如下类别:

表 1-1 残疾不同维度的分类情况

按照病损类别分类	按照失能类别分类	按照残障类别分类
①智力病损	①行为失能	①识别(人、地、时) 残障
②心理病损	②言语交流失能	
③听力病损	③个人生活自理失能	
④言语病损	④运动方面的失能	②身体残障(生活不能自理)
⑤视力病损	⑤身体姿势和活动方面的失能	③运动残障
⑥内脏(心、肺、消化、生殖器等)病损	⑥精细活动方面的失能	④职业残障
⑦骨骼(姿势、体格、运动)病损	⑦环境适应方面的失能	⑤社会交往残障
⑧多种综合病损	⑧特殊技能方面的失能	⑥经济上自给残障
	⑨其他活动方面的失能	

我国一向以社会功能障碍的程度来划分残疾等级。同时,为了便于国际学术交流和资料的互相比,凡是已经有国际统一标准的,尽量和国际统一标准保持一致;没有国际统一

^① 1980年WHO公布的《国际病损、残疾和残障分类》(International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps, ICIDH)。

标准的则自行制订标准。因此,我国的听力、智力和视力的残疾标准与国际标准一致,肢体残疾和精神残疾标准是自行制定的。

1987年,我国的残疾人抽样调查对各类残疾的定义及分级标准如下:

2.1 残疾的分类

2.1.1 分类原则

按残疾类型的不同,分为视力残疾、听力残疾、言语残疾、肢体残疾、智力残疾、精神残疾和多重残疾。

2.1.2 视力残疾

各种原因导致的双眼视力低下并且不能矫正或双眼视野缩小,以致影响其日常生活和社会参与。视力残疾包括盲及低视力。

2.1.3 听力残疾

各种原因导致的双耳不同程度的永久性听力障碍,听不到或听不清周围环境声及言语声,以致影响其日常生活和社会参与。

2.1.4 言语残疾

各种原因导致的不同程度的言语障碍,经治疗一年以上不愈或病程超过两年,从而不能或难以进行正常的言语交流活动,以致影响其日常生活和社会参与,包括:失语,运动性构音障碍,器质性构音障碍,发声障碍,儿童言语发育迟滞,听力障碍导致的言语障碍、口吃等。

注:3岁以下儿童不定残。

2.1.5 肢体残疾

指人体运动系统的结构、功能损伤造成的四肢残缺或四肢躯干麻痹（瘫痪）、畸形等导致人体运动功能不同程度丧失以及活动受限或参与受限。

肢体残疾主要包括：

- a) 上肢或下肢因伤病或发育异常所致的缺失、畸形或功能障碍；
- b) 脊柱因伤病或发育异常所致的畸形或功能障碍；
- c) 中枢、周围神经因伤病或发育异常造成躯干或四肢的功能障碍。

2.1.6 智力残疾

是指智力显著低于一般人水平，并伴有适应行为的障碍。此类残疾是由于神经系统结构、功能障碍，使个体活动和参与受限，需要外部环境提供全面、广泛、有限和间歇的支持。

智力残疾包括智力发育期间（18岁之前），由于各种有害因素导致的精神发育不全或智力迟滞；或智力发育成熟以后，由于各种有害因素导致的智力损害或智力明显衰退。

2.1.7 精神残疾

各类精神障碍持续一年以上未痊愈，存在认知、情感和行为障碍，以致影响其日常生活和社会参与。

2.1.8 多重残疾

同时存在视力残疾、听力残疾、言语残疾、肢体残疾、智力残疾、精神残疾中的两种或两种以上残疾。

2.2 残疾的分级

2.2.1 分级原则

各类残疾按残疾程度分为四级：残疾一级、残疾二级、残疾三级和残疾四级。残疾一级为极重度，残疾二级为重度，残疾三级为中度，残疾四级为轻度。

2.2.2 视力残疾分级

按视力和视野状态分级，其中盲为视力残疾一级和二级，低视力为视力残疾三级和四级。视力残疾均就双眼而言，若双眼视力不同，则以视力较好的一眼为准。如仅有单眼为视力残疾，而另一眼的视力达到或优于 0.3，则不属于视力残疾范畴。视野以注视点为中心，视野半径小于 10 度者，不论其视力如何均属于盲。视力残疾分级见表 1-1。

表 1-2 视力残疾分级

级别	级别	视力、视野
盲	一级盲	<0.02 - 无光感，或视野半径 $<5^\circ$
	二级盲	<0.05 - 0.02 ，或视野半径 $<10^\circ$
低视力	一级低视力	<0.1 - 0.05
	二级低视力	<0.3 - 0.1

引自：吴弦光《康复医学导论》，华夏出版社，2003 年。

2.2.3 听力残疾分级

2.2.3.1 听力残疾分级原则

按平均听力损失及听觉系统的结构和功能、活动和参与、环境和支持等因素分级（不配戴助听放大装置）。

注：3 岁以内儿童，残疾程度达到一、二、三级的定为残疾人。

2.2.3.2 听力残疾一级

听觉系统的结构和功能极重度损伤,较好耳平均听力损失大于 90 dBHL,不能依靠听觉进行言语交流,在理解、交流等活动上极重度受限,在参与社会生活方面存在极严重的障碍。

2.2.3.3 听力残疾二级

听觉系统的结构和功能重度损伤,较好耳平均听力损失在 81 ~ 90 dBHL 之间,在理解和交流等活动上重度受限,在参与社会生活方面存在严重障碍。

2.2.3.4 听力残疾三级

听觉系统的结构和功能中重度损伤,较好耳平均听力损失在 61 ~ 80 dBHL 之间,在理解和交流等活动上中度受限,在参与社会生活方面存在中度障碍。

2.2.3.5 听力残疾四级

听觉系统的结构和功能中度损伤,较好耳平均听力损失在 41 ~ 60 dBHL 之间,在理解和交流等活动上轻度受限,在参与社会生活方面存在轻度障碍。

2.2.4 言语残疾分级

2.2.4.1 言语残疾分级原则

按言语残疾不同类型的口语表现和程度,脑和发音器官的结构和功能,活动和参与,环境和支持等因素分级。

2.2.4.2 言语残疾一级

脑和/或发音器官的结构、功能极重度损伤,无任何言语功能或语音清晰度小于等于 10%,言语表达能力等级测试未达到一级测试水平,在参与社会生活方面存在极严重障碍。