

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Миколаївський національний університет імені В.О.Сухомлинського

Адаптивне фізичне виховання
навчально-методичний посібник



Миколаїв – 2019

УДК 796.011.3(075.8)

ББК 75.1я73

А 28

Друкується згідно з рішенням вченої ради факультету фізичної культури та спорту
Миколаївського національного університету імені В.О.Сухомлинського
(протокол №24 від 27 червня 2019 р.)

Автор – упорядник:

Борецька Н.О. – кандидат наук з державного управління, доцент кафедри теорії та методики фізичної культури Миколаївського національного університету імені В.О.Сухомлинського;

Рецензенти:

Мулик В.В. – професор, доктор наук з фізичного виховання та спорту, завідувач кафедри олімпійського та професійного спорту Харківської державної академії фізичної культури;

Твеліна А.О. – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри олімпійського та професійного спорту факультету фізичного виховання та спорту ЧНУ імені Петра Могили.

Адаптивне фізичне виховання : навчально-методичний посібник / Н.О.Борецька. – Миколаїв, МНУ ім. В.О.Сухомлинського, 2019. - 216 с.

Навчально-методичний посібник написано відповідно до програми навчальної дисципліни «Адаптивне фізичне виховання» для підготовки фахівців спеціальності 014.11 Середня освіта (Фізична культура).

В навчальному посібнику описані сучасні тенденції розвитку адаптивного фізичного виховання, фізичної культури людини з відхиленнями у стані здоров'я. Посібник призначений для студентів вищих навчальних закладів, які вивчають адаптивне фізичне виховання.

УДК 796.011.3(075.8)

ББК 75.1я73

А 28

© Борецька Н.О., 2019

© МНУ ім. В.О.Сухомлинського, 2019

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА.....	5
РОЗДІЛ 1. Адаптивне фізичне виховання, як наука та навчальна дисципліна	
1.1. Мета, завдання та основні поняття адаптивного фізичного виховання	8
1.2. Теорія адаптивного фізичного виховання	17
1.3. Викладач в адаптивному фізичному вихованні.....	28
Висновки до розділу 1.....	33
Самостійна робота до розділу I.....	34
РОЗДІЛ II. Основні принципи, засоби та організаційні форми адаптивного фізичного виховання	
2.1. Принципи, засоби, методи та організаційні форми адаптивного фізичного виховання.....	39
2.2. Загальні завдання лікарсько - педагогічного контролю.....	67
2.3. Методи контролю ефективності навчального процесу в адаптивному фізичному вихованні.....	71
2.4. Рекомендації до профілактики травм і підвищення безпеки занять з адаптивного фізичного виховання.....	82
Висновки до розділу 2.....	87
Самостійна робота до розділу 2.....	89
РОЗДІЛ III. Теоретико-методичні основи адаптивного фізичного виховання при вадах слуху та зору. Теоретико-методичні основи адаптивного фізичного виховання при вадах опорно-рухового апарату та розумових вадах.	
3.1. Завдання та засоби АФВ при дефектах слуху.....	94
3.2. Особливості методики АФВ при дефектах слуху.....	100
3.3. Завдання та засоби АФВ при сліпоті та слабозорості.....	101
3.4. Особливості методики АФВ при вадах зору.....	108
3.5. Причини виникнення і види дитячих церебральних (спастичних) паралічей (ДЦП).....	113
3.6. Фізичні вправи і тренажерні пристрої для збільшення активних рухів при ДЦП.....	116
3.7. Причини інвалідності хворих при вадах опорно-рухового апарату.....	126
3.8. Причини виникнення травм спинного мозку та особливості організації фізичних вправ.....	131
3.9. Адаптивне фізичне виховання при станах після ампутації.....	136
Висновки до розділу 3.....	140
Самостійна робота до розділу 3.....	142
РОЗДІЛ IV. Історичні аспекти розвитку адаптивного фізичного виховання. Міжнародний спортивний рух інвалідів, як соціальне явище	

4.1. Становлення АФВ в Україні.....	148
4.2. Соціальні функції спорту інвалідів.....	157
4.3. Український центр фізичної культури інвалідів «Інваспорт».....	164
4.4. Зародження та розвиток Паралімпійського та Дефлімпійського руху.....	175
4.5. Громадські організації та їх роль в міжнародному фізкультурному русі людей з обмеженими спроможностями.....	177
Висновки до розділу 4.....	180
Самостійна робота до розділу 4.....	184
РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА.....	193
ДОДАТОК1	195
ДОДАТОК2	206

Передмова

Адаптивне фізичне виховання відносно молоде направлення у вітчизняній системі освіти та науки, яке вивчає аспекти фізичного виховання людей, які мають у результаті захворювання або травм різні стійкі порушення життєво важливих функцій організму та обмеження фізичних можливостей.

Метою адаптивного фізичного виховання є формування і розвиток рухливої активності, фізичних і психічних здібностей, що забезпечують адаптацію особистості до свого стану здоров'я, зовнішнього середовища, суспільства та різних видів діяльності.

Складність викладання теорії та методики адаптивного фізичного виховання полягає в тому, що ця дисципліна багатопрофільна. Вона вивчає нозологічні групи осіб з порушеннями зору, слуху, інтелекту, поразенням опорно – рухового апарату: з наслідками дитячого церебрального паралічу, ампутацією кінцівок, поразенням функції спинного мозку.

Така багатоплановість інформації, що необхідна для професійної діяльності, вимагає різносторонньої теоретичної підготовки спеціалістів: знання з анатомії, фізіології людини, біомеханіки, теорії фізичної культури, педагогіки, психології та інших загально професійних дисциплін, а також дисциплін медико- біологічного циклу (лікарського контролю, фізичної реабілітації та ін.). Крім цього, студенти повинні знати сучасні технології фізкультурно- спортивної діяльності, гігієнічними вимогами і матеріально- технічним забезпеченням занять адаптивної фізичної культури.

В навчальному посібнику описані сучасні тенденції розвитку адаптивного фізичного виховання, фізичної культури людини з відхиленнями у стані здоров'я. Посібник призначений для студентів факультету фізичної культури та спорту спеціальності 014.11 Середня освіта (Фізична культура), вчителів фізичної культури.

Розділ І.

Адаптивне фізичне виховання як наука та навчальна дисципліна

Мета: обґрунтування завдань та основних понять навчальної дисципліни «Адаптивне фізичне виховання» в системі вищої фізкультурної освіти та вивчити стан питання підготовки спеціалістів фізичного виховання неповносправних в Україні.

Завдання:

1. Охарактеризувати мету і завдання адаптивного фізичного виховання .
2. Висвітити теорію адаптивного фізичного виховання .
3. З'ясувати роль викладача в адаптивному фізичному вихованні.

План

1. Мета, завдання та основні поняття адаптивного фізичного виховання .
2. Теорія адаптивного фізичного виховання .
3. Матеріально - технічне забезпечення адаптивного фізичного виховання .
4. Викладач в адаптивному фізичному вихованні.
5. Робота з волонтерами в адаптивному фізичному вихованні.
6. Надання першої долікарської медичної допомоги особам з обмеженими фізичними спроможностями в процесі адаптивного фізичного виховання.

Ключові терміни і поняття: адаптивне фізичне виховання,

адаптивна фізична культура, інвалід, інвалідність, адаптивний спорт, адаптивна рухова реабілітація, реабілітація інвалідів, адаптивна фізична рекреація, соціальний захист інвалідів, індивідуальна програма реабілітації й адаптації інваліда, дефектологія, логопедія, олігофренопедагогіка, сурдопедагогіка, тифлопедагогіка, тифлосурдопедагогіка.

1.1. Мета, завдання та основні поняття адаптивного фізичного виховання

Адаптивне фізичне виховання відносно молоде направлення у вітчизняній системі освіти і науки, яке вивчає аспекти фізичного виховання людей, які мають в наслідок захворювання або травм різноманітні стійкі порушення життєво важливих функцій організму та обмеження фізичних можливостей.

Мета АФК як виду фізичної культури – максимально можливий розвиток життєздатності людини, що має стійкі відхилення стану здоров'я і (чи) інвалідність, забезпечення оптимального режиму функціонування упущених природою та наявних (які залишилися в процесі життя) тілесно-рухових характеристик і духовних сил, їх гармонізації для максимально можливої само актуалізації як у соціально та індивідуально значимого суб'єкта.

Поняття «інвалідність з дитинства» сьогодні передбачає систему заходів, що дає можливість відновити здоров'я дитині до дорослого віку.

За законами фізіології провідна роль в цьому процесі належить фізичному вихованню. Це знайшло своє відображення в нормативно-програмних документах: воно є інваріантною складовою системи корекційної педагогіки в усіх типах начальних закладів для неповносправних. У той же час аналіз навчальних програм та наукових публікацій свідчить про значну недостатність програмного науково-методичного забезпечення цього процесу. Дослідженням виявлений великий суспільний запит щодо розвитку фізичного виховання, фізичної рекреації та оздоровчої фізичної культури неповносправних, з одного боку, і відсутність державного статусу відповідної галузі діяльності, у тому числі наукової галузі, – з другого.

Розкрита проблема суперечності між потребою в кадровому забезпеченні процесу фізичного виховання, яке є інваріантною складовою спеціальної освіти в Україні, та відсутністю відповідної кваліфікованої кадрової підготовки, а також значною недостатністю його науково-методичного забезпечення.

Виявлена відсутність теорії фізичного виховання неповносправних, яка б відповідала сучасним вітчизняним науковим уявленням, відсутність вітчизняних концептуальних основ фізичної культури неповносправних. Науково-практичні галузі: фізичне виховання здорових та фізична реабілітація – не відповідають вирішенню цієї проблеми за своїм змістом. Аналіз інформаційних джерел свідчить, що ефективним засобом вирішення аналогічних проблем закордоном є адаптивне фізичне виховання.

За визначенням сучасного вітчизняного законодавства, **інвалід** – це особа зі стійким порушенням функцій організму, котре є наслідком захворювань, травм або вроджених дефектів, засвідчених у встановленому порядку органами охорони здоров'я, що призводить до обмеження її життєдіяльності та потреби в соціальній допомозі та захисті.

Сьогодні у більшості розвинутих країн відмовилися від застосування слова **інвалід** у зв'язку з його негативним психологічним навантаженням. Замість цього використовують такі визначення, як недієздатні особи, люди з фізичними вадами, люди з функціональними (фізичними) обмеженнями (порушеннями), люди з особливими потребами, аномальні особистості (діти).

Причини інвалідизації – екологічні катастрофи, війни, криміногенні ситуації, спадковість, інфекційні захворювання, травми, каліцтва, отримані на виробництві, в побуті, на транспорті.

В Україні на початку XXI століття нараховується 2,5 млн. неповносправних різних категорій, серед них 1, 2 млн. інвалідів I і II груп, 152 тис. інвалідів дитинства. Сьогодні наявна негативна тенденція збільшення цих показників. Щорічно кількість таких людей зростає на 200-500 тис. осіб, зокрема кількість дітей-інвалідів збільшується на 4-5 тис. В боротьбі з цим соціальним лихом велика роль щодо фізичної та соціальної реабілітації неповносправних належить засобам фізичного виховання.

Інвалідність – повна або часткова втрата внаслідок захворювання, травм і вроджених дефектів здатності до самообслуговування, самостійного пересування, спілкування, контролю власної поведінки, навчання і заняття трудовою діяльністю, тобто стійке порушення (зниження або втрата) загальної або професійної працездатності.

Це поняття є одночасно медичним, соціальним і юридичним, оскільки пов'язане зі станом здоров'я людини та її трудовою діяльністю визначається медико - соціальною експертизою в результаті обстеження органами охорони здоров'я осіб, які частково або повністю втратили здоров'я внаслідок захворювання, травм та вроджених дефектів, що обмежують їхню життєдіяльність, а також осіб, які мають відповідно до законодавства право на соціальну допомогу, компенсацію втраченого заробітку або звільнення від виконання відповідних обов'язків. При цьому встановлюють ступінь обмеження життєдіяльності, працездатності, групу інвалідності, визначають для кожного інваліда відповідно до стану здоров'я вид трудової діяльності та умови праці, котрі сприяли б відновленню порушених функцій організму. Для кожного інваліда розробляють індивідуальну програму адаптаційно-реабілітаційних заходів.

Соціальний захист інвалідів – система правових, економічних і соціально- побутових заходів, спрямованих на забезпечення потреб людей з обмеженими фізичними спроможностями у відновленні здоров'я, матеріальному забезпеченні, посильній професійній та громадській діяльності та

реалізації ними прав і свобод на рівні з усіма громадянами держави.

Адаптивне фізичне виховання (АФВ) – це напрям науки, який вивчає різні аспекти фізичного виховання людей, які втратили на тривалий час або назавжди будь-які функціональні спроможності, в тому числі рухові.

Завдання, що можуть бути вирішені в АФК, повинні переноситися з конкретних потреб кожної людини; пріоритет тих чи інших завдань багато в чому зумовлюється компонентом (видом) АФК, навчальним матеріалом, матеріально-технічним забезпеченням процесу творення та іншими чинниками.

У найбільш узагальненому вигляді **завдання АФК можна розділити на дві групи.**

- **Перша група завдань** впливає з особливостей людей із відхиленнями здоров'я та (чи) інвалідів, які займаються АФК. Це корекційні, компенсаторні і профілактичні завдання.

Ведучи мову про корекційні завдання, тут мається на увазі порушення (дефекти) як опорно-рухового апарату (постава, плоскостопість, ожиріння тощо), так і сенсорних систем (зору, слуху), мовлення, інтелекту, емоційно-вольової сфери, соматичних функціональних систем та інших.

- **Друга група** – освітні, виховні, оздоровчо-розвиваючі завдання – найбільш традиційні для ФК.

За потребами людей із відхиленнями стану здоров'я та інвалідів можна виділити такі компоненти (види) АФК:

Адаптивне фізичне виховання (освіта) – компонент (вид) АФК, що задовольняє потреби індивіда з відхиленнями стану

здоров'я в його підготовці до життя, побутової та найменшої трудової діяльності; формує позитивне та активне ставлення до АФК.

Адаптивний спорт – компонент (вид) АФК, що задовольняє потреби само актуалізації особистості, у максимально можливій самореалізації власних здібностей, зіставленні їх зі здібностями інших людей; потреби в комунікативній роботі та соціалізації.

Адаптивна рухова рекреація – компонент (вид) АФК, що дозволяє задовольнити потреби людини з відхиленнями стану здоров'я (включаючи інвалідів) у відпочинку, розвагах, цікавому проведенні дозвілля, зміні вигляду, отриманні задоволення, у спілкуванні.

Адаптивна фізична реабілітація – компонент (вид) АФК, що задовольняє потреби індивіда з відхиленнями стану здоров'я при лікуванні, відновленні в нього тимчасово втрачених функцій (крім тих, які втрачено чи зруйновано на термін чи назавжди у зв'язку з основним захворюванням, наприклад, що є причиною інвалідності).

Креативні (художньо-музичні) тілесно-орієнтовані практики АФК – компонент (вид) адаптивної фізичної культури, що задовольняють людські потреби з відхиленнями стану здоров'я.

Специфічні завдання безпосередньо залежать від нозології та обумовлених нею функціональних, в тому числі рухових, порушень.

У більшості випадків вони пов'язані з проблемами взаємодії людини з навколишнім середовищем: сприйняттям й оволодінням простору, маніпулятивною діяльністю предметами, подоланням проблемних ситуацій у побуті, на роботі тощо.

Однією з головних проблем АФК є проблема вивчення потреб, мотивів, інтересів, орієнтованих на осіб із відхиленнями стану здоров'я та інвалідів, особливостей їх індивідуальності; проблема дослідження процесу формування та коригування концепції життя цієї категорії населення, подолання психологічних комплексів за допомогою засобів і методів АФК.

Реабілітація інвалідів – *система медичних, професійних і соціальних заходів, спрямованих на відновлення порушених функцій організму людей з обмеженими фізичними спроможностями, компенсацію обмежень їхньої життєдіяльності, соціально-професійну адаптацію та інтеграцію їх до суспільства.*

Адаптивна рухова реабілітація *спрямована на відновлення у людей з обмеженими фізичними спроможностями тимчасово втрачених або порушених функцій (крім втрачених або порушених на тривалий час у зв'язку з основним захворюванням — причиною інвалідності) після перенесених захворювань, травм, фізичних і психічних перенапружень, які виникли у процесі будь-якого виду діяльності або будь-яких життєвих обставин. Реалізується з метою формування у людини адекватних психомоторних реакцій на те чи інше захворювання, її орієнтації на використання природних, екологічно виправданих засобів, які стимулювали б швидко нормалізацію функцій організму; навчання її вміння самостійно застосовувати відповідні комплекси фізичних вправ, прийоми самомасажу, загартовуючі процедури, фізіотерапевтичні методи.*

Індивідуальна програма реабілітації й адаптації інваліда –

комплекс оптимальних для конкретної людини видів, форм, об'єктів, термінів і порядку проведення реабілітаційних заходів.

Дефектологія – система наук, яка вивчає психофізичні особливості розвитку осіб із фізичними та психічними вадами, закономірності їх виховання, освіти, навчання.

Дефектологія поєднує ряд спеціальних напрямів:

- **олігофренопедагогіку** – розвиває виховання розумово відсталих осіб;
- **сурдопедагогіку** – педагогіку глухих і тих, хто слабо чує;
- **логопедію** – корекцію мовних порушень;
- **тифлопедагогіку** – педагогіку сліпих і тих, хто слабо бачить;
- **тифлосурдопедагогіку** - виховання, розвиток, адаптацію й реабілітацію сліпоглухонімих людей.

Адаптивна фізична культура – соціальний феномен, головною метою якого є соціалізація людей з обмеженими фізичними спроможностями, а не тільки їх лікування з допомогою фізичних вправ і фізіотерапевтичних процедур.

Досить «молоде» на сьогодні поняття – **адаптивна фізична рекреація**.

Її зміст спрямований на активізацію, підтримання й відновлення фізичних сил, які витрачаються людьми з обмеженими фізичними спроможностями за час будь-якої діяльності: роботи, навчання, спорту і на профілактику стомлення, на розваги, цікаве проведення вільного часу, оздоровлення, покращання кондиції, "підвищення рівня життєздатності через задоволення".

Основна ідея адаптивної фізичної рекреації полягає в забезпеченні психологічного комфорту й зацікавленості людей, котрі беруть в ній участь, за рахунок повної свободи вибору засобів, методів і форм занять.

Спорт інвалідів, або адаптивний спорт, переслідує мету – *формуванню у людей з обмеженими фізичними спроможностями високу спортивну майстерність і досягнення ними найвищих результатів у різних видах змагальної діяльності людей, котрі мають аналогічні проблеми зі здоров'ям.* Містить у собі **три головних напрями:** *паралімпійський рух, Спеціальну олімпіаду й Всесвітні ігри глухих («Тихі ігри»),* які охоплюють інвалідів практично всіх нозологій.

Значення адаптивного спорту полягає в тому, що *психологічна дія спортивних тренувань і змагань полегшує компенсацію фізичних, психічних і соціальних змін особистості інваліда; підвищує психоемоційну стійкість, нормалізує соціальну значущість в умовах стресу.* Дозоване застосування підвищених фізичних навантажень під час занять спортом виявляє резервні спроможності організму, підвищує комунікативну активність.

АФВ відрізняється від фізичної реабілітації наявністю в його змісті значного обсягу спортивних ігор і рекреативних заходів, цілеспрямованості для заохочення до спортивних занять, по можливості, найбільшій кількості учасників – як інвалідів, так і здорових осіб. Від спорту АФВ відрізняє адаптаційно-оздоровча спрямованість та орієнтація на досягнення, насамперед, взаєморозуміння, співпереживання, взаємодопомоги та дружніх

відносин, які забезпечують об'єднання людей з різними фізичними спроможностями.

Процес неспеціальної фізкультурної освіти для осіб із обмеженими можливостями та інвалідів підпорядкований загальним дидактичним закономірностям, які однаково важливі задля вирішення завдань, виховання, навчання, розвитку особистості. Успіх навчального закладу визначається не тільки моральними, правовими, етичними категоріями, а головним чином – професійною компетентністю, науковою обґрунтованістю навчальних програм, особливо авторських, які найчастіше використовуються в практиці АФК.

1.2. Теорія адаптивного фізичного виховання

На сьогодні в Україні не повною мірою розвинена спеціальна підготовка працівників галузі фізичного виховання неповносправних людей у системі вищої фізкультурної освіти. Для її запровадження необхідне науково узагальнене теоретичне та методологічне підґрунтя навчальної дисципліни з адаптивного фізичного виховання.

Однією з найважливіших вимог сьогодні є розробка методологічних основ АФК, фундаменталізація освіти в цій галузі. Основна проблема полягає не в накопиченні й об'єднанні знань з ФК, медицини, корекційної педагогіки та великої кількості перелічених раніше освітніх закладів і наукових дисциплін, а створенні, сутнісно, нового знання, що являтиме собою результат взаємопроникнення знань кожної з названих дисциплін.

Теорія АФК як наука досліджує зміст, структуру, функції

АФК, її мету, принципи, завдання й засоби, особливості діяльності спеціалістів цієї області; розробляє поняттєвий апарат, і навіть вивчає мету, завдання, методи й зміст різних компонентів (видів) АФК, обґрунтовує й перевіряє практично її нові види й форми, створені задля задоволення різноманітних потреб осіб із відхиленнями стану здоров'я, включаючи інвалідів.

Однією з головних проблем АФК є проблема вивчення потреб, мотивів, інтересів, орієнтованих на осіб із відхиленнями стану здоров'я та інвалідів, особливостей їх індивідуальності; проблема дослідження процесу формування та коригування концепції життя цієї категорії населення, подолання психологічних комплексів за допомогою засобів і методів АФК.

Теорія АФК повинна розкрити її складні взаємозв'язки з іншими галузями науки та практики суспільства – охороною здоров'я, освітою, соціальним забезпеченням, ФК та ін., і навіть розробити технологію формування готовності суспільства до прийняття інвалідів як рівноправних його членів, які мають самоцінності та величезний творчий потенціал стосовно різноманітних видів людської діяльності.

Найважливішою проблемою теорії АФК є вивчення особливостей розумового, морального, естетичного, трудового виховання у собі фізичними вправами. Для багатьох інвалідів АФК – єдиний спосіб «розірвати» замкнутий простір, увійти в соціум, знайти нових друзів, отримати змогу спілкуватися, переживати повноцінні емоції, пізнавати світ тощо. Саме так, найчастіше вперше у своєму житті, вони пізнають радість руху,

навчаються перемагати, цінувати й гідно переносити поразки, усвідомлюють щастя подолання самого себе й кожною клітинкою власного тіла відчують філософію «чесної гри».

Виходячи з досвіду корекційної педагогіки, **процес навчання дії у АФВ повинен проходити наступні етапи:**

- визначення понять, створення уявлень;
- аналіз і виділення головних закономірностей;
- порівняння;
- узагальнена систематизація накопиченого матеріалу;
- моделювання;
- прогнозування результату;
- вироблення вміння долати проблемні ситуації.

При стійкій ваді тієї чи іншої системи організму порушується весь алгоритм навчання рухової дії. При цьому може знижуватися або бути відсутньою мотивація до рухової активності у цілому або до певного виду діяльності, до спілкування з викладачем або до занять у групі.

Проблемним питанням для викладача є сфера пізнавального інтересу аномальної дитини. При вроджених дефектах нерідко порушуються вольові якості: цілеспрямованість, наполегливість. Учень може бути не в змозі здійснити загальний логічний проект дії, зазнавати труднощів із осмисленням завдань і цілей, виділенням основних моментів дії та її складових, мати проблеми з аналізом умов виконання елемента дії, що вимагається. В результаті вади може бути порушений сенсорний аналіз або процес осмислення побудови дії. Ураження нервової, м'язової систем або кісток

скелета призводить до порушень якісних характеристик руху.

Виявлення інтересів дитини, яку навчають, здійснюється доброзичливим, вдумливим спостереженням, з'ясуванням того, що її цікавить: предмети, види діяльності, фізичні якості, пріоритети цінностей, цілі, прагнення, бажання. За педагогічними спостереженнями, діти прагнуть набувати не стільки спеціальних знань, скільки навчатися тому, що розкриває їхні можливості та індивідуальні особливості, збагачує їхню особистість.

Шляхи підвищення інтересу до занять:

- звертання до актуальної на певний момент для учня проблеми;
- зміна цільових установок, змісту завдань, сюжетів;
- звертання до вмінь і навичок соціального значення;
- застосування вмінь і навичок на практиці у життєвих ситуаціях.

Шляхи підвищення інтересу до виконання фізичних вправ:

- зміна вихідних положень;
- зміна темпу, інтенсивності навантажень;
- зміна музичного супроводу, інвентарю, оснащення, місця проведення занять;
- залучення учнів до взаємодопомоги, самостійного, керівництва заняттями;
- проведення змагань;
- незвичні за формою і змістом завдання;
- використання вправ, спрямованих на звільнення прояву ініціативи, сміливості.

У разі дефекту аналізатора порушується сприйняття: інформація, що надходить ушкодженою системою, або відсутня взагалі, або значно ушкоджена, змінена. При цьому людина орієнтується на інші сенсорні системи — збережені. Якість сприйняття залежить від якості стимулу, часу дії стимулу, кількості стимулів.

Сприйняття класифікують за сенсорним характером стимулу: зорове, звукове, гравітаційне, тактильне, нюхове.

Сприйняття можна також класифікувати за кінцевим результатом:

- визначення положення і напрямку свого тіла у просторі;
- визначення положення різних частин свого тіла (одна відносно іншої), просторового відношення свого тіла до стимулу та взаємодії його зі стимулом;
- сприйняття взаємодії власних складних рухів, визначення самопочуття, його залежності від факторів навколишнього середовища.

За обсягом сприйняття класифікується як просте і складне.

Сприйняття залежить від попереднього життєвого досвіду, інтересів, уважності, звичок, має вибірковий характер залежно від завдань і мотивів.

Оскільки сприйняття – це відображення предметів або дій у цілісному образі, внаслідок вади аналізатора тієї чи іншої системи загальні уявлення часто деформуються.

Створення уявлення про дію містить створення уявлення про загальну мету й окремі завдання цієї дії, основні моменти дії та її

складових, умови виконання.

Процес створення уявлення у того, кого навчають, про предмет навчання вимагає наявності в нього певного рівня уваги і спостережливості. Спостережливість відрізняється від простого сприйняття активним і цільовим характером. Умови розвитку спостережливості – інтерес до того, за чим спостерігають.

Таким чином, для того щоб зробити учня уважним до дії (або предмета), слід створити для нього проблемні умови, у вирішенні яких дія (або предмет), що вивчається, стають метою.

Для полегшення процесу створення уявлення викладач (тренер) повинен виділити:

- всю інформацію про дію (або предмет, з яким треба діяти);
- умови дії;
- з чого починається дія;
- зміст дії;
- послідовність дії.

Пояснення та демонстрація дії викладачем (тренером) повинні супроводжуватися словесною (асоціативною) фіксацією інформації та формуванням дії учнем, тому етапи виконання дії сучасна наука подає в наступній послідовності:

- фізичне виконання дії;
- словесне виконання дії (по пам'яті) вголос;
- виконання дії в уявленні (про себе);
- творче переосмислення дії.

Навчання відбувається в процесі вирішення послідовності завдань, кожне з яких розвиває попереднє. Від індивідуальних особливостей

сприйняття того, кого навчають, залежить і сенсорний аналіз дії, що виконується.

Рекомендується наступна послідовність формування просторових уявлень:

- формування орієнтирів: вертикальна та горизонтальна осі, поняття вище, нижче; аналіз розташування частин свого тіла;
- добавляння додаткового рівня горизонтальною віссю: формування понять ближче, далі;
- формування понять перед, за;
- формування уявлень про простір збоку: добавляння додаткового рівня вертикальною віссю, поняття ближче, далі, перед, за;
- аналіз взаємо розташовування об'єктів у навколишньому середовищі;
- цілісні уявлення про простір;
- формування часових уявлень;
- аналіз часу.

Об'єкт аналізу – анатомічні структури, їх співвідношення у просторі, співвідношення руху анатомічних структур у часі, співвідношення їх у часі і просторі.

У сучасній корекційній педагогіці простір класифікують таким чином:

- I рівень – простір свого тіла;
- II рівень – навколо тіла;
- III рівень – мова.

У процесі навчання дії розглядаються аналогії,

встановлюються причинні залежності, робляться узагальнення і висновки, проводиться систематизація. У процесі АФВ обов'язково розвивають мислення. Завдання викладача (тренера) у розвитку мислення дитини полягає у виділенні усіх логічних прийомів, необхідних для вивчення нового матеріалу, і визначення з них тих, які є новими для учнів.

Питання, котрі спрямовують увагу учнів, формулюються таким чином, щоб їх можна було використати і в інших життєвих випадках:

- Чим цікаве це завдання?
- Якими способами було виконано завдання?
- Який спосіб найбільш успішний (раціональний)?
- Які рухові закономірності виявлено?
- Чи можна розглядати це завдання як окремий випадок більш загального завдання?

Чим слабкіший учень, тим більш конкретно повинна бути з ним робота, тобто необхідно більш чітко виділяти прийоми виконання кожної операції і демонструвати їх на прикладах. Не варто забувати правило, що знання засвоюються тільки тоді, коли учень їх використовує.

За сучасними уявленнями, дія, щоб бути засвоєною, повинна пройти такі етапи: матеріальну форму, мовну форму, узагальнення.

Запам'ятовування досягається активним і пасивним повторенням у такій послідовності:

- 1) за змістом;
- 2) створення асоціацій за подобою;

3) створення асоціацій за контрастом.

Узагальнення перевіряється за допомогою завдань «на перенесення»: уміння пропонується реалізувати в нових умовах; через узагальнення досягається тривалість уміння.

Уміння та навички формуються багаторазовим повторенням з удосконаленням точності і швидкості регуляції рухів, але одноманітні завдання перешкоджають утримувати увагу учнів. Майстерність викладача полягає у наданні цим повторенням різних форм, які були б мотивацією до дії. З цією метою організують ігри, естафети, танці.

На процес навчання впливають такі психологічні закономірності:

- зосередженість мобілізує до дії;
- напруження прискорює дію;
- монотонність знижує якість формування навички;
- стомлення пригнічує формування навички;
- стрес призводить до відхилення від дії;
- імпульсивність перешкоджає формуванню навички.

Матеріально - технічне забезпечення адаптивного фізичного виховання

Заняття фізичними вправами проводяться у спеціально призначених для цього спортивних приміщеннях відповідних установ, але варто зазначити, що оскільки кінцевою метою адаптивного фізичного виховання є інтеграція інвалідів у суспільство, бажано, по можливості, проводити заняття АФВ у

громадських спортивних спорудах і на спортивних майданчиках.

Головні критерії у виборі спортивної бази:

- відповідність спортивної споруди (майданчика) меті заняття;
- доступність споруди для учнів у зв'язку з їхньою нозологією, наявність спеціальних пристосувань й оснащення;
- доступність транспортних засобів, якщо споруда (майданчик) знаходиться не на території установи.

Матеріально-технічне забезпечення повинне відповідати довго- і короткочасним завданням навчального процесу.

У АФВ використовують матеріально-технічне забезпечення загального і' :детального призначення (відповідно до нозології).

Загальні вимоги до обладнання:

- 1) доступність для сприйняття учня (з урахуванням специфіки вади);
- 2) стимулювання учня до активної дії;
- 3) можливість вирішення розвиваючих завдань виховного процесу.

Відомо, що «предмет формує поняття», тому практичні дії з предметами мають велике розвиваюче значення. У зв'язку з цим рекомендується спортивний інвентар та обладнання, здатні привернути увагу, зацікавити, спонукати до дії: яскраві, різноманітних привабливих форм, які асоціюються із знайомими учням образами або незвичні різних розмірів різнокольорові м'ячі, гімнастичні палиці, кільця, обручі, булави, набивні м'ячі, скакалки, прапорці, баскетбольні кошики, сітки, куби, валики, кеглі,

іграшки різних розмірів (для вправ із розвитку спритності, тактильної чутливості, дрібних рухів кисті).

Окрім того, кожна нозологія потребує специфічного оснащення та інвентарю. Наприклад, при ураженнях спинного мозку з метою фіксації частин тіла використовуються пояси, полотняні стрічки, лямки, манжети, корсети; при дитячому церебральному паралічі — сучасні пристосування, котрі полегшують пересування, наприклад, антигравітаційні костюми. У заняттях з учнями, які мають вади зору, користуються м'ячами трохи більшої маси, максимально круглими і рівними; колір інвентарю повинен контрастувати із загальним освітленням і навколишнім середовищем, добре, коли його озвучено (до м'яча кладуть дзвіночки або бубонці). При глухоті більш активно використовують наочні ознаки: прапорці, кеглі та ін.

У АФВ рекомендується використовувати площу, відведену для занять, з максимальною ефективністю; організувати місце занять з урахуванням можливостей учнів, для чого групи відповідно до фізичних спроможностей виділяють певними умовними знаками; також рекомендується залучати усіх учнів до підготовки спортивного майданчика до занять і допоміжних дій.

1.3. Викладач в адаптивному фізичному вихованні

У роботі з людьми з особливими потребами роль викладача надто велика. Це пов'язано як з обмеженим колом спілкування людини зі стійкими вадами, так і зі значущістю процесів навчання й адаптації у житті інваліда. Уявлення дитини-інваліда великою

мірою залежать від особистості викладача: його цінностей, мудрості, чуткості, терпіння, чесності і справедливості, любові до людей і життя; можливості допомогти дитині перемогти трагічну долю, навчити її долати життєві кризи і проблеми; розкрити особистість, реалізувати творчий потенціал.

Для цього викладачеві необхідно самому бути неабиякою особистістю, мати достатньо сил, щоб долати життєві проблеми і вести за собою своїх учнів. Викладачеві необхідно мати сильний характер: твердість, витримка, терпіння, вміння задовольнятися невеликими успіхами, стриманість у прояві емоцій, у рухах і поведінці. Велике виховне значення мають зразкова поведінка, справедливе безпристрасне ставлення до усіх членів колективу.

В АФВ абсолютно неприпустиме висміювання будь-чиєї слабкості та резонерство з боку викладача. Важливо імпонувати дітям і керувати ними. Це можливо у разі захоплення своєю працею і вмінні ділитися цим захопленням.

У роботі викладача АФВ велике значення має систематична послідовність, проте необхідно знати, що учні, звикаючи до прийомів викладача, перестають відгукуватися навіть на найефективніші з них, але якими вже неодноразово користувалися. У процесі навчання учні вивчають викладача і, виконуючи його завдання, намагаються вгадати критерії оцінки. В АФВ особливо важлива похвала, але слід пам'ятати, що вона повинна бути завжди щирою та своєчасною, краще хвалити дію, вчинок, ніж особистість.

Велику виховну дію справляє зовнішній вигляд викладача: чистота, охайність, вишуканий стиль одягу, манери.

Практична робота в АФВ пов'язана з необхідністю адаптації вчителя (тренера) до учня з особливими потребами.

Управління процесом АФВ можна представити у вигляді такого алгоритму:

- Визначення мети навчальної програми і цілей учня.
- Постановка мети роботи з урахуванням указаних вище цілей.
- Складання прогнозу з урахуванням комплексу показників, позитивних і негативних факторів, потреб у ресурсах (помічники, фінансування, матеріально-технічне та науково-методичне забезпечення).
- Визначення пріоритетів, кінцевого результату, критеріїв оцінки, системи контролю.
- Програмування основних етапів навчального процесу.
- Делегування обов'язків.
- Розподіл ресурсів за програмою на кожний вид роботи у процесі фізичного виховання. Уточнення і планова оцінка витрат сил і матеріальних витрат для досягнення мети.
- Визначення завдань, показників, термінів і періодичність контролю, призначення відповідального за контроль.

Робота з волонтерами

Характерна особливість АФВ – максимальне залучення до навчального процесу добровільних помічників і учасників: батьків або родичів учнів, старших учнів, усіх бажаючих. Таке збільшення «тренерської команди » одночасно полегшує проведення заняття,

робить його більш цікавим і в той самий час підвищує вимоги до викладача як до організатора. У зв'язку з цим

викладачеві необхідно вирішувати ряд завдань:

- вибір волонтера;
- його інструктування;
- демонстрація волонтерів навчального матеріалу;
- надання йому можливості брати участь у виховному процесі;
- делегування відповідальності;
- натхнення волонтера на працю і творчість.

Важливі вимоги до вибору волонтера – доброзичливість, здатність до співпереживання, відчуття відповідальності, наявність часу для участі у заняттях, готовність до роботи, до самонавчання. Інструктуючи волонтера, необхідно чітко, ясно й однозначно викладати мету, завдання та вимоги занять.

Помічники-волонтери у свою чергу потребують підтримки керівника занять - викладача, який повинен передати їм свої професійні знання і досвід, навчити кожного волонтера методам навчання інших. Навчання повинне бути неформальним, спонтанним.

У роботі з волонтерами не слід забувати такі правила:

- завжди дякуйте волонтерів за прикладені зусилля;
- критика повинна бути конфіденційною та конструктивною;
- постійно запитуйте волонтерів про їхні ідеї щодо покращання навчального процесу;
- продемонструйте волонтерам наочний результат їхніх зусиль: як завдяки їхнім діям змінилося життя учнів.

Надання першої долікарської медичної допомоги особам з обмеженими фізичними спроможностями в процесі адаптивного фізичного виховання.

У АФВ ще більше уваги, ніж у фізичному вихованні здорових людей, повинно приділятися гарантуванню безпеки навчально-виховного процесу. **Профілактика травматизму в АФВ являє собою комплекс організаційно-методичних заходів, спрямованих на вдосконалення фізичного виховання.**

За статистикою основні причини травматизму – недостатня професійна підготовка вчителя і, як наслідок, погана організація навчального процесу; неправильне комплектування груп; недоліки або помилки у методиці: порушення дисципліни, встановлених правил, вимог лікарсько-педагогічного контролю; невідповідність матеріально-технічного забезпечення методиці занять; погані санітарно-гігієнічні умови, у тому числі незадовільний стан спортивних споруд, інвентарю, одягу, взуття, захисних пристосувань. Причинами можуть бути зовнішні перешкоди, у тому числі погані погодні умови, а також надмірне емоційне збудження учнів або їхня психологічна невідповідність до заняття.

В організації занять немає "малозначущих" питань. Невідповідність споруд або майданчика заняттям певним видом спорту або вправами, відсутність або низька якість страхування чи м'якого покриття, неправильне розташування матів,

невідповідність маси і розмірів м'ячів або гімнастичних палиць можливостям учнів, незадовільний стан місця занять, недостатня площа, захаращення залу, погане освітлення, недостатня вентиляція, слизька або нерівна підлога, використання інвентарю не за призначенням, проведення занять при неповному комплекті захисних пристосувань, взуття на слизькій підшві або не за розміром учня, тісний чи незручний для рухів одяг – усе це може призвести до нещасного випадку або травми.

Метеорологічні умови діють на організм навіть тоді, коли людина знаходиться у приміщенні, поза їх безпосереднім впливом. При цьому можуть страждати координація рухів, спритність, відчуття рівноваги, що призводить до травматизму. Особливо це стосується людей зі стійкими функціональними порушеннями, при яких страждають і адаптивні механізми.

Висновки

Таким чином виявлена наявність суттєвого протиріччя між великим суспільним запитом щодо вирішення проблем соціальної і фізичної адаптації неповносправних громадян України засобами фізичної культури і спорту та відсутністю державного статусу галузі фізичного виховання і оздоровчої фізичної культури неповносправних, що гальмує поступальний процес її розвитку.

Питання для самоконтролю

1. Охарактеризуйте зв'язок адаптивного фізичного виховання з іншими науками та навчальними дисциплінами.
2. Охарактеризуйте адаптивне фізичне виховання, як науку та навчальну дисципліну.
3. Визначте мету та завдання адаптивного фізичного виховання.
4. Охарактеризуйте поняття «адаптивна фізична культура», «адаптивне фізичне виховання».
5. Охарактеризуйте поняття «адаптивний спорт», «адаптивне фізичне виховання».
6. Охарактеризуйте поняття «фізична реабілітація», «адаптивна фізична рекреація».
7. Охарактеризуйте поняття «інвалід», «інвалідність», «соціальний захист інвалідів».
8. Охарактеризуйте поняття «дифектологія», «корекційна педагогіка».
9. Вкажіть, в чому полягають відмінності адаптивного фізичного виховання.

Література

- 1.Бріскін Ю.А. Спорт інвалідів у міжнародному спортивному русі. –Львів: Край, 2006. – 346с.
- 2.Евсеев С.П., Шпакова Л.В. Адаптивная физическая культура. Учебное пособие. –М.: Советский спорт, 2000. – 240с.
- 3.Круцевич Т.Ю. Теория и методика физического воспитания. Том 2. – К.: Олимпийская литература, 2003. – 390с.

4. Теорія і організація АФК: підручник. У 2 т. Т. 1: Введення ЄІАС у спеціальність. Історія, організація та загальна характеристика АФК / під загальною ред. Проф. С.П. Євсєєва. – 2- вид., випр. і доп. – М.: Радянський спорт, 2005. – 296 с.

5. Чудная Р.В. Адаптивное физическое воспитание: Монографія.– К.: Наукова думка, 2000. – 360с.

6. Чудна Р.В. Концептуальні основи фізичного виховання неповносправних в США // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. Зб. Наук. Пр. під ред. Єрмакова С.С. – Харків: ХДАДМ (ХХІІІ), 2002. – №18. – с.24-29.

Самостійна робота

Тема 1. Адаптивне фізичне виховання, як наука та навчальна дисципліна.

1. Охарактеризувати особливості фізичного виховання в умовах спеціалізованих закладів освіти в Україні.

№ п\п	Назва закладу	особливості

2. Охарактеризувати особливості фізичного виховання в умовах спеціалізованих закладів освіти за кордоном.

№ п\п	країна	Назва закладу	особливості

Рекомендована література

1. Бріскін Ю. А. Спорт інвалідів : [підруч. для ВНЗ фіз. виховання і спорту] / Ю. А. Бріскін. – К., Олімп. література. – 2006. – 263 с. – ISBN 966-7133-79-6.
2. Брискин Ю.А., Передерий А.В., Евсеев С.П. Адаптивный спорт // [Текст] /– М., Советский спорт. – 2010. – 316 с. – ISBN 978-5- 9718-0460-4.
3. Брискин Ю.А. Организация соревнований среди спортсменов с отклонениями интеллектуального развития // Физическое воспитание студентов творческих специальностей: Науч. моногр. /Под ред. С.С. Ермакова. – Х., ХГАДИ (ХХПИ). – 2005. –№6. – С. 72–78.
4. Бріскін Ю.А. Адаптивний спорт. Спеціальні Олімпіади: навчальний посібник. – Львів: “Ахіл”, 2003. – 128 с.

5. Гончаренко Є. Особливості фізичного розвитку спортсменів 17– 19 років з відхиленнями розумового розвитку / Євген Гончаренко // Теорія і методика фізичного виховання і спорту, 2009. – №2. – С.17–20
6. Ильин В., Рубцова Н., Скоросов К. Влияние занятий конькобежным спортом на детей 12–14 лет с отклонениями умственного развития // Наука в олимпийском спорте, 2006. – № 1–С.55–60.
7. Карпенко Л. Деятельность организации ”Специальные Олимпиады” в современном обществе // Наука в олимпийском спорте, 2006. – № 1.– С. 38–44.
8. Матвеев С. Проблеми гуманізму в сучасному спорті / Сергій Матвеев, Лідія Радченко, Ірина Когут, Тарас Данько// Теорія і методика фізичного виховання і спорту, 2009. – №2. – С.33–38
9. Мудрік В.І. Спеціальні Олімпіади. Special Olympics. –К., Нора–прінт. – 2001. – 52 с.
10. Платонов В.Н. Система подготовки спортсменов в олимпийском спорте. Общая теория и ее практические приложения. – К., Олимпийская литература. – 2004. – 808 с.
11. Росвал Г., Даментко М. Современное состояние и направления исследований по программе Специальных Олимпиад // Наука в олимпийском спорте, 2006. – № 1. – С. 20–22.
12. www.paralympic.org.ua

Розділ II.

Основні принципи, засоби та організаційні форми адаптивного фізичного виховання

Мета: з'ясувати основні принципи, засоби та методи адаптивного фізичного виховання, загальні завдання лікарсько-педагогічного контролю та методи контролю ефективності навчального процесу в адаптивному фізичному вихованні.

Завдання:

1. Дати характеристику основним принципам адаптивного фізичного виховання.
2. Визначити засоби та методи адаптивного фізичного виховання.
3. Охарактеризувати організаційні форми АФВ.

План

1. Принципи, засоби, методи та організаційні форми адаптивного фізичного виховання.
2. Загальні завдання лікарсько-педагогічного контролю.
3. Методи контролю ефективності навчального процесу в адаптивному фізичному вихованні.
4. Рекомендації до профілактики травм і підвищення безпеки занять з адаптивного фізичного виховання.

Основні терміни та поняття лекції: принципи, засоби, методи, організаційні форми АФВ; волонтер в АФВ, лікарсько-педагогічний контроль.

2.1. Принципи, засоби та методи адаптивного фізичного виховання

У роботі з людьми з особливими потребами роль викладача надто велика. Це пов'язано як з обмеженим колом спілкування людини зі стійкими вадами, так і зі значущістю процесів навчання й адаптації у житті інваліда. Викладачеві необхідно самому бути неабиякою особистістю, мати достатньо сил, щоб долати життєві проблеми і вести за собою своїх учнів, вміти професійно будувати навчальний процес дотримуватись основних та специфічних принципів адаптивного фізичного виховання.

Основними в АФВ є принципи: свідомості й активності, індивідуалізації, доступності, наочності, послідовності, диференційно-інтегральних оптимумів, систематичності, розсіяного м'язового навантаження, міцності. В АФВ загальні дидактичні принципи мають певні особливості, пов'язані із специфікою контингенту тих, кого навчають. Зупинимося на кожному принципі докладніше.

Принцип свідомості й активності спрямований на розвиток уміння орієнтуватися в навколишній дійсності. Викладач буде заняття таким чином, щоб той, кого навчають, міг засвоювати навчальний матеріал, правильно сприймаючи дійсність. З цією метою вчителі повинні відповідати потребам та інтересам учня, бути ясними і зрозумілими для нього. В постановці індивідуальних завдань учителю значною мірою може допомогти досвід педагогіки Монтесорі, в основі якої лежить спостереження за дитиною.

Принцип індивідуалізації. Вчитель звертає увагу на вік, стать, особливості стану здоров'я, фізичного розвитку, темперамент, особистісні й характерологічні якості того, кого навчають, його установки, цінності та інтереси, наявність і якість попередньої фізичної підготовки.

Окрім того, вчителю необхідно також знати загальні закономірності патологічного процесу, який має місце в учня; орієнтуватися у пов'язаних із цим захворюванням змінах у руховій активності; добре розбиратися не тільки у фізичному, але й психічному потенціалі свого підопічного (в тому числі знати його реакцію на самий стан інвалідності); враховувати протипоказання, пов'язані з ризиком погіршення стану здоров'я, і конкретні індивідуальні заходи безпеки.

Принцип доступності полягає в тому, що усі засоби, які використовуються в АФВ, повинні бути адекватними рівням фізичного навантаження, психомоторного розвитку, стану здоров'я, функціонального стану рухового апарату, попереднього рухового досвіду і фізичної підготовленості. Значною мірою доступність забезпечується на рівні формування кінестезичного образу за рахунок адекватного уявлення про дію і вибору відповідних засобів. У цьому допомагає показова демонстрація вчителем або його помічником фізичних вправ, використання наочних посібників: рисунків, макетів, схем та ін., з метою створення у тих, хто навчається, найбільш повних і точних уявлень, забезпечення сприйняття й асоціацій, пов'язаних з діями, що вивчаються. Для цього бажано впливати на найбільше число сенсорних систем

учня, його емоційну сферу, котрі можуть бути порушені залежно від нозології, тобто дотримуватися принципу наочності.

Принцип послідовності вивчення вправ безпосередньо пов'язаний принципом доступності. Визначаючи послідовність, варто керуватися закономірностями перенесення рухових навичок та "вроджених автоматизмів", які збереглися в інвалідів. Це правило значно підвищує ефективність засвоєння нових фізичних вправ. Бажано як можна активніше використовувати позитивне перенесення рухових навичок. Це відбувається у тих випадках, коли в структурі та змісті вправ (у їхній головній фазі) є велика подібність. Принцип знаходить своє відображення в широкому застосуванні підвідних й імітаційних вправ. Відмічається, що перенесення навичок в інвалідів найефективніший на початкових етапах навчання, коли рухи виконуються у більш примітивних варіантах та під посиленням контролем свідомості. Не слід забувати і про негативне перенесення, коли раніше засвоєна рухова дія перешкоджає правильному виконанню фізичної вправи, ш: вивчається.

Принцип диференційно-інтегральних оптимумів втілюється у застосуванні оптимальних локальних та інтегральних фізичних навантажень. Якісні зміни в організмі людини, досягнуті шляхом оптимальної дії локальних фізичних навантажень різного змісту, є основою для створення резервних можливостей лімітованих систем при формуванні фонду життєво важлива рухових умінь і навичок. Розвитком основних рухових якостей створюються функціональні резерви організму.

Із цією метою дозовано й індивідуально збільшують обсяг та інтенсивність тренувального заняття. Збільшення параметрів навантаження повинно підпорядковуватися наступному правилу: обсяг та інтенсивність навантаження зберігаються до тих пір, поки не відбудеться стабілізація ЧСС. Потім збільшують інтенсивність навантаження й організм пристосовується до нових умов рухової діяльності. Вважається, що стабільність одного з параметрів навантаження при варіюванні другого дозволяє системам організму ефективніше засвоювати кількісно-якісні форми тренувальних дій.

Принцип систематичності впливає з принципів послідовності й диференційно-інтегральних оптимумів і базується на закономірностях умовно-рефлекторної діяльності. У зв'язку з тим, що підготовка являє складну систему взаємообумовлених засобів і методів навчання рухових якостей, послідовність основних вправ повинна відповідати вирішенню конкретних завдань кожного з етапів рухової підготовки, підбір вправ — закономірностям "перенесення" рухових навичок і якостей, а чергування навантажень і відпочинку — незмінному підвищенню функціональних спроможностей організму.

Принцип чергування, або розсіяного м'язового навантаження, важливий для попередження стомлення. Він передбачає таке поєднання засобів АФВ при якому робота однієї групи м'язів, які здійснюють рух або реакцію пози, змінюється роботою іншої групи м'язів, що дає можливість здійснюватися відновлювальним процесам.

Принцип міцності зводиться до створення в учня повних і точних уявлень, сприйняття і відчуттів рухів, що вивчаються, для вироблення міцної навички. Порухення сенсорного аналізу або оптимального співвідношення функції свідомості й автоматизмів, які мають місце в АФВ, призводить до ускладнень у формуванні рухових умінь і навичок.

Принцип міцності допомагає реалізувати дотримання таких правил:

- не переходити до вивчення нових вправ, поки не буде ґрунтовно вивчено поточний матеріал;
- включати до занять вправи, вивчені раніше, в нових поєднаннях і варіантах;
- підвищувати інтенсивність і тривалість виконання засвоєних вправ.

Спеціальні принципи АФВ:

- зв'язок знань, умінь з життям і практикою;
- виховна й розвиваюча спрямованість;
- всебічності, гармонійності змісту знань, умінь, звичок;
- концентризм у навчанні: розподіл навчального матеріалу з характерною повторюваністю тематики та більш глибоким висвітленням даної теми на кожному новому етапі. Під час засвоєння складного матеріалу повертаються до старого, але на новій основі, тобто відбувається повторне вивчення пройденого матеріалу на більш високому рівні з урахуванням того, що

пізнавальні можливості учня порівняно з попереднім періодом зросли.

Серед основних принципів спорту інвалідів варто розглядати:

– **загальні принципи** – гуманістичності, соціалізації, оздоровчої та реабілітаційної спрямованості;

– **методичні принципи** – принцип свідомості та активності, принцип наочності, принцип доступності та індивідуалізації, принцип систематичності та безперервності;

– **специфічно-спортивні принципи** – принцип спрямованості до вищих досягнень та принцип нозологічної детермінованості структури змагальної діяльності та підготовки спортсменів.

Принцип гуманістичності спорту інвалідів передбачає визнання цінності кожної окремої особи незалежно від ступеня фізичних чи інтелектуальних порушень, поваги до її вибору та бажань, створення рівноправних умов для занять спортом, розкриття усіх особистих можливостей.

Принцип соціалізації передбачає спрямованість спорту інвалідів на створення підґрунтя для набуття соціального досвіду, включення до суспільного життя, професійного навчання і перенавчання, можливості соціально корисної трудової діяльності, матеріального забезпечення.

Принцип оздоровчої та реабілітаційної спрямованості спорту інвалідів передбачає переважну орієнтацію діяльності не лише і не стільки на досягнення максимально можливого результату (детерміноване не лише ефективністю методики підготовки,

талантом і працездатністю, а, перш за все, рівнем збереження можливостей організму), а на зміцнення здоров'я, розвиток фізичних якостей, компенсацію недостатньо розвинених, порушених або втрачених функцій, адаптацію до зовнішніх умов, активізацію адаптаційних і компенсаторних процесів, покращання якості життя. На жаль, у сучасному спорті інвалідів цей принцип реалізується не у повній мірі. Наприклад, в Україні, яка за темпами розвитку національного паролімпійського руху (за показниками результативності участі у Паролімпійських іграх), визнана одним із світових лідерів, у системі центрів «Інваспорт» спортом займаються менш, ніж 2 % інвалідів, тобто понад 98% інвалідів не охоплено спортивно-оздоровчою діяльністю.

Методичні принципи спорту інвалідів – принцип свідомості й активності, принцип наочності, принцип доступності й індивідуалізації, принцип систематичності та безперервності – змістовно віддзеркалюють відповідні принципи фізичного виховання, адаптивного фізичного виховання, адаптивної фізичної культури, системи підготовки спортсменів, і, на наш погляд не потребують спеціального розгляду у межах цієї роботи.

Варто відзначити лише, що реалізація загально методичних принципів спорту інвалідів має яскраво виражений нозологічно детермінований характер. Наприклад, реалізація принципу свідомості і активності може ускладнюватися нозологічними особливостями спортсменів з вадами інтелекту.

Реалізація принципу наочності у спортивних заняттях серед спортсменів з вадами слуху та вадами зору передбачає

використання специфічних способів демонстрації. Відомо, що наочність для спортсменів з вадами слуху обумовлюється обмеженістю сприйняття через відсутність слухових відчуттів, обмеженості дактильномовного спілкування і пояснення тощо, і компенсація порушень слуху відбувається за рахунок зорових, тактильних та кінестетичних сприйнять. Для спортсменів з вадами зору (що він забезпечує 80% інформації у звичайних умовах) принцип наочності реалізується через використання залишкового зору, слуху, тактильних та кінестетичних сприйнять, спортсменів з пошкодженнями опорно-рухового апарату – комплексним використанням сенсорних систем за винятком нозологічно обумовлених обмежень.

Реалізація принципу систематичності та безперервності передбачає, з одного боку, забезпечення спадкоємності тренувальних ефектів, забезпечення цілісності та нерозривності процесу спортивної підготовки, а з іншого боку створення можливості і необхідності спортивних занять протягом всього життя, досягнення та підтримання оптимального рівня рухової активності. Так, одним із концептуальних положень Спеціальних Олімпіад є саме забезпечення цілорічного тренування та участі у змаганнях.

Специфічно-спортивні принципи – принцип спрямованості до вищих досягнень та принцип нозологічної детермінованості структури змагальної діяльності та підготовки спортсменів.

Принцип спрямованості до вищих досягнень реалізується у повній відповідності із аналогічним принципом системи підготовки

спортсменів у олімпійському спорті у межах двох структурних складових спорту інвалідів – паралімпійському та дефлімпійському. Вершиною паралімпійського спорту є Паралімпійські ігри, де спортсмени демонструють без перебільшення видатні досягнення, де в останні роки відзначається значне загострення конкурентної боротьби, зростає кількість країн, представники котрих виборюють паралімпійські нагороди, досягають значних результатів команди, що раніше не мали їх, відбувається зміна лідерів у неофіційному командному заліку. Подібні тенденції спостерігаються і у Дефлімпійських іграх. Слід відзначити, що механістична реалізація принципу спрямованості до вищих досягнень у спорті інвалідів спричиняє до виникнення у ньому проблем, до яких належать зміщення пріоритетів з реабілітаційної та адаптивної спрямованості на встановлення рекордів та завоювання медалей, морально-етичних проблем класифікації, вживання допінгів тощо. З іншого боку, у Всесвітніх іграх Спеціальних Олімпіад принцип спрямованості до вищих досягнень реалізується індивідуально для кожного спортсмена, якому створюються умови для максимальної самореалізації.

Принцип нозологічної детермінованості структури змагальної діяльності та підготовки спортсменів передбачає створення унікальних нозологічно детермінованих видів спорту, наприклад голболу та хокею на підлозі або нозологічно обумовлену адаптацію структури та змісту діяльності у олімпійських та неолімпійських видах спорту, наприклад змагання у візках, лижні гонки сидячи, біатлон із звуковою мішенню тощо.

В свою чергу, структура змагальної діяльності визначає, у відповідності із принципом єдності структури змагальної діяльності та структури підготовленості, передбачає відповідну модифікацію засобів і методів підготовки спортсменів-інвалідів. Слід зауважити, що спорт інвалідів у частині паралімпійського та дефлімпійського спорту, передбачає, поряд із власними специфічно-спортивними принципами, реалізацію усіх принципів системи підготовки спортсменів - принципів єдності поступовості збільшення навантажень та тенденції до максимальних навантажень, хвилеподібності та варіативності навантажень, циклічності процесу підготовки, єдності та взаємозв'язку тренувального процесу та змагальної діяльності із поза тренувальними факторами, взаємообумовленості ефективності тренувального процесу і профілактики травматизму.

У АФВ використовують ті самі засоби, що й у фізичній культурі і спорті: фізичні вправи, рухливі й спортивні ігри, засоби загартовування, елементи хореографії та ін. Проблемним для викладача АФВ є вибір засобів для конкретного заняття, конкретного учня. Вибір засобів визначається:

- 1) завданнями навчального процесу;
- 2) функціональними спроможностями учня;
- 3) матеріально-технічним забезпеченням;
- 4) необхідними умовами безпеки.

Рекомендації і протипоказання до використання засобів АФВ відповідно до завдань навчального процесу (Круцевич Т.Ю., 2003)

Завдання АФВ	Рекомендовані засоби АФВ	Протипоказання
Формування мотивації, цілеспрямованості	Рухливі ігри та естафети, які мають реальний інтерес для тих хто в них приймає участь, результат, нагорода	Відволікання уваги
Розвиток здібності концентрувати увагу	Сюжетні ігри та естафети, які мають інтригу в розвитку сюжету; справи з предметами, які зацікавлять виконавців	Відволікання уваги, через мірна складність завдання
Вестибулярне тренування	Розкачування на качелях, розкручування на каруселях, елементи акробатики та гімнастики, які розвивають рівновагу і стійкість: швидкі нахили, присідання, нахили з поворотами, ходьба,	Справи, в яких вимагається високий рівень розвитку вестибулярної функції; перенавантаження вестибулярного апарату; ролики; плавання без

	біг, ігри з різкими зупинками, поворотами, стрибками; підскоки і пересування на одній нозі; балансування на малій опорі; елементи боротьби, які розвивають стійкість; танці; лижі	страхування
Розвиток відчуття часу руху	Ритмічна гімнастика; аеробіка, фітнес; елементи фехтування; елементи боксу; танці; ходьба і біг на різноманітний рахунок, в різному темпі, за різний час	Наявність факторів, які відволікають або збивають виконавця
Розвиток відчуття простору і орієнтування в ньому	Елементи спортивної гімнастики: почергове виконання рухів різної амплітуди (45, 90, 180 градусів); ходьба мінімальними і максимальними	Наявність на місці занять предметів, які можуть призвести до травм

	<p>кроками, стрибки і метання м'яча на максимальну і задану відстань; шикування і перешикування;</p> <p>рухливі і спортивні ігри, з переміщенням у просторі; туризм</p>	
<p>Розвиток м'язової сили</p>	<p>Атлетизм; елементи важкої атлетики; елементи гімнастики, які розвивають міжм'язову координацію; елементи стречінгу, вправи на довільне розслаблення, вправи для хребта; відновлення м'язової симетрії, вправи для глибоких м'язів спини. Вправи для серцево-судинної системи, які збільшують капілярний кровообіг; гімнастика</p>	<p>Порушення принципів і методики; перенапруження; різке виконання вправ</p>

	для очей	
Формування правильної постави	Вправи, які формують правильну посадку голови; вправи на відновлення симетрії тонусу м'язів плечового, тазового поясів і хребта; вправи, що розвивають силу глибоких м'язів спини, вправи, що розвивають силу поверхневих м'язів спини; плавання; загартування; волейбол; художня гімнастика; танці; лижі	Важка атлетика, фехтування, великий теніс, гандбол, саний спорт, стрибки, довгочасний біг
Нормалізація механіки дихального акту	Вивчення і відновлення фізіологічно правильної механіки дихання; вправи на дихання з подовженим видихом; дихальна гімнастика Бутейко,	До відновлення правильного дихання вправи на витривалість та натуження

	Стрельникової, Немзера	
Спритність	Елементи акробатики і гімнастики: вправи на точність, вправи з незвичайних вихідних положень, з предметами різної форми; вправи на довільне розслаблення м'язів, які не приймають участь у русі; вправи зі зміною швидкості, темпу, ритму рухів; нові комбінації із знайомих вправ; вправи для дрібної моторики рук; рухливі і спортивні ігри; естафети	Вправи, які вимагають високого рівня розвитку спритності; використання предметів, які можуть травмувати учня; негативна оцінка результатів учня вчителем
Профілактика і ліквідація порушень гармонійного розвитку	Атлетизм; фітнес; плавання; аеробіка; художня гімнастика для дівчат, спортивна гімнастика	Види спорту, які призводять до порушення гармонійного розвитку дитини

	для хлопців; спортивні ігри; естафети	
Ліквідація затримки психомоторного розвитку	Розвиток вмінь та звичок, які відповідають наступному віковому етапу	Завдання, яке по своїй складності нижче здібностей учня або перевищує його можливості на момент занять
Збільшення витривалості	Гімнастика для дихання; аеробні вправи: ходьба, біг, плавання, вправи на велотренажерах, аеробіка; вправи для серцево-судинної системи; ближній туризм	Перенавантаження
Профілактика та ліквідація плоскостопості	Вправи для розвитку сили м'язів, які створюють звід ступні	Вправи з отягощенням стоячи, дальній туризм
Покращення функції серцево-судинної системи	Вправи на дихання; вправи, які покращують	Натужування; спортивні ігри з великим

	капілярний кровообіг; вправи з полегшених вихідних положень для великих і середніх груп м'язів; аеробні вправи: плавання, ходьба, ближній туризм, лижі; танці; вправи з предметами	емоційним напруженням
Ліквідація вегето-судинних розладів	Загартування; вестибулярне тренування; аеробні вправи: плавання, лижі, аеробіка	Натужування; емоційні перевантаження; різкі зміни положення тіла
Покращення функції зору	Гімнастика Бейтса; вправи для шийного відділення хребта; вправи для м'язів очей; вправи для пальців рук; рухливі та спортивні ігри з м'ячем; ігри з переміщенням гравців у просторі	Натужування;
Нормалізація обміну	Вправи на	Перенавантажен

речовин	витривалість; фітнес; аеробіка; елементи гімнастики; вправи на дихання; плавання; веслування; лижі; велосипедний спорт; рухливі ігри та елементи спортивних ігор; ближній туризм	ня
Профілактика та ліквідація нервових розладів	Ритмічна гімнастика; аеробіка; плавання; загартування; повільні танці; туризм; вправи на витривалість; ігри, які виховують активність, ініціативність, вміння долати труднощі; ігри, які дезактуалізують страхи, які переживають особи що займаються	Оцінка виконання учнем вправи; емоційне перенавантаження; збуджуюча музика
Ліквідація контрактур	Стретчінг, вправи із збільшенням амплітуди рухів;	Різкі рухи; неадекватні навантаження на

	виявлення,аналіз і ліквідація патологічних компенсацій; гідроаеробіка; плавання	поражений суглоб
Профілактика і ліквідація м'язової гіпотрофії	Розвиток сили разом із стречінгом; елементи аеробіки; елементи фітнесу; плавання; гідроаеробіка; вправи на дихання	Неадекватні навантаження
Профілактика і ліквідація остеопороза	Плавання; гідроаеробіка; суспензійна терапія; вправи, які поліпшують капілярний кровообіг	Вправи з ризиком падіння; неадекватний розвиток сили м'язів

Танці – вид культури, в якому засобом вираження настрою, відчуттів і думок є рухи і положення тіла. Формотворчим засобом у танці є ритм – закономірне чергування рухів. Ритм передає емоційний стан: активність, поривчастість, плавність або спокій. Закономірності побудови рухових форм танцю базуються на законах музики, котра є зовнішнім «задавачем ритму» для органів і систем організму (нервової, серцево-судинної, дихальної).

Рухливі ігри володіють високим оздоровчим і виховним потенціалом. Правила рухливих ігор диктують швидкі різноманітні фізичні дії учасників. Ситуація гри постійно змінюється, висуваючи перед гравцем вимоги до концентрації уваги, правильного її розподілу і переключення, доброї координації рухів. Заняття рухливими іграми дають можливість нормалізувати рухливість нервових процесів, розвивають увагу, пам'ять, ініціативу, волюві якості, сприйняття просторової і часової орієнтації, зміцнюють серцево-судинну і дихальну системи, активізують обмін речовин, розвивають руховий апарат. Ігри допомагають формувати емоційно-вольову сферу і моральні якості.

При дозуванні фізичного навантаження на занятті обов'язково повинен враховуватися рівень загального фізичного навантаження в іграх (малої, середньої та великої рухливості).

Нині в адаптивному спорті популярні такі спортивні ігри та єдиноборства:

при вадах слуху: бадмінтон, баскетбол, боротьба вільна і греко-римська, боулінг, волейбол, гольф, дзюдо, бочче, теніс, футбол, хокей, хокей з м'ячем, шашки, шахи;

при вадах зору, боротьба вільна і класична, голбол, дзюдо, роллінгбол, торбол, шашки, шахи і шахова композиція;

при ушкодженнях опорно-рухового апарату: бадмінтон, баскетбол (на візках), волейбол (сидячи), теніс, футбол, шашки, шахи;

при відхиленні у розумовому розвитку: бадмінтон, баскетбол, боулінг, волейбол, гандбол, гольф, футбол, софтбол, теніс, хокей на підлозі, бочче, настільний теніс.

Загартовування — цілеспрямована дія на організм природними загартовуючими засобами з метою підвищення рівня здоров'я шляхом формування механізмів адаптації до несприятливих дій температури повітря, води, атмосферного тиску, сонячної радіації, виховання морально-вольових якостей: свідомості, відповідальності, стійкості, витривалості.

Водне середовище, окрім загартовуючої дії на організм, виявляє інші специфічні дії: зменшує силу гравітації, нормалізує функції центральної нервової системи, активізує обмін речовин, у процесі фізичних навантажень попереджає зневоднення і втрату з потом мінеральних речовин, знижує відчуття болю, попереджає травматизм, сприяє розвитку здатності управляти рухами в складних умовах, розвиває координацію.

Під час фізичних вправ у воді полегшуються статичні положення, досягаються повільні плавні рухи, швидкими рухами, завдяки підвищеному опору водного середовища, розвивається сила.

У воді застосовуються ігрові вправи, ігри з елементами змагання, сюжетні ігри, естафети, ігри з м'ячем, фізичні вправи.

Вправи на мілководді передбачають глибину 30-50 см. Основні вправи: ходьба, біг, стрибки, пересування по дну за допомогою рук в упорі лежачи.

Вправи при опорному положенні (опора-дно басейну). При

цьому рівень води знаходиться на рівні від поясу до плечей. Сюди належать ходьба, біг, стрибки, загально розвиваючі вправи, елементи танцю, швидкісні пересування усією площею басейну бігом, стрибками; вправи на гнучкість.

Вправи при безопірному положенні включають лежання на воді, ковзання, дистанційне плавання.

Вправи з предметами: пінопластовими дошками, кругами, м'ячами, надувними іграшками, підтримуючими поясами та іншими спеціальними пристосуваннями.

Цікавими й захоплюючими є заняття на неглибокій воді базовою аеробікою, степ-аеробікою, танцювальною аеробікою, аеробікою з використанням різних обтяжень, еластичного бинта, предметів, завдяки котрим розвиваються координація, витривалість, сила, гнучкість, уміння розслаблятися. Проте слід пам'ятати, що при виконанні вправ у воді витрачання енергії у 2 рази більше, ніж при виконанні аналогічних вправ на суші, внаслідок ефекту опору більш щільного середовища та більшої теплопровідності, та враховувати цей фактор у харчуванні.

Із загальних методів у АФВ використовуються такі:

Репродуктивний – викладач підводить учня до основного вміння певного послідовністю вправ. Діти аналізують дії, визначають подібність і різницю. Викладач демонструє для учня вид діяльності (наприклад, вправи, ігри) та залучає його до цієї діяльності.

Проблемний – створюється проблемна ситуація. Викладач

пропонує завдання, що спонукає до аналізу, порівняння, висновків (систематизації знань).

Ігровий – рухливі або спортивні ігри, використання сюжету, наприклад казкового.

Одним із спеціальних методів АФВ є пропедевтика – вивчення уявлень учня, його пам'яті, мислення, мови, моторики; навчання його орієнтації у просторі і типових ситуаціях; корекція серйозних недоліків сприйняття; прищеплення навичок дисципліни та підвищення працездатності; формування мотивації до тренувань.

Окрім того, в корекційній педагогіці застосовуються такі технології: проєктивно-рефлексивне навчання, розвиваюче навчання, колективне творче виховання; реабілітаційні заняття.

Велика увага приділяється нестандартним заняттям: інтегрованим, ігровим, змагальним, хореографічним, міжпредметним, бінарним, заняттям із різновіковими групами.

Застосування різних методів формування дії по етапах алгоритму

- Постановка завдання: вчитель звертає увагу учнів на проблемну ситуацію. Після того як учні сприйняли запропоновану проблему, викладач керує пошуком рішення.

- Створення уявлення: викладач демонструє учню вправу; вчить його виділяти те суттєве, що вимагає засвоєння, залучає учня до виконання цієї вправи; вчитель демонструє, як виконувати цю вправу в різних ситуаціях; учитель просить учня виконати вправу, що вивчається.

- Повторення: застосовуються дзеркальний, ігровий,

змагальний методи.

- Здійснення дії на словах: у парах або малих групах обговорюються проблеми, котрі виникали під час виконання вправи, що вивчається.
- Індивідуальна самотійна робота учня: доведення дій, котрі вивчаються, до рухової навички, а також самотійний пошук варіантів виконання цих дій у нових умовах.

Діяльність учнів регулюється системою запитань. Правильні запитання викладача допомагають учню побачити суть дії, творчо впроваджувати її у життя. Приклади запитань:

- Чи можна виконати це завдання?
- Хто знає, як виконати це завдання?
- Скількома способами можна виконати це завдання?
- Яким новими способами можна виконати це завдання?
- Як ми будемо виконувати це завдання?

Різноманітність форм АФВ – добрий засіб підвищення мотивації до занять.

Сьогодні можна виділити такі форми АФВ:

- ранкова гігієнічна гімнастика;
- уроки — заняття фізичними вправами в навчальних закладах;
- фізкультурні паузи;
- динамічні перерви;
- самотійні заняття фізичними вправами;
- прогулянки;
- загартовуючі процедури;

- купання, плавання;
- рухливі і спортивні ігри;
- туризм: близький і дальній;
- елементи спорту;
- спортивні змагання, спортивні свята;
- заняття з тваринами: плавання з дельфінами, іппотерапія.

Ранкова гігієнічна гімнастика – одна з форм фізкультурних занять, мета якої – оптимізувати перехід організму від сну до активної життєдіяльності.

Її завдання: поступово активізувати увесь організм, подолати інерцію спокою, нормалізувати загальний життєвий тонус.

Найбільш доцільним є включення до комплексу ранкової гігієнічної гімнастики таких вправ, як:

- потягування в ліжку;
- дихальні вправи;
- вправи для хребта;
- активізація кровообігу самомасажем і фізичними вправами в послідовності від центру до периферії;
- вправи на розтягування у суглобах;
- циклічні (аеробні) вправи;
- індивідуальні вправи;
- заключні вправи, спрямовані на нормалізацію частоти дихання і пульсу.

Для ранкової гігієнічної гімнастики найбільше підходять фізичні вправи, котрі вже добре вивчені, легко дозуються, мають чітко виражену загальну або локальну дію, потребують незначних

витрат на виконання.

Критерієм ефективності ранкової гігієнічної гімнастики є самопочуття і покращання функціональних проб того, хто займається.

Урок – основна форма організації занять у навчальному процесі, котра характеризується суворо визначеним обсягом навчально-виховної роботи і порядком її виконання в межах означеного часу. Навчальна програма, план і розклад визначають мету, засоби, методи, способи і час занять.

Кожний урок повинен мати свою мету, конкретні завдання і засоби їх вирішення, матеріально-технічне забезпечення та документацію. Окрім того, відповідно до дидактичних вимог, організація уроку повинна забезпечувати оригінальність, раціональний розподіл часу, максимальну ефективність, спілкування учнів, їхню самостійність, активність, велику мовленнєву активність, діалог із викладачем.

Завдання викладача в АФВ – знайти такий алгоритм уроку, котрий підводив би учнів до вирішення певної серйозної життєвої (рухової) проблеми.

Діти мають потребу чітко уявляти, яка діяльність чекає їх на уроці. їм легше вчитися, коли вони знають вимоги викладача: що і коли йому від них потрібно. Для дітей це має велике значення, оскільки розвиває такі необхідні вміння, як планування особистого часу й організація процесу роботи. Матеріал уроку повинен бути доступним для огляду і зосередження на головній темі. Урок буде ефективним, якщо здивує учнів, викличе у них захоплення.

Практика показує, що учнів спонукає до роботи наочність завдань, їхня доступність (простота сприйняття), колективна участь, знання учнями алгоритму виконання кожного завдання.

Урочні заняття мають чітку структуру, що складається з підготовчої, основної і заключної частин.

Підготовча частина уроку містить загальну розминку. Її мета – активізувати функціональні системи до виконання фізичної роботи, передбаченої у змісті заняття. Способами стають добре вивчені вправи, що сприяють загальній і місцевій дії.

Мета заключної частини – відновити сили організму після фізичних навантажень основної частини заняття. Її тривалість залежить від індивідуальних особливостей організму учня та організації заняття. При кожній нозології має свою специфічну спрямованість.

Фізкультпауза – короткочасна зміна діяльності у вигляді фізичних вправ. Має велике значення при тривалих змушених позах (наприклад, у кріслі-візку, робота за комп'ютером або читання за Брайлем) як профілактика гіподинамії, ускладнень і формування патологічних компенсацій. Рекомендується проводити фізкультпаузи 5-7 разів на день тривалістю 5-7 хв кожна. Фізіологічна наступна послідовність вправ така: дихальні, для хребта, для серцево-судинної системи, елементи самомасажу, гімнастика для очей, вправи з профілактики плоскостопості, індивідуальні.

Динамічна перерва призначена для активного відпочинку у навчальному процесі. Її тривалість визначається навчальним

розкладом.

Засоби динамічної перерви:

- дихальні вправи;
- вправи для хребта;
- вправи, що розвивають сприйняття;
- рухливі ігри.

До інших форм АФВ належать прогулянки, заняття у воді, плавання, плавання з дельфінами, іппотерапія .

2.2. Загальні завдання лікарсько - педагогічного контролю

У процесі фізичного виховання людей із порушеннями здоров'я лікарсько-педагогічному контролю надається ще більше значення, ніж у роботі зі здоровими. Лікарсько-педагогічний контроль – це система медичних і педагогічних спостережень, які забезпечують ефективне використання засобів і методів фізичного виховання, підвищення рівня здоров'я та вдосконалення фізичного розвитку.

Заходи лікарсько-педагогічного контролю визначають стан організму на даний момент (поточний стан), враховують попередній стан (генез) і прогнозують можливі стани в майбутньому (прогноз).

Лікарсько-педагогічний контроль вирішує такі загальні завдання:

- організація навчально-тренувального процесу;
- визначення стану здоров'я і функціонального стану організму;

- оцінка динаміки стану здоров'я;
- оцінка і вибір найефективніших засобів і методів як самого навчального процесу, так і покращання відновлювальних процесів після фізичних навантажень;
- оцінка гігієнічних умов проведення занять (температура повітря, вологість, освітлення, вентиляція та ін.);
- відповідність спортивного інвентарю (розміри, маса, стан), одягу та взуття темі занять і погодним умовам;
- планування та контроль забезпечення безпеки занять АФВ.

Медичний контроль вирішує такі завдання: вибір засобів фізичного виховання і видів спорту з урахуванням індивідуальних порушень, визначення обсягу занять, спеціальних заходів, які необхідно провести по закінченні заняття, класифікація спортсменів і медичний огляд, визначення протипоказань, оцінка ступеня дії процесу фізичного виховання на організм (незначна, помірна, значна, надмірна).

У АФВ важливо дотриматись етапного, поточного й оперативного контролю.

Завдання етапного контролю – оцінка рівня розвитку функціональних спроможностей систем і органів, які лежать в основі рухової активності. Проводиться відповідно до етапів навчального-тренувального процесу. Містить медичне обстеження: огляд фахівцями, функціональні проби, лабораторні аналізи й інструментальні дослідження. По етапах оцінюється динаміка фізіологічних процесів, функціональних якостей, регуляція фізіологічних функцій. Етапний контроль проводиться лікарями.

Сучасний лікарсько-педагогічний контроль містить **фізіологічний контроль** рухових якостей: тестування фізичними навантаженнями з метою визначення рівня сили і структури силових можливостей рухів у різних суглобах, співвідношення сили і швидкості у діапазоні кутових швидкостей рухів, силової витривалості в ізотонічному й ізодинамічному режимах; вимірювання енергетичного потенціалу – меж аеробної й анаеробної працездатності.

Завдання поточного контролю:

- визначення відповідності режиму навантажень фізіологічним спроможностям організму через оцінку загальної напруженості функціонального стану організму;
- оцінка відповідності тренувального ефекту поточних навантажень тим, що планувалися;
- визначення адаптаційного потенціалу організму на момент дослідження: оцінка резервів, зміни функціональних спроможностей.
- Критеріями є скарги на зміну самопочуття, показники частоти серцевих скорочень, артеріального тиску, зміни функціональних проб і результатів лабораторних та інструментальних досліджень.

Прояви перевантаження:

- біль або відчуття дискомфорту в ділянці грудей, живота, шиї, у щелепах або руках;
- відчуття нудоти під час або після виконання фізичних вправ;
- поява незвичної задишки під час виконання фізичних вправ;

- втрата свідомості під час заняття;
- порушення ритму серцевої діяльності;
- високі показники пульсу після навантаження зберігаються більше 5 хв. відпочинку.

Завдання оперативного контролю:

- оцінка впливу кожного заняття на організм;
- визначення спрямованості та напруженості навантажень;
- оцінка ступеня досягнень конкретної мети кожного заняття;
- здійснення оперативної корекції тренувального ефекту окремих вправ і заняття в цілому.

В оперативному контролі визначають:

- під час навантажень – температуру тіла, ЧСС і частоту дихання, їх співвідношення, легеневу вентиляцію;
- після навантажень – характеристики, що відображають стомлення, зміни електрокардіограми, життєвої ємності легенів, сили дихальних м'язів, параметри, які характеризують енергозабезпечення навантаження .

Контроль у навчальному процесі виконує функцію зворотного зв'язку, а також впливає на мотивації у навчанні: правильно організований, він сприяє її підвищенню, організований неправильно – знижує її (своєчасний контроль сприяє стійкому засвоєнню вміння, несвоєчасний – не дає такого ефекту). Так, практика свідчить, що постійна перевірка призводить до зниження мотивації у навчанні, а перевірка у випадку сумнівів сприяє підвищенню активності учня, отже, правильна організація контролю створює для учня можливість проконтролювати себе кожного разу,

коли у нього виникає в цьому потреба.

На початку кожного етапу оволодіння рухової навички необхідний контроль за кожною операцією дії. Коли зміст дії вже засвоєно і головні перетворення за формою її виконання вже відбулися, достатньо зовнішнього контролю тільки за кінцевим результатом.

Доцільно навчити учнів корекційних дій: вміння знаходити та виправляти помилки. Оскільки внутрішній контроль формується на основі зовнішнього, виконання функцій контролера відносно іншого учня формує його власну увагу і сприяє розвитку вміння контролювати самого себе.

За результатами лікарсько-педагогічного контролю визначається загальне навантаження на організм учня в процесі занять і будується «фізіологічна крива» навантаження заняття. Характер фізіологічної кривої залежить від періоду занять, функціонального стану учня й індивідуальної реакції організму на фізичне навантаження.

2.3.Методи контролю ефективності навчального процесу в адаптивному фізичному вихованні

Успішність і ефективність навчального процесу значною мірою визначається правильною *оцінкою психомоторних можливостей*, попередньо набутого рухового досвіду, розумінням мотивацій до навчання і життєвих інтересів учня. Оцінка проводиться за формалізованими тестами, котрі, будучи досить об'єктивними, дають реальне уявлення про стан здоров'я.

Мета тестування – виявити сильні та слабкі якості учня під час вибору для нього засобів фізичного виховання. За допомогою тестування оцінюють головні фізіологічні компоненти працездатності, отримують інформацію про зміни в організмі, що відбуваються в результаті занять. Все це дозволяє вдосконалювати і розвивати процес фізичного виховання. Від правильно проведеного діагностування значною мірою залежить результат фізичної і соціальної реабілітації, а також результати занять спортом.

Медичне діагностування містить:

– вивчення психоемоційної сфери людини з метою створення адекватних умов для найскорішого її виходу з негативного психологічного стану і створення мотивації до активної діяльності, занять фізкультурою і спортом;

– визначення потреб у фізичній і соціальній реабілітації. При цьому враховується характер вади і супутніх захворювань, ступінь функціональних порушень, можливості їх компенсації, необхідність в оперативному, реконструктивному, консервативному лікуванні, протезуванні, тривалість перебування на інвалідності;

– оцінку ступеня рухових порушень; визначення ступеня фізичної адаптації; вивчення компенсації головних рухових функцій (сидіння, стояння, ходьба, маніпуляційна ручна діяльність);

– визначення рекомендованих засобів фізичного виховання і спорту, а також протипоказань;

– виявлення обмежуючих факторів, які перешкоджають або

обмежують вибір засобів фізичного виховання і спорту або інтенсивність тренувальних занять, наприклад, за наявності колоїдних рубців, контрактур, деформацій опорно-рухового апарату або при ушкодженнях шкіри (трофічні виразки, пролежні), порушеннях функцій таза з'ясовуються функціональні можливості, уточнюються особливості тренувальних занять;

- визначення обсягу й інтенсивності навчального процесу;
- вибір спеціальних заходів, які необхідно проводити до і після тренувань;
- встановлення класу спортсмена при заняттях спортом.

Окрім головних завдань, які характеризують ступінь компенсації інваліда, вирішуються допоміжні завдання: оцінка побутової залежності, рівень соціальної адаптації тощо. Під час вибору методів досліджень функціональних спроможностей і оцінки фізичних якостей учня враховують закономірності прояву цих функцій і якостей.

До медичної діагностики входить: з'ясування скарг на стан здоров'я, складання історії хвороби, вимірювання температури тіла, антропометрія, огляд, пальпація (обмацування), перкусія (простукування) й аускультация (прослуховування) з метою обстеження шкіри і слизових оболонок, лімфатичних вузлів, жовчовивідної, сечовивідної, ендокринної і нервової систем, а також визначення рівня статевого розвитку людини. Вивчають рефлекси. Досліджують функції органів чуття і рухові функції. Проводять функціональні проби та лабораторні методи досліджень.

Вивчення й оцінка фізичного розвитку дітей проводиться за

загальноновизнаною методикою: вимірювання зросту, маси тіла, обвідні розміри грудної клітки (у деяких випадках обвідні розміри голови), для підлітків – ступінь статевого розвитку. Результати обстеження порівнюють з табличними віковими нормами.

Рухові спроможності дітей визначаються таким чином:

– Налагодивши з дитиною контакт, їй дають цікаву для неї річ (наприклад, м'яч), звертаючи увагу на те, як вона бере її в руки (положення долоней і пальців рук): асиметричність положення кистей, згинання пальців однієї з рук, їхнє надмірне напруження, зміщення однієї з рук донизу, останнє спостерігається, коли сильніша рука намагається “підтримати” річ знизу.

– Просять дитину повернути цю саму річ назад (“Віддай мені м'яч!”). Передавання речі здійснюють кілька разів, щоб переконатись, що попередні спостереження не випадкові. Після цього переходять до більш складних форм предметної взаємодії: кидання м'яча спочатку з невеликої, а в подальшому з більшої відстані. Виявлені під час виконання першого тесту тривожні ознаки повинні виявитися тут сильніше. На ураженій руці можуть спостерігатися посмикування, тремтіння, зайві рухи пальців або усієї руки. Кисть і пальці у разі фізичного навантаження можуть перейти до більш зігнутого положення. Можуть з'явитися мимовільні зайві рухи.

– Продовжують ускладнювати рухові завдання: кидаючи м'яч на підлогу у сторону учня, спостерігають, як він його піднімає після кількох спроб (обома руками або кожного разу однією, якщо жаліє уражену), просять учня кинути м'яч знизу, збоку, зверху.

Окрім маніпуляційних можливостей руки, звертають увагу на загальний рисунок рухів: ходьбу, нахили, повороти, утримання рівноваги, координацію рухів. Про рухову патологію свідчать: надмірна повільність або різкість, порушення ритму, зайві рухи, незграбність, хитання, порушення рівноваги і координації.

– Використовують тест «Руки вгору», в якому досліджуваного просять швидко підняти випрямлені руки вгору. Уражена рука піднімається повільніше здорової і не повністю випрямляється у ліктьовому суглобі.

– У випадку обстеження маленьких дітей використовують інформативний тест «Складання пірамідки»: нанизування кілець різного розміру на вісь.

– М'язовий тонус ніг, його симетричність визначають наступним чином: поклавши обстежуваного на спину і захопивши його гомілки, імітують поворотно-поступальні рухи ногами, що нагадують педалювання на велосипеді. Вивчають ступінь, характер і різницю м'язового напруження в кожній нозі. В наступному тесті дослідник розводить у сторони зігнуті в колінах ноги обстежуваного. При цьому відмічають тугорухливість, надмірне напруження або зростаючий у процесі згинання ніг опір як в одній, так і в обох ногах (при гіпертонусі м'язів), або «підозрілу» м'якість, легкість, відсутність опору (при зниженні м'язового тонусу).

– Порушення рухових функцій виявляють за допомогою простішого і цікавішого для людей усіх віків тесту «Гра у футбол».

– Уявлення про м'язовий тонус ніг отримують, пропонуючи

учню пострибати по черзі на кожній нозі, а потім на обох: як при гіпотонії, так і при еластичності стрибки будуть слабкими, невисокими. При гіпертонусі характерна розгинальна постава ступні на поверхні опори, при зниженому тонусі – розпластаність ступні, відсутність амортизації під час приземлення. За допомогою цього самого тесту за характером компенсаторних рухів тулуба і кінцівок визначається функція рівноваги.

– Особливості динамічної рівноваги виявляють за допомогою проби, в якій обстежуваному пропонують пройти накресленою на підлозі лінією. Його руки при цьому можуть бути на поясі, витягнуті в сторони або вперед, чи за головою.

Координація рухів досліджується за допомогою проб, відповідних віку, в якому дитина може їх виконувати:

– Поза Ромберга: стоячи зі зімкнутими носками і п'ятками та опущеними руками.

При ураженні структур нервової системи, що забезпечують координацію, спостерігається похитування тулуба, котре підсилюється при випрямленні рук уперед, заплющуванні очей, виставлення однієї ноги вперед.

– Пальцьово-носова проба: почергово різними руками із зоровим, а потім без зорового контролю, розводячи руки в сторони, торкаються вказівним пальцем кінчика носа. Дослідник відмічає непопадання.

– П'ятково-колінна проба: п'яткою однієї ноги проводять ковзання донизу гомілкою від коліна до ступні іншої нори, а потім угору до коліна. У разі патології п'ятка зісковзує з гомілки.

- Проба на непопадання: обстежуваний повинен влучити пальцем руки у нерухомий палець дослідника (із зоровим і без зорового контролю у горизонтальній і вертикальній поверхнях). На боці вади відмічається непопадання.
- Проба на точність рухів: обстежуваному пропонують взяти будь-яку річ, а потім покласти її на місце, відмічаючи невідповідність рухів меті завдання.
- Діадохокінез: витягнутими руками з розставленими пальцями виконують у швидкому темпі протилежні (супінаційні і пронаційні) рухи. При патології порушується симетричність рухів, вони стають незграбними, розмашистими.
- Вивчаючи ходу, відмічають розхитування, рівномірність кроків, симетричність рухів усього тіла.

Координація рухів вивчається також за допомогою координанометрів різних типів.

М'язова сила вимірюється ручними динамометрами.

Точність відтворення м'язового зусилля визначається динамометром Розенблата.

Оцінка фізичних даних обстежуваного відбувається шляхом визначення обсягу пасивних і довільних рухів, а також таких функцій, як сидіння, стояння, ходьба, захоплення, утримання й пересування речі рукою.

Обстеження виконується в такій послідовності:

- дослідження обсягу пасивних рухів у неушкоджених суглобах кінцівок і сегментів хребта;
- дослідження рухової активності в уражених сегментах

М'язова сила досліджується за методикою мануального м'язового тестування (ММТ). Мета – отримати відомості про силу окремого м'яза або м'язової групи, котрі обстежуються при їх активному скороченні, і про участь м'язів у русі. Оцінка отриманих результатів відображає можливість хворого здійснювати вольове скорочення досліджуваних м'язів і виконувати заданий рух.

Під час обстеження ослаблених м'язів використовуються полегшені положення, прийоми розвантаження із застосуванням блочних систем, ковзної поверхні, підвісок, гумових амортизаторів, водного середовища та ін.

За допомогою ММТ визначається ступінь порушення рухових функцій:

- моноплегія (втрата довільних рухів у кінцівці або сегменті, котрі досліджуються) або монопарез (зменшення м'язової сили в ураженій кінцівці або сегменті, що перешкоджає виконанню активних рухів або окремих функцій);
- параплегія (втрата здатності до довільних рухів у нижніх або верхніх кінцівках) або парапарез (зменшення м'язової сили у верхніх або нижніх кінцівках);
- верхній парапарез, нижня параплегія;
- геміплегія (параліч верхньої і нижньої кінцівок з одного боку тулуба), геміпарез (зменшення м'язової сили у м'язах верхньої і нижньої кінцівок з одного боку);
- тетраплегія (втрата довільних рухів в усіх кінцівках) або тетрапарез (зменшення м'язової сили в усіх кінцівках).

Із метою визначення рухових спроможностей виділяють ряд

наступних функцій: здатність утримування вертикальної пози, захоплення речі рукою, утримання речі рукою, сидіння, стояння, ходьба.

Функцію сидіння підрозділяють таким чином:

- 1) людина не може сидіти без опору руками;
- 2) може утримувати тулуб у вертикальному положенні, балансує руками, при цьому неможливі нахили уперед, назад або у сторони без опору руками (рукою);
- 3) може сидіти завдяки роботі м'язів тулуба і нижніх кінцівок, у тому числі виконуючи нахили вперед, назад або у сторони без допомоги рук.

Функція стояння:

- 1) людина не може стояти без фіксації кінцівок і опори руками;
- 2) здатна стояти, спираючись руками на рухливу опору (милиці, палиці);
- 3) стоїть без опори руками, намагається утримати рівновагу тіла за допомогою стоп, при цьому сила згиначів і розгиначів стоп становить 3 бали за ММТ;
- 4) стоїть без опори руками, утримуючи рівновагу тіла за допомогою стоп. Сила згиначів і розгиначів стоп більша 3 балів.

Градація функції ходьби:

- 1) основний спосіб пересування — за допомогою візка;
- 2) пересування за допомогою фіксуючих апаратів і опори руками на милиці, палиці;
- 3) пересування без фіксуючих апаратів з опорою руками на милиці, палиці;

4) можливе пересування без фіксуючих апаратів і без опори руками, при цьому хода паретична;

5) хода звичайна, без вад.

Оцінюючи функції стояння і ходьби, визначаємо, за рахунок чого виконуються ці функції (фіксація суглобів, опора руками на милиці або палиці, робота згиначів або розгиначів стоп).

У функції захоплення й утримання предмета рукою розрізняють такі здатності:

1) не може захопити й утримати предмет однією рукою, захоплює обома руками легкі великі предмети, притискаючи їх до тулуба; 2) у захопленні й утриманні предмета беруть участь пальці кисті, сила згиначів пальців недостатня для захоплення спортивного снаряда (до 3 балів); 3) у захопленні й утриманні предмета беруть участь усі пальці кисті, сила згиначів пальців недостатня для силових видів спорту (3—4 бали); 4) функція захоплення й утримання предмета рукою повністю збережена.

Окрім рухових функцій, під час медичного обстеження з'ясовується функціональний стан органів таза і шкірних покривів, які часто ушкоджуються при різних нозологіях. Для АФВ важливі також і результати вивчення щоденної діяльності людини з особливими потребами. За результатами цих тестів визначаються рухові спроможності в положенні лежачи; рухові спроможності, пов'язані з одяганням; рухові спроможності, пов'язані з візком (переміщення з ліжка на візок, переміщення із візка на ліжку, переміщення із візка на сидіння, перехід із сидіння

на візок, перехід із візка у ванну, перехід із ванни до візка, управління гальмами візка, підйом підставки для сходинок візка, опускання підставки для сходинок візка, пересування на візках: уперед, назад, повороти, підйом нахилом, спуск нахилом, зачинення і відчинення дверей, зачинення і відчинення вікна, перехід із візка до автомобіля, перехід із автомобіля у візок; рухові здатності, пов'язані з харчуванням.

Для викладача АФВ також можуть бути інформативними і результати тестування професійно-побутових видів діяльності інваліда, в якому досліджують: здатність стояти на ногах, ходьбу рівною поверхнею уперед і назад, підйом сходами, спуск ними, натискування на педалі; діяльність, пов'язану з транспортом (перехід вулиці, користування власним автомобілем, користування громадським транспортом, здатність пересуватися автомобілем, вихід з автомобіля, управління автомобілем, користування іншими видами власного транспорту).

2.4. Рекомендації до профілактики травм і підвищення безпеки занять з адаптивного фізичного виховання

У АФВ ще більше уваги, ніж у фізичному вихованні здорових людей, повинно приділятися гарантуванню безпеки навчально-виховного процесу. Профілактика травматизму являє собою комплекс організаційно-методичних заходів, спрямованих на вдосконалення фізичного виховання.

За статистикою *основні причини травматизму* — недостатня професійна підготовка вчителя і, як наслідок, погана організація навчального процесу; неправильне комплектування груп; недоліки або помилки у методиці: порушення дисципліни, встановлених правил, вимог лікарсько-педагогічного контролю; невідповідність матеріально-технічного забезпечення методиці занять; погані санітарно-гігієнічні умови, у тому числі незадовільний стан спортивних споруд, інвентарю, одягу, взуття, захисних пристосувань. Причинами можуть бути зовнішні перешкоди, у тому числі погані погодні умови, а також надмірне емоційне збудження учнів або їхня психологічна невідповідність до заняття.

В організації занять немає «малозначущих» питань. Невідповідність споруд або майданчика заняттям певним видом спорту або вправами, відсутність або низька якість страхування чи м'якого покриття, неправильне розташування матів, невідповідність маси і розмірів м'ячів або гімнастичних палиць можливостям учнів, незадовільний стан місця занять, недостатня площа, захаращення залу, погане освітлення, недостатня вентиляція, слизька або нерівна підлога, використання інвентарю не за призначенням, проведення занять при неповному комплекті захисних пристосувань, взуття на слизькій підшві або не за розміром учня, тісний чи незручний для рухів одяг — усе це може призвести до нещасного випадку або травми. Метеорологічні умови діють на організм навіть тоді, коли людина знаходиться у приміщенні, поза їх безпосереднім впливом. При

цьому можуть страждати координація рухів, спритність, відчуття рівноваги, що призводить до травматизму. Особливо це стосується людей зі стійкими функціональними порушеннями, при яких страждають і адаптивні механізми.

Методичні помилки, що призводять до травматизму:

- порушення принципу регулярності, поступовості й послідовності при розвитку рухового вміння (навички);
- форсування навантажень;
- перевантаження;
- невміння забезпечити під час і після занять умови для відновлення функціонального стану організму;
- перевтомлення і, як наслідок, порушення координації, погіршення уважності та захисних реакцій, втрата спритності.

Рекомендації до профілактики травм і підвищення безпеки занять

- Підвищення кваліфікації викладача і робота з підвищення знань з профілактики травматизму серед учнів.
- Правильне комплектування груп.
- Науково обгрунтоване планування і контроль за навчальним процесом.
- Дотримання усіх дидактичних принципів.
- Повноцінне матеріально-технічне забезпечення занять.
- Дотримання методичних рекомендацій.
- Дотримання вимог лікарсько-педагогічного контролю.
- Контроль за станом поля або предметів, наявності і чистоти

- м'якого покриття.
- Дотримування правил гігієни: у зв'язку з порушенням функціональних спроможностей, зниженням захисних функцій організму і схильності до застудних захворювань в АФВ їм варто приділяти більше уваги, ніж у заняттях зі здоровими дітьми.
 - Дотримування режиму: регулярність і своєчасність занять, відпочинку та харчування.
 - Раціональне харчування.
 - Урахування кліматичних і погодних умов. Уміння швидко перебудувати методику занять відповідно до змін зовнішніх умов.
 - Корекція спортивних правил, спрямована на профілактику ситуацій, що призводять до травм.
 - Розробка і дотримування правил використання, прибирання та збереження спортивного обладнання, інвентарю і захисних приладів.
 - На перших заняттях рекомендується навчити учнів правил безпеки і методів самострахування (наприклад, умінню правильно падати).
 - З місцем проведення занять знайомляться завчасно до їх початку, щоб вирішити питання про ступінь безпеки учнів на занятті.
 - Кількість учнів у групі повинна бути оптимальною.
 - Заборонено проводити заняття за відсутності викладача.
 - Перед початком кожного заняття перевіряють стан інвентарю,

- обладнання, екіпіровку учнів, щоб вона відповідала вимогам завдань, які виконуються на занятті, та зовнішнім умовам.
- На початку заняття учнів обов'язково ознайомлюють з правилами і методами безпеки, страхування, попереджувальними сигналами.
 - Обов'язковими є дисципліна учнів, добровільних помічників і присутність керівника занять з моменту, коли учні починають збиратися у спортивному залі, на майданчику, в басейні.
 - Викладачеві рекомендується контролювати раціональне розміщення та переміщення учнів спортивним залом, майданчиком, басейном.
 - Розминка обов'язкова і містить загальну і спеціальну частини. Загальна частина спрямована на створення оптимального збудження центральної нервової системи та нервово-м'язового апарату в цілому, на підвищення обміну речовин і температури тіла, підсилення діяльності серцево-судинної і дихальної систем. Спеціальна частина спрямована на створення оптимального збудження тих ланок нервово-м'язового апарату, котрі будуть зазнавати найбільшого навантаження і тому є найбільш уразливими.
 - Силкові вправи і вправи на гнучкість потребують розминки, спрямованої на розігрівання м'язів. Підвищення температури, що відбувається при цьому, рекомендується зберігати протягом усього заняття за допомогою одягу, котрий не пропускає тепла.
 - Фізичні вправи та їхня послідовність ретельно підбираються з

урахуванням раціонального чергування та системи підвідних вправ. Розраховуються оптимальні проміжки відпочинку між фізичними вправами.

- Розминка не повинна викликати зайвого збудження і перевтомлення організму.
- Навантаження в кожному занятті визначається, виходячи з довгострокового плану та з урахуванням самопочуття учнів безпосередньо під час заняття.
- Навантаження збільшують; - поступово.
- Перевантаження неможливі.
- Із метою профілактики травм розвиваються координаційні здатності й гнучкість.
- Збільшення швидкості рухів повинне відбуватися одночасно з удосконаленням техніки рухів.
- Виконання оздоровчих вправ обов'язкове.
- Під час виконання вправ, які дають навантаження на хребет, його слід тримати прямим.
- У разі великої кількості функціональних порушень слід запобігати на- туження.
- Максимальне зусилля під час вправ рекомендується робити на видиху, не затримуючи дихання.
- Під час виконання вправ не слід затримувати дихання.

Висновки

Варто відзначити лише, що реалізація загально методичних принципів спорту інвалідів має яскраво виражений нозологічно

детермінований характер. У кожному окремому випадку (дефекті тієї чи іншої сенсорної системи, порушенні тієї або іншої функції) існує специфічний ризик травматизму.

Контрольні запитання

1. Дати визначення загальних завдань адаптивного фізичного виховання.
2. Дати визначення специфічних завдань адаптивного фізичного виховання.
3. Охарактеризувати спеціальні принципи.
4. Розкрити зміст спеціальних принципів, які використовуються в АФВ.
5. Визначити відмінності матеріально-технічного забезпечення процесу адаптивного фізичного виховання.
6. Охарактеризувати головні критерії у виборі спортивної бази для АФВ.
7. Вкажіть які із загальних методів використовують у АФВ.
8. Розкрити особливості організації роботи з волонтерами в адаптивному фізичному вихованні.
9. Вкажіть, яким чином визначаються рухові спроможності дітей.

Література

1. Бріскін Ю.А. Спорт інвалідів у міжнародному спортивному русі. – Львів: Край, 2006. – 346с.

2. Евсеев С.П., Шпакова Л.В. Адаптивная физическая культура. Учебное пособие. – М.: Советский спорт, 2000. – 240с.
3. Круцевич Т.Ю. Теория и методика физического воспитания. Том 2. – К.: Олимпийская литература, 2003. – 390с.
4. Справочник по детской лечебной физкультуре / Под ред. М.И.Фонарёва. – Ленинград: Медицина, 1983. – 360 с.
5. Черник Е.С. Физическая культура во вспомогательной школе: Учебное пособие. – М.: Учебная литература, 1997. – 320с.
6. Чудная Р.В. Адаптивное физическое воспитание. – К.: Наукова думка, 2000. – 358с.

Самостійна робота

Тема 2. Основні принципи, засоби та організаційні форми адаптивного фізичного виховання.

1. Охарактеризувати принципи адаптивного фізичного виховання.

№ п\п	Назва принципів	характеристика

2. Охарактеризувати засоби адаптивного фізичного виховання.

№ п\п	Назва засобів	характеристика

3. Охарактеризувати організаційні форми адаптивного фізичного виховання.

№ п\п	організаційні форми	характеристика

Рекомендована література

1. Бріскін Ю. А. Спорт інвалідів : [підруч. для ВНЗ фіз. виховання і спорту] / Ю. А. Бріскін. – К., Олімп. література. – 2006. – 263 с. – ISBN 966-7133-79-6.
2. Брискин Ю.А., Передерий А.В., Евсеев С.П. Адаптивный спорт // [Текст] /– М., Советский спорт. – 2010. – 316 с. – ISBN 978-5- 9718-0460-4.
3. Брискин Ю.А. Организация соревнований среди спортсменов с отклонениями интеллектуального развития // Физическое воспитание студентов творческих специальностей: Науч. моногр. /Под ред. С.С. Ермакова. – Х., ХГАДИ (ХХПИ). – 2005. –№6. – С. 72–78.
4. Бріскін Ю.А. Адаптивний спорт. Спеціальні Олімпіади: навчальний посібник. – Львів: “Ахіл”, 2003. – 128 с.
5. Гончаренко Є. Особливості фізичного розвитку спортсменів 17– 19 років з відхиленнями розумового розвитку / Євген Гончаренко // Теорія і методика фізичного виховання і спорту, 2009. – №2. – С.17–20
6. Ильин В., Рубцова Н., Скоросов К. Влияние занятий конькобежным спортом на детей 12–14 лет с отклонениями умственного развития // Наука в олимпийском спорте, 2006. – № 1–С.55–60.
7. Карпенко Л. Деятельность организации ”Специальные Олимпиады” в современном обществе // Наука в олимпийском спорте, 2006. – № 1.– С. 38–44.
8. Матвеев С. Проблеми гуманізму в сучасному спорті / Сергій Матвеев, Лідія Радченко, Ірина Когут, Тарас Данько// Теорія і методика фізичного виховання і спорту, 2009. – №2. – С.33–38

9. Мудрік В.І. Спеціальні Олімпіади. Special Olympics. –К., Нора–прінт. – 2001. – 52 с.
10. Платонов В.Н. Система подготовки спортсменов в олимпийском спорте. Общая теория и ее практические приложения. – К., Олимпийская литература. – 2004. – 808 с.
11. Росвал Г., Даментко М. Современное состояние и направления исследований по программе Специальных Олимпиад // Наука в олимпийском спорте, 2006. – № 1. – С. 20–22.
12. www.paralympic.org.ua

Розділ III

Теоретико-методичні основи адаптивного фізичного виховання при вадах слуху та зору. Теоретико-методичні основи адаптивного фізичного виховання при вадах опорно-рухового апарату та розумових вадах

Мета : ознайомити студентів з загальними відомостями про глухоту сліпоту та слабозорість; визначити завдання адаптивного фізичного виховання при вадах слуху та зору; охарактеризувати засоби адаптивного фізичного виховання при глухоті, сліпоті та слабозорості; визначити особливості методики адаптивного фізичного виховання при вадах слуху та зору, визначити мету та завдання адаптивного фізичного виховання при ДЦП, охарактеризувати методи та засоби АФВ при ДЦП, охарактеризувати особливості використання засобів та методику АФВ при ураженнях спинного мозку та станах після ампутації.

Завдання :

1. Розкрити зміст та особливості завдань, засобів і методів адаптивного фізичного виховання при вадах слуху.
2. Розкрити зміст та особливості завдань, засобів і методів адаптивного фізичного виховання при вадах зору.
3. З'ясувати причини виникнення дитячих церебральних (спастичних) паралічей (ДЦП).
4. Охарактеризувати види дитячих церебральних (спастичних) паралічей (ДЦП).

5. Висвітити особливості використання засобів та методику АФВ при ураженнях спинного мозку та станах після ампутації.

План

- 1.Завдання та засоби АФВ при дефектах слуху.
- 2.Особливості методики АФВ при дефектах слуху.
- 3.Завдання та засоби АФВ при сліпоті та слабозорості.
- 4.Особливості методики АФВ при вадах зору.
5. Причини виникнення і види дитячих церебральних (спастичних) паралічей (ДЦП).
6. Фізичні вправи і тренажерні пристрої для збільшення активних рухів при ДЦП.
7. Причини інвалідності хворих при вадах опорно-рухового апарату.
8. Причини виникнення травм спинного мозку та особливості організації фізичних вправ.
9. Адаптивне фізичне виховання при станах після ампутації.

Основні терміни та поняття теми : глухота, слабкочухання, дефект слуху, сліпота, слабозорість, тифлотехніка фізичної культури, короткозорість, дитячий церебральний параліч (ДЦП), парез, ампутація, центр ваги тіла, патологічна компенсація, атрофія кукси, трофіка і тургор шкіри, параліч, епілепсія, суспензійна терапія.

3.1 Завдання та засоби АФВ при дефектах

слуху Глухота - повна відсутність слуху або такий його ступінь зниження, при якому розбірливе сприйняття мови стає неможливим. Повна глухота зустрічається рідко. Більшість глухих мають залишки слуху, що дозволяє їм сприймати певні звуки. Такий стан визначають як *слабкослухання* або *туговухість*.

Статистикою встановлено, що приблизно у 10% людей є різноманітні порушення слуху. Сьогодні ще не до кінця зрозумілі усі причини порушення слуху. Розрізняють уроджену і набуту глухоту. Причинами уродженої патології могли бути хвороби матері або прийом нею хіміопрепаратів під час вагітності, травми дитини при народженні. Зустрічаються сімейні спадкові форми глухоти. Набута патологія, як правило, є наслідком ускладнень інфекційних хвороб, хімічних отруєнь, травм і захворювань нервової системи. Причина втрати слуху і рівень ураження системи слуху мають значення для оптимізації спілкування.

Причини і локалізація ушкодження органа слуху впливають на сприйняття звуків. При уроджених формах глухоти, як правило, не ушкоджується вестибулярна функція, у той час як при набутій глухоті вона значно уражена. Глухота впливає на зниження рівня здоров'я. Аналіз анатомо-фізіологічних зв'язків слухового аналізатора з іншими органами і системами організму показує, що ушкодження органа слуху може викликати порушення:

- рефлекторних рухових реакцій на слухові подразники;
- відчуття рівноваги;
- функції окорухових м'язів;

- функції оральних, артикуляційних, фарин- і ларингенальних м'язів;

- несвідомих автоматичних рухів, які забезпечуються екстрапірамідною системою;

- вегетативних реакцій організму.

Теоретичний аналіз підтверджується практичними спостереженнями. Так, при глухоті відмічається дисгармонійний фізичний розвиток, порушення опорно- рухового апарату (сколіоз, плоскостопість). Відсутність мовного дихання призводить до значних порушень механіки акту дихання: значне скорочення фази видиху, зниження життєвої ємності легенів та екскурсії грудної клітки. У глухих більше виражена реакція серцево-судинної системи на фізичне навантаження, а процес відновлення відбувається довше. При деяких нозологіях мають місце порушення вестибулярної функції і вегетативних реакцій. Як правило, відмічається швидке стомлення, зменшення обсягу короткочасної пам'яті, утруднення під час входження в навчальний процес.

Порушення рухової активності може мати такі прояви:

- проблеми збереження статичної і динамічної рівноваги;
- низький рівень розвитку просторової орієнтації;
- уповільнене оволодіння руховими вміннями і навичками;
- збільшення часу рухових реакцій і реакцій за вибором;
- зниження станової сили;
- відставання у стрибучості;
- нераціональний розподіл фізичних зусиль під час руху;
- низький темп рухів;

- погіршення рухової пам'яті;
- зниження здатності ідентифікувати людей і об'єкти;
- неадекватне зниження відчуття безпеки;
- перевага зорово-м'язових уявлень над м'язово-руховими;
- зниження точності сприймання;
- зниження точності відтворення часових параметрів;
- недосить точна координація і невпевненість рухів.

Тестування слуху проводиться лікарями за методиками Ринне, Вебера, Швабах, техніку проведення яких за необхідністю можна знайти у спеціальній медичній літературі.

У роботі з глухими обов'язково тестують вестибулярну функцію, з'ясовують скарги на запаморочення, визначають наявність ністагму, порушення рівноваги, промахування, здатність правильно здійснювати пальцево-носову пробу або пробу Ромберга.

Оцінюючи рухові якості, особливу увагу приділяють тестуванню:

- швидкості, точності відтворення рухів заданої амплітуди, точності цільового руху;
- точності диференціації великих і малих м'язових зусиль;
- здатності формувати просторово-часові зв'язки;
- координації.

Фізичне виховання глухих як процес формування певних знань має свої специфічні особливості. Пов'язані вони з проблемою мови. Слово - засіб систематизації безпосередніх чуттєвих вражень, організації та регуляції пізнавальних дій, поповнення безпосереднього чуттєвого досвіду, відтворення досвіду і

включення його до нової системи зв'язків.

Зв'язок мови з мисленням схематично можна уявити таким чином: Об'єкт- Сприйняття - Словесний символ - Образ - Мислення - Свідома діяльність суб'єкта

При глухоті цей алгоритм порушується. Уроджена або рано набута глухота за відсутності необхідних корекцій має як наслідок затримку формування словесного абстрактно-логічного мислення. При цьому зберігаються неушкодженими наочно- діючі й наочно-образні форми мислення. Така часткова затримка інтелектуального розвитку проявляється нестійкістю інтересів, швидким пересиченням, недостатньою самостійністю, наївністю, навіюваністю.

У процесі фізичного виховання глухих необхідно розширювати обсяг понять, які відображають предмети і явища, й уявлення про взаємовідносини цих понять між собою. У процесі АФВ необхідно розвивати абстрактно-логічне мислення: засобами фізичного виховання навчати дітей виділяти суттєві і несуттєві ознаки предметів або дій і на їхній основі формувати абстрактні поняття; встановлювати узагальнені зв'язки між новими й отриманими раніше знаннями. З цією метою виховання рухової дії об'єднують із процесами мислення: спостереженням, порівнянням, узагальненням, творчістю.

Фізичне виховання глухих має ряд специфічних завдань.

Розвиток сприймання:

- вестибулярне тренування;
- удосконалення просторового орієнтування;

- розвиток здатності ідентифікувати людей і предмети;
- підвищення швидкості переключення уваги з метою кращого орієнтування;
- удосконалення реакції за вибором;
- підвищення швидкості рухових реакцій.
- Розширення м'язово-рухових уявлень.
- Розширення обсягу рухової пам'яті.

Із умінь і навичок при глухоті дуже важливо розвивати:

- уміння раціонально аналізувати ситуацію;
- здатність встановлювати зв'язки між попереднім досвідом і новими знаннями;
- раціональний розподіл фізичних зусиль.

Завдання вирішуються такими засобами фізичного виховання:

- загальнорозвиваючі фізичні вправи;
- циклічні аеробні вправи (біг, ходьба, їзда на велосипеді);
- дихальні вправи (з тривалим видихом);
- вправи для хребта;
- вправи для розвитку координації;
- елементи гімнастики;
- елементи акробатики;
- аеробіка;
- танцювально-ритмічні вправи;
- танці;
- види спорту: бадмінтон, баскетбол, боротьба вільна і греко-римська, боулінг, бочче, волейбол, гольф, дзюдо,

теніс, футбол, хокей, хокей із м'ячем, шашки, шахи.

Особливості методики та стратегія процесу фізичного виховання базується на таких вихідних даних, як причина патології, її прояви, наявність ускладнень і супутніх рухових порушень.

У формуванні рухових уявлень, умінь і навичок рекомендується така послідовність тем:

- Положення голови (при глухоті часто для кращого уловлювання звуку людина повертає або нахиляє голову, що негативно впливає на поставу, хребет).
- Правильне дихання.
- Раціональна поза (ця тема дуже важлива при ураженнях вестибулярного аналізатора).
- Фундаментальні властивості руху.
- Довільні і мимовільні рухи.
- Рух очей, що організує рух тіла.
- Координація згиначів і розгиначів.
- Рух і дихання.
- Раціональна дія.
- Просторові відношення як засіб координації та раціоналізації дії.

3.2. Особливості методики АФВ при дефектах слуху

До особливостей методики фізичного виховання глухих належать наступні положення:

- учитель повинен володіти знаковою мовою;
- заняття з глухими вимагають більш ретельного пророблення

- раціональних наочних понятійних повідомлень;
- більш широко використовується арсенал відеоматеріалів (візуальних образів);
 - уміння, що вивчаються, завжди демонструються наочно;
 - викладач, спілкуючись з учнями (наприклад, у разі подачі нового матеріалу), повинен обирати добре освітлене місце, стояти обличчям до учнів таким чином, щоб вони добре бачили його обличчя і губи (артикуляцію);
 - під час словесного пояснення пам'ятати про виразність своєї артикуляції: говорити повільно, ясно; доповнювати мову відповідними мімічними виразами і жестами;
 - уникати міміки і жестів, які не стосуються теми питання, що розглядається;
 - у процесі спілкування з учнями викладач повинен бачити їхні очі (зворотну реакцію);
 - викладачу час від часу необхідно запитувати учнів, як вони зрозуміли матеріал, який він викладає;
 - краще двічі перевірити, щоб переконатися в тому, що учні все зрозуміли правильно, особливо, якщо мова йде про профілактику травм;
 - кожні 15 хвилин робити перерви (інтервал обумовлено часом концентрації уваги, після якого розвивається стомлення);
 - обирати ігри з простими правилами; використовувати наочні тактильні та кінестезичні підказки (світло, яскраві прапорці, кеглі, м'ячі);

- уникати усних підказок під час гри; за необхідності призупинити гру і пояснити правила усім гравцям разом;
- уникати шуму;
- організовувати взаємодопомогу серед учнів;
- намагатися своєчасно розпізнавати мімічні прояви емоцій;
- забезпечити добре освітлення у приміщенні;
 - при ураженнях вестибулярного апарату уникати вправ та ігор, які можуть призвести до негативних наслідків.

3.3.Завдання та засоби АФВ при сліпоті та слабозорості

Сліпота - двостороння невиліковна повна відсутність зору (0) або залишковий зір (гострота зору: світловідчуття 0,03—0,04 включно з корекцією на кращому оці, або звуження поля зору до 10° на кращому оці незалежно від гостроти зору). У таких випадках користуються терміном *тотальна сліпота*.

При збереженому світловідчутті на рівні відмінності світла і темряви або залишкового зору, що дозволяє порахувати пальці руки близько до обличчя, розрізняти контури, силуети і кольори предметів безпосередньо перед очима, говорить про *практичну сліпоту*.

Слабкобачення - гострота зору кращого ока з корекцією зору становить 0,05—0,04, що дозволяє бачити за сприятливих умов, коли до зору не ставиться високих вимог. До сліпоти призводить багато причин: уроджені дефекти структур ока, інфекційні захворювання, запалення і травми очей.

Для педагога суттєве значення має час порушення зорової функції: народився учень сліпим чи втратив зір у певному віці, в якому віці це сталося. Психомоторний розвиток сліпонароджених дітей підпорядковується тим самим закономірностям, що і здорових, але має свої специфічні особливості. Відсутність можливості візуально сприймати ознаки предметів і явищ, орієнтуватися у просторі призводить до бідності чуттєвого досвіду і в результаті — до порушення взаємодії сенсорних та інтелектуальних функцій, гальмує розвиток образного мислення. Відсутність зору приводить до зниження мотивації орієнтовної діяльності, до редукції безумовного орієнтування пошукового рефлексу та загальної загальмованості. Так, вже у грудних дітей у зв'язку з відсутністю стимулів до хапальних рухів, потягувань, повзання і вставання сліпота призводить до пасивності й малорухливості. Практика показує, що період повзання у сліпонароджених затягується іноді аж до шкільного віку. Значно (на 2—3 роки) затримується вертикальне положення тіла та оволодіння ходьбою. Викликані відсутністю зору невдачі в руховій активності приводять до закріплення пов'язаних із ними неприємних переживань і обмеження діяльності.

Наслідками сліпоти можуть бути патологічні звички: повзання немовлят ногами вперед, щоб захистити голову від ударів. Зоровий аналізатор надає людині 90 % зовнішньої інформації. Характерні особливості зорового сприйняття - дистантність, миттєвість, одночасність і цілісність отримання інформації.

За сучасними уявленнями, зорове сприйняття складається з етапів:

- 1) пошуку і виявлення об'єкта;
- 2) розпізнавання його ознак;
- 3) виділення інформативних ознак;
- 4) порівняння зі слідами, що зберігаються в пам'яті;
- 5) віднесення цього об'єкта до певного класу.

Тактильне сприйняття не замінює зорового, оскільки має послідовний характер, надає менше вражень, звужує обсяг уявлень. Коло предметів і явищ, доступних тактильному сприйняттю, значно обмежене. Зменшення сприйняття призводить до фрагментарності, схематичності уявлень і низького рівня узагальнень.

Розрізняють такі *порушення зорового сприйняття*:

- людина бачить предмет, може описати його окремі ознаки, але не може назвати, охарактеризувати цей предмет;
- втрачено здатність орієнтації у просторових ознаках навколишнього середовища (порушення орієнтації *праворуч — ліворуч, верх — низ, ближче — далі*);
- звужений обсяг зорового сприйняття;
- утрачена здатність розрізняти обличчя або кольори.

У спеціальних школах дітей із порушенням зору поділяють на такі групи:

- із повною відсутністю зору;
- які мають світловідчуття, що дозволяє розрізняти світло й тінь;
- котрі володіють залишковим зоровим сприйманням, яке дозволяє розрізняти на близькій відстані контури предметів;

- із гостротою зору від 0,01 до 0,04, яке дозволяє зорово орієнтуватися при переміщенні і розрізняти на деякій відстані форми предметів і яскраві кольори;
- із гостротою зору від 0,05 до 0,08, при якій можна сприймати обриси предметів, кольорові відтінки, розрізняти на відстані предмети, що рухаються, бачити контрастні зображення, контури, кольорові ілюстрації, читати крупний шрифт;
- із гостротою зору від 0,09 до 0,2 і вище, що дозволяє зорово орієнтуватися у просторі, контролювати свій трудовий процес, сприймати спеціальний навчальний матеріал, читати, писати.

У спеціальних школах для сліпих за статистикою 84 % учнів — це ті, які слабо бачать і 16 % — сліпі.

Суттєва відмінність сприйняття тих, хто слабо бачить, від сліпих полягає в тому, що при слабкобаченні зір залишається основним способом сприйняття зовнішньої інформації, як і у здорових людей. Інші аналізатори не замінюють собою зорових функцій, що має місце при тотальній сліпоті; процес формування зорового образу при слабкобаченні відповідає нормі.

Зниження сприйняття негативно впливає на весь навчально-тренувальний процес: звужується обсяг уваги, можливість її переключення і стійкість, що заважає розширенню діапазону вражень і дій. Таким чином, чим пізніше за віком людина втрачає зір, тим більший у неї запас уявлень і легше формуються і відтворюються образи, легше відбувається оволодіння новими знаннями. Уповільнення сприйняття, порушення просторового

аналізу, динамічного сприйняття в результаті призводять до порушень цілісного сприйняття.

Проблеми, з якими доводиться зустрічатися викладачеві АФВ у процесі навчально-тренувального процесу:

- зниження можливості сприйняття власних рухів і як наслідок — саморегуляції та самоконтролю рухової діяльності;
- неможливість швидких або численних переключень на нову структуру руху;
- проблема орієнтування у просторі.

Просторова орієнтація при сліпоті становить складну сукупність чуттєвого сприйняття, розумових і рухових дій, котрі забезпечують самостійне переміщення незрячої людини у просторі, сприйняття нею об'єктів і маніпулювання ними. При дефекті зору люди відводять велику роль в їхній орієнтації "звуковому фону" простору, зміни в якому сигналізують їм про зміни обставин, а також роль "шостого" чуття, котре трактується нині як теплове сприйняття.

Сліпі й діти, що слабо бачать, відстають у фізичному розвитку: за масою і довжиною тіла, життєвою ємністю легенів, об'ємом грудної клітки та іншими антропометричними показниками (при цьому динаміка фізичного розвитку не порушується). При сліпоті часто мають місце хвороби серцево-судинної і дихальної систем, опорно-рухового апарату (викривлення хребта, плоскостопість), хвороби органа слуху, порушення обміну речовин. У дітей відмічається енурез, церебрастенія, вегетосудинні порушення, неврози. В той самий час

частіше причиною зниження функціональних спроможностей сліпих є низька рухова активність і детренованість організму. Це впливає і на формування рухових якостей. Найбільше при сліпоті страждає функція рівноваги, швидкість, відчуття ритму, координація, точність рухів. Спостерігається затримка розвитку статичної витривалості. Значно відстають сила і швидкісно-силові якості. Знижена здатність диференціювання та відтворення просторових і часових характеристик руху. Сліпим від народження або тим, хто рано осліп, як правило, важко уявити великі розміри і форми, котрі не піддаються дослідженню дотиком.

Мета фізичного виховання людей з вадою зору – гарантувати максимальну свободу, ефективність, економічність і безпеку рухової активності.

Загальні завдання:

- розвивати здатність спрямовано пересуватися у просторі;
- формувати вміння (навички) успішно і безпечно взаємодіяти із середовищем і предметами, котрі його наповнюють, виконувати життєво необхідні точні, результативні, економічні дії.

Специфічні завдання:

- розвивати стійкість, статичну і динамічну рівновагу;
- сприйняття навколишнього середовища окремими сенсорними системами, а також сприйняття простору в цілому;
- удосконалювати навички орієнтування у просторі за допомогою неушкоджених сенсорних систем;
- ліквідувати скутість та обмеження рухів;

- розвивати здатність відчувати й оцінювати швидкість рухів, їхню амплітуду, ступінь напруження й розслаблення м'язів;
- удосконалювати усі характеристики рухів;
- розширювати рухові уявлення, рухову пам'ять, обсяг рухових умінь (навичок);
- коректувати недоліки фізичного розвитку, розвивати спритність, силу;
- при слабкобаченні — розвивати зорово-моторні реакції.

Засоби: вправи для хребта; дихальні вправи; ритмічна гімнастика; рухливі ігри; аеробіка; вправи на розслаблення; плавання; вправи для очей; боротьба; гімнастика; волейбол; танці; голбол; торбол; міні-футбол.

У роботі з незрячими значну роль відіграє матеріально-технічне забезпечення: загального характеру, загального характеру з тифлодоробками, спеціальне тифлотехнічне.

Тифлотехніка фізичної культури — сукупність тифлологічних приладів і пристосувань, які допомагають незрячим людям оволодівати рухами тіла, займатися спортивною ходьбою, бігом, стрільбою, плаванням.

Сюди належать тактильні й вібраційні дисплеї, візуальні дисплеї для тих, хто слабо бачить, полісенсорні діагностичні пристрої, засоби оптичної корекції, аудіовізуальні прилади й апарати, електронно-оптичні запам'ятовуючі

системи, спеціальні замкнені телевізійні пристрої з відеозаписом, апаратура, призначена для визначення еталонів і порівняння.

3.4.Особливості методики АФВ при вадах зору

Заняття АФВ повинні проводитися з використанням тифлологічних пристосувань, які покращують орієнтування незрячих людей і гарантують безпеку під час занять. Важливою є точна оцінка тренера (або його помічника) рухів, які виконує учень, передбачених кожною методикою. Введення термінових коректив сприяє найефективнішому навчанню диференціювання точності рухів у просторі, у часі та за ступенем м'язових зусиль.

При патології органа зору в АФВ особливу увагу приділяють питанню *допуску до занять*. До занять фізичними вправами отримують допуск особи з патологією, при якій відсутній ризик погіршення функції зору від фізичного навантаження.

Такі хвороби виділяють у групу А.

До цієї групи належать непрогресуючі форми короткозорості, атрофія і субатрофія очного яблука та інші види абсолютної сліпоты. Діти, включені до групи А, не потребують особливих обмежень при заняттях фізичною культурою.

Група Б об'єднує людей із захворюваннями очей, схильними до прогресування і погіршення функцій зору, такими, як прогресуючі форми короткозорості, глаукома, відшарування сітківки, вивих і підвивих кришталика, атрофія зорового нерва. Віднесення до цієї групи має на увазі повну заборону фізичних вправ або значні обмеження, вказані лікарем-офтальмологом.

Формуючи групи для занять АФВ, враховують:

- 1) патологію очей;
- 2) рівень фізичної підготовки;
- 3) захворювання інших органів, систем;
- 4) ступінь зорового дефекту (центральний зір, вид оптичної корекції, поле зору);
- 5) участь у роботі окремих груп м'язів;
- 6) психоемоційний стан;
- 7) вік;
- 8) стать.

В обов'язкі лікарсько-педагогічного контролю занять АФВ в обов'язковому порядку раз на рік проводяться диспансерний огляд за участю лікарів-фахівців (офтальмолог, хірург, педіатр (терапевт), невропатолог, отоларинголог, стоматолог, уролог), а також лабораторні й інструментальні дослідження. Поточний лікарсько-педагогічний контроль має такі особливості: особлива увага приділяється офтальмологічному контролю з урахуванням об'єктивних і суб'єктивних відчуттів (зокрема, скарги на затуманення зору можуть свідчити про підвищення внутрішньоочного тиску, що дуже небажано при патології органу зору). З цих самих позицій оцінюються і реакції серцево - судинної системи.

Фізична підготовка дітей із вадою зору має два напрями: загальний і спеціальний. Вона націлена на вдосконалення неушкоджених сенсорних реакцій (тактильних, слухових та ін.), покращання концентрації уваги, збільшення об'єму сенсорних

уявлень, розвиток мислення, пам'яті (образної і рухової), уявлення, творчих можливостей.

Успішність процесу фізичного виховання залежить від того, на скільки повно незрячі сприймають ознаки й якості предметів, явищ, ситуацій. Завдання вчителя - послідовно і планомірно розвивати пізнавальну сферу учня.

Підготовка починаючих плавців характеризується різноманітністю засобів і методів, широким застосуванням матеріалу різних видів спорту і рухливих ігор, а також ігрового методу. Завданнями оздоровчих занять у плаванні є зміцнення здоров'я дітей, різнобічна фізична підготовка, усунення недоліків у рівні фізичного розвитку, навчання техніці обраного виду спорту і техніці різних допоміжних і спеціально-підготовчих вправ.

В галузі технічного удосконалювання варто орієнтуватися на необхідність освоєння різноманітних підготовчих вправ. У процесі технічного удосконалювання ні в якому разі не слід намагатися стабілізувати техніку рухів, домагатися стійкої рухової навички, що дозволяє досягти визначених спортивних результатів. У цей час у юного спортсмена закладається різнобічна технічна база, що припускає оволодіння широким комплексом різноманітних рухових дій. Такий підхід - основа для подальшого технічного удосконалення. Це положення поширюється і на наступні два етапи багаторічної підготовки, однак, особливо повинно враховуватися в періоді початкової підготовки.

При навчанні техніці плавання вони повинні освоїти різноманітні підготовчі вправи. І при цьому ні в якому разі не слід

домагатися стійкої рухової навички. У юного спортсмена повинна формуватися різнобічна технічна база, що припускає оволодіння широким комплексом різноманітних рухових дій. Це основа для наступного ефективного технічного удосконалювання. Відповідний підхід у визначеній мірі поширюється і на наступні два етапи багаторічної підготовки. Тренувальні заняття тривалістю 45 - 90 хв. на цьому етапі повинні проводитися не частіше 2 - 3 разів на тиждень.

У слабкозорих плавців ігрова спрямованість початкової підготовки звичайно сполучалася з невеликим сумарним обсягом роботи. На початковому етапі вони працювали менш інтенсивно, ніж їхні однолітки, але досягай згодом високих результатів.

Дослідженнями визначений лікувальний вплив плавання на фізіологічні показники у дітей з порушеннями функції дихання. Перебування слабкозорих підлітків у воді і виконання дозованих вправ привело до нормалізації найважливіших біохімічних показників властивостей крові і поліпшення діяльності серцево-судинної системи в хворих, що страждають ішемічною хворобою серця.

Дослідженнями відзначені позитивні зрушення в центральній нервовій системі в слабкозорих плавців, що виявилось в поліпшенні її адаптації під впливом водного середовища, що можуть проявлятися в стані спокою і при м'язовій діяльності.

При виконанні фізичних навантажень у водному середовищі значно змінюються процеси всмоктування їжі в шлунково-кишковому тракті.

В умовах водного середовища виконання короткочасних фізичних навантажень максимальної інтенсивності створює позитивний психогігієнічний ефект, рекомендується використовувати їх у режимі навчального і трудового дня.

3.5. Причини виникнення і види дитячих церебральних (спастичних) паралічей (ДЦП)

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) - термін, об'єднуючий численні рухові порушення, що виявляються паралічами, порушенням координації, мимовільними "зайвими" рухами. Часто вони поєднуються з різними порушеннями мови, психіки, іноді - епілептичними нападами.

Причина ДЦП - внутрішньоутробне ушкодження або порушення розвитку мозку, викликане різними хронічними захворюваннями майбутньої матері, токсикозами і травмами під час вагітності, несумісністю плода і матері за резус-фактором або групою крові. У період після народження до подібної патології можуть призвести нейрон інфекції, черепно-мозкові травми, інсульти. Оскільки мозок уражається на етапі незрілості, затримується розвиток уражених структур та порушується послідовність розвитку мозку в цілому.

Звідси одне з визначень: *Дитячий церебральний параліч (ДЦП)* - це якісно особливий стан, котрий характеризується стійкою фіксацією аномальних позо-тонічних рефлексів, перекрученням взаємозв'язків між руховими центрами та

порушенням взаємодії систем регуляції довільних і мимовільних рухів.

Порушення моторного розвитку при вираженій патології визначається вже у віці 3 місяців, коли у результаті певного "дозрівання" центральної нервової системи остаточно зникає вплив рефлексів новонароджених. При затримці розвитку наявність проявів лабіринтового тонічного рефлексу у віці старше 3 місяців призводить до відсутності або недорозвинення нормальних відношень між згиначами й розгиначами шиї, результатом чого стає відсутність контролю положення голови. Виявлення тонічного рефлексу з голови на тулуб у віці старше 3 місяців робить неможливим роздільний поворот голови та тулуба і відповідно тонічного рефлексу з тулуба на таз у віці старше 4-5 місяців - роздільний поворот тулуба і таза.

Прояви симетричного шийного тонічного рефлексу призводять до залежності тону згиначів і розгиначів кінцівок від положення голови.

Прояви асиметричного шийного тонічного рефлексу затримують розвиток координації око - рука, орієнтування у просторі, рухливість погляду, здатність до фіксації погляду та розширення поля зору. Вертикальність тіла, тобто забезпечення його вертикального положення через подолання дії сили ваги, відбувається завдяки певному алгоритму: прояви лабіринтових тонічних рефлексів пригнічуються лабіринтовими установочними рефlekсами, їх у відповідний час пригнічують ланцюгові рефлекси, на базі котрих формуються реакції опори і реакції рівноваги.

Порушення на будь-якому з цих етапів призводить до зупинки розвитку і формування патологічних компенсацій.

Через затримку розвитку деяких структур нервової системи, порушення процесів мієлінізації нервових волокон, затримку редукування примітивних тонічних рефлексів і розвиток установочних і випрямних рефлексів, порушення координаційних відношень різних рівнів регуляції довільної моторики та м'язового тону розвивається патологічний руховий стереотип.

Останній при ДЦП має такі особливості: відхилення центру ваги тіла; патологія статичної й динамічної складових рухового стереотипу; скорочення великих грудних м'язів, клубово-поперекових, поперекових квадратних, привідних м'язів стегна, триголових м'язів гомілки; зниження сили нижніх фіксаторів лопатки, м'язів живота, сідничних м'язів, відвідних м'язів стегна.

Неабияку роль при ДЦП відіграють порушення зору, слуху, емоційно-вольової сфери, інтелекту, поведінки, мовлення. У 20—25 % хворих на ДЦП гострота слуху знижена на одне або обидва вуха. Недостатньо розвинена здатність розрізняти звукові частоти, особливо високої тональності. Наслідком цього є складні мовні порушення.

Важлива особливість ДЦП як патологічного стану - тенденція до відновлення порушених функцій.

За відсутності реабілітаційних заходів і лікування при ДЦП до 2—5 років життя формуються контрактури, деформації суглобів, спотворені пози та установлення, патологічний руховий стереотип.

До 5—8 років деформації нижніх кінцівок призводять до

скривлення хребта і деформацій грудної клітки, дисторзії таза, внаслідок чого виникають сколіози, кіфосколіози, функціональні блоки тазостегнових суглобів і хребта. Ці зміни мають стійкий характер, значно обмежують рухові можливості людини і можуть призводити до порушень інших життєво важливих систем і органів організму. Отже, ДЦП супроводжується порушеннями діяльності серцево-судинної і дихальної систем, вегетативних функцій.

У практичній роботі АФВ найбільш зручна класифікація В. Козьявкіна (1998), яка звернена до рухових можливостей людини і виділяє **три головних синдроми: рухових порушень; порушень інтелекту; мовленнєвих розладів.**

У свою чергу синдром рухових порушень класифікують за трьома видами проявів: зміни м'язового тону (гіпотонія, гіпертонія, дистонія); слабкість або обмеження рухів (парез) або відсутність рухів (параліч); розповсюдженість рухових порушень [моно-, ді- (пара- або гемі-), три-, тетрапарези або паралічі]. Така класифікація забезпечує системний підхід у процесі АФВ: у тестуванні, постановці завдань і застосуванні засобів АФВ.

3.6. Фізичні вправи і тренажерні пристрої для збільшення активних рухів при ДЦП

Корекційні завдання АФВ:

- формування мотивації і адекватних психоемоційних реакцій у АФВ;
- розвиток і вдосконалення сприйняття всіма сенсорними системами;

- формування вестибулярних реакцій, статодинамічної стійкості (рівноваги) і орієнтування в просторі;
- розвиток і стимуляція опорної і маніпулятивної функцій рук;
- нормалізація співвідношення нервових процесів;
- нормалізація м'язового тону: максимальне розслаблення з подальшим розтягуванням м'язів, які знаходяться в стані спастичного скорочення, і розвиток сили ослаблених м'язів - подолання слабкості (гіпотрофії, атрофії) окремих груп м'язів;
- розвиток і стимуляція відповідних віку рефлексів і пізніх реакцій;
- розвиток здатності довільної напруги і розслаблення м'язів;
- подолання зайвих рухів;
- розвиток координації;
- профілактика розвитку патологічних компенсацій, викривлення хребта, приведення гіпертонусу стегон, патологічних установок стоп;
- поліпшення рухливості в суглобах (ліквідація контрактур);
- корекція патологічних установок опорно-рухового апарату;
- стимуляція опорної функції стоп, ходьба;
- розвиток здібності до самообслуговування;
- поліпшення функціональної діяльності усіх систем організму;
- розвиток психічної сфери і мови.

При виборі засобів АФВ слід керуватися важливою фізіологічною закономірністю: швидше розвиваються ті органи і системи, які необхідні організму на даному етапі онтогенезу або у недалекому майбутньому. Навпаки, розвиток неактуальних на

даний момент функціональних систем затримується.

Особливості методики при ДЦП

Заняття починають із вправ, спрямованих на нормалізацію м'язового тону. Усі вправи, якими розвивають той, або інший рух, чергують з дихальними. На фоні загальнозміцнюючих, застосовують вправи, які нормалізують м'язовий тонус, нейтралізують патологічні (тонічні) рефлекси, амплітуди рухів. Бажано, щоб дитина виконувала вправи перед дзеркалом. Розвиток вестибулярної функції здійснюють адекватною стимуляцією вестибулярного аналізатора: розгойдуванням в колисці, на руках, на гойдалках; вправами, в яких є швидка зміна положення тіла: швидке переміщення в одній площині (зверху вниз і знизу вгору, зліва направо і навпаки), перехід з однієї площини простору в іншу, рухи з кутовим прискоренням.

У застосуванні цих вправ найбільш відповідальний момент - їх дозування, що розвиває тренувальний ефект і в той же час не викликає негативних вегетативних реакцій. Вправи застосовують в певній послідовності: рухи головою; згинання, розгинання, повороти тулуба; рухи у плечових суглобах; рук і ніг - проксимальних суглобах (плечових, кульшових). Вправи поступово повинні охоплювати середні суглоби (ліктьові і колінні), потім променево зап'ясткові і гомілковостопні. Необхідно, щоб вправи дещо "випереджали" рівень розвитку рухових можливостей дитини - відповідали наступному рівню розвитку рухової сфери.

Застосовуються як ***загальні методи*** фізичного виховання, так і

специфічні:

- внесення регламентуючих змін в окремі параметри звичайного руху: виконанням вправи з незвичного початкового положення; зміною амплітуди і швидкості рухів, часу занять за рахунок зміни кількості повторень кожної вправи;
- дзеркальним показом вправ; конструюванням нових способів виконання;
- ускладнення звичайних дій: додатковими діями; комбінацією дій;
- зміна зовнішніх умов: розширенням діапазону матеріально-технічного забезпечення; зміною правил, умов, збільшенням кількості учасників занять;
- застосування змагального методу;
- індивідуально-груповий метод: група складається з 3-6 чоловік і викладач може надати достатньо уваги кожному, але, крім того, діє позитивний чинник колективних взаємин; застосовується як в однорідних групах, у яких беруть участь особи однакових виявів ДЦП, так і в змішаних групах, учасники яких - різних фізичних можливостей;
- метод, що колективно-індивідуалізувався (об'єднує 7- 12 чоловік);
- ігровий метод;
- музично-ритмічні заняття, у тому числі танці;
- виконання вправ одночасно з декламацією віршів;
- метод "театру фізичного виховання" (сюжетні постановки і т.п.);

- метод наочно-практичної взаємодії (ознайомлення з призначенням предметів і способами маніпуляцій з ними).

АФВ при тяжких формах ДЦП, коли людина не здатна приймати і самостійно утримувати вертикальну позу, рухові здібності розвивають у наступній послідовності:

- стимулюють вестибулярну функцію;
- добиваються ліквідації патологічного впливу тонічних рефлексів;
- розвивають настановні рефлекси;
- нормалізують м'язовий тонус;
- добиваються реакції повороту голови на звук або інший подразник;
- формують вміння контролювати положення голови у просторі (у положенні лежачи на животі, пізніше на спині), вчать піднімати голову без підняття плечей;
- добиваються роздільних рухів голови і тіла при зміні положення;
- нормалізують м'язовий тонус рук (у тому числі великих грудних м'язів) і формують вміння випрямляти руки;
- розвивають зорово-рухову координацію голови і рук,
- формують вміння виконувати повороти тулуба із спини на живіт і навпаки (стимулюють зміни положення тіла з розділенням рухів у шийному, грудному, поперечному відділах хребта);
- розвивають уміння повзати на животі і пересуватися в упорі;
- формують вміння сідати з допомогою і самостійно;
- розвивають маніпулятивну діяльність рук;
- формують вміння вставати на ноги і утримувати вертикальну

позу;

- розвивають навички циклічних рухів: плавання, ходьба, біг.

З цією метою застосовують методики Боббат, Війта, Козьявкіна і ін. На початку навчального процесу бажано використовувати індивідуальний метод; згодом - індивідуально-груповий (групи 3-6 чоловік); метод "однорідної групи", при якому в групу підбирають дітей одного рівня за віком, фізичним розвитку, формам ДЦП, ступенем рухових порушень, супутніми виявами. У міру соціалізації дитини групи збільшують до 7-12 осіб. Ефективні ігри із загальним для всіх учасників предметом: обручем, м'ячем, тенісом. Велику роль у заняттях відіграє музичний супровід ритмічного характеру у вигляді коротких музичних фрагментів і пісень.

АФВ при ДЦП середньої і легкої ступенів

Особливості методики АФВ:

- розвиток мови через рух: об'єднання звуку і руху; звукове забарвлення руху; ролеві рухливі ігри з мовним виразом; ритмізація рухової активності (об'єднання звуку, ритму і руху); оволодіння регуляцією дихання як складовою звукоутворення; розвиток дрібної моторики рук;
- ***формування в процесі фізичного виховання просторових і тимчасових уявлень, як, наприклад: далі-ближче; вище-нижче; зліва-справа; більше-менше; багато- мало; швидко-поволі; часто-рідко;***
- формування у процесі рухової діяльності понять про предмети,

рухи і їх якості;

- управління емоційною сферою дитини, розвиток її етично-вольових рис засобами спеціальних рухливих завдань, ігор, естафет.

Підбираючи вправи для розминки, керуються відповідністю їх цілі заняття, специфічною спрямованістю, ритмічною врівноваженістю і завершеністю. Для розминки загального характеру підбирають 8 - 10 вправ, техніка яких вже добре засвоєна учнем, або не вимагає тривалого навчання. У послідовності рухів повинне бути присутнє поступове збільшення амплітуди, складності і кількості задіяних м'язів. Перенесення рухових навиків рекомендується здійснювати у послідовності з вправи на вправу, із однієї м'язової групи на іншу.

Після вправ, спрямованих на окремі м'язові групи, застосовують вправи, які об'єднують попередні вправи у великі складні комбінації для всього тіла. Наприклад: нахили тулуба з поворотами голови; рухи плечима - з нахилами тулуба. У завершальній частині розминки - вправи для розвитку гнучкості: вправи на розтягування нижньої частини спини, задньої поверхні стегон. Вправи виконуються ритмічно, плавно, з поступовим нарощуванням амплітуди.

Підбір вправ основної частини уроку, вимагає дотримання таких принципів: відповідність завданням, забезпечення ефективності і безпеки; бути цікавими і різноманітними. Інтенсивність повинна поступово збільшуватися на початку основної частини заняття і зменшуватися до закінчення. Необхідно задіювати максимальне число м'язових груп, обов'язково - пошкоджені. Підбирати вправи,

які залучають до роботи м'язи-антагоністи. Рухи, які є стресовими для організму, застосовувати в обмеженій кількості повторень залежно від показань. Доступність, інтенсивність, складність варіюють в логічній послідовності. Увагу концентрують на техніці виконання рухів, а не на кількості повторень. Переходи між вправами повинні бути плавними, неважкими для виконання, вказівки - однозначними і зрозумілими учню. Починають основну частину аеробним розігріванням: ходьба, біг, рухи руками і ногами із збільшенням амплітуди, махові рухи. Після цього переходять до вправ в такій послідовності: розтягання великих грудних м'язів, розвиток сили нижніх фіксаторів лопатки; розтягання поздовжньо-поперекових, квадратних поперекових м'язів, розвиток сили м'язів живота; розтягування привідних м'язів стегна, силові вправи для сідничних м'язів, відвідних м'язів; розтягування трицепсів гомілки (саме ці м'язи, як правило, уражені при ДЦП).

У заключній ("підтримуючій") частині необхідно підбирати вправи індивідуальної спрямованості; залучати в дію основні групи м'язів, формуючи правильну поставу. Перевагу віддається вправам на розтягнення: підколінних сухожилків, привідних м'язів стегна, квадрицепсів, згиначів стегна, гомілкових м'язів. Заняття завершують грою або змаганням, естафетою, танцем, з метою забезпечення в учнів позитивних вражень від отриманих результатів.

В'ялі (периферичні) паралічі, можливості адаптивної фізичної культури. Епілесія

Епілепсія – стан, що характеризується повторним (більше двох) епілептичними нападами, не спровоційованими-якими негайно обумовленими причинами.

Епілептичний напад – клінічний прояв аномального і надлишкового розряду нейронів мозку, що викликає раптові транзиторні патологічні феномени (чутливі, рухові, психічні, вегетативні симптоми, зміни свідомості).

Прояви епілепсії різноманітні. Найбільш типовий великий судорожний випадок - падіння з раптовою втратою свідомості і тонічними судомами (тіло напружується, витягується), а потім клонічними судомами (багаторазове скорочення) всього тіла. Приблизно у половині випадків випадку судом передують короткий (тривалістю від 2-3 до десятків секунд) період провісників - так звана аура. Прояви аури різноманітні. Деякі хворі відчувають як би подих вітру, інші можуть відчувати запаморочення, озноб, жар, повзання мурашок по шкірі, сором у грудях, прискорене серцебиття, слухові, зорові і нюхові галюцинації. Іноді хворий починає проробляти одноманітні автоматичні рухи - чухатися, перебирати лежачі навколо себе речі, тупцювати на місці, кружляти.

Як виглядає епілептичний випадок

Людина раптово падає на землю, все його тіло починають стрясати судоми. У деяких хворих конвульсії супроводжуються криками і хрипами. Іноді з рота йде червона піна або просто слина, до кінця нападу можливо мимовільне сечовипускання. Це класична

картина епілептичного випадку. Але напади можуть починатися і не так різко: трапляється, що хворий до настання судомної фази встигає прийняти зручне положення. Зручне в даному випадку - лежаче, в якому найважче себе травмувати.

Якщо людина, що страждає на епілепсію, лежить на траві або на м'якому підлоговому покритті, а поруч немає гострих кутів, то краще його не чіпати до тих пір, поки судоми не стануть більш рідкісними. Якщо навколишня обстановка небезпечна, то потрібно спробувати забезпечити цю безпеку. Зокрема, людині, яка б'ється в судомах на бетонній підлозі, можна притримати голову, щоб він її не розбив. І покласти під голову що-небудь м'яке, як подушка. А от намагатися розтиснути напружені щелепи і запхати в рот сторонній предмет під час фази гіпертонусу (підвищеної напруги м'язів) - не тільки безглуздо, але і загрожує травмами. Мова - це теж м'яз, зараз він напружений, і тому опинитися в горлі і перешкодити диханню не може. Не потрібно і намагатися штучно стримати судоми: це неможливо, зате хворим після такої «допомоги» іноді доводиться лікувати вивихи і переломи кінцівок.

Всі методи лікування епілепсії направлені на припинення нападів, поліпшення якості життя і припинення прийому лікарських засобів (на стадії ремісії). У 70% випадків адекватне і своєчасне лікування призводить до припинення нападів епілепсії. Перш ніж призначати протиепілептичні препарати необхідно провести детальне клінічне обстеження, проаналізувати результати МРТ і ЕЕГ. Пацієнт і його сім'я повинні бути проінформовані не тільки про правила прийому препаратів, але і в можливі побічні

ефекти. Показаннями до госпіталізації є: вперше в житті розвинувся епілептичний напад, епілептичний статус і необхідність хірургічного лікування епілепсії. Одним із принципів медикаментозного лікування епілепсії є монотерапія. Препарат призначають у мінімальній дозі з подальшим її збільшенням до припинення нападів. У разі недостатності дози необхідно перевірити регулярність прийому препарату і з'ясувати, чи досягнуто максимально переносима доза. Застосування більшості протиепілептичних препаратів вимагає постійного моніторингу їх концентрації в крові.

3.7. Причини інвалідності хворих при вадах опорно-рухового апарату

Аномалії розвитку опорно-рухового апарату виявляються у 5-7% дітей. Порушення функцій опорно-рухового апарату можуть мати вроджений або набутий характер. Відхилення у розвитку у дітей з патологією опорно-рухового апарату відрізняються значною поліморфністю та дисоціацією у ступені вираженості різних порушень. Відзначаються наступні види патології опорно-рухового апарату:

I. Вроджена патологія опорно-рухового апарату:

- вроджений вивих стегна,
- кривошия,
- косолапість та інші деформації стоп,
- аномалії розвитку хребта (сколіоз),
- недорозвинення і дефекти кінцівок,

- аномалії розвитку пальців кисті,
- артрогрипоз (вроджене каліцтво).

II. Набуті захворювання і пошкодження опорно-рухового апарату:

- травматичні ушкодження спинного мозку, головного мозку і кінцівок,
- поліартрит,
- захворювання скелета (туберкульоз, пухлини кісток, остеомієліт),
- системні захворювання скелета (хондродистрофія, рахіт).

При всій різноманітності вроджених і рано придбаних захворювань і ушкоджень опорно-рухового апарату у більшості цих хворих спостерігаються подібні проблеми. Провідним у клінічній картині є руховий дефект (затримка формування, недорозвинення, порушення або втрата рухових функцій).

Деякі деформації є генетично зумовленими і передаються у спадок з певною частотою (наприклад, відсутність кінцівки або її частини, збільшення числа пальців, їх зрощення між собою, деякі форми клишоногості). Велику роль у розвитку пороків кінцівок грають зовнішні чинники, особливо ті, що впливають в період з 3 по 7 тиждень вагітності.

Важливо знати основні причини вроджених аномалій розвитку опорно-рухового апарату:

I. Екзогенні чинники.

1) *Механічні:* маловоддя, амніотичні зрощення, ектопічна або багатоплідна вагітність, пошкодження при допомозі породіллі (накладення щипців, вакуум-екстракції).

- 2) *Фізичні*: низькі (високі) температури, вібрація, вплив рентгенівського, радіоактивного, ультрафіолетового випромінювання та ін.
- 3) *Хімічні*: алкоголь, езерін сульфат, сульфаніламід, солі талію, літію, магнію, кобальту, йод та ін.
- 5) *Інфекційні хвороби*: краснуха, токсоплазмоз та ін.
- 6) *Авітаміноз, білкове голодування*.

II. Ендогенні фактори.

- 1) *Вроджені вади розвитку матки, ендометрити, пухлини матки; ранні токсикози вагітності*.
- 2) *Хвороби*: гіпертонічна хвороба, ревматичні пороки серця.
- 3) *Гормональні розлади*: цукровий діабет, прийом кортикостероїдів.
- 4) *Вік батьків*.
- 5) *Порушення обміну речовин*: ферментативного, білкового, вуглеводного, ліпідного, мінерального.

III. Генетичні чинники.

Спадкування патологічних ознак (синдромів, хвороб) батьків або їх найближчих родичів (порушення хромосомного комплексу). Ці хвороби мають велике соціальне значення у зв'язку зі стійкою втратою працездатності і, навіть, з втратою здатності до самообслуговування в особливо важких випадках.

Дії персоналу в разі виникнення приступу судом у хворого (елементарна домедична допомога)

- Підкласти валик під голову потерпілому.
- Послабити його краватку.

- Перевернути потерпілого на бік.
- Не здавлювати і не обіймати потерпілого.
- Нічого не класти в рот і не намагатися растиснути зуби постраждалого.
- Спостерігати за тривалістю нападу і типом рухів потерпілого.

Ці характеристики допоможуть лікарю діагностувати тип нападу.

Якщо епілептичний приступ раптово наздогнав хворого, необхідно відразу ж укласти його на рівну поверхню. Під голову можна покласти щось м'яке типу подушечки або валика. Потім необхідно звільнити хворого від тісного одягу або ж розстебнути воріт. Забороняється переміщати людини під час нападу епілепсії. Виняток становлять випадки, коли є загроза життю або здоров'ю хворого - наприклад, гострі кути, вода.

В деяких випадках епілептичний приступ вимагає надання швидкої допомоги. При цьому дуже важливо негайно повернути набік голову хворого. Ці дії допоможуть запобігти западанню язика, попадання слини в дихальні шляхи. Якщо помітні напади блювоти, повернути набік потрібно все тіло, а не тільки голову.

Це основні дії, які потрібно провести під час нападу епілепсії. Як правило, епілепсія проявляється нападами тривалістю близько 4-5 хвилин, після чого її прояви проходять. Обов'язково потрібно викликати працівників швидкої допомоги, якщо напад трапився з жінкою, яка перебуває в становищі, з людиною, яка в ході нападу отримала пошкодження голови, або ж у тому випадку, коли напад триває більше 5 хвилин.

Дії після нападу епілепсії. Після закінчення епілептичного нападу, можна ввести хворому спеціальний протисудомний препарат, але тільки в тому випадку, якщо він приписаний лікарем. Щоб препарат надав найбільш швидка дія і судоми покинули хворого найближчим часом, ліки вводиться ректально у вигляді маленької клізми. В цьому випадку судорожне стан повинен відпустити людину протягом 15 хвилин.

Приступ епілепсії дуже часто виявляється тільки лише частим морганням. В цьому випадку будь-якої допомоги надавати не потрібно. Просто краще залишитися з хворим, поки він повністю не відновиться і не прийде до тями.

3.8. Причини виникнення травм спинного мозку та особливості організації фізичних вправ

До загальних завдань АФВ при травмах спинного мозку відносяться:

- виховання усвідомленого відношення до реальності і своїх можливостей, силам, розвиток вольових якостей, прагнення самореалізації;
- відновлення функції хребта і спинного мозку;
- нормалізація основних нервових процесів нейрорегуляції;
- нормалізація м'язового тону;
- зміцнення м'язів хребта, формування "м'язового корсету" тулуба;

- розвиток міжм'язової координації;
- створення умов для відновлення фундації життєво важливих рухових умінь і навиків;
- розвиток рухових якостей: сили, спритності, швидкості, гнучкості;

До специфічних завдань відносяться:

- дія на пошкоджену ділянку хребта і всього опорно-рухового апарату з ціллю корекції;
- нормалізація тону мускулатури;
- зміцнення і розвиток м'язів, функціональний стан яких порушено;
- розвиток і удосконалення координації рухів, рівноваги балансування ;
- розвиток і закріплення статико-динамічної функції хребта - формування і закріплення правильної постави;
- розвиток відчуття положення окремих частин тіла;
- попередження розвитку і лікування контрактур і вдосконалення навиків паралізованих кінцівок;
- вироблення компенсаторних рухових навиків, розвиток і вдосконалення навиків самообслуговування і праці.

Обсяг рухових можливостей при ураженнях спинного мозку залежить від рівня ураження.

При ураженні хребта на рівні С1 — С1К шийних хребців відмічається спастичний параліч усіх чотирьох кінцівок, втрата усіх видів чутливості з відповідного рівня донизу, розлад сечовипускання за центральним типом.

Ураження на рівні С7 — Д1 хребців характеризується тим, що збережена іннервація м'язів шиї, плечового пояса і рук, за виключенням довгих згиначів і дрібних м'язів руки, котрі іннервовані частково. Відмічається порушення дихальної функції через парез частини дихальної мускулатури, спастичний параліч нижніх кінцівок, розлади сечовипускання та дефекації. Людина може пересуватися і перевертатися в ліжку в усі боки, а при доброму тренуванні переходити з ліжка на візок. Веде головним чином сидячий спосіб життя. Може самостійно управляти візком у межах невеликого простору. Потребує допомоги у побутовій діяльності, такій, як туалет, одягання та ін. Проблематичною є діяльність, яка вимагає тонкої моторики рук.

При ураженні на рівні Д2 хребців відмічається повний обсяг рухів у руках, спастична параплегія нижніх кінцівок, розлад сечовипускання і дефекації, втрата усіх видів чутливості в нижніх відділах, рівновага в сидячому положенні недостатньо стійка. Людина потребує допомоги при переміщенні з візка до автомобіля.

При ураженні на рівні хребця Д7 має місце спастична параплегія нижніх кінцівок, розлад сечовипускання і дефекації. Обсяг рухів у руках відповідає обсягу рухів здорової людини. Може самостійно здійснювати усі види побутової діяльності і навіть ходити без сторонньої допомоги. Головний спосіб пересування - візок. Не може самостійно підніматися сходами.

При ураженні на рівні 5,7 хребцям, має місце периферичний параліч нижніх кінцівок з порушенням чутливості, розлад сечовипускання і дефекації. Збережено іннервацію м'язів верхніх

кінцівок, грудної клітки і живота. Людина самостійна в усіх видах побутової діяльності та при пересуванні на візку, ходить на милицях, може ходити без сторонньої допомоги. Ускладненим залишається вставання із сидячого положення і піднімання сходами. Може виконувати будь-яку роботу, що не пов'язана з тривалим перебуванням стоячи на ногах. Для відпочинку потребує візок.

Засобами досягнення мети служать: режим, корекція положень, самомасаж, загартування, фізичні вправи, у тому числі на тренажерах, націлені на розвиток сили, швидкості, загальної і спеціальної витривалості, гнучкості, спритності, вправи швидко-силового характеру.

Це фізичні вправи циклічного, ациклічного, змішаного характеру: гімнастичні вправи, плавання, спортивні і рухливі ігри (бадмінтон, баскетбол на візках, волейбол сидячи, настільний теніс, футбол), стрільба з лука, елементи важкої атлетики і атлетичної гімнастики, елементи легкої атлетики, туризм і екскурсії, спортивне орієнтування, марафон на візках.

При ушкодженні спинного мозку більш активні, чим звичайно, ідеомоторні вправи, рухи за інерцією, цілеспрямований розвиток кінестетичних відчуттів (також володіння довільним розслабленням м'язів). При підвищеному тонусі крупних м'язів для його зниження застосовують вправи на розслаблення: махові рухи (з поступовим збільшенням амплітуди) і струшування кінцівки. Для зменшення спастики в кистях, ступнях використовують їх "прокочування" по валу, що обертається. Для подолання скутості, сповільненості рухів необхідно розвивати гнучкість, для ліквідації зайвих рухів - точність

диференціації. Ушкодження спинного мозку, впливаючи на загальний тонус м'язів нижчележачих відділів (змінюючи фонову напругу гладенької і поперечносмугастої мускулатури), відображається на положенні тіла в просторі, у тому числі на його здатності протистояти дії зовнішніх сил.

Розвиток рухових здібностей слідуює починати з розв'язання статокінетичних завдань: вибору початкових положень і раціональних поз, при яких дія зовнішніх сил, передусім сили гравітації, буде мінімальна; стійкість тіла - максимальною.

Специфічним засобом АФВ при ушкодженні спинного мозку є **суспензійна терапія** - виконання фізичних вправ в умовах усунення сили тяжіння. Методика суспензійної терапії, розроблена В.Дікулем рекомендує:

- використання блоків і противаг;
- підвішування за допомогою спеціальних сіток;
- використання підвішуючих систем з канатів і пружин;
- гідрокінезотерапія.

Добрий ефект надають вправи у воді - пасивні або пасивно-активні. Використання таких видів спорту, як атлетика, важка атлетика, гімнастика, настільний теніс, стрільба з лука, їзда в інвалідній колясці, сприяє розвитку найбільш важливих в даному випадку фізичних якостей, підвищує загальний функціональний рівень і фізичну працездатність. Заняття важкою атлетикою збільшують м'язову силу і витривалість. Настільний теніс розвиває відчуття рівноваги, сприяє поліпшенню координації, концентрації уваги, точності і швидкості рухів; внаслідок змагального характеру

здійснюється позитивний вплив на психоемоційний стан. Стрільба з лука допомагає розвитку відчуття рівноваги, координації рухів і підвищує статичну витривалість. Їзда в інвалідному візку, включаючи практичні заняття з подолання різних перешкод, поліпшує загальну витривалість.

Методичні вказівки

Для розвитку сили фізична вправа повинна викликати напругу, рівну 50 % максимально можливого зусилля, що розвивається. Правильною вважається техніка, при якій зусилля трохи перевищує вагу штанги (необхідно, щоб вона відривалася від опори плавно). Тривалість вправи повинна бути настільки короткою, щоб його енергетичне забезпечення здійснювалося за рахунок анаеробних механізмів, і в той же час настільки довгою, щоб обмінні процеси встигали активізуватися.

Так, обов'язковий одноденний відпочинок між заняттями обумовлений розгортанням асиміляційних процесів. Час відновлення після вправ прямо пропорційно залежить від величини навантаження і обернено пропорційно - від стану здоров'я (чим гірший загальний фізичний стан, тим більша неузгодженість у відновленні окремих функцій організму під час відпочинку).

Критерієм відновлення працездатності служить відчуття готовності до повторного виконання вправ. Повний інтервал відпочинку складає від 6-8 до 20 хв і включає: 25 % часу активного відпочинку, 50 % - пасивного і інші 25 % - активного відпочинку. У

свою чергу, активний відпочинок (2-4 хв) містить вправи поміркованої інтенсивності, близькі формою до тренувальних.

3.9. Адаптивне фізичне виховання при станах після ампутації

Рухова діяльність людини надто складна. Вона містить примітивні рухи (рефлекси), більш складні автоматизми (ходьба, біг, плавання) і складні цілеспрямовані рухи. Всі опірні та рухові функції забезпечуються скелетом, м'язами і нервовою системою. Ушкодження будь-якої з цих ланок призводить до обмеження рухових можливостей. Це може проявлятися порушенням активних і пасивних рухів, координації рухових актів, тонусу або трофіки м'язів, рефлексів, електрозбудженості, появою співдружних або примусових рухів. Прояв рухових порушень безпосередньо залежить від рівня ураження.

У фізичному вихованні й спорті інвалідів із порушеннями опорно-рухового апарату виділяють такі нозології, як стан після ампутації кінцівок, стан після травм спинного мозку і поліомієліту та дитячий церебральний параліч.

Ампутація — хірургічна операція, яка полягає в повному або частковому відтинанні будь-якого органа (кінцівки тощо). Аналогічний ампутації стан спостерігається при вродженому дефекті розвитку кінцівки — її відсутності або недорозвиненості. Причинами ампутації за статистикою, як правило, є травми, опіки, пухлини, судинні захворювання тощо. У результаті страждає весь

організм людини: відсутність кінцівки, зменшення маси тіла, гіпокінезія, хронічний стрес призводять до ряду складних функціональних і атофізіологічних порушень. Значно порушуються функції серцево-судинної, дихальної систем (змінюється артеріальний тиск, знижуються адаптаційні можливості), вегетативної нервової системи, ендокринної системи і процеси обміну. Знижуються адаптаційно-компенсаторні процеси усього організму, його толерантність до фізичних навантажень. Порушення співвідношення мас частин тіла призводить до зміщення центру ваги тіла, порушення стійкості і рівноваги. оцінювати своє положення у просторі.

При ампутаціях і вроджених дефектах верхніх кінцівок у дітей відмічається асиметрія плечового пояса, часто мають місце вивихи проксимальних від ампутації суглобів, скривлення хребта.

При ампутації колінного суглоба функціональні показники людини знижуються на 70 %, а при відсутності гомілковостопного — на 40 %. Знижуються показники сили м'язів, розташованих вище ампутації, розвиваються контрактури. Дисбаланс м'язів, зміщення центру мас, скривлення поперечного відділу хребта, перекошення таза з боку ампутації, нерівномірний розподіл маси тіла на нижні кінцівки з часом призводять до розвитку дегенеративно-дистрофічних процесів у суглобах ампутованої й опірної кінцівок, у хребті, а також до порушення рухового стереотипу ходьби. Ускладненнями ампутацій, як правило, бувають захворювання хребта і суглобів нижніх кінцівок, плоскостопість, які супроводжуються болями і заважають пересуванню на протезі.

Викладачеві потрібно знати, в якому стані знаходиться спортсмен: у стані компенсації чи її порушення. Компенсація значною мірою залежить від якості протезу. Коли він добре підігнаний, відбувається рівномірне навантаження на куксу з опорою на її кінець. Скарги на перевтомлення, як правило, мають місце після тривалого навантаження, біль виникає рідко. Ампутаційна кукса помірно атрофована, має шкіру нормального кольору. При порушеннях компенсації протезом користуватися не можна, ампутаційна кукса значно атрофована, непокоїть швидка стомлюваність, періодичні болі в куксі, фантомні болі, обмеження рухів і біль у суглобах здорової кінцівки, болі у хребті. При достатній компенсації втраченої функції людина може займатися тими видами фізичної діяльності, котрі їй подобаються.

Засоби АФВ при ампутації: вестибулярне тренування; дихальні вправи; вправи на розслаблення (метод Ловицької); на відновлення симетрії плечового пояса, тазу і тонусу м'язів спини, для глибоких і поверхневих м'язів спини; силові; на збільшення амплітуди рухів; на диференціацію м'язових зусиль, які вдосконалюють здатність диференціювати простір; гідроаеробіка; ігри; естафети; вправи по профілактиці плоскостопості.

Перевагу доцільно надавати циклічним вправам аеробного характеру, виконання яких сприяє нормалізації процесів обміну і підвищенню загальної витривалості; плаванню, як засобу загартування, підвищення функціональних можливостей серцево-судинної і дихальної систем, розвантаження хребта і суглобів. Ефективним є бадмінтон, баскетбол на візках, волейбол сидячи, легка і важка

атлетика, теніс, футбол, танці, шашки, шахи.

Засоби АФВ: вестибулярне тренування; дихальні вправи; вправи на розслаблення (за методом Ловицької); на відновлення симетрії плечового пояса, таза і тонусу м'язів спини; для глибоких і поверхневих м'язів спини: силові; на збільшення амплітуди рухів; на диференціацію м'язових зусиль, які вдосконалюють здатність диференціювати простір; гідроаеробіка; ігри; естафети; вправи для профілактики плоскостопості.

Задоволення і користь приносять: бадмінтон, баскетбол (на візках), волейбол (сидячи), легка і важка атлетика, плавання, теніс, футбол, танці, шашки, шахи. Перевага повинна надаватися циклічним вправам аеробного характеру, виконання котрих сприяє нормалізації процесів обміну й підвищенню загальної витривалості.

Плавання — ефективний засіб загартовування, підвищення ункціональних спроможностей серцево-судинної і дихальної систем, розвантаження хребта і суглобів. Під час регулярних занять плаванням оптимізується автоматична регуляція серцевого ритму, нормалізується порушена під час ампутації взаємодія симпатичної і парасимпатичної вегетативних систем, периферичний кровообіг, артеріальний тиск, біоелектрична активність м'язів і ферментативна активність крові, що в цілому підвищує адаптаційні здатності організму. Заняття у воді покращують трофіку і тургор шкіри, нормалізують її гідрофільність, зменшують пітливість, сприяють росту сили і нормалізації тонусу м'язів, підвищують споживання кисню тканинами.

Висновки

Таким чином, ефект впливу занять плаванням на організм підлітків, які займаються, різноманітний: починаючи від впливу, що гартує, гігієнічного ефекту, поліпшення діяльності органів і систем до негативного впливу внаслідок специфічних захворювань лор-органів, а також використання його лікувальних властивостей для корекції постави, скривлення хребта, у поліпшенні ряду психо-гігієнічних процесів.

Вивчення співвідношення засобів ЗФП у процесі попередньої базової спортивної підготовки в слабкозорих підлітків є пріоритетним в системі параолімпійської підготовки інвалідів зору.

Підготовка слабкозорих дітей до самостійного життя і діяльності жадає від них досить високого рівня здоров'я. Спрямованість тренувального процесу повинна бути зв'язана з оптимізацією і взаємодією слабкозорої дитини з навколишнім середовищем і забезпеченням нормалізації різних психічних функцій.

У фізичному вихованні й спорті інвалідів із порушеннями опорно-рухового апарату виділяють такі нозології, як стан після ампутації кінцівок, стан після травм спинного мозку і поліомієліту та дитячий церебральний параліч.

Неабияку роль при ДЦП відіграють порушення зору, слуху, емоційно-вольової сфери, інтелекту, поведінки, мовлення.

При достатній компенсації втраченої функції людина може займатися тими видами фізичної діяльності, котрі їй подобаються.

По засвоєнню лекції студент повинен:

- **знати** завдання та засоби АФВ при глухоті, сліпоті та слабозорості; лікарський контроль та профілактика травматизму, мету та загальні завдання АВФ при ДЦП та станах після ампутації; чи достатній стан компенсації втраченої функції для фізичної діяльності людини;
- **вміти** використовувати на практиці засоби та методи з АФВ із глухими, сліпими та слабозорими, надати першу долікарську медичну допомогу та використовувати теоретичні знання на практиці.

Питання для самоконтролю:

1. Проаналізуйте види дитячих церебральних (спастичних) паралічей (ДЦП).
2. Вкажіть причини виникнення дитячих церебральних (спастичних) паралічей (ДЦП).
3. Визначте фізичні вправи і тренажерні пристрої для збільшення активних рухів при ДЦП.
4. Охарактеризуйте причини інвалідності хворих при вадах опорно-рухового апарату.
5. Охарактеризуйте дії персоналу в разі виникнення приступу судом у хворого (елементарна домедична допомога) при епілепсії.
6. Охарактеризуйте термін «ампутація» та причини ампутації.
7. АФВ при ампутації і вроджених дефектах верхніх кінцівок.
8. АФВ при ампутації колінного суглоба.
9. Охарактеризуйте загальні завдання АВФ при станах після ампутації.

10. Охарактеризуйте специфічні завдання АВФ при станах після ампутації.
11. Охарактеризуйте загальні відомості про вади слуху.
12. Охарактеризуйте завдання АФВ при вадах слуху.
13. Охарактеризуйте засоби АФВ при дефектах слуху.
14. Охарактеризуйте особливості методики АФВ при дефектах слуху.
15. Охарактеризуйте вплив глухоти на стан здоров'я та рухову функцію організму.
16. Охарактеризуйте особливості роботи викладача з адаптивного фізичного виховання з глухими.
17. Охарактеризуйте загальні відомості про вади зору.
18. Охарактеризуйте завдання адаптивного фізичного виховання при вадах зору.
19. Охарактеризуйте засоби адаптивного фізичного виховання при вадах зору.
20. Охарактеризуйте особливості методики АФВ при вадах зору.
21. Охарактеризуйте специфічні завдання та засоби АФВ при вадах зору.
22. Охарактеризуйте особливості роботи викладача з АФВ з вадами зору.
23. АФВ при станах після ампутації з вадами зору.
24. Охарактеризуйте, які засоби АФК і рекреації частіше використовують у сліпих і глухих дітей.

Література

1. Евсеев С.П., Шпакова Л.В. Адаптивная физическая культура.

- Учебное пособие. - М.: Советский спорт, 2000. - 240с.
2. Круцевич Т.Ю. Теория и методика физического воспитания. Том 2. - К.: Олимпийская литература, 2003 - 390с.
 3. Мастюкова Е.М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом. - М.: Просвещение, 1991. - 159с.
 4. Черник Е.С. Физическая культура во вспомогательной школе: Учебное пособие. - М.: Учебная литература, 1997. - 320с.

Самостійна робота

1. Охарактеризувати фізкультурно-спортивні споруди для людей з обмеженими можливостями.

№ п\п	Назва фізкультурно-спортивної споруди	характеристика

2. Охарактеризувати особливості побудови процесу адаптивного фізичного виховання осіб з вадами слуху.

6.Черник Е.С. Физическая культура во вспомогательной школе: Учебное пособие. – М.: Учебная література, 1997. – 320с.

3.Охарактеризувати особливості побудови процесу адаптивного фізичного виховання осіб з вадами зору.

№ п\п	особливості побудови	характеристика

Література

1.Бріскін Ю.А. Спорт інвалідів у міжнародному спортивному русі. – Львів: Край, 2006. –346с.

2.Евсеев С.П., Шпакова Л.В. Адаптивная физическая культура. Учебное пособие. –М.: Советский спорт, 2000. – 240с.

3. Круцевич Т.Ю. Теория и методика физического воспитания. Том 2. – К.: Олимпийская литература, 2003. – 390с.

4.Чудная Р.В. Адаптивное физическое воспитание.–К.:Наукова думка,2000. – 358с.

5.Справочник по детской лечебной физкультуре / Под ред. М.И.Фонарёва. – Ленинград: Медицина, 1983. –360 с.

6.Черник Е.С. Физическая культура во вспомогательной школе: Учебное пособие. – М.: Учебная література, 1997. – 320с.

Розділ IV

Історичні аспекти розвитку адаптивного фізичного виховання.

Міжнародний спортивний рух інвалідів, як соціальне явище

Мета: розкрити становлення адаптивного фізичного виховання в Україні, зародження та розвиток Паралімпійського та Дефлімпійського руху, Спеціальних Олімпіад , «Інваспорту» в Україні.

Завдання :

- 1.Охарактеризувати проблему ставлення суспільства до людей зі стійкими порушеннями здоров'я.
- 2.Розкрити зародження ,розвиток, організацію та проведення Паралімпійського руху та Дефлімпійського руху.
- 3.Висвітити особливості організації фізкультурного руху і спорту інвалідів України.

План

- 1.Становлення АФВ в Україні.
 2. Соціальні функції спорту інвалідів.
 3. Зародження та розвиток Паралімпійського та Дефлімпійського руху
 - 4.Спеціальні Олімпіади-спортивний рух для людей із відхиленнями розумового розвитку
 5. Громадські організації та їх роль в міжнародному фізкультурному русі людей з обмеженими спроможностями
- Ключові терміни і поняття:** Паралімпійські ігри, паралімпійський рух, «Інваспорт».

4.1.Становлення адаптивного фізичного виховання в Україні

Проблема ставлення суспільства до людей зі стійкими порушеннями здоров'я проходить через усю історію людства і свідчить про жорстоке знищення тих, хто хворіє тривалий час, або, у кращому разі, безжалісну байдужість до них. Навмисне відсторонення від людей із фізичними вадами має як психологічні, так і соціальні корені. Це і свідомий страх перед хворобою, каліцтвом і смертю, і проблеми життєзабезпечення людей з особливими потребами, котрі вимагають більших зусиль і ресурсів тощо.

Принципові зміни у ставленні до людей з обмеженими фізичними спроможностями приходять із християнством, із закликом Ісуса Христа про милосердя і любов до ближнього. Проте тільки в епоху Відродження намітилося подолання ізоляції “аномальних” людей від соціуму та зміна ставлення до них. Одна з перших наукових праць, присвячених вихованню інвалідів — книга видатного вченого епохи Відродження Дж. Кардано “*Ragaliromena*”.

На території України у давнину людей із фізичними вадами опікували центри духовного життя того часу — монастирі. У процесі розвитку суспільства починають з'являтися притулки для знедолених людей. Із XIV ст. у притулках і церквах вводять спільне виховання здорових і хворих дітей.

У середині XVIII ст. у виховних домах виділилися спеціальні групи для дітей з особливими потребами.

На початку XIX ст. виникають перші спеціалізовані установи для глухонімих і сліпих дітей, а трохи пізніше і для дітей із відхиленнями у розумовому розвитку.

У дореволюційній Росії, до складу якої входила Україна, на

приватні пожертвування існувала зовсім невелика кількість навчальних закладів типу “притулків”, котрі охоплювали не більше 5—6 % дітей-інвалідів, які потребували допомоги.

Перша світова війна, численні жертви змінили ставлення світової спільноти до проблем інвалідності. Зростання суспільної свідомості перетворилося у громадський рух на захист рівних прав людей незалежно від їхніх фізичних спроможностей. Сьогодні в усьому світі відмічається великий прогрес у сфері соціальної і фізичної реабілітації інвалідів, розробці педагогіко-реабілітаційних методів.

В Україні кардинальні зміни у реабілітаційній роботі з інвалідами відбулися у пореволюційний період. Законодавство 1918 р. визначило статус інвалідів у суспільстві, заснувало виховно-корекційні установи для дітей із особливими потребами і ввело їх до загальнодержавної системи народної освіти. Цей крок дозволив консолідувати сили освіти, охорони здоров'я та юстиції у сфері реабілітації. До розробки системи корекційної педагогіки у 20-30-ті роки ХХ ст. були залучені кращі сили того часу: В. Бехтерев, Л. Виготський, В. М'ясищев, Г. Россолімо, Ф. Рау, В. Кащенко, М. Лаговською, М. Грабов. У Радянському Союзі 1929 р. було організовано перший науковий центр із розробки проблем вивчення, освіти, виховання і професійної підготовки дітей із особливими потребами — *експериментально-дефектологічний інститут*.

Одним із найвідоміших методів корекційної педагогіки став метод, розроблений на початку ХХ ст. педагогом М. Монтесорі. Завдяки цьому методу діти із затримкою психомоторного розвитку, особливо у разі педагогічної занедбаності, за рік-другий наздоганяють і навіть

випереджають у розумовому розвитку своїх здорових однолітків. Педагогіка М. Монтесорі стала популярною як у роботі з дітьми з особливими потребами, так і здоровими дітьми. Нині 80 % загальноосвітніх шкіл у Нідерландах працюють за цим методом.

Поряд із розвитком дефектології відбувалося становлення і розвиток фізичної культури і спорту інвалідів. У 20-ті роки ХХ ст. почався спортивний рух людей із вадами слуху. Вже 1924 р. у Парижі відбулися перші Олімпійські ігри глухих. З того часу Всесвітні ігри глухих регулярно надають можливості на рівних змагатися і спілкуватися глухим спортсменам усього світу.

В США процес становлення наукових уявлень про адаптивне фізичне виховання відбувався у напрямку від медичних підходів до фізичної активності. Сьогодні в ньому виокремлюють такі принципові етапи цього розвитку: I – етап медичної гімнастики (до 1900 р.), II – спортивний етап (1900-1930), III – етап корекційного фізичного виховання (1930-1950), IV – інтеграції неповносправних у суспільство засобами фізичного виховання та спорту (1950-1970), V – етап адаптивної фізичної активності (від 1970).

Адаптивна фізична активність в США є поширеною інфраструктурою надання послуг, моделей спілкування та дій. Вона спрямована на формування самоконцепції неповносправних – психологічного та фізичного здоров'я. До завдань адаптивного фізичного виховання належать: розвиток інтелектуальних вмінь, відчуттів, мотивацій, власної позиції, вміння приймати рішення, сенсомоторних функцій, рухової активності, рухових вмінь та моделей, вмінь зі спорту, танців, занять у воді.

У Росії адаптивна фізична культура розвивається з 90-х років ХХ ст. С.П. Євсєєвим, Л.В. Шапковою, Н.О. Рубцовой .Мета галузі визначена як максимально можливий розвиток життєздатності людини з психофізичними порушеннями за рахунок “забезпечення оптимального режиму функціонування природніх і духовних сил”. Питання нормативно-правового та нормативно-програмного забезпечення галузі адаптивної фізичної культури в Росії на момент цього дослідження вже вирішені, але теорія й концепція адаптивної фізичної культури перебувають у стані розробки.

Порівняння стану фізичного виховання неповносправних в Україні з характеристиками цієї галузі у вищезгаданих країнах підтверджує своєрідність розвитку його в Україні, необхідність розбудови вітчизняного адаптивного фізичного виховання у зв'язку зі специфічними українськими умовами та традиціями. Сучасне АФВ в Україні має юридичне забезпечення і належить до державної системи реабілітації інвалідів. У світовій спільноті Україна вигідно відрізняється передовою правовою базою, що гарантує державну підтримку та забезпечення фізичного виховання і спорту інвалідів. Державна політика України відносно людей з фізичними обмеженнями базується на принципах гуманності, заборони дискримінації, державних гарантій реалізації їхніх прав (у тому числі пільгових); створення необхідних умов для активної життєдіяльності (враховуючи особливі потреби, доступність до об'єктів соціальної інфраструктури); адресності реабілітаційних заходів; обов'язковості для державних структур фінансування заходів, спрямованих на забезпечення соціального захисту і реабілітації недієздатних

громадян. Права інвалідів визначені законом України «Про основи соціального захисту інвалідів».

За віковим принципом система корекційної педагогіки поділяється на 4 етапи: дошкільні установи: ясла, дитячі садки, спеціальні групи при масових дитячих садках, дошкільні відділення при спеціальних школах; спеціальні школи для дітей із різними нозологіями; установи спеціальної середньої та професійної освіти; середня і вища спеціальна освіта.

За нозологічним принципом організовані спеціальні корекційно-навчальні установи для людей із вадами слуху, зору, мовлення, із відхиленнями у розумовому розвитку. Закон України «Про фізичну культуру і спорт» звертається безпосередньо до питань фізичної культури інвалідів.

Мета спорту інвалідів. Існують відомості, що спорт інвалідів часто ототожнюють із лікувальною фізичною культурою, фізичною реабілітацією, адаптивним фізичним вихованням. Проте, для спорту інвалідів, на відміну від зазначених соціально значущих галузей, властивою є специфічна змагальна діяльність, що власне, у відповідності із особливостями спорту в цілому, виступає його системоутворюючим фактором. Отже, **метою спорту інвалідів є соціалізація інвалідів, задоволення їхніх потреб як членів суспільства у самоактуалізації та реалізації своїх можливостей в умовах змагальної діяльності.**

Концепція спорту інвалідів – інтеграція інвалідів в суспільне життя через використання засобів спорту (шляхом тренувальної та змагальної діяльності). Спорт інвалідів як соціально значуща галузь,

передбачає можливість досягнення зазначеної мети на різних результативних рівнях – як загальне оздоровлення, подолання невпевненості у власних силах і перемога над своєю „неповносправністю”, так і досягнення спортивного результату, встановлення рекорду, демонстрація найвищих людських можливостей.

На VIII Паралімпійських іграх - в перший і останній раз, виступала перша (і остання!) збірна СРСР з літніх паралімпійських видів спорту, яка була представлена плавцями і легкоатлетами: всього 12 спортсменів. Три легкоатлети України завоювали 8 золотих і одну срібну медаль. Вадим Калмиков (Харків) виграв стрибки в висоту, довжину, потрійний та багатоборство. Олександр Мохір (Артемівськ) переміг у бігу на дистанціях 100 і 200м, і був другим в багатоборстві. Віктор Рябоштан (Харків) двічі фінішував першим на спринтерських дистанціях.

В подальшому перші громадські об'єднання - фізкультурно-спортивні та оздоровчі клуби інвалідів - стали основою для створення національних Федерацій спорту інвалідів з різними нозологіями: ураженнями опорно-рухового апарату, вадами зору, слуху, фізичними та розумовими вадами. Завдяки зусиллям громадських організацій інвалідів відбувся стрімкий злет масового спорту інвалідів, коли в Україні була започаткована унікальна і поки що єдина в світі державна система фізичної культури і спорту інвалідів 'Інваспорт'. Так, в 1993 році згідно спільної постанови Міністерства України у справах молоді і спорту, Федерацій професійних спілок України та Національного комітету (Федерації) спорту інвалідів України від

14.01.1993 р. №29/П-2-6 «Про створення Українського та обласних центрів інвалідного спорту» були започатковані Український центр з фізичної культури і спорту інвалідів «Інваспорт» з 27 регіональними відділеннями, які разом забезпечують впровадження в життя державної політики з питань фізичної культури і спорту інвалідів в Україні.

Перший успіх відбувся для спортсменів-інвалідів вже з незалежної України, які ще поки що були в складі об'єднаної збірної СНД, з гучного виступу спортсменів з сидячого волейболу, причому українець Петро Остринський за підсумками змагань увійшов до символічної збірної світу з сидячого волейболу. Це було на ІХ Паралімпійських іграх в Барселоні, Іспанія, в 1992. Цікаво, що ця Паралімпіада зібрала 3020 спортсменів з 90 країн світу. 15 видів спорту були основними видами змагань, причому, близько 50% від загальної кількості атлетів змагались в плаванні та легкій атлетиці. Демонструвались два нових паралімпійських види спорту – парусний спорт і регбі.

Об'єднані однією збіркою – збіркою СНД виступали спортсмени бувшого СРСР в 1992 році і в П'ятих зимових Паралімпійських іграх у Франції (в місті Тінге-Альбервіль). Збірна команда зайняла третє місце в загальнокомандному заліку. Найбільш успішно виступали лижники, які вибороли 10 золотих, 8 срібних та 3 бронзових медалей. Загалом у змаганнях брало участь 24 країни, а в гонках за медалями вищої паралімпійської майстерності змагалось 475 спортсменів.

Для молоді незалежної України світові результати цих ігор стали знаковими, адже саме після засніженого Лілліхамера віце-президент

Національного комітету спорту інвалідів України Валерій Сушкевич, вперше побачивши спеціальне устаткування – аналог інвалідного візка, до якого кріпляться лижі – так званий боб, та спробувавши гонку на ньому, просто загорівся ідеєю створення команди українських лижників... Це було у постраждалій від землетрусу дружній Вірменії, де представники України надавали технічну, гуманітарну та моральну допомогу вірменським громадянам. Звідси бере початок ідея зимового паролімпійського спорту України.

А от справжній український дебют в літніх видах спорту відбувся в 1996 в США(Атланті), де Україна вперше взяла участь у літніх Паралімпійських іграх. Тоді, в X Іграх взяло участь 3195 спортсменів (2415 чоловіків та 780 жінок) із 103 країн, включено 20 видів спорту (3 - в якості демонстраційних). До складу української делегації входило 25 спортсменів, які представляли 5 видів спорту. Вже тоді збірна команда України привернула до себе пильну увагу. Наші спортсмени – В. Ліщинський, О. Акопян, І. Горбенко, Ю. Андрюшин - вибороли 1 золоту, 4 срібні та 2 бронзові нагороди у легкій атлетиці та плаванні. Причому, три з яких було на рахунку Олени Акопян з Дніпропетровська, а першим золотим призером став Василь Ліщинський з Донецька (нині - Київська обл.).

Улітку в Афінах відбуватимуться наступні Олімпійські ігри, а за ними для спортсменів з інвалідністю. Наша команда має намір виступити краще, ніж у попередні роки. Нагадаємо, що на феєричному виступі української параолімпійської збірної на іграх-2000 у Сіднеї наші спортсмени здобули 37 медалей.

Керівництво організаційною і методичною роботою сфери

оздоровчої фізичної культури і спорту інвалідів в Україні здійснюється системою державних структур, до яких входять: федерації, комітети, комісії, асоціації інвалідів, кафедри профільних вищих навчальних закладів, діагностичні та реабілітаційні центри, корекційні установи, консультаційні пункти, спеціальні школи-інтернати, клуби, секції, збірні команди з видів спорту.

Національний комітет спорту інвалідів України об'єднує 4 федерації, створені за нозологічним принципом: Спортивна федерація глухих; Спортивна федерація сліпих; Спортивна федерація інвалідів із порушеннями опорно-рухового апарату; Спортивна федерація інвалідів із порушеннями фізичного і відхиленнями у розумовому розвитку.

На фінансування фізкультурно-оздоровчих і спортивних заходів для інвалідів, створення та розширення їхньої спортивної бази виділяються кошти з державного бюджету і бюджетів місцевого самоврядування.

Право на заняття спортом людей із обмеженими фізичними спроможностями гарантується Законом України «Про підтримку олімпійського, паролімпійського руху і спорту вищих досягнень в Україні».

4.2. Соціальні функції спорту інвалідів

Спорту інвалідів, як соціальному явищу, властиві важливі соціально значущі загальні та специфічні функції. Загальними функціями спорту інвалідів виступають гуманістична, соціалізуюча, комунікативна, освітня, виховна та видовищна, а специфічними –

корекційно-компенсаторна, рекреаційно-оздоровча, моделювання поведінки, інтегративна, гедоністична та змагальна.

Гуманістична функція визначається, перш за все, ствердженням у суспільній свідомості найбільшої суспільної вартості – людини, її здоров'я, соціальної самореалізації, якості життя тощо. Гуманізм також передбачає визнання, розуміння та допомогу особам з особливими потребами не лише з боку спеціалізованих установ та фахівців, але й з боку суспільства у цілому, формування адекватних соціальних настанов щодо інвалідів як членів суспільства.

Спорт надає незрівнянні можливості для розвитку особистості в умовах дії таких гуманістичних чинників як свобода, рівність, відповідальність, творчість тощо. Сам характер спортивної діяльності, що вимагає мобілізації духовних та фізичних сил в процесі тренувань та змагань, спричиняє до особистісного зростання. Це особистісне зростання спортсмена, що проявляється і у покращанні фізичного стану, і покращанні комунікативної активності, і у зростанні спортивних результатів, і у суспільному визнанні успіхів тощо, підсилює віру у себе, гармонізують самооцінку, і, як наслідок, покращує якість життя спортсмена-інваліда.

Соціалізуюча функція спорту інвалідів реалізується у активізації процесу включення особи у життя суспільства, участі у соціально корисній діяльності, самореалізації, сприянні набуттю життєвого досвіду, засвоєнню соціальних норм, правил поведінки тощо. Спортивні заняття можуть виступати необхідною умовою духовного та фізичного розвитку, фундаментальним підґрунтям

самостійності у житті та підготовки до праці. Отже, заходи соціальної реабілітації засобами спорту є дуже важливими як для самого інваліда і його родини, так і для суспільства в цілому через те, що ефективна спортивно-оздоровча робота безпосередньо пов'язана з економічною рентабельністю, підвищенням працездатності, зменшенням захворювань, активізацією суспільної та професійної діяльності інвалідів.

Спортивні заняття та участь у змаганнях будь-якого рівня дають інвалідам можливість позиціонувати себе як повноправних членів суспільства. З іншого боку, досягнення високих спортивних результатів у Паралімпійських та Дефлімпійських іграх, прояв найвищих фізичних та духовних можливостей спортсменів-інвалідів сприяє створенню таких соціальних цінностей як з одного боку престижність, перемога та результат, а з іншого – співчуття, розуміння тощо.

Виховна функція спорту інвалідів полягає у формуванні у людини та суспільства в цілому гуманістичних та морально-етичних вартостей. Заняття спортом сприяють вихованню адекватної самооцінки, доланню невпевненості у собі, свідомого ставлення до власного здоров'я та виконання фізичних вправ, відповідальності та ініціативності, дисципліни тощо, а також формуванню навичок самовиховання. Спорт, як вид і результат діяльності, стверджує у свідомості людини пріоритетне значення активності для досягнення результату, сприяє набуттю позитивного морального досвіду, формуванню важливих якостей особистості тощо. В свою чергу, без перебільшення видатні досягнення спортсменів-інвалідів у

Паралімпійських та Дефлімпійських іграх демонструватимуть іншим інвалідам та суспільству в цілому можливість перемоги над фатальними наслідками долі, слугуватимуть прикладом та надихатимуть на спортивно-реабілітаційні заняття. Слід відзначити, що, на нашу думку, виховні цілі переслідує і реалізація видовищної функції спорту інвалідів.

Видовищна функція спорту інвалідів полягає у демонстрації видатних досягнень спортсменів-інвалідів, їх наполегливості та завзятості, що не можуть не викликати захоплення у глядача. Дійсно, у змаганнях інвалідів не завжди є ідеальна зовнішня краса рухів та тіла, проте, змагання відбуваються за участі великої кількості глядачів. Існує думка, що естетичні та емоційні переживання під час спостереження змагань інвалідів знаходяться на іншому рівні сприйняття, змушують дивитися на інваліда, як на людину-бійця, який, незважаючи на усі труднощі та обмеження живе повноцінним життям, і не лише прилаштовується до нього, а сам визначає свою долю. Спостереження за поведінкою та змагальною боротьбою спортсменів-інвалідів докорінно змінюють ставлення суспільства до них, сприяють сприйманню їх не як знедолених, а як рівних членів суспільства, часто здатних на значніші досягнення ніж більш здорові люди. Таким чином, видовищна функція, що також властива спорту інвалідів, на відміну від традиційного її тлумачення, переслідує не розважальну, а швидше виховну ціль.

Освітня функція передбачає, з одного боку набуття спортсменами-інвалідами знань про спорт як вид і результат

діяльності, сукупність духовних і матеріальних цінностей, набуття життєвого досвіду, знань, що сприятимуть покращанню якості життя та професійній самореалізації, а з іншого боку – формування знань про спорт інвалідів як соціальну вартість, структуру та зміст змагальної діяльності та рухової активності інвалідів різних нозологій, специфіку застосування засобів і методів спортивної підготовки у спорті інвалідів, особливості функціонування організму інвалідів різних нозологічних груп в умовах фізичних навантажень, змагальної діяльності, стресу тощо, особливості адаптаційних процесів тощо.

Для інвалідів з моторними та сенсорними порушеннями освітня функція спорту реалізується у вивченні основних вправ, створенні „фонотеки рухів”, перш за все, природних локомоцій, набутті навичок роботи із засобами пересування тощо та набуття знань про особливості функціонування організму, рухову активність, гігієну тощо. Спортивні заняття, спрямовані на досягнення високого результату передбачають набуття різних видів підготовленості у відповідності із загальною теорією підготовки спортсменів, що вимагає не лише фізичних навантажень, але й формування знань про закономірності розвитку фізичних якостей, індивідуалізацію техніки, планування підготовки, правила класифікацій та змагань, моралі спорту тощо.

Комунікативна функція спорту інвалідів набуває особливого значення саме з урахуванням особливостей життя людини з обмеженими можливостями. Відомо, що значною проблемою інвалідів є „виключеність” із звичайного життя, фіксація уваги на

хворобі, незадоволення станом здоров'я, емоційне пригнічення, слабка особистісна ініціатива, відсутність бажання підтримувати стосунки з друзями.

Заняття спортом та участь у змаганнях, навпаки, сприяють покращанню комунікативної активності. У процесі спортивного тренування інвалідів використовуються вербальні та невербальні комунікативні засоби. Характер спортивних дій також формує певну структуру взаємних стосунків. Сама ж природа спортивних занять вимагає відвідування спортивної споруди, передбачає колективні взаємодії, сприяє спілкуванню.

Зменшення обмежень у спілкуванні надзвичайно важливе для інвалідів усіх нозологій. Так, одним з завдань Спеціальних Олімпіад є створення можливостей для спілкування з іншими спортсменами, участі в суспільному житті, набуття життєвого досвіду тощо. У дефлімпійському спорті, надзвичайно важливою для реалізації комунікативної функції є наявність міжнародних дактилологічних понять, що суттєво розширює залучення інвалідів цієї нозології до активного життя через спорт, збільшує можливості спілкування без перекладачів з представниками інших країн та континентів за рахунок використання ухвалених у 1963 та 1976 рр. міжнародної пальцевої абетки та міжнародного словника для глухих "Джестуно", еквіваленту "Есперанто".

Корекційно-компенсаторна функція спорту інвалідів є основою всієї спортивної діяльності осіб з особливими потребами. Зрозуміло, що інвалідність, як стійке порушення, спричиняє до необхідності максимально можливої корекції відхилень. Заняття

спортом сприяють корекції та розвиткові сенсорних функцій (зорової, слухової, кінестетичної, тактильної, вестибулярної), психічних функцій (уваги, пам'яті, мови, емоційно-вольової царини, поведінки, особистісних настанов тощо), соматичних (постави, деформацій суглобового апарату, дихання, серцево-судинної системи тощо) та моторних (відхилень у розвиткові фізичних якостей, координації рухів тощо) порушень.

Рекреаційно-оздоровча функція спорту інвалідів полягає у задоволенні потреби в активному відпочинку, розвазі, відновленні фізичних та духовних сил. Спортивні заняття дають для цього надзвичайно широкі можливості – різноманітні спортивні ігри, адаптовані до нозологічних особливостей гравців, плавання, танці тощо, а також різноманітні спортивні заходи – спартакіади, фестивалі тощо.

У Паралімпійському ж та Дефлімпійському спорті подібні заняття можуть слугувати засобом відновлення, дозвілля, стимулом спілкування тощо. Функція моделювання поведінки, що її виявлено у професійному спорті, і яка полягає у формуванні соціально виправданого світогляду, властива також спорту інвалідів. Якості, що формуються у спорті використовуються суспільством як модель виховання інших членів суспільства, а спортсмени є прикладами для наслідування. Так, канадський спортсмен-паралімпієць та громадський діяч Рік Гансен, багаторазовий Чемпіон світу та Паралімпійських ігор у перегонах та марафоні на візках, за два роки об'їхав навколо світу у своєму турі "Людина у русі", подолавши на візку понад 40000 км, для демонстрації людських можливостей

писав: „Ми сподівалися, сконцентрувати увагу суспільства не на тому, що інваліди не можуть зробити, а навпаки – на їх можливостях. Ми прагнули призвати інвалідів влитися у суспільство...”. Інтегративна функція полягає в об’єднанні людей навколо соціально важливих вартостей на підставі спільності інтересів. Спорт інвалідів є унікальною формою інтеграції.

Гедоністична функція спорту інвалідів реалізується через рухову активність, що дає відчуття радості, захоплення, майже щастя. Людина з обмеженими можливостями гостро відчуває задоволення від вільного плавання, можливості верхової їзди, танцю на колясці тощо, щиро переживає навіть мінімальні успіхи у розвитку своїх можливостей, радіє можливості пересуватися, спілкуватися, змагатися і перемагати. Задоволення приносить не тільки власне рухова діяльність, а можливість досягнення поставленої мети, отримання соціального визнання тощо. У спорті інвалідів створюються навіть додаткові умови, що дають спортсменам більші можливості максимального прояву своїх здібностей, і які переважно реалізовані у системі класифікації.

Змагальна функція спорту інвалідів ґрунтується, перш за все, на розумінні змагань як системо утворюючого фактору спорту. Саме змагання, як системо утворюючий фактор спорту, створюють ґрунтовні підстави для постійних, систематичних та безперервних тренувань та рухової активності, а прагнення досягнення спортивного результату є потужним стимулом самовдосконалення.

4.3.Зародження та розвиток Паралімпійського та Дефлімпійського руху

Проблеми фізичної культури і спорту інвалідів України початку ХХІ ст. вирішує громадська організація Український центр фізичної культури інвалідів “Інваспорт”, яка систематично проводить фізкультурно-оздоровчу, спортивну, медико-реабілітаційну та навчально-методичну роботу з розвитку інвалідного спорту в Україні.

Діяльність Центру регламентується законодавством України, постановами і рішеннями Кабінету Міністрів і Положенням про Український центр фізичної культури інвалідів. Усі спортивні заходи Центру і матеріальне забезпечення учасників цих заходів організуються і проводяться відповідно до встановлених державою вимог і норм.

Нині громадська організація Центр інвалідного спорту “Інваспорт” являє структуру, котра поєднує 25 обласних відділень, 26 спеціалізованих дитячо-юнацьких спортивних шкіл, 24 спеціалізовані відділення підготовки спортивного резерву, 56 відділень регіональних центрів, міських центрів, 48 фізкультурно-оздоровчих клубів для інвалідів.

Стала традиційною і дуже популярною в Україні Спартакіада для дітей-інвалідів «Повір у себе», яка проводиться українським і регіональними центрами з фізичної культури та спорту інвалідів «Інваспорт».

Місцеві органи державної виконавчої влади, органи місцевого і регіонального самоврядування, громадські організації фізкультурно-

оздоровчого напрямку та організації інвалідів створюють спеціалізовані фізкультурно-оздоровчі установи (клуби і центри), забезпечують їх спеціальним обладнанням, сприяють участі інвалідів у спортивних змаганнях .

Паралімпіада... В останні роки це слово на слуху у всього світу!.. Латинське значення префіксу "para" (приєднаний) підкреслює те, що паралімпіади – всесвітні ігри спортсменів-інвалідів – проводяться услід за великими олімпійськими перегонами. Цікаво, що вони вже багато років поспіль відбуваються якраз у тих країнах та на тих же спортивних аренах. Їх відкривають і завершують такі ж променисті церемонії, настільки ж яскраво запалюється спортивний вогонь, котрий осяює надією і вірою прагнення перемог мужніх спортсменів-паралімпійців... Розвиток паралімпізму та спорту інвалідів у цілому має більш ніж столітню історію...Перші спроби залучення людей з обмеженими фізичними можливостями до фізичної культури та спорту були історично зафіксовані ще у 1888 році, коли в Берліні сформувався перший спортивний клуб для людей з вадами слуху. А перші Всесвітні ігри глухих (пізніше – Дефлімпійські ігри) відбулись дещо пізніше - 10-17 серпня 1924 року в Парижі. Саме під час проведення цих ігор, 16 серпня засновано Міжнародний спортивний комітет глухих. З того часу почала свій відлік славна естафета проведення Дефлімпійських ігор та становлення спорту людей з вадами слуху.

Всесвітні Ігри інвалідів, фактично I Параолімпійські ігри, відбулися в Римі (Італія) у 1960 р. майже відразу по закінченні Ігор XVII Олімпіади. Однак поняття “параолімпійський спорт” ввійшло в

спортивну практику тільки з 1964 р. У терміні “Параолімпіада” використовується латинське значення префіксу “para” – “приєднанийся”. Таким чином, термін “параолімпійські” означає, що ігри інвалідів приєднуються до Олімпійських, організуються і проводяться разом з ними. Проте, з 1968 по 1994 р. Параолімпійські ігри по різних причинах проводилися поза місцями проведення Ігор Олімпіад.

Перші Параолімпійські ігри відбулися в столиці Італії Римі в 1960 р.

Церемонія відкриття Ігор пройшла 18 вересня на стадіоні “Акваацетоса”, де були присутні п'ять тисяч глядачів. У змаганнях взяли участь 400 спортсменів з 23 країн. Делегація спортсменів Італії була самої численною. Програма римських Ігор уключала вісім видів спорту, серед яких були легка атлетика, плавання, фехтування, баскетбол, стрільянина з луку, настільний теніс і т.д. Медалі розігрувалися в 57 дисциплінах. У змаганнях брали участь спортсмени з ушкодженням спинного мозку. На цих Іграх видатні результати показали Ф. Россі з Італії (фехтування), Д. Томсон з Великобританії (легка атлетика) і ін. Перше місце на Іграх у неофіційному командному заліку зайняла Італія, друге і третє місця поділили Великобританія і США. Підводячи підсумки, Л. Гутман визначив “значення римських Ігор як нової моделі інтеграції паралізованих у суспільство”.

У II Параолімпійських іграх (Токіо, Японія, 1964 р.) взяли участь 390 спортсменів з 22 країн. Команди Великобританії (70 чіл.) і США (66 чіл.) були представлені найбільшою кількістю атлетів. У

програму Ігор були включені нові види спорту, зокрема, їзда на колясках, важка атлетика і метання диска. Істотною подією Ігор стало перейменування їх у “параолімпійські”. На змаганнях уперше використовувалася параолімпійська атрибутика (прапор, гімні символ), а після їхнього закінчення багато спортсменів-інвалідів Японії були працевлаштовані.

У III Параолімпійських іграх (Тель-Авів, Ізраїль, 1968 р.) брали участь 750 атлетів з 29 країн. У порівнянні зі змаганнями в Токіо програма Ігор істотно розширилася. У проведенні змагань по деяких видах спорту, наприклад, по баскетболу, плаванню і легкій атлетиці введені класифікаційні зміни.

У IV Параолімпійських іграх (Хайдельберг, Німеччина, 1972 р.) брали участь 1000 спортсменів з 44 країн. Самі численні делегації представлені Німеччиною, Великобританією і Францією. У програму змагань уведено нові види спорту і дисципліни для спортсменів різних груп недієздатності: голбол, біг на 100 м для спортсменів з порушенням зору і т.д. Під час Ігор встановлено кілька світових рекордів, зокрема, у плаванні, де уперше використовувалися спеціальні технічні засоби. Найбільшу кількість медалей завоювали американські і німецькі спортсмени. З великим відставанням від лідерів третє неофіційне загальнокомандне місце зайняли спортсмени Південно-Африканської Республіки (ПАР). Після проведення Параолімпійських ігор 1972 р., за пропозицією технічного комітету, фахівці працювали над удосконалюванням правил змагань. Під час Параолімпійських ігор у Хайдельберзі реалізована різнобічна культурна програма, наприклад, знайшла

практичне застосування ідея “Наметове пиво” для всіх учасників, а установлений великий курінь у реабілітаційному центрі став місцем вечірніх розваг.

У V Параолімпійських іграх (Торонто, Канада, 1976 р.) брали участь 1600 спортсменів (з них 253 жінки) з 42 країн. У знак протесту проти участі в них спортсменів ПАР на Ігри не приїхали представники деяких країн. Вперше в параолімпійських змаганнях брали участь 261 спортсмен з ампутованими кінцівками і 167 атлетів з порушенням зору. На Параолімпійських іграх у Торонто вперше здійснена телетрансляція змагань спортсменів-інвалідів більш ніж для 600-тисячної аудиторії кожної області Онтаріо. Істотно розширилася програма змагань – їзда на колясках на 200, 400, 800 і 1500 м. По кількості медалей у неофіційному загальнокомандному заліку спортсмени США з великим відривом від інших країн завоювали перше загальнокомандне місце. Друге і третє місця зайняли команди Нідерландів і Ізраїлю.

Церемонія відкриття VI Параолімпійських ігор (Анхем, Нідерланди, 1980 р.) відбулася на стадіоні “Папендаль” у присутності 12 тис. глядачів. У змаганнях брали участь 2500 спортсменів з 42 країн. Розширена класифікація спортсменів-інвалідів дозволила розіграти більш 3 тис. медалей. Вперше в програму Параолімпійських ігор включений сидячий волейбол, а також змагання для чотирьох груп інвалідності спортсменів. Голбол для спортсменів з порушенням зору став параолімпійським видом спорту. На Іграх сформований Міжнародний координаційний комітет. Перше, друге і третє місця в неофіційному

загальнокомандному заліку зайняли, відповідно, команди США, Німеччини і Канади.

Параолімпійські ігри 1984 р. проходили в Америці і Європі: 1780 спортсменів з 41 країни брали участь у змаганнях у Нью-Йорку і 2300 представників з 45 країн – у Сток-Мандевилі. На Іграх розіграно 900 медалей. Фінансування здійснювалося з державних і приватних джерел. Істотна частина дотацій представлена через інформаційне агентство урядом США. Основними представниками засобів масової інформації були компанії Бі-Бі-Сі, голландське, німецьке і шведське телебачення. За проведенням змагань по 13 видам спорту в Нью-Йорку спостерігали більш 80 тис. глядачів. Представники кожної групи інвалідності показали на Іграх значні результати. У підсумку команда США завоювала 276 медалей, посіла в неофіційному загальнокомандному заліку перше місце, а спортсмени Великобританії з 240 медалями – друге місце. У Сток-Мандевилі змагання проводилися по 10 видам спорту. Установлено велику кількість світових і параолімпійських рекордів, особливо в легкій атлетиці. Параолімпійські ігри в Сток-Мандевилі, незважаючи на короткий термін (4 місяці) їхньої підготовки, мали значний успіх. Організатори змагань погодилися з необхідністю участі в Параолімпійських іграх спортсменів усіх чотирьох груп інвалідності. На VIII Параолімпійські ігри (Сеул, Південна Корея, 1988 р.) прибула рекордна кількість спортсменів – 3053 представника з 61 країни.

Спортсменів, тренерів і технічний персонал розмістили в спеціально обладнаному селі, що включала 10 житлових будинків з 1316

квартирами. Президент Міжнародного координаційного комітету Джеймс Броман запропонував на Іграх новий параолімпійський прапор. Програма включала 16 видів спорту. Як демонстраційний вид спорту представлений теніс на колясках. У Сеулі окремі спортсмени виграли по кілька медалей у різних видах спорту. Перше місце в неофіційному загальнокомандному заліку зайняла команда США (268 медалей), друге – Німеччина (189 медалей), третє – Великобританія (179 медалей). Церемонія відкриття ІХ Параолімпійських ігор (Барселона, Іспанія, 1992 р.) проходила 3 вересня на олімпійському стадіоні. На ній були присутні 65 тис. глядачів; 90 делегацій брали участь в урочистому параді. В олімпійському селі розмістилося близько 3 тис. спортсменів і тисячі тренерів, офіційних осіб і менеджерів. Для спортсменів були організовані всі необхідні види медичного обслуговування. Протягом 12 днів спортсмени змагалися в 15 видах спорту. Під час Ігор близько 1,5 млн. глядачів відвідали різні змагання. В Іграх брали участь 3020 спортсменів, приблизно 50% від загальної кількості спортсменів змагалися в плаванні і легкій атлетиці. Установлено 279 світових рекордів і розіграна 431 золота медаль. Після Параолімпійських ігор у Барселоні для спортсменів з вадами розумового розвитку були проведені змагання в Мадриді. На Х Ігри (Атланта, США, 1996 р.) прибули 3195 спортсменів (2415 чоловіків і 780 жінок) і 1717 представників делегацій з 103 країн. З 16 по 25 серпня змагання проводилися по 20 видам спорту, з яких 3 – у якості демонстраційних. Уперше 56 спортсменів з порушенням розумових здібностей брали участь у змаганнях з легкої атлетики і плавання.

Ігри пройшли на високому організаційному рівні. Змагання відвідали близько 400 000 глядачів. На відкритті і закритті Ігор були присутні приблизно по 60 тис. глядачів. Змагання висвітлювали в засобах масової інформації 2088 акредитованих журналістів, з них: 721 – у газетах і журналах, 806 – на радіо і телебаченні, 114 – у фотоматеріалах.

На третьому Параолімпійському конгресі, що проводився за чотири дні до початку Ігор, розглядалися політичні й економічні проблеми. Обговорювалися питання, пов'язані з цивільними правами спортсменів-інвалідів у суспільстві, і інші проблеми інвалідного спортивного руху.

В Атланті була представлена широка культурна програма, що наочно показала тісний зв'язок між параолімпійським спортом і мистецтвом: демонструвалися роботи інвалідів.

Церемонія відкриття XI Параолімпійських ігор (Сідней, Австралія, 2000 р.) відбулася в олімпійському парку. У барвистому шоу брали участь зірки австралійської естради і відомих спортсменів. Програма змагань уключала 18 видів спорту, у тому числі 14 олімпійських. Унікальними для Ігор стали: боччі, голбол, пауерліфтинг і регбі.

У Параолімпійських іграх 2000 р. брали участь 3843 спортсмена з 127 країн, 2000 офіційних осіб, 1300 представників масової інформації, 1000 технічних працівників, 2500 гостей з Міжнародного і національного комітетів і 10 тис. волонтерів.

Бюджет сіднейських Параолімпійських ігор склав приблизно 135 млн. австралійських доларів. Федеральний уряд і мерія штату

Нового Південного Уельсу асигнували на проведення Ігор по 25 млн. австралійських доларів. Більш 80 млн. австралійських доларів надійшли від спонсорів, продажу квитків, продукції і добровільного фонду.

Перші зимові Параолімпійські ігри відбулися в 1976 р. в Орнсколдсвіці (Швеція). Змагання для спортсменів з ампутованими кінцівками і порушенням зору були організовані на треку й у полі. Уперше демонструвалися змагання в гонках на санях.

Успішне проведення перших зимових Ігор дозволило організувати другі параолімпійські змагання в 1980 р. у Гейло (Норвегія). Швидкісний спуск на санях проводилися як показові виступи. У Параолімпійських стартах взяли участь спортсмени всіх груп інвалідності.

ІІІ зимові Параолімпійські ігри були проведені в Інсбруці (Австрія) у 1984 р. Уперше 30 чоловіків на трьох лижах взяли участь у гігантському слаломі. У 1988 р.

ІV зимові Параолімпійські ігри знову проводилися в м. Інсбрук (Австрія). У змаганнях брали участь 397 спортсменів з 22 країн. Уперше на Ігри прибули спортсмени з СРСР. У програму Ігор були введені змагання на сидячих лижах. У 1992 р.

V ігри проходили в Тігнісі й Альбервилі (Франція). Через відсутність спеціальних льодових споруджень змагання відбулися тільки на треку й у полі. Вперше в лижних гонках змагалися спортсмени з порушенням розумового розвитку.

VI Зимові Параолімпійські ігри проводилися в 1994 р. у Ліллекхаммері (Норвегія). Приблизно 1000 атлетів жили в селі, де були спеціальні технічні засоби для інвалідів.

На Іграх продемонстровані змагання із сидячого хокею. Параолімпійська версія хокею виявилася популярною. Змагання з лижних гонок і біатлону проходили на місцевому лижному стадіоні. Норвежці виграли золоті медалі в естафеті на сидячих лижах. Представники країни-організатора Ігор домінували в їзді на санях і ковзанярському спорті.

VII Зимові Параолімпійські ігри вперше проводилися на азійському континенті – у Нагано (Японія). В Іграх взяли участь 1146 чіл. (571 спортсмен і 575 офіційних осіб) з 32 країн. Протягом 10 днів розігрувалися медалі в 5 видах спорту: гірськолижному, ковзанярському, лижних гонках, біатлоні і хокею. Спортсмени Норвегії повторили успіх попередніх Ігор і в неофіційному заліку зайняли перше загальнокомандне місце (18 золотих медалей), друге завоювала Німеччина (14 золотих медалей), третє – США (13 золотих медалей).

VIII Зимові Параолімпійські гри пройшли в Солт-Лейк-Сіті (США) у 2002 р. У них брали участь 580 спортсменів з 36 країн. У 2001 році Міжнародний олімпійський комітет прийняв історично важливе рішення про перейменування Всесвітніх ігор глухих у Дефлімпійські ігри (Олімпійські ігри глухих). Того ж року в м. Рим (Італія) дефлімпійці з усього світу зібралися змагатись на XIX літніх Дефлімпійських іграх.

У сучасних Параолімпійських іграх, розподіл спортсменів на

стартові групи здійснюється за збереженими функціональними можливостями відповідно до вимог конкретного виду спорту або спортивної дисципліни, причому функціональні можливості спортсменів враховуються незалежно від рівня їх умінь або тренуваності, а огляду на можливі функціональні зміни.

Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту спільно з Національним олімпійським комітетом України забезпечує підготовку та участь інвалідів у Паралімпійських іграх і міжнародних іграх інвалідів.

4.4. Спеціальні Олімпіади-спортивний рух для людей із відхиленнями розумового розвитку

У 1968 р. у США поширився рух, метою якого було інтегрувати людей із відхиленнями розумового розвитку до суспільства засобами фізичної культури і спорту, так звані “Спеціальні Олімпіади”.

Організатор Спеціальних Олімпіад — Ю. Кеннеді-Шрайвер — сестра президента США Дж. Кеннеді.

Спеціальні Олімпійські ігри для розумово відсталих людей, “Спешиал Олімпікс” – громадська організація, у якій відсутні гонорари і не продаються квитки на змагання, а її фінансування здійснюється за рахунок добровільних внесків і пожертвувань. У змаганнях виявляються лише індивідуальні можливості спортсменів, регламентуються тільки особисті досягнення, а медалі окремих країн не підраховуються.

«Спешиал Олімпікс» відкрита для спортсменів практично будь-якого віку (від 8 і до 80 років) незалежно від їхніх фізичних можливостей. Змагання з Програми рухової активності проводяться на всіх рівнях, зокрема Спеціальні олімпійські ігри для дітей і дорослих, страждаючих розумовою відсталістю (олігофренів). Кожен учасник у «Спешиал Олімпікс» має шанс перемогти, оскільки змагання проходять у групах спортсменів із практично однаковими можливостями.

«Спешиал Олімпікс» офіційно визнана МОК у лютому 1988 р. на XV зимових Олімпійських іграх у Калгарі. Президент МОК Х.А. Самаранч визнав «Спешиал Олімпікс» в офіційному порядку, і вона одержала дозвіл на використання найменування «Олімпіада».

До кінця ХХ ст. Спеціальні Олімпіади залучили понад 1 млн учасників із 150 країн. Характерно, що починалися усі спортивно-громадські явища, котрі змінили життя мільйонів людей-інвалідів, їхніх близьких і життя світової спільноти у цілому, в кожному випадку з ініціативи окремих особистостей.

Спеціальні Олімпіади, навіть у Всесвітніх іграх Спеціальних Олімпіад, декларують та реалізують гуманістичне положення, що **найбільшою цінністю Спеціальних Олімпіад є людина**, а не результат, формуючи стартові групи (дивізіони) з розрахунком на можливість максимального прояву своїх здібностей та перемоги кожним атлетом.

До початку III тисячоліття адаптивне фізичне виховання виділилося у самостійний напрям фізичного спортивного руху і представлене численними організаціями. Великий внесок у розвиток

АФВ Спеціальної Олімпіади, котра здійснює фінансове й інформаційне забезпечення конкретних програм з адаптивного фізичного виховання у США, країнах Європи та СНД.

4.5. Громадські організації та їх роль в міжнародному фізкультурному русі людей з обмеженими спроможностями

Сьогодні міжнародний фізкультурний рух людей з обмеженими фізичними спроможностями успішно розвивається завдяки активній роботі численних громадських організацій, таких, як Міжнародна спортивна і рекреаційна асоціація [осіб] з церебральним паралічем, Міжнародна спортивна асоціація сліпих, Міжнародна спортивна асоціація для осіб з вадами інтелекту, Міжнародна федерація Сток-Мандевільських ігор, Міжнародна спортивна організація інвалідів, Міжнародна Сток-Мандевільська федерація спорту на візках.

Наприкінці ХХ ст. з метою розвитку нових видів спорту для залучення ще більшої кількості людей із фізичними вадами була створена Міжнародна спортивна і рекреаційна асоціація [осіб] з церебральним паралічем, розвитку і стимуляції інвалідів.

Спортивний рух інвалідів, що охоплює інвалідів усіх нозологічних груп - з вадами зору, слуху, опорно-рухового апарату та інтелекту, і який охоплює усі континенти, ґрунтується на загальних суспільних вартостях – ідеалах Олімпізму, прагненні побудови кращого світу.

Розвиток спорту інвалідів має більш ніж столітню історію. Ще в XVIII і XIX ст. встановлено, що рухова активність є одним з основних факторів реабілітації інвалідів. Перші спроби прилучення інвалідів до спорту були початі в XIX ст., коли, у 1888 р., у Берліні формувався перший спортивний клуб для глухих. Уперше “Олімпійські ігри для глухих” проведені в Парижі 10-17 серпня 1924 р. У них брали участь спортсмени - представники офіційних національних федерацій Бельгії, Великобританії, Голландії, Польщі, Франції і Чехословаччини. На Ігри прибули спортсмени з Італії, Румунії й Угорщині, у яких таких федерацій не було. Програма Ігор включала змагання з легкої атлетики, велоспорту, футболу, стрільниці і плавання.

Міжнародний спортивний комітет глухих (МСКГ) утворений 16 серпня 1924 р. У нього увійшли федерації, що поєднують спортсменів з порушенням слуху. На першому конгресі МСКГ, що відбувся в Брюсселі 31 жовтня 1926 р., прийнятий Статут цієї організації. Однак, починаючи з 1924 р., МСКГ кожні чотири роки проводить літні Всесвітні ігри глухих. До початку другої світової війни в нього вступають Німеччина, Швейцарія, Данія, Норвегія, Фінляндія, Швеція, Австрія, США, Японія і Болгарія. У 1949 р. до них приєдналися Іспанія і Югославія. Організуються і проводяться Міжнародні зимові Ігри глухих.

Програма змагань для спортсменів з порушенням слуху і правила їх проведення ідентичні звичайними. Особливість полягає в тому, що дії арбітрів повинні бути обов'язково видимими. Для цього, наприклад, у стартових сигналах використовуються вогні.

Позитивним фактором, що спрощує організацію змагань, є використання спортсменами міжнародної дактилологічної системи, що дозволяє їм без перекладачів вільно спілкуватися один з одним.

Інваліди з ушкодженнями опорно-рухового апарату стали активно прилучатися до занять спортом тільки після другої світової війни. У 1944 р. у Центрі реабілітації хворих зі спинномозковими травмами в Сток-Мандевилі була розроблена спортивна програма як обов'язкова частина комплексного лікування. Її творець, професор Людвіг Гутман, згодом став директором Сток-Мандевильського центру і президентом Британської міжнародної організації лікування інвалідів з ушкодженнями опорно-рухового апарату. В наступні роки збільшилася не тільки чисельність учасників, але і кількість видів спорту.

Ідея проведення змагань інвалідів була підтримана міжнародною громадськістю. Ігри стали щорічним міжнародним спортивним святом, і, починаючи з 1952 р., спортсмени-інваліди з Нідерландів, ФРН, Швеції, Норвегії регулярно приймали в них участь. Відсутність необхідного керуючого органу, який би координував і визначав напрямки розвитку змагань інвалідів, привело до створення Міжнародної Сток-Мандевильської федерації, що установила тісні взаємини з Міжнародним олімпійським комітетом (МОК).

Під час проведення Олімпійських ігор у Мельбурні в 1956 році МОК нагородив Міжнародну Сток-Мандевильську федерацію спеціальним кубком за втілення в життя олімпійських ідеалів гуманізму. Поступово світ переконувався в тому, що спорт не є

прерогативою здорових людей. Інваліди навіть з такими серйозними травмами, як ушкодження хребта при бажанні можуть брати участь у змаганнях.

У Сток-Мандевилі на кошти інвалідів, пенсіонерів і благодійних пожертвувань був побудований стадіон для спортсменів-інвалідів, а в 1960 р. у міжнародних іграх параплегіків, що вперше проводилися в столиці Італії Римі, взяли участь 400 спортсменів з 23 країн.

Л. Гутманом у 1959 р. розроблений і опублікований у “Книзі Сток-Мандевильських ігор для паралізованих” регламент проведення змагань по видах спорту. У 1989 р. відбулися перші міжнародні спортивні змагання людей з пересадженим серцем, а в 1990 р. у Каракасі (Венесуела) спортсмени з чужим серцем перебороли марафонську дистанцію.

Висновки

Спорт інвалідів у системі міжнародного олімпійського руху, вершиною якого є Паралімпійські ігри, Дефлімпійські ігри та Всесвітні ігри Спеціальних Олімпіад, і який переважно спрямований на демонстрацію найвищих можливостей кожного спортсмена в умовах впорядкованого суперництва.

Стала традиційною і дуже популярною в Україні Спартакіада для дітей-інвалідів «Повір у себе», яка проводиться українським і регіональними центрами з фізичної культури та спорту інвалідів «Інваспорт».

Кількість тих, хто займається реабілітацією, фізичною культурою і спортом з кожним роком стає більше. Найбільш популярним видом спорту у світі є легка атлетика, футбол, настільний теніс, шахи, шашки, плавання та багато інших.

З кожним роком в країнах зростає кількість фізкультурно-оздоровчих клубів інвалідів, спецшкіл-інтернатів. Для інвалідів відкриваються спеціалізовані відділення паралімпійської та дефлімпійської підготовки. Почали розвиватись такі нові види спорту як голбол для незрячих спортсменів і баскетбол на візках. Голосно заявили про себе виконавці танців у візках. Нова фаза розвитку охопила й стрільків...

Студент повинен:

- **знати** історію виникнення, розвиток, організацію та проведення літніх та зимових Паралімпійських ігор;
- **вміти** розкрити особливості проведення масових змагань спортсменів Паралімпійських нозологій.

Контрольні запитання

1. Охарактеризуйте сучасний стан проблеми інвалідності у світі, причини збільшення кількості інвалідів у світі.
2. Охарактеризуйте актуальні проблеми адаптивного фізичного виховання в Україні та світі.
3. Охарактеризуйте адаптивне фізичне виховання в Україні.
4. Охарактеризуйте законодавчі основи адаптивного фізичного виховання в Україні.

5. Організаційні основи адаптивного фізичного виховання в Україні.
6. Охарактеризуйте принципи вітчизняної державної політики в сфері соціального захисту інвалідів.
7. Охарактеризуйте адаптивне фізичне виховання в державній системі корекційної педагогіки.
8. Охарактеризуйте діяльність громадських і державних організацій в галузі фізичного виховання та спорту інвалідів.
9. Охарактеризуйте особливості організації фізкультурного руху і спорту інвалідів України.
10. Охарактеризуйте проблеми фізичної та соціальної адаптації інвалідів.
11. Охарактеризуйте історичні аспекти розвитку адаптивного фізичного виховання.
12. Охарактеризуйте причини виникнення та розвиток Ігор для глухих (Тихих Олімпіад).
13. Охарактеризуйте причини виникнення та розвиток Параолімпійських ігор.
14. Охарактеризуйте причини виникнення та розвиток Сток-Мандевільських ігор.
15. Охарактеризуйте причини виникнення та розвиток Спеціальних Олімпіад.
16. Охарактеризуйте причини виникнення та розвиток спорту на візках.
17. Охарактеризуйте організація та проведення Параолімпійських Ігор.

18. Охарактеризуйте Україну в міжнародному спортивному русі інвалідів.

Література

Базова

1. Бріскін Ю. А. Спорт інвалідів : [підруч. для студ. ВНЗ фіз. виховання і спорту] / Ю. А. Бріскін. – К. : Олімпійська література, 2006. – 263 с. – ISBN 966-7133-79-6
2. Бріскін Ю.А. Організаційні основи Паралімпійського спорту: навчальний посібник. - Л.:“Кобзар”, 2004. - 180 с., іл.
3. Бріскін Ю. А., Передерій А.В. Вступ до теорії спорту інвалідів: навчальний посібник. Л.:”Апріорі”, 2008 – 70 с.

Допоміжна

1. Передерій А., Борисова О., Брискин Ю. Общая характеристика классификаций в спорте инвалидов // Наука в олимпийском спорте. - 2006. - № 1. - С. 50-54.
2. Бріскін Ю.А.,Передерій А.В. Класифікаційні стратегії Паралімпійського спорту //Оздоровча і спортивна робота з неповносправними / За заг.ред. Бріскіна Ю., Линця М., Боляха Е., Мігасевича Ю. Львів: Видавець Тарас Сорока.- 2004.- С. 22-29
3. Симаков Ю.П. Паралимпийское движение: структура и тенденции развития // ВНИИФК. Тезисы всесоюзной науч. конф. по проблемам олимпийского спорта (Челябинск, 22-26 мая 1991 г.). -М., 1991. -С. 48-50.

4. Соболевский В.И. Этико-деонтологические аспекты физкультурно- оздоровительной работы среди инвалидов // Теория и практика физической культуры. -1990. -№ 1. -С. 48-50.

Самостійна робота

1.Охарактеризувати історичні аспекти розвитку Паралімпійських ігор.

№ п/п	історичні аспекти	характеристика

2.Охарактеризувати літні паралімпійські види спорту.

№ п/п	вид спорту	характеристика

3.Охарактеризувати зимові паралімпійські види спорту.

№ п/п	вид спорту	характеристика

4. Охарактеризувати Паралімпійський рух в Миколаєві.

№ п/п	назва виду спорту	характеристика виду спорту	назва змагань	досягнення та прізвище учасників

5. Охарактеризувати Паралімпійський рух в Україні.

№ п/п	назва виду спорту	характеристика виду спорту	назва змагань	досягнення та прізвище

				учасників

6. Написати реферат та зробити доповідь на одну із тем:

1. Особливості організації та проведення параолімпійських ігор.
2. Особливості проведення масових змагань спортсменів Параолімпійських нозологій.
3. Організаційні і соціальні аспекти розвитку спорту інвалідів.
4. Відновлення і розширення у людини рухової активності.
5. Реабілітація інвалідів засобами фізичного виховання.

7. Охарактеризувати причини виникнення Ігор для осіб з вадами слуху.

№ п\п	причина	характеристика

8. Скласти хронологію Ігор для осіб з вадами слуху.

№ п\п	Термін проведення	Місце проведення	Кількість країн-учасниць	Програма змагань	Переможці

Рекомендована література

1. Бріскін Ю. А. Спорт інвалідів : [підруч. для ВНЗ фіз. виховання і спорту] / Ю. А. Бріскін. – К., Олімп. література. – 2006. – 263 с. – ISBN 966-7133-79-6.

2. Брискин Ю.А., Передерий А.В., Евсеев С.П. Адаптивный спорт // [Текст] /– М., Советский спорт. – 2010. – 316 с. – ISBN 978-5- 9718-0460-4.
3. Брискин Ю.А. Организация соревнований среди спортсменов с отклонениями интеллектуального развития // Физическое воспитание студентов творческих специальностей: Науч. моногр. /Под ред. С.С. Ермакова. – Х., ХГАДИ (ХХПИ). – 2005. –№6. – С. 72–78.
4. Бріскін Ю.А. Адаптивний спорт. Спеціальні Олімпіади: навчальний посібник. – Львів: “Ахіл”, 2003. – 128 с.
5. Гончаренко Є. Особливості фізичного розвитку спортсменів 17– 19 років з відхиленнями розумового розвитку / Євген Гончаренко // Теорія і методика фізичного виховання і спорту, 2009. – №2. – С.17–20
6. Ильин В., Рубцова Н., Скоросов К. Влияние занятий конькобежным спортом на детей 12–14 лет с отклонениями умственного развития // Наука в олимпийском спорте, 2006. – № 1–С.55–60.
7. Карпенко Л. Деятельность организации ”Специальные Олимпиады” в современном обществе // Наука в олимпийском спорте, 2006. – № 1.– С. 38–44.
8. Матвеев С. Проблеми гуманізму в сучасному спорті / Сергій Матвеев, Лідія Радченко, Ірина Когут, Тарас Данько// Теорія і методика фізичного виховання і спорту, 2009. – №2. – С.33–38
9. Мудрік В.І. Спеціальні Олімпіади. Special Olympics. –К., Нора– прінт. – 2001. – 52 с.
9. Охарактеризувати причини виникнення Сток-Мандевільських ігор.

№ п\п	Причини	характеристика

10. Скласти хронологію Сток-Мандевільських ігор

№ п\п	Термін проведення	Місце проведення	Кількість країн-учасниць	Програма змагань	Переможці

Рекомендована література

1. Бріскін Ю. А. Спорт інвалідів : [підруч. для ВНЗ фіз. виховання і спорту] / Ю. А. Бріскін. – К., Олімп. література. – 2006. – 263 с. – ISBN 966-7133-79-6.
2. Брискин Ю.А., Передерий А.В., Евсеев С.П. Адаптивный спорт // [Текст] /– М., Советский спорт. – 2010. – 316 с. – ISBN 978-5- 9718-0460-4.
3. Брискин Ю.А. Организация соревнований среди спортсменов с отклонениями интеллектуального развития // Физическое воспитание студентов творческих специальностей: Науч. моногр. /Под ред. С.С. Ермакова. – Х., ХГАДИ (ХХПИ). – 2005. –№6. – С. 72–78.
4. Бріскін Ю.А. Адаптивний спорт. Спеціальні Олімпіади: навчальний посібник. – Львів: “Ахіл”, 2003. – 128 с.

5. Гончаренко Є. Особливості фізичного розвитку спортсменів 17– 19 років з відхиленнями розумового розвитку / Євген Гончаренко // Теорія і методика фізичного виховання і спорту, 2009. – №2. – С.17–20
6. Ильин В., Рубцова Н., Скоросов К. Влияние занятий конькобежным спортом на детей 12–14 лет с отклонениями умственного развития // Наука в олимпийском спорте, 2006. – № 1–С.55–60.
7. Карпенко Л. Деятельность организации ”Специальные Олимпиады” в современном обществе // Наука в олимпийском спорте, 2006. – № 1.– С. 38–44.
8. Матвеев С. Проблеми гуманізму в сучасному спорті / Сергій Матвеев, Лідія Радченко, Ірина Когут, Тарас Данько// Теорія і методика фізичного виховання і спорту, 2009. – №2. – С.33–38
9. Мудрік В.І. Спеціальні Олімпіади. Special Olympics. –К., Нора– прінт. – 2001. – 52 с.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Базова

1. Адаптивное физическое воспитание и спорт / Под ред. Джозефа П. Винника. – К.: Олимпийская литература, 2010. – 608 с.
2. Байкіна Н.Г. Методика викладання фізичної культури та спорту інвалідів: навчальний посібник / Н.Г. Байкіна, Я.В. Крет, Д.О. Силант'єв.– Запоріжжя: ЗДУ, 2002. – 86 с.
3. Болях Є. Командні спортивні ігри у змаганнях сліпих і напівсліпих осіб /Є. Болях //Молода спортивна наука України. – Л., 2000. – Вип. 4- С. 325-328.
4. Бріскін Ю. Паралімпійський спорт: навчальний посібник / Ю. Бріскін, А. Передерій, В. Строкатов. – Л.: Арал, 2001. – 141 с.
5. Круцевич Т.Ю. Теорія і методика фізичного виховання різних груп населення. - Том 2 - Київ: Олімпійська література, 2008. - 367с.
6. Чудная Р.В. Адаптивное физическое воспитание. - К.: Наукова думка, 2000. - 358с.
7. Шанина Г. Е. Адаптивная физическая культура как фактор социального здоровья лиц с ограниченными возможностями // Теория и практи. физ. культуры. — 2003. — № 1. — С. 56–57.

Допоміжна

1. Бріскін Ю.А. Спорт інвалідів - Київ: Олімпійська література, 2006. -262с.
2. Бріскін Ю.А., Передерій А.В. Вступ до теорії спорту інвалідів. - Л.: «Апріорі»,2008. - 68с.

3. Бріскін Ю.А. Організаційні основи Паралімпійського спорту. - Львів: «Кобзар», 2004.-179с.
4. Веневцев С.И. Адаптивный спорт для лиц с нарушением интеллекта. - Москва: «Советский спорт», 2004. - 91с.
5. Веневцев С.И., Дмитриев А.А. Оздоровление и коррекция психофизического развития детей с нарушением интеллекта средствами адаптивной физической культуры. - М.: «Советский спорт», 2004. - 104с.
6. Закон України "Про фізичну культуру і спорт", К.: 1993.- 22с.
7. Косцова М. Психологічні аспекти підготовки спортсменів з вадами опорно-рухового апарату, які займаються плаванням / М. Косцова // Оздоровча і спортивна робота з неповносправними. – Л., 2003. Вип.1 С. 54-56.

Інформаційний ресурс

1. Адаптивне фізичне виховання : навч. посібник / уклад.: Осадченко Т. М., Семенов А.А., Ткаченко В.Т. – Умань : ВПЦ «Візаві», 2014. – 210 с. – Режим доступу: http://dspace.udpu.edu.ua/jspui/bitstream/6789/5967/1/AFV_AFV.pdf
2. Деделюк Н.А. Теорія і методика адаптивної фізичної культури : навч.-метод. посібник для студентів / Н. А. Деделюк. – Луцьк : Вежа-Друк, 2014. – 68 с. – Режим доступу: <http://esnuir.eenu.edu.ua/bitstream/123456789/4755/1/adaptyvna%20fizk.pdf>

ДОДАТОК 1

Танцювальна комбінація на кроки галопу 1.

- Основи музичної грамоти:**
1. На крок галопу;
 2. На 32-ва рахунки;
 3. Темп швидкий;
 4. Музичний розмір 2/4;
 5. Одинарна;
 6. Без вступу;
 7. Циклічність повторювань 2-а рази;
 8. Ритмічний малюнок 4-и елементи.

В.п. – III-я позиція ніг піднявшись на носки, руки на пояс.

Рах. 1-8. Вісім кроків галопу з правої.

9.-16 . Вісім кроків галопу з лівої

17-24. Вісім кроків галопу в праву сторону

25.-32 .З поворотом направо на 180⁰ вісім кроків галопу в ліву сторону.

Танцювальна комбінація на кроки галопу 2.

- Основи музичної грамоти:**
1. На крок галопу.
 2. На 16-ть рахунки.
 3. Темп швидкий.
 4. Музичний розмір 2/4.
 5. Парна.
 6. Без вступу.
 7. Циклічність повторювань 2-а рази.

8. Ритмічний малюнок 3-и елементи.

В.п. – зовнішнє коло – III-я позиція ніг (піднявшись на носки), права рука на пояс, ліва вперед долонею до низу на руку партнера;

внутрішнє коло – III-я позиція ніг (піднявшись на носки), ліва попереду, ліва рука на пояс, права вперед долонею до верху.

Рах. 1-4 .З.К. Чотири кроки галопу з правої.

В.К. Чотири кроки галопу з лівої.

5-8. З.К. Чотири кроки галопу з лівої.

В.К. Чотири кроки галопу з правої..

9-16 З.К. Вісім кроків галопу вправо.

В.К. Вісім кроків галопу вліво.

Танцювальна комбінація на кроки галопу 3.

Основи музичної грамоти: 1. На крок галопу.

2. На 32-ва рахунки

3. Темп швидкий

4. Музичний розмір 2/4

5. Парна

6. Без вступу

7. Циклічність повторювань 2-а рази

8. Ритмічний малюнок 7- елементів.

В.п.- ставши по колу боком до центру, тримаючись за руки з партнером.

- Рах.** 1-3. Три кроки галопу до центру.
4. Притоп.
- 5-7. Три кроки галопу від центру .
8. Притоп;
- 9-11 . Три кроки галопу до центру.
12. Притоп;
- 13-15. Три кроки галопу від центру.
16. Притоп;
- 17-24 . Обхід навколо партнера.
25. Оплеск.
26. Оплеск з партнером правими долоньями.
27. Оплеск.
28. Оплеск з партнером лівими долоньями.
- 29-32. Перехід по колу до наступного партнера.

Танцювальна комбінація на крок польки

Основи музичної грамоти: 1. Крок польки;

2. На 16-ть рахунків;

3. Темп швидкий;

4. Музичний розмір 4/4;

5. Парна;

6. Без вступу;

7. Циклічність повторювань 2-а

рази;

8. Ритмічний малюнок 6 елементів.

В.п. зовнішній круг – III-я позиція ніг, права попереду, права рука на поясі, ліва рука вперед долонею до низу на руку партнера;
внутрішній круг – III-я позиція ніг, ліва попереду, ліва рука на поясі,

права рука вперед долонею до верху.

Рах. 1-2 З.К. Крок польки з правої.

В.К. Крок польки з лівої.

3-4 З.К. Крок польки з лівої.

В.К. Крок польки з правої.

5-8 З.К. Чотири підскоки з поворотом на 360 під руку партнера;

В.К. Чотири підскоки з просуванням вперед.

9-10 З.К. Крок польки з правої.

В.К. Крок польки з лівої.

11-12 З.К. Крок польки з лівої.

В.К. Крок польки з правої.

13-16 З.К. Чотири підскоки з просуванням вперед.

В.К. Чотири підскоки з поворотом на 360 під руку партнера.

17-18 З.К. Крок польки з правої.

В.К. Крок польки з лівої.

19-20 З.К. Крок польки з лівої.

В.К. Крок польки з правої.

21-22 З.К. Крок польки з правої.

В.К. Крок польки з лівої.

23-24 З.К. Крок польки з лівої.

В.К. Крок польки з правої.

25-32 З.К. Вісім кроків галопу в праву сторону.

В.К. Вісім кроків галопу в ліву сторону.

«ВАЛЬС»

Основи музичної грамоти: 1. Крок вальсу;

2. На 48-м рахунків;

3. Темп «Вальс»;

4. Музичний розмір 3/4;

5. Парна;

6. Без вступу;

7. Циклічність повторювань 1раз;

8. Ритмічний малюнок 12 елем .

В.п. - зовнішнє коло – III-я позиція ніг, права попереду, обличчям до партнера, руки вперед в сторони долонями до низу; внутрішнє коло – III-я позиція ніг, ліва попереду, обличчям до партнера, руки вперед в сторони долонями до верху.

Рах. 1-3 З.К. Крок вальсу в праву сторону.

В.К. Крок вальсу в ліву сторону.

4-6 З.К. Крок вальсу в ліву сторону.

В.К. Крок вальсу в праву сторону.

7-9 З.К. Крок вальсу в праву сторону.

В.К. Крок вальсу в ліву сторону.

10-12 З.К. Крок вальсу в ліву сторону.

В.К. Крок вальсу в праву сторону.

13-15 З.К. Крок вальсу вперед з правої, права рука на пояс, ліва рука вперед долонею до низу.

В.К. Крок вальсу вперед з лівої, ліва рука на пояс, права рука вперед долонею до гори.

16-18 З.К. Крок вальсу вперед з лівої, права рука на пояс, ліва рука вперед долонею до низу.

В.К. Крок вальсу вперед з правої, ліва рука на пояс, права рука вперед долонею до гори.

19-21 З.К. Крок вальсу вперед з правої, права рука на пояс, ліва рука вперед долонею до низу.

В.К. Крок вальсу вперед з лівої, ліва рука на пояс, права рука вперед долонею до гори.

22-24 З.К. Крок вальсу вперед з лівої, права рука на пояс, ліва рука вперед долонею до низу.

В.К. Крок вальсу вперед з правої.

25-30 З.К. Крок вальсу з поворотом направо, пройшовши спиною до партнера.

В.К. Крок вальсу з поворотом наліво, пройшовши спиною до партнера.

31-36 З.К. Крок вальсу з поворотом наліво, пройшовши спиною до партнера.

В.К. Крок вальсу з поворотом направо, пройшовши спиною до партнера.

37-42 З.К. Крок вальсу з поворотом направо, під руку партнера.

В.К. Два кроки вальсу вперед з лівої.

43-48 З.К. Два кроки вальсу вперед з правої

В.К. Один крок вальсу з поворотом наліво, під руку партнера.

Руки донизу вперед.

Донизу в сторони.

Танцювальна комбінація на кроки мазурки.

Основи музичної грамоти: 1. Крок мазурки

2. На 96-ть рахунків

3. Темп «Мазурка»

4. Музичний розмір 3/4

5. Парна

6. Без вступу

7. Циклічність повторювань один раз

8. Ритмічний малюнок 22 елем.

В.п. -3.К. III позиція ніг, права рука на пояс, ліва рука вперед долонею донизу.

В.К. III позиція ніг ліва попереду, ліва рука на пояс, права вперед долонею до гори.

Рах. 1-3 3.К. Чоловічий крок мазурки з правої.

В.К. Чоловічий крок мазурки з лівої.

4-6 3.К Чоловічий крок мазурки з правої.

В.К. Чоловічий крок мазурки з лівої.

7-9 3.К. Чоловічий крок мазурки з правої.

В.К. Чоловічий крок мазурки з лівої.

10-12 3.К. Чоловічий крок мазурки з правої.

В.К. Чоловічий крок мазурки з лівої.

13-24 3.К. Чотири жіночих кроки мазурки навколо партнера, права

рука на пояс, лівою взявшись за руку партнера .

В.К. Стійка на правому коліні, ліва рука на пояс, правою взявшись за руку партнера.

25-27 З.К Чоловічий крок мазурки з правої.

В.К Чоловічий крок мазурки з лівої.

28-30 З.К. Чоловічий крок мазурки з правої.

В.К Чоловічий крок мазурки з лівої.

31-33 З.К. Чоловічий крок мазурки з правої.

В.К. Чоловічий крок мазурки з лівої.

34-36 З.К. Чоловічий крок мазурки з правої.

В.К. Чоловічий крок мазурки з лівої.

37-48 З.К. Стійка на лівому коліні, права рука на пояс, лівою рукою

взявшись за руку партнера.

В.К. Чотири жіночих кроки мазурки навколо партнера, права рука на пояс, лівою взявшись за руку партнера.

49-51 З.К Чоловічий крок мазурки з правої.

В.К. Чоловічий крок мазурки з лівої.

52-54 З.К. Чоловічий крок мазурки з правої.

В.К. Чоловічий крок мазурки з лівої.

55-57 З.К Чоловічий крок мазурки з правої.

В.К Чоловічий крок мазурки з лівої.

58-60 З.К. Чоловічий крок мазурки з правої.

В.К Чоловічий крок мазурки з лівої.

61-66 З.К. Два жіночих ключа .

В.К. Два чоловічих ключа.

67-72 З.К. Два жіночих ключа.
В.К Два чоловічих ключа.
73-75 З.К. Жіночий крок мазурки з правої.
В.К. Жіночий крок мазурки з лівої.
76-78 З.К. Жіночий крок мазурки з правої.
В.К. Жіночий крок мазурки з лівої.
79-81 З.К. Жіночий крок мазурки з правої.
В.К. Жіночий крок мазурки з лівої.
82-84 З.К. Жіночий крок мазурки з правої.
В.К. Жіночий крок мазурки з лівої.
85-90 З.К Два чоловічих ключа .
В.К. Два жіночих ключа .
91-96 З.К Два жіночих ключа .
В.К Два чоловічих ключа .

Танцювальна комбінація з елементами українського народного танцю

Основи музичної грамоти: 1. Український танець;

2. На 56-ть рахунків;

3. Темп швидкий;

4. Музичний розмір 4/4;

5. Парна;

6. Без вступу;

7. Циклічність повторювань 2-а

рази;

8. Ритмічний малюнок 14 елем.

В.п. - зовнішнє коло – III-я позиція ніг, права попереду, права рука на поясі, ліва рука вперед долонею до низу на руку партнера;
внутрішнє коло – III-я позиція ніг, ліва попереду, ліва рука на поясі, права рука вперед долонею до верху.

Рах. 1-4 . З.К. Бігунець з правої.

В.К. Бігунець з лівої.

5-8 З.К. Бігунець з лівої.

В.К. Бігунець з правої.

9-12 З.К. Бігунець з правої.

В.К. Бігунець з лівої.

13-16 З.К. Бігунець з лівої.

В.К. Бігунець з правої.

17-20 З.К. Тинок вправо.

В.К. Тинок вліво.

21-24 З.К. Тинок вліво.

В.К. Тинок вправо.

25-28 З.К. Тинок вправо.

В.К. Тинок вліво.

29-32 З.К. Тинок вліво.

В.К. Тинок вправо.

33-36 З.К. Вихилясник з правої.

В.К. Два голубці в ліву сторону, два притопи.

37-40 З.К. Вихилясник з лівої, два притопи.

В.К. Два голубці в праву сторону, два притопи.

41-44 З.К. Два голубці в ліву сторону, два притопи.

В.К. Вихилясник з правої.

45-48 З.К. Два голубці в праву сторону, два притопи.

В.К Вихилясник злівої, два притопи.

49-52 З.К. Напівприсід повернувшись обличчям до партнера, руки в упор на коліна.

В.К Напівприсід повернувшись обличчям до партнера, руки в упор на коліна.

53- 56 З.К. Стрибком у стійку на лівій, права вперед – назовні на п'яту, права рука вперед – вгору.

В.К Стрибком у стійку на правій, ліва вперед – назовні на п'яту, права рука вперед – вгору.

ДОДАТОК 2

Комплекс вправ лікувальної гімнастики.

Підготовча частина (10 хв).

I. В. п. - основна стійка. Повільна ходьба. 30-40 с. Дихання вільне.

II. В. п.- стійка, руки за голову. Ходьба на носках. 30 с. Спина пряма.

III. В. п. - стійка, руки на пояс. Ходьба на п'ятах. 30 с.

IV. В. п. - стійка, руки на пояс. Ходьба з високим підніманням стегна. 30 с. Виконувати з великою амплітудою.

V. В. п. - стійка ноги нарізно, руки на поясі.

Рах.1. Руки в сторони, прогнутись, - вдих.

2. В. п.- видих. (Повторити 4 рази. Вдих - носом, видих - ротом.)

VI. В. п.- стійка ноги нарізно, руки на пояс.

Рах.1.Нахил, руки в сторони.

2.В.п. (Повторити 4 рази. Спина пряма, виконувати в повільному темпі).

VII. В. п.- стійка ноги нарізно, руки на пояс.

Рах.1. Випад правою, руки в сторони.

2.В. п.

3. Випад лівою, руки в сторони.

4. В. п. (Повторити 4 рази. Спина пряма, виконувати в повільному темпі).

VIII. Пауза для відпочинку. 30 с.

Основна частина (20 хв).

I. В. п. – стійка, руки до плечей.

Рах.1 Стійка на носках, руки вгору - вдих.

2. В. п. - видих. (Повторити 8 разів. Виконувати в повільному темпі).

II. В. п. – стійка, палиця до низу.

Рах. 1. Стійка на носках, палиця вгору.

2. Стійка, палиця на плечі за голову.

3. Стійка на носках, палиця вгору.

4. В.п. (Повторити 4 рази. Руки прямі, темп повільний).

III. В. п. – стійка, палиця внизу широким хватом.

Рах.1. Крок правою, ліва назад на носок палиця вгору - вдих.

2. В.п. – видих.

3. Крок лівою, права назад на носок палиця вгору - вдих.

4. В.п. – видих. (Повторити 4 рази. Виконувати з великою амплітудою у повільному темпі).

IV. В. п. - стійка ноги нарізно, палиця вперед.

Рах.1. Поворот тулуба направо, палиця вертикально, права рука зверху.

2. В.п.

3. Поворот тулуба наліво, палиця вертикально, ліва рука зверху.

4. В.п. (Повторити 4 рази. Виконувати з великою амплітудою в середньому темпі).

V. В.п. - стійка, палиця вертикально на підлозі, опора двома руками.

Рах.1. Мах правою вправо.

2.В.п.

3.Мах лівою вліво.

4.В.п. (Повторити 4 рази. Виконувати з великою амплітудою у повільному темпі).

VI. В. п. - стійка ноги нарізно, палиця внизу.

Рах.1. Випад правою вправо, палиця вгору.

2. В. п.

3. Випад правою вправо, палиця вгору.

4. В. п. (Повторити 4 рази. Амплітуда середня, темп середній).

VII. В. п. – о.с. Діафрагмальне дихання. 30 с.

VIII. В. п. – лежачи на животі, палиця вгору.

Рах. 1. Мах правою назад.

2. В. п.

3. Мах лівою назад.

4.В.п. (Повторити 8 разів. Виконувати з великою амплітудою у повільному темпі).

IX. В. п.- лежачи на спині, палиця вгору.

Рах.1.Мах правою, палиця вперед.

2.В.п.

3.Мах лівою , палиця вперед.

4.В.п.(Повторити 8 разів. Виконувати з великою амплітудою у повільному темпі).

X. В. п. – лежачи на животі, палиця на плечі за голову.

Рах.1.Прогнутись, палиця вгору.

2.В.п. (Повторити 8 разів. Виконувати з великою амплітудою у повільному темпі).

XI. В. п.- сід ноги нарізно, палиця вперед.

Рах.1.Нахил до правої.

2 В. п.

3.Нахил до лівої.

4.В.п. (Повторити 8 разів. Руки прямі, спину прогнути).

XII. В. п. - сід ноги нарізно, палиця вперед широким хватом.

Рах.1. Поворот тулуба направо, палиця вертикально на підлозі, ліва рука зверху.

2. В. п.

3. Поворот тулуба наліво, палиця вертикально на підлозі, права рука зверху.

4.В.п.(Повторити 8 разів. Виконувати з великою амплітудою у повільному темпі).

XIII. В. п.- сід, палиця вгору.

Рах.1. Сід зігнувши ноги, палиця на підлогу.

2.В.п. (Повторити 8 разів. Виконувати в середньому темпі).

XIV. В.п.- стійка, палиця до низу.

Рах.1.Стрибком у стійку ноги нарізно, палиця в гору.

2. Стрибком у В.п. (Повторити 8 разів).

XV. Ходьба на місці.

XVI.В.п.- вис на гімнастичній стінці.

Рах.1 – 3. Вис зігнувши ноги.

4.В.п. (Повторити 8 разів).

XVII. В. п. - стійка. Діафрагмальне дихання. 30 с.

Заключна частина (5хв).

I.В. п. – стійка ноги нарізно, руки вниз.

Рах. 1-2. Руки через сторони вгору - вдих.

3-4. Руки через сторони вниз у В.п. - видих. (Повторити 4 рази).

II.В. п. – розслабитись і повільно походити по залу. 1 хв. Дихання вільне.

Комплекс спеціальних дихальних вправ.

I.В. п. – о.с.

Рах.1-2.Стійка на носках, руки через сторони вгору - вдих.

3-4.Руки через сторони вниз у В.п. (Повторити 2-4 рази. Дихання вільне).

II.В. п. – о.с.

Рах.1-2. Напівприсід, руки в упорі на колінах (грудну клітку стиснути) – вдих.

3-4 В.п. (Повторити 2-4 рази. Дихання рівномірне).

III.В. п. – о.с.

Рах.1.Нахил.

2.Присід, руки на коліна, лікті відведені в сторони – вдих.

3-4. В.п. - вдих. 2-4 рази. Вдих – носом, видих – ротом.

IV. В. п. – стійка ноги нарізно, руки в сторони.

Рах.1. Присід, грудну клітку наблизити до колін, кистями обхопити коліна – видих.

2.В.п. - вдих. (Повторити 2-4 рази).

Після виконання комплексу дихальних вправ ми пропонуємо виконати вправи у басейні.

Значне місце у процесі занять із дітьми, що мають порушення постави займають гімнастичні вправи у воді (плавання, гідрокінезітерапія). Їх оздоровче, лікувальне і гігієнічне значення важко переоцінити. Під час занять у воді забезпечується природне розвантаження хребта, а самовитяжіння під час ковзання доповнює розвантаження зон росту. При цьому залучаються до роботи майже всі м'язові групи, зникає асиметрична робота міжхребцевих м'язів, відновлюються умови для нормального росту тіл хребців. Одночасно зміцнюються м'язи живота, спини і кінцівок, удосконалюється координація рухів .

Гідрокінезітерапія - це лікування рухами у воді. Застосовується у вигляді гімнастичних вправ, витягнення у воді, корекції положенням, підводного масажу, плавання, купання, механотерапії та ігор у воді. Застосування такого комплексу ґрунтується на властивостях води і особливостях її впливу на організм. У першу чергу використовується механічна дія водного середовища, її виштовхуюча підйомна сила і гідростатичний тиск. Завдяки першій властивості зменшується маса тіла людини у воді на 9/10, тобто при масі у 80 кг людина буде важити 8 кг. Це значно полегшує виконання вправ і дає змогу при мінімальному м'язовому зусиллі виконувати активні рухи, збільшити їх амплітуду, відновити локомоторну функцію, що була неможливою чи виконувалася з великою напругою у звичайних умовах. Одночасно сприятливо впливає і температурний чинник. Тепла вода поліпшує

лімфообіг, сприяє розслабленню м'язів, розм'якшує тканини, зменшує рефлекторну збудженість, покращує еластичність м'язів, знижує больові відчуття. Це позитивно впливає на виконання фізичних вправ.

Комплекс гімнастичних вправ у басейні складається з трьох частин: підготовчої, основної та заключної.

Комплекс коригуючих вправ у басейні.

Підготовча частина (організаційні моменти – 10 хв)

Шикування.

Інструктаж з правил техніки безпеки на воді.

I. В. п.- основна стійка.

Рах. 1. Стійка на носках, руки вгору.

2. Стійка на носках, руки за голову в «замок».

3. Стійка на носках, руки вгору.

4. В. п. (Повторити 2-4 рази).

II. В. п.- о. с.

Рах. 1. Крок правою, ліва позаду на носок, руки вгору – назовні.

2. В. п.

3. Крок лівою, права позаду на носок, руки вгору – назовні.

4. В. п. (Повторити 2-4 рази).

III. В. п.- стійка, руки до плечей.

Рах. 1- 3. Три колових оберти руками.

4. В. п.

5-7. Три колових оберти руками назад.

8.В.п. (Повторити 2-4 рази).

IV. В.п. – стійка ноги нарізно, руки на поясі.

Рах.1. Нахил, руки в сторони.

2.В.п.

3.Нахил назад.

4.В.п. (Повторити 8 разів).

V. В.п. – стійка ноги нарізно, руки на пояс.

Рах.1.Нахил вправо, ліва рука вгору.

2.В.п.

3. Нахил вліво, права рука вгору.

4. В.п. (Повторити 8 разів).

VI.В.п. - стійка ноги нарізно, руки в сторони.

Рах. 1.Руки в «замок» за спиною (права рука зверху, ліва рука знизу).

2-3.Тримати положення.

4.В.п.

5. Руки в «замок» за спиною (ліва рука зверху, права рука знизу).

6-7. Тримати положення.

8.В.п. (Повторити 8 разів).

Основна частина (формування вмінь та навичок 30 хв).

I.Ходьба по колу по шию у воді у напівприсіді, поклавши руки на плечі партнеру попереду. 2-3 хв. Темп повільний.

II. В.п. – о.с.

Рах.1. Вдихнути.

2. Присід, обійнявши коліна руками, лоб притиснути до колін,

3- 6.Тримати положення.

7-8.В.п,

9- 10.«Зірочка».

11-12. «Стрілочка».

13-14. Поворот на спину.

15-16.В.п. (Повторити 2-4 рази).

III. Імітування вправ: «Поплавок», «Зірочка», «Стрілочка» - рухи ніг кролем.

IV.Ковзання на грудях з поштовхом від бортика. 2-3 хв . З різним положенням рук «хто далі проковзне».

V.В. п. – присід, груди у воді, руки вперед долоньями вниз.

Рах.1.Руки в сторони, долоні назад , звести лопатки і відштовхнути воду від себе.

2.В.п. - вдих. (Повторити 2-4 рази. Якогома інтенсивніше відштовхувати воду).

VI.В. п. – присід, груди у воді, руки вперед долоньями вниз.

Рах.1.Розвести руки в сторони, опустити голову у воду і зробити повільний видих.

2.В.п.,«стискаючи»воду зробити вдих.(Повторити 4 рази. Темп повільний).

VII. В. п. – о.с.

Рах.1.Руки покласти на воду.

2.«Надавлюючи» на воду опустити руки до стегон.

3-4.В.п. (Повторити 8 разів. Ноги в колінах не згинати).

VIII. Лежачи на воді (рухи ніг кролем) з дощечкою, без дощечки, з різними положеннями рук. 2-3 хв. Спинка пряма.

ІХ. Виконання рухів ніг кролем на спині біля бортика. 2 хв. Затримка дихання.

Х. В. п. – стоячи боком до бортика.

Рах. 1. Ліва рука на бортику, права тягнеться вперед розштовхуючи воду.

2. Зміна положення рук.

3-4. В.п. (Повторити 3-4 рази. Темп повільний).

ХІ. Ковзання на спині: 1) без рухів ніг; 2) з рухами ніг у поєднанні з диханням; 3) з різним положенням рук: - руки – стріла; - одна рука попереду, друга – вздовж тулуба; - руки вздовж тулуба. (Повторити 8 разів. Очі не закривати).

ХІІ. Плавання стилем «брас». 2-3 хв. Темп повільний.

Заклучна частина (підведення підсумків заняття – 5хв).

1. Шикування, перекличка. 1 хв.

2. Дихальні вправи. 1-2 хв.

3. Організований вихід з басейну.

