



SAMRUK
KAZYNA
TRUST

ФОНД РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ПРОЕКТОВ «SAMRUK-KAZYNA TRUST»
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
ЕВРАЗИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ им. Л. Н. ГУМИЛЕВА

АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И СПОРТ

Учебное пособие



МИР
РАВНЫХ
ВОЗМОЖНОСТЕЙ

**ФОНД РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ПРОЕКТОВ
«SAMRUK-KAZYNA TRUST»
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
ЕВРАЗИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ Л.Н.ГУМИЛЕВА**

**АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ
КУЛЬТУРА И СПОРТ**

Учебное пособие

Нур-Султан - 2019

**ФОНД РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ПРОЕКТОВ
«SAMRUK-KAZYNA TRUST»
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
ЕВРАЗИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ Л.Н.ГУМИЛЕВА**

АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И СПОРТ

Учебное пособие

*Рекомендовано Учебным советом Евразийского национального университета
им. Л.Н.Гумилева (протокол от 28 мая 2019 года № 13)*

*Рекомендовано Республиканским учебно-методическим объединением
по специальности «Физическая культура и спорт» Казахской
академии спорта и туризма (протокол от 14 июня 2019 года № 2)*

*Рекомендовано редакционно-издательским советом
Сибирского государственного университета физической культуры и спорта
(протокол от 28 июня 2019 года №3)*

УДК 376
ББК 74.3

Рецензенты:

Доктор медицинских наук, профессор
Евразийского национального университета
имени Л.Н.Гумилева Н.Л.Шапекова
Кандидат педагогических наук, доцент
Казахстанского филиала МГУ имени
М.В.Ломоносова Д.С.Ташкеев
Доктор медицинских наук, профессор
НАО Медицинского университета
Сливкина Н.В.

Авторы-составители:

Марчибаева У.С., Токтарбаев Д.Г.-С., Стоцкая Е.С., Сыздыкова С.Ж., Сидорова Р.В.,
Моисеева Н.А., Тунгышмуратова Л.С.

Заказчик:

ОО «Общество родителей детей с инвалидностью «Мир равных возможностей» при
поддержке Фонда развития социальных проектов «Samruk-Kazyna Trust».

А 28 Адаптивная физическая культура и спорт: Учебное пособие.
– Нур-Султан, изд., 2019 г. – 408 с.

ISBN 978-601-7596-03-3

В учебном пособии раскрывается история адаптивной физической культуры, исторические условия и особенности её развития в Казахстане и за рубежом, содержание и методика адаптивной физической культуры и характеристика ее основных видов, частные методики адаптивной физической культуры в работе с лицами, имеющими нарушения интеллекта, слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата.

Данное пособие предназначено для студентов высших учебных заведений и колледжей, изучающих адаптивную физическую культуру, а также магистрантов и преподавателей, проводящих научно-исследовательскую работу в данной области; специалистов в области адаптивного физического воспитания специальных коррекционных и общеобразовательных школ; тренеров адаптивного спорта и работников реабилитационных центров; родителей детей с особыми образовательными потребностями.

УДК 376
ББК 74.3

ISBN 978-601-7596-03-3

© Евразийский Национальный университет им. Л. Н. Гумилева
© Оформление «Шанырак-Медиа», 2019

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|--|------------|
| Предисловие | 8 |
| РАЗДЕЛ I. МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ РАЗВИТИЯ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ | 12 |
| Глава 1. История и современное состояние адаптивной физической культуры..... | 13 |
| 1.1 История развития адаптивной физической культуры..... | 13 |
| 1.2 Современное состояние адаптивной физической культуры за рубежом..... | 26 |
| 1.3 Адаптивная физическая культура в рамках Всемирной организации Здравоохранения (ВОЗ)..... | 38 |
| Глава 2. Становление и развитие международного олимпийского движения в адаптивном спорте..... | 40 |
| 2.1 Паралимпийский спорт..... | 40 |
| 2.2 Сурдлимпийский спорт..... | 48 |
| 2.3 Специальная Олимпиада..... | 53 |
| РАЗДЕЛ II. МЕЖДУНАРОДНЫЕ СТАНДАРТЫ И ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ | 57 |
| Глава 1. Зарубежные образовательные стандарты..... | 57 |
| 1.1 Страны Запада..... | 57 |
| 1.2 Страны СНГ..... | 65 |
| Глава 2. Современное состояние адаптивной физической культуры в Республике Казахстан..... | 73 |
| 2.1 Нормативно-правовые основы адаптивной физической культуры в Казахстане..... | 74 |
| 2.2 Развитие спорта среди людей с инвалидностью в Казахстане..... | 92 |
| 2.3 Физкультурно-спортивные организации для людей с инвалидностью..... | 99 |
| РАЗДЕЛ III. ТЕОРИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ | 110 |
| Глава 1. Основные положения адаптивной физической культуры..... | 110 |
| 1.1 Понятие, объект, предмет, цели и задачи адаптивной физической культуры..... | 110 |

| | |
|---|-----|
| 1.2 Принципы и функции адаптивной физической культуры..... | 117 |
| Глава 2. Средства, методы, виды и формы адаптивной физической культуры..... | 134 |
| 2.1 Средства адаптивной физической культуры..... | 134 |
| 2.2 Формы и методы адаптивной физической культуры..... | 140 |
| 2.3 Виды адаптивной физической культуры..... | 150 |
| 2.4 Адаптивный спорт..... | 159 |
| 2.4.1 Международные организации и учреждения, развивающие физическую культуру и спорт для лиц с ограниченными возможностями здоровья..... | 162 |
| 2.4.2 Характеристика учебно-тренировочного процесса..... | 165 |
| 2.4.3 Международная классификация спортсменов с ограничениями в состоянии здоровья..... | 171 |
| 2.4.4 Негативные явления адаптивного спорта. | 175 |
| 2.4.5 Материально-техническое оснащение паралимпийского объекта..... | 178 |

РАЗДЕЛ IV. ЧАСТНЫЕ МЕТОДИКИ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ..... 180

| | |
|--|-----|
| Глава 1. Методика адаптивной физической культуры лиц с нарушениями зрения..... | 180 |
| 1.1 Краткая характеристика нарушений зрения..... | 180 |
| 1.2 Особенности развития ребенка с нарушением зрения..... | 181 |
| 1.3 Особенности организации адаптивной физической культуры лиц с нарушениями зрения..... | 183 |
| Глава 2. Методика адаптивной физической культуры лиц с нарушением слуха..... | 201 |
| 2.1 Краткая характеристика нарушений слуха..... | 201 |
| 2.2 Особенности развития детей с нарушением слуха..... | 202 |
| 2.3 Особенности организации адаптивной физической культуры лиц с нарушениями слуха..... | 206 |
| Глава 3. Методика адаптивной физической культуры лиц с нарушениями речи..... | 218 |
| 3.1 Краткая характеристика нарушений речи..... | 218 |
| 3.2 Особенности развития детей с нарушением речи..... | 219 |
| 3.3 Особенности организации адаптивной физической культуры лиц с нарушениями речи..... | 223 |

| | |
|---|-----|
| Глава 4. Методика адаптивной физической культуры лиц, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата | 230 |
| 4.1 Краткая характеристика нарушений опорно-двигательного аппарата | 230 |
| 4.2 Особенности развития детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата..... | 233 |
| 4.3 Особенности организации адаптивной физической культуры лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата | 237 |
| 4.3.1 Особенности организации адаптивной физической культуры лиц с нарушением нервной системы (ДЦП, травмы и заболевания спинного мозга) | 238 |
| 4.3.2 Особенности организации адаптивной физической культуры лиц с дефектами конечностей (ампутации и недоразвитие) и другими заболеваниями костно-мышечной системы | 249 |
| Глава 5. Методика адаптивной физической культуры лиц с ментальными нарушениями | 255 |
| 5.1 Краткая характеристика ментальных нарушений | 255 |
| 5.2 Характеристика нарушений психологического развития..... | 255 |
| 5.3 Особенности организации адаптивной физической культуры лиц с ментальными нарушениями развития | 264 |
| Глава 6. Особенности семейного воспитания и работы с родителями детей с особыми образовательными потребностями | 279 |

РАЗДЕЛ 5. ВРАЧЕБНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ В АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ

| | |
|--|-----|
| Глава 1. Общие понятия о врачебно-педагогическом контроле и самоконтроле | 286 |
| 1.1 Цель и задачи врачебного контроля в адаптивной физической культуре..... | 286 |
| 1.2 Понятие о самоконтроле. Дневник самоконтроля..... | 293 |
| Глава 2. Функциональная диагностика физического развития и систем организма..... | 294 |
| 2.1 Особенности проведения опроса. Сбор анамнеза | 294 |
| 2.2 Исследование показателей физического развития | 296 |
| 2.2.1 Проведение соматоскопии | 297 |

| | |
|---|-----|
| 2.2.2 Антропометрические измерения..... | 303 |
| 2.3 Исследование функционального состояния кардиореспираторной системы | 306 |
| 2.3.1 Исследование функционального состояния дыхательной системы | 307 |
| 2.3.2 Исследование функционального состояния сердечно-сосудистой системы | 310 |
| 2.4 Исследование функционального состояния вегетативной нервной системы..... | 318 |
| 2.5 Оценка функционального состояния нервно-мышечного аппарата..... | 320 |
| 2.6 Оценка функционального состояния опорно-двигательного аппарата..... | 324 |
| 2.6.1 Исследование подвижности в суставах..... | 325 |
| 2.6.2 Исследование двигательных навыков | 326 |
| 2.6.3 Исследование физических качеств | 327 |
| 2.6.4 Мануальное мышечное тестирование | 329 |
| | |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ..... | 333 |
| ГЛОССАРИЙ | 335 |
| ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ..... | 345 |
| СПИСОК ЦИТИРОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ..... | 384 |
| СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ СОКРАЩЕНИЙ | 393 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ..... | 394 |

Предисловие

В современном мире физическая культура и спорт являются показателями качества жизни нации и неотъемлемыми аспектами социальной политики государства, создающими благоприятные условия для развития духовного состояния населения страны. Для многонационального Казахстана сфера физической культуры и спорта становится также важнейшим фактором укрепления политической стабильности, общественного согласия и толерантности. В этом плане особое социальное значение приобретает развитие адаптивной физической культуры и спорта.

Указом Первого Президента Республики Казахстан Н.А.Назарбаева от 11 января 2016 года за № 168 утверждена Концепция развития физической культуры и спорта страны до 2025 года, которая на равных с традиционными направлениями физической культуры подчеркивает социальную важность адаптивной физической культуры. Вместе с тем, ключевой проблемой отрасли остается нехватка квалифицированных специалистов в области адаптивной физической культуры. Для ее решения в Концепции перед ответственными государственными органами и другими структурами поставлена задача подготовки профессиональных специалистов и тренерских кадров за счет обучения в отечественных учебных заведениях.

В соответствии с поручением, озвученным Первым Президентом Республики Казахстан в Послании народу Казахстана «Рост благосостояния казахстанцев: повышение доходов и качества жизни», по созданию безбарьерной среды для граждан с инвалидностью и особыми потребностями Центральным аппаратом партии «Nur Otan» совместно с заинтересованными профильными общественными объединениями актуализирована концепция партийного проекта «Кедергісіз келешек» – «Будущее без барьеров».

В рамках направления «Вовлечение лиц с ограниченными возможностями в общественно-политическую, социально-культурную и спортивную

ную деятельность» в 2019-2021 годах запланирован ряд мероприятий, направленных на содействие развитию адаптивной физической культуры и спорта в стране.

Адаптивная физическая культура в Казахстане является новым направлением в сфере физической культуры и спорта лиц с отклонениями в состоянии здоровья и в высшем физкультурном образовании. Действующие специалисты физической культуры и студенты нуждаются в систематизированных знаниях теории, методики и организации адаптивной физической культуры и спорта.

В связи с актуализацией проблем по адаптивной физической культуре и спорту Общественным объединением «Общество родителей детей с инвалидностью «Мир равных возможностей» был разработан социальный проект «Саламатты болашак», который поддержал Фонд развития социальных проектов «Samruk-KazynaTrust».

Цель проекта – содействие социальной адаптации людей с инвалидностью средствами адаптивной физической культуры и спорта. Разработка учебного пособия по адаптивной физической культуре стала главной задачей этого проекта. В этой связи на кафедре физической культуры и спорта факультета социальных наук Евразийского национального университета имени Л.Н.Гумилева, совместно с коллегами из Сибирского государственного университета физической культуры и спорта и Медицинского университета подготовлено данное учебное пособие «Адаптивная физическая культура и спорт».

Представленное учебное пособие базируется на фундаментальных научных трудах ведущих зарубежных специалистов данной области и многолетнем опыте авторов-составителей. Издание позволяет систематизировать и совершенствовать знания об особенностях и возможностях адаптивной физической культуры и спорта. В частности, в нем рассматриваются история и организация адаптивной физической культуры, теория и методика адаптивной физической культуры.

В предлагаемой работе пять разделов, которые в целом позволяют сформировать необходимые компетенции в области адаптивной физической культуры и спорта.

Раздел I «*Международный опыт развития адаптивной физической культуры*» раскрывает историю и современное состояние адаптивной физической культуры в странах дальнего и ближнего зарубежья, а так-

же становление и развитие международного олимпийского движения в адаптивном спорте.

В Разделе II *«Международные стандарты и правовые основы адаптивной физической культуры»* рассматриваются национальные стандарты стран запада и СНГ; анализируется современное состояние адаптивной физической культуры в Республике Казахстан, в частности, нормативно-правовые основы, развитие инвалидного спорта, спортивные организации, осуществляющие работу в данной области, опыт привлечения к спорту лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Раздел III *«Теория и организация адаптивной физической культуры»* освещает основные положения и виды, а также средства, методы и формы адаптивной физической культуры, обоснованные мировой теорией и практикой, в том числе с учетом концепции, разработанной на кафедре теории и методики адаптивной физической культуры Национального государственного университета физической культуры, спорта и здоровья им. П.Ф. Лесгафта. (Санкт-Петербург)

В Разделе IV *«Частные методики адаптивной физической культуры»* представлены методики адаптивной физической культуры для лиц с ментальными нарушениями, с нарушением слуха, с нарушением речи, с нарушением зрения, с поражением опорно-двигательного аппарата. Рассмотрены особенности семейного воспитания и работы с родителями детей, имеющих особые образовательные потребности.

В Разделе V *«Врачебный контроль адаптивной физической культуры»* описываются основные понятия, цель и задачи, виды врачебно-педагогического контроля и самоконтроля. Представлены наиболее популярные и доступные методы оценки функционального состояния занимающихся, имеющих стойкие нарушения в состоянии здоровья.

Каждая глава завершается контрольными вопросами. При самостоятельной работе студенту необходимо, в дополнении к учебному пособию, изучить приведенное в нем содержание литературных источников.

Самостоятельными рубриками являются *«Глоссарий»*, где предлагаются определения, используемых в работе терминов и понятий и *«Тестовые задания»*.

Перед авторским коллективом учебного пособия стоят следующие задачи:

– сформировать систему знаний у студентов и специалистов АФК по истории становления адаптивной физической культуры, ее программно-нормативных основ, как за рубежом, так и в Казахстане;

– обеспечить освоение студентами и специалистами АФК фундаментальных знаний теории, методики и организации адаптивной физической культуры, целостное осмысление профессиональной деятельности;

– ознакомить студентов и специалистов АФК с медико-физиологическими и психологическими характеристиками различных нозологических групп, с теоретическими и практическими аспектами методики АФК;

– ознакомить родителей с системой знаний по организации и проведению адаптивной двигательной активности детей с особыми образовательными потребностями;

– обеспечить магистрантов и преподавателей, проводящих научно-исследовательскую работу системой знаний врачебно-педагогического контроля в области адаптивной физической культуры.

В Казахстане это первое изданное учебное пособие по адаптивной физической культуре и спорту и авторский коллектив с благодарностью примет от читателей замечания, критику, советы и рекомендации по совершенствованию представленных материалов.

Авторский коллектив выражает благодарность Национальному Паралимпийскому Комитету Республики Казахстан и РГКП «Центру спортивной подготовки для лиц с ограниченными физическими возможностями за оказанную информационную помощь в подготовке данного учебного пособия.

РАЗДЕЛ I. МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ РАЗВИТИЯ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

На протяжении всей истории человечества страны и народы мира существовали во взаимном влиянии друг на друга, разрушая какие-то стереотипы и создавая новые общие взгляды в различных сферах жизнедеятельности общества, к которым в полной мере относятся вопросы развития физической культуры. Однако, если современные спорт и физическая культура имеет древние и географически повсеместные истоки, то адаптивная физическая культура (АФК) имеет относительно небольшую историю.

Общепризнанно, что сама АФК возникла в странах Запада на основе т.н. коррекционного физического воспитания, берущего свое начало из созданной в XIX веке шведской системы медицинской гимнастики. Из истории также известно, что их возникновению предшествовало появление немецкой системы традиционной физической культуры, а еще раньше, на рубеже XVII-XVIII, в России зародилась лечебная физкультура.

Между тем, появление и развитие коррекционной и затем адаптивной физической культуры именно на Западе в период бурного расцвета капиталистических отношений напрямую связаны с утверждением демократических ценностей и либерализацией социальных установок.

Вместе с тем, надо признать, что толчком к возникновению и развитию практики и теории коррекционной физической культуры стали трагические последствия многочисленных войн XIX – начала XX вв. Среди них Первая мировая война дала наибольшее число людей, нуждающихся в физической реабилитации. В этот период обучение в области физиотерапии состояло из обучения в школах физической культуры или 9-месячных курсов по массажу, лечебной физкультуре, гидротерапии и электротерапии. Вместе с тем подготовка учителей физкультуры сместилась с медицинской на образовательную, но студенты физического воспитания все еще были обязаны проходить курсы по коррекционной гимнастике в рамках обучения в университете.

Естественно, что еще большее развитие коррекционная физическая культура получила после Второй мировой войны с ее катастрофическими результатами.

Глава 1. История и современное состояние адаптивной физической культуры

1.1 История развития адаптивной физической культуры

Соединенные штаты Америки. Благодаря обретенной независимости от Британии и отдаленности от бурлящей войнами и революцией Европы, в Соединенных Штатах XIX века наблюдается бурный экономический, технический и научный рост, создавший благоприятные условия для развития практики и теории коррекционной физической культуры и появления целой плеяды высококлассных специалистов. В XX веке доминирование США во многих сферах жизнедеятельности и успешная социальная политика позволили еще больше развить в стране коррекционную физкультуру и создать адаптивную физическую культуру. Передовая роль американской адаптивной физической культуры в мире требует более подробного рассмотрения ее история.

Американская плеяда. Зарождение и развитие АФК в США связано непосредственно с именами таких ярких специалистов коррекционной гимнастики, как Уильям Скарстрем, Альма Ниссен, Поссе, Джордж Стаффорд, Жозефина Рэтбоун, Лилиан КэртисДрю и другие, которые являлись теоретиками и сразу же практиками – писали книги и вели занятия по медицинской гимнастике.

Так, Уильям Скарстрем – William Skarstrom (1869–1951) был одним из первых лидеров шведской медицинской гимнастики в Америке, что впоследствии привело к развитию коррекционной физической культуры.

Еще одной известной личностью на этом направлении физической культуры можно назвать Альму Ниссен – дат. Alma Nissen (1897–1991) – деятельница общественного движения за альтернативную медицину на основе холистического (то есть целостного) подхода к здоровью человека, здорового питания и здорового образа жизни.

Скарстрем и Ниссен писали работы по шведской гимнастике, в числе которых лучшей считается «Гимнастическая кинезиология» (1913).

Их работы оказали огромное влияние на становление знаменитых педагогов, среди которых Сенда Беренсон Эбботт – Senda Berenson Abbott (1868-1954) и Жозефина Рэтбоун – Josephine Rathbone (1899–1989). Но если первая была еще известной спортсменкой и теоретиком женско-

го баскетбола, то вторая прославилась как раз в изучении медицинской гимнастики, разработке методики коррекционной физической культуры и серьезном влиянии на формирование нового поколения специалистов.

В частности, Рэтбоун определила коррекцию как поле, которое: «... настолько широкое, насколько это возможно. Его нельзя удовлетворить ни несколькими упражнениями для укрепления определенных мышц, ни методом стояния в идеальном равновесии. Необходимо учитывать проблемы со здоровьем ребенка, чтобы помочь ему развиваться как можно более нормально; и он должен учитывать опасности спортсмена, чтобы защитить его от травм или перенапряжения ... Он должен рассматривать тело на разных этапах его развития и должен оказывать всевозможную физиологическую и психологическую помощь нормальному развитию организма».

Рэтбоун требовала хорошего знания анатомии, физиологии, биомеханики и психологии, а также понимания интеллектуальных, социальных и культурных функций общего образования. В своих трудах она продемонстрировала отличное понимание социальной и психологической важности физического воспитания для учащихся с ограниченными возможностями, подчеркивая их огромный интерес к физической культуре и отдыху в свободное время. Рэтбоун отмечала, что детям с ограниченными возможностями нужна «...радость от внутреннего здоровья, радость от доброго окружения, радость от достижений, радость от улучшения их состояния, радость от общения с другими людьми». По ее мнению, сообщество должно нести ответственность за интеграцию всех людей с ограниченными возможностями, за исключением тех, которые являются опасными для общества.

Большой вклад в формирование коррекционной физической культуры в США внесли также Джордж Стаффорд (1894–1968) и Лириан Кертис Дрю.

Лириан Кертис Дрю была директором коррекционного отдела гимнастики в Колумбийском педагогическом университете. В опубликованной в 1926 году книге «Индивидуальная гимнастика: руководство по коррекционным и терапевтическим упражнениям» она дала свое определение медицинской гимнастике. В частности, Дрю назвала медицинскую гимнастику «... упражнения, основанные на анатомических и физиологических принципах, ориентированные на человека, выполняемые индивидуально самостоятельно или с помощью, для предотвращения

ния, приостановления, лечения или исправления функциональной, или врожденной нетрудоспособности или деформации». Ее основными задачами показала «улучшение общего состояния, повышение гибкости, укрепление мышц и корректировка мышечного тонуса».

Дрю также подчеркивала важность проявления чуткости, обращая внимание на аномальное состояние студента и необходимость создания атмосфера, в которой он может осознавать себя просто учеником, а не пациентом. По словам Дрю, учителя должны приносить студентам радость и энтузиазм, поэтому учителя должны обладать тактом и адаптивностью.

Доктор Стаффорд был физиотерапевтом и стал специалистом по коррекционному физическому воспитанию из-за службы в восстановительном отделении армии в период Первой мировой войны.

Его два главных учебника стали «Профилактическое и корректирующее физическое воспитание» (1927) и «Спорт для инвалидов» (1947). Именно от названия трудов Стаффорда и его соратника Чарльза Лоумана - Charles Lowman в практике и теории в 1928 году возник термин «коррекционное физическое воспитание».

По мнению Стаффорда, целью «корректирующих упражнений является снятие определенных состояний, таких как болезненные дуги, запоры, птоз, сердечная слабость, расстройства пищеварения, неврастения, общая слабость, нарушения осанки, недоедание, паралич (детский и спастический), и т.п.». Он считал, что спорт и физические упражнения могут помочь в достижении этой цели, понимая психологическую важность физических упражнений. Поэтому Стаффорд утверждал, что инвалиды должны рассматривать себя не как инвалидов, а как обычные люди с телесными нарушениями.

Стаффорд также сформулировал определенные требования к педагогам для успешного обучения: «желание помогать другим, хорошее телосложение и веселый нрав, знание человеческой природы, терпение, дальновидность, энтузиазм, искренность, оптимизм, бдительность, тактичность и адаптивность, наличие оборудования и находчивость в решении индивидуальных проблем студентов».

Коррекционное физическое воспитание. Становление коррекционного физического воспитания тесно связано с возникновением в XIX-XX вв. специального образования в форме интернатов и специальных классов для учащихся с ограниченными физическими возможностями.

Первым признанным ученым-специалистом физического воспитания, написавшим об интернатах для студентов с ограниченными возможностями, был канадец Р. Тейт МакКензи, посвятивший всю главу своей книги «Упражнения в области образования и медицины» «Физическому воспитанию слепых и глухонемых». (Sherrill, 1988; Sherrill & DePauw, 1997).

Первая школа-интернат для детей с нарушениями слуха была основана в 1817 году министром Томасом Хопкинсом Галлодетом – Gallaudet (Sherrill, 1993; Sherrill & DePauw, 1997) в Вашингтоне округа Колумбия.

В период с 1830 по 1833 год были открыты три школы для слепых: в Бостоне, Нью-Йорке и Филадельфии. Известно, что в конце 19-го века школы для учащихся с нарушениями зрения занимались как немецкой, так и шведской гимнастикой.

Кроме того, известно, что в начале XX века в государственных школах Филадельфии создавались специальные классы, организатором которых был Герберт В. Григсон – Herbert W. Grigson, руководивший в то время физическим и санитарным образованием штата.

Между тем, в период с 1930 по 1952 год, называемым «эпохой профессиональной подготовки» в области коррекционного физического воспитания, увеличивался разрыв между физическим воспитанием и физиотерапией.

Назначение физического воспитания основывалось на медицинском осмотре врача, определявшем участие в обычной или корректирующей программе. Коррекционные занятия состояли в основном из ограниченных или измененных видов деятельности, однако продолжалось использование опыта физиотерапии. Между тем, во многих школах ученики освобождались от физического воспитания.

Будущие учителями физкультуры обычно проходили один университетский курс по коррекционному физическому воспитанию.

В 1931 году т.н. Комитет американской ассоциации физического воспитания подтвердил важность развития коррекционной физической культуры и определили ее цели:

1. Исправление существующих дефектов;
2. Минимизировать неравенство;
3. Восстановление и поддержка органической энергии и навыков скелета для обеспечения пользы и радости в различных безопасных видах спорта;

4. Приспособление к своему физическому состоянию и условиям жизни в школе и вне ее;

5. Поддержка привычки работать, отдыхать и играть в интересах здоровья.

Адаптивное физическое воспитание. Как уже отмечалось, Вторая мировая война оказала огромное влияние на возникновение и развитие адаптированного физического воспитания. В частности, переход от коррекционного физического воспитания к более широкому действию под понятием «адаптация» предполагал, что инвалидность не может быть скорректирована, но может быть адаптирована к нормальной жизнедеятельности. Естественно, что основную роль в этом сыграли военные медицинские центры с их реабилитационными программами.

Несмотря на сопротивление определенной части специалистов, в 1952 году в медицинских и научных кругах США было дано официальное определение «адаптивному физическому воспитанию» – разнообразная программа развивающих занятий, игр, спорта и ритмов, подходящих для интересов, способностей, учащихся с ограниченными возможностями, которые могут безопасно и успешно участвовать в активной деятельности в рамках общей программы физического воспитания.

В 1954 году в свет вышла первая книга с названием «Адаптивное физическое воспитание» под авторством Артура Дэниелса (1906–1966), преподававшего в разное время в университетах штатов Иллинойс, Огайо и Индиана.

В 1964 году он в соавторстве с Эвелин Дэниелс опубликовал новую книгу по АФК, состоящую из 3-х частей. В первой части они определяют проблему, обсуждая исторические, культурные и социальные ценности. Вторая часть посвящена физическому воспитанию в связи с конкретными нарушениями, а третья часть посвящена организационным и административным аспектам. В их новом определении цели адаптивного физического воспитания: «В адаптивном физическом воспитании предпринимаются усилия, чтобы помочь студенту занять свое место в социальном и экономическом мире как гражданина, которого уважают за его личные качества и способности. Ему предоставляется возможность для наиболее полного развития его физических, социальных и экономических возможностей в среде, которая является странной и неформальной ... В этих условиях он узнает, как он может заработать свое

место в качестве члена социальной группы, не торгуя на своей инвалидности, но используя свои способности».

Первым автором учебника по АФК с главой об умственной отсталости и затруднениях в обучении был Холлис Фэйт (1918–1984), который преподавал в Университете Коннектикута. Однако, Фэйт изменил в названии своего учебника определение с «адаптивного» физического воспитания на «специальное» (1966) якобы из-за своей веры в непосредственную связь АФК со специальным образованием. Его определение адаптивного физического воспитания звучит следующим образом: «Современная адаптивная программа физического воспитания основана на предпосылке, что человек с ограниченными возможностями хочет быть принятым и активным участником нормального сообщества и что ему должны быть предоставлены все возможности образования для развития своего потенциала, чтобы он мог стать хорошо приспособленным членом общества».

Германия. После разделения Германии по итогам Второй мировой войны на Федеративную Республику Германии (ФРГ) и Германскую Демократическую Республику (ГДР), Восточная Германия) в них были созданы собственные спортивные и олимпийские организации, в том числе для лиц с ограниченными возможностями.

В 1951 году в ФРГ была создана отдельная организация для инвалидов из числа ветеранов войны под названием «Немецкая спортивная организация ветеранов» (Deutscher Versehrten-sportverband), которая в 1975 году сменила название на «Немецкая спортивная организация инвалидов» (Deutscher Behindertensportverband). Аналогичная организация была также основана в ГДР.

Несмотря на разделенность Германии, обе спортивные организации заботились физической и социальной реабилитацией пострадавших ветеранов войны. Однако, наряду с медицинскими задачами у этих организаций появились и спортивные благодаря запросам бывших спортсменов из числа раненных.

Немецкая история развития спорта для лиц с ограниченными возможностями непосредственно связана с именем нейрохирурга Гутмана (Guttmann, 1979), который в своем известном издании «Спорт для инвалидов», вопреки сложившемуся стереотипу о безнадежности лиц с травмой спинного мозга, рассматривает спорт и в целом любую физи-

ческую активность как часть их возможной реабилитации. Еще более он известен в мире как инициатор появления Паралимпийских игр.

В 1948 году Гутман организовал Первые Сток-Мэндевилевские игры для 16 ветеранов войны, а в 1954 году первые немецкие спортсмены с инвалидностью участие в играх (Guttman 1956, 1978). Благодаря авторитету Гутмана и популяризации его инициативы в странах Европы игры для лиц с ограниченными возможностями привели к возникновению Паралимпийского Движения (Bailey 2008). Известно, что в связи с первыми Международными Сток-Мэндевилевскими играми (1-ые Паралимпийские игры) в 1960 году в Риме Глава Ватикана Папа Иоанн XXIII назвал доктора Гутмана «де Кубертенем парализованных» (Scruton 1998, 310). В последующие годы в Западной Германии масштабы вовлечения в спортивные клубы лиц с ограниченными возможностями только расширились.

Между тем, в период 1960–1988 гг. спортсмены-инвалиды в Германии тренировались в большинстве случаев отдельно от других спортсменов в своем собственном виде спорта в группах или спортивных клубах.

При этом проводились научные исследования для определения критериев успешной интеграции инвалидов в физическую культуру в школах и в физическую активность, спорт и игры в спортивных клубах. Но долгое время спортивные организации и клубы для инвалидов были отделены от других спортивных организаций, а подготовка инструкторов и тренеров основывалась по своей квалификации. (Федюк 1999, Scheid 1995, Doll-Tepper 2002, Rheker 2002, Федюк и Тиманн 2015).

С конца 1980-х годов в некоторых спортивных федерациях и некоторых спортивных клубах была введена концепция интеграции и все больше спортсменов включали в спортивные центры и центры олимпийской подготовки.

В 1988 году в Германии был создан информационный центр по спорту с ограниченными возможностями, который предоставляет всю необходимую информацию о спортивных программах, мероприятиях и т.д. В 1990-х и начале 2000-х немецкие спортивные организации стали чаще предлагать программы для лиц с ограниченными возможностями, которые наряду с термином «интеграция» (integration) стали именоваться «включением» (inclusion). Важным событием в жизни немецких пара-

лимпийцев стала заявка Берлина на совместное проведение Олимпийских и Паралимпийских игр 2000 года.

Особое внимание представляет создание в Германии условий заниматься спортом для лиц с ограниченными интеллектуальными возможностями в инклюзивном спортивном клубе, других спортклубах или могли присоединиться к программе Специальной Олимпиады. Большая часть спортсменов с ограниченными интеллектуальными возможностями входит в состав Специальной Олимпиады в Германии, где есть условия соревноваться на местном, национальном или даже международном уровнях на Всемирных играх Специальной Олимпиады. Специальная Олимпиада Германия организует Национальные игры раз в два года, очень часто в связи с конгрессом, который объединяет экспертов из разных дисциплин и людей с ограниченными интеллектуальными возможностями Fachausschuss Wissenschaft Special Olympics Deutschland. V.2014). В последние годы спортивная программа была расширена, в частности, введением «Единой спортивной программы», в которой спортсмены с умственными нарушениями и без них соревнуются вместе в команде, например, в теннис, баскетбол, волейбол и т.д.

Что касается образования, то в 1960 году была принята Концепция раздельного обучения, согласно которой дети с умственными и физическими недостатками направлялись в специальные школы-интернаты. Только в 1994 году эта политика было изменена – дети-инвалиды были интегрированы в нормальные классы. Согласно закону «О социальном благополучии», учащимся с особыми образовательными потребностями предоставляется финансовая помощь от государства для того, чтобы они могли получать полноценное школьное образование, особенно в период обязательного посещения школы. Совместное обучение в общеобразовательной школе возможно в случае, если в ней созданы определенные условия: имеются медицинский или ухаживающий персонал, специальные помещения, специально оборудованные учебные места, специальные учебные пособия. Сегодня в Германии на законодательной основе функционируют различные типы школ, которые призваны дать учащимся знания в зависимости от их умений, способностей и природного таланта.

Россия. В России еще XVII–XVIII вв. русские ученые и общественные деятели М.В. Ломоносов, И.И. Бецкий, А.Л. Протасов, С.Г. Забелин, А.Н. Новиков, А.Н. Радищев и другие выступали за профилактические

ское направления в медицине и рассматривали физические упражнения как средство укрепления здоровья. В числе основных пропагандистов лечебной физической культуры были Ф.И. Барсук-Моисеев, известный своей книгой «Путь к здоровью, или Наука о том, как сохранить свое здоровье», М.Я. Мудров, отец русской терапевтической школы.

В 1830 году в Москве был открыт первый кабинет лечебной гимнастики, а в 1834-м – аналогичный кабинет в Санкт-Петербурге, переименованный вскоре в Гимнастический институт. В 1838 году в Москве открылся ортопедический институт для подготовки преподавателей ЛФК.

Методы лечебной физкультуры успешно использовали выдающиеся врачи Н.И. Пирогов, С.П. Боткин, Г.А. Захарьин, А.А. Остроумов, П.И. Дьяконов и др. Значительный шаг в развитие лечебной физической культуры (ЛФК) внесло создание в Санкт-Петербурге специальной поликлиники для лечения раненных в русско-турецкой войне. Но особая заслуга в этом направлении принадлежит П.Ф. Лесгафту (1837–1909), который стал основоположником физического воспитания, создателем оригинальной системы физического образования, основателем физкультурных курсов и затем педагогического института. В области врачебной гимнастики в XIX столетии ученые России не уступали и даже опережали идеи зарубежных специалистов.

Дальнейшее развитие ЛФК получила в советский период, когда с 1925 года она стала использоваться в санаториях, домах отдыха и в рядах Красной Армии, создавались кафедры и выпускались учебники. Как и во всем мире, большое влияние на развитие лечебной физкультуры оказала Вторая мировая война.

Великая Отечественная война внесла свои коррективы в научно-методические разработки по лечебной физической культуре, как в нашей стране, так и за рубежом.

В 60-е годы 20 века советские специалисты начали внедрять элементы спорта при восстановлении инвалидов с нарушением опорно-двигательного аппарата, в чем родоначальниками выступили ученые Ленинградского НИИ протезирования. Тогда по инициативе директора института профессора В.И. Филатова и под руководством профессора В.К. Добровольского на отделении ЛФК были внедрены обязательные занятия со спортивной направленностью наравне с применением традиционных методов лечебной физической культуры.

Практика показала, что с применением в занятиях элементов различных видов спорта (легкой атлетики, волейбола, баскетбола, настольного тенниса, плавания и др.) двигательные возможности инвалидов восстанавливаются значительно быстрее. Данное направление получило одобрение и развитие во всем мире, став основополагающим этапом развития физкультурно-оздоровительного и спортивного движения инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата.

В 1980 году создается первая в СССР Федерация спорта инвалидов при Госспоркомитете Ленинграда, куда вошли три направления: инвалиды по слуху, зрению и с поражением опорно-двигательного аппарата. С этого времени стали проводиться ежегодные традиционные соревнования инвалидов с приглашением спортсменов из разных республик и городов. Вначале это были соревнования только по легкой атлетике и плаванию, но с 1985 года количество видов спорта стало увеличиваться – стрельба из лука, стрельба, волейбол сидя, настольный теннис, шахматы.

Спортивное движение среди инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата и последствиями детского церебрального паралича началось в СССР в 1986 году с выхода постановления ЦК КПСС, Совета Министров СССР и ВЦСПС от 27 марта 1986 года №400 «О мерах по дальнейшему улучшению условий жизни инвалидов с детства». Организация спортивной работы с инвалидами была возложена на профсоюзы и в соответствии с Постановлением Всесоюзного добровольного физкультурно-спортивного общества профсоюзов № 18-5 создана Федерация физической культуры и спорта инвалидов при ВС ДФСО профсоюзов.

В июне 1988 года была проведена Учредительная конференция по созданию Федерации спорта инвалидов при Госкомспорте СССР, председателем которой избрали легендарного В.И. Дикуля. Физкультурно-спортивное движение инвалидов получило общественное и государственное признание.

В связи с ростом популярности паралимпийского спорта и влияния международного паралимпийского движения Национальный олимпийский комитет Советского Союза обратил внимание на развитие физкультурно-оздоровительного движения инвалидов в стране. С 1988 года советские спортсмены-инвалиды начинают участвовать в международных соревнованиях. В 1989 году для инвалидов с нарушениями опор-

но-двигательного аппарата было проведено 5 соревнований по летним видам спорта.

В 80х–90х гг. огромный вклад в становление и развитие адаптивной физической культуры внес заведующий кафедрой Санкт-Петербургской государственной академии физической культуры им. П. Ф. Лесгафта, доктор педагогических наук, профессор и действительный член Международной академии информатизации Евсеев Сергей Петрович. На счету прославленного ученого более 140 научных работ и 12 патентов на изобретения. К числу важнейших трудов относится учебник «Теория и организация АФК».

В современной России адаптивная физическая культура и адаптивный спорт получили толчок к развитию с 1996 года, когда по инициативе и содействию Международной конфедерации спортивных организаций «Профспорт» во многих городах России организуются спортивные клубы инвалидов и проводятся соревнования с их участием. В это же время создается Паралимпийский комитет России, а в 1998 году российские спортсмены-инвалиды приняли участие в зимних Паралимпийских играх в Нагано, заняв 4 общекомандное место. В 1999 году в стране утверждается национальная стратегия развития АФК.

По последним сведениям, в Российской Федерации физкультурно-оздоровительную работу с лицами, имеющими ограниченные возможности здоровья, и инвалидами осуществляют около 11467 учреждений, из которых к сфере физической культуры и спорта относятся более 4200 учреждений, к сфере образования – более 6700 учреждений, к сфере социальной защиты – 467 реабилитационных учреждений. В 35 субъектах России созданы учреждения спортивной направленности по адаптивной физической культуре и спорту, а в 27 субъектах при детско-юношеских спортивных школах открыты отделения по адаптивной физической культуре и спорту.

Министерства образования и науки России из общего количества 1708 специальных (коррекционных) образовательных учреждений для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии в 1172 учреждениях 97 тысяч спортсменов-инвалидов занимаются адаптивной физической культурой и спортом. В настоящее время порядка 84% специальных (коррекционных) образовательных учреждений оснащены физкультурными залами.

В целях развития спорта среди детей-инвалидов в возрасте с 6 до 18 лет проводятся спартакиады по летним и зимним видам спорта, включенным в программы Паралимпийских и Сурдлимпийских игр.

В Российской системе образования адаптивная физическая культура выросла от небольшого спецкурса до отдельного направления подготовки кадров с высшим образованием «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура)» со своими федеральными государственными образовательными стандартами для бакалавриата и магистратуры. Расширяется подготовка кадров как в системе высшего образования, так и в системе среднего профессионального образования, где также имеется два федеральных государственных образовательных стандарта по специальности «Адаптивная физическая культура».

Адаптивная физическая культура представлена и в системе научно-педагогических кадров, а также в паспорте специальности научных работников «Теория и методика физического воспитания, спортивной тренировки, оздоровительной и адаптивной физической культуры».

В 1997 году в России был утвержден государственный стандарт высшего профессионального образования по специальности «Адаптивная физическая культура». Проект гостандарта был разработан на кафедре теории и методики адаптивной физической культуры Национальном государственном университете им. П.Ф. Лесгафта.

Республика Беларусь. В Республике Беларусь развиваются все крупнейшие мировые спортивные движения инвалидов и направления АФК и АС – паралимпийский (только для лиц с нарушением зрения и опорно-двигательного аппарата), дефлимпийский, специальный олимпийский. Соответственно данным направлениям АС создана система национальных организаций, осуществляющих общественное управление ими:

– Паралимпийский комитет Республики Беларусь (далее-ПК) – создан в 1996 году и признан Международным Паралимпийским комитетом в 1997 году;

– Федерация физической культуры и спорта Белорусского товарищества инвалидов по зрению (ФФКиС БезТиЗ) – по видам спорта среди инвалидов по зрению;

– Белорусская федерация физической культуры и спорта инвалидов

(БФФКиСИ) – по видам спорта среди инвалидов с нарушением опорно-двигательного аппарата;

– Белорусская спортивная федерация глухих (далее-БСФГ) создана в 1992 г. и с 1993 г. является членом Международного спортивного комитета глухих (CISS – с 2001 г. ICSD), Международного шахматного комитета глухих (ICSC) и Европейской спортивной организации глухих (EDSO);

– Белорусский комитет Специал Олимпикс (далее – БКСО).

Украина. С создания в 1989 году физкультурно-спортивных и оздоровительных клубов в Украине началось формирование ее современного спортивного движения инвалидов, которое позволило создать национальную федерацию спорта для людей с ограниченными физическими возможностями.

В 1991 году Верховным Советом Украины был принят закон «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» и в соответствии с этим документом начала свое действие государственная программа, на основании которой в 1992 году была создана система государственных центров реабилитации и спорта инвалидов, которая насчитывала в то время около 600 штатных специалистов. Сразу же был создан Национальный комитет спорта инвалидов страны, а в 1993 году – Украинский Центр физической культуры и спорта инвалидов – «Инваспорт» и его 27 региональных отделений.

Система физической культуры и спорта инвалидов в Украине включает четыре подсистемы:

1. Лечебно-реабилитационную;
2. Физкультурно-оздоровительную;
3. Массовый спорт инвалидов;
4. Спорт высших достижений, включая международные соревнования.

В настоящее время наибольшее распространение получили три направления спорта инвалидов: паралимпийское, сурдолимпийское и специальное олимпийское.

Сегодня в Украине действуют 114 подразделений региональных центров «Инваспорт» в городах и районах, 123 физкультурно-спортивных клуба инвалидов, открыто 27 детско-юношеских спортивных школ инвалидов. Свыше 52000 инвалидов, около 16000 дети школьного возраста

та, посещают физкультурно-реабилитационные группы и спортивные секции по 30 видам спорта. Ежегодно в Украине проводятся свыше 250 чемпионатов, первенств и кубков по 19 видам спорта.

У людей с проблемным слухом большой популярностью пользуется футбол, который развивается в 22 областях Украины. Наиболее популярные виды спорта среди людей с особыми потребностями в Украине – это легкая атлетика, баскетбол на колясках, настольный теннис, шахматы, плавание и др.

Ежегодно в Украине проводится около 250 чемпионатов и кубков в 19 видах спорта среди инвалидов с различными функциональными поражениями.

1.2 Современное состояние развития адаптивной физической культуры зарубежом

В Соединенных Штатах Америки ежегодно завершают подготовку до 400 врачей-специалистов физической медицины и реабилитации. Всего в США официально зарегистрировано более 5000 врачей-специалистов этого профиля, потребность в них продолжает возрастать.

В условиях меняющейся демографической ситуации в Европе и США при увеличении численности населения пожилого возраста и относительного уменьшения количества работающих, встает вопрос о долгосрочном сохранении трудоспособности трудовых масс. Повышающаяся продолжительность жизни европейцев и американцев поставила задачи пенсионного и медицинского характера, следовательно, и реабилитации средствами физической культуры и спорта.

В процессе глобализации неминуемо сближение систем медицинской реабилитации стран, обусловленное необходимостью следовать мировым установкам и нормативам.

АФК является субдисциплиной физического воспитания, при этом пристальное внимание уделяется интеграции школьников и студентов с особыми потребностями.

На федеральном и на уровне штатов действуют организации, существующие на спонсорские пожертвования или обеспеченные грантами федерального или местного значения (на уровне правительства штата), в которых трудятся как добровольцы, так и штатные сотрудники. Ча-

сто подобные центры базируются в исследовательских и учебных университетах, объединяя потенциал сразу нескольких некоммерческих и коммерческих организаций. Такие организации, являясь, по сути, результатом активной жизни гражданского общества, способствуют вовлечению в различные формы АФК людей различных возрастных групп, как с ограничениями жизнедеятельности, так и относительно здоровых, используя мотивационные стимулы. Большое значение придается консультированию по правильному и здоровому питанию, особенно в сочетании с применением АФК.

Важнейшим обстоятельством является участие специалистов-медиков в консультационной работе подобных организаций, часто на безвозмездной основе.

Упомянутые организации с помощью проведения соревнований на местном уровне способствуют формированию национальных сборных паралимпийских команд. Проведение соревнований, формирование групп, занимающихся по видам спорта или двигательной рекреационной деятельности способствует формированию здорового образа жизни и профилактике инвалидности в разных возрастных группах.

В **Великобритании** основной организацией, курирующей АФК и адаптивный спорт, является Английская федерация спорта инвалидов – English Federation of Disability Sport (EFDS).

Цели организации, действующей в рамках спонсорской поддержки:

- осуществлять стратегическое руководство и прямую поддержку, чтобы привлечь больше инвалидов в спорт и реализацию физической активности;
- добиться признания в качестве авторитетного источника для инвалидов в области спорта и физической активности в Англии;
- быть центральным ресурсом для исследования доказательств, относящихся к инвалидам и инвалидному спорту;
- процессы сильного и эффективного взаимодействия и партнерства, которые приводят к улучшению инфраструктуры спорта, продуктов и услуг, доступных для инвалидов, осуществляются вместе с NGBs (National Governing Bodies), CSPs (Сеть сотрудничества местных агентств по расширению участия в спорте и физической активности), NDSOs (National Disability Sport Organisations – Национальная организация инвалидного спорта) и другими партнерами;

- работать совместно с инвалидами и разработать эффективную платформу для активного их участия в занятиях спортом и физической активностью;

- обеспечить подготовку к участию инвалидов в спорте и физической активности с помощью специальной программы мероприятий;

- обеспечить влияние и поддержку индустрии здоровья, и фитнес-индустрии, чтобы обеспечить высокое качество комплексного обслуживания;

- продвижение и развитие конкретных программ и мероприятий, чтобы поддержать рост участия молодых людей с ограниченными возможностями в спорте и физической активности;

- генерировать значительные дополнительные доходы и возможности финансирования для поддержки участия людей с ограниченными возможностями в области спорта и физической активности.

Британская паралимпийская ассоциация – общественная организация, существующая на спонсорские пожертвования. Основная задача – организация соревнований и формирование паралимпийских национальных команд по летним и зимним видам спорта. Отмечены заслуги именно этой организации в успешном формировании национальной паралимпийской сборной. Трех призеров Лондонской Паралимпиады удалось выявить за короткий промежуток времени до ответственного старта благодаря активному процессу отборочных соревнований местного уровня.

На уровне местного самоуправления в Великобритании реализация программ АФК происходит под управлением муниципалитетов (графств), при этом основная материальная нагрузка по обеспечению процесса ложится на спонсоров, а обязательный по законодательству врачебный контроль осуществляют, как правило, на добровольной основе семейные врачи, обслуживающие данную местность.

Вся деятельность в области АФК, как и во всем ЕС, осуществляется только специалистами, имеющими лицензию. При этом приветствуется и предоставляется возможность приобретения дополнительного образования в области АФК для врачей, медсестер, массажистов.

Департамент по вопросам культуры, СМИ и спорта правительства Великобритании курирует множество проектов, направленных на:

- поддержание и улучшение спортивных результатов спортивной элиты Великобритании (помощь лучшим спортсменам полностью рас-

крыть свой потенциал, что дает им больше шансов конкурировать в Великобритании и поддерживать спорт высших достижений, свободным от наркотиков и допинга);

- создание долговременного наследия Олимпийских и Паралимпийских игр 2012 года (игры в Лондоне в 2012 году продолжают приносить пользу всей стране в течение многих лет);

- увеличение количества людей, занимающихся спортом (помогать людям заниматься спортом с раннего возраста и призывать их продолжать занятия на протяжении всей их жизни).

Основная деятельность департамента проходит под девизом: «спорт может улучшить здоровье людей, а также обеспечить обогащение их жизни. Инвестиции в объекты и поощрение участия в массовом спорте среди взрослых, а также детей будут приносить огромную пользу».

Одна из программ направлена на поддержание обратной связи с организацией физкультурно-спортивной практики на местах – с уровня школы, органов самоуправления различной подчиненности. Программа была разработана, чтобы непосредственно обеспечить влияние культуры и спорта на политику, и предполагает сбор сквозных социальных и экономических данных, фактов (в области культуры и спорта) с последующим анализом и обработкой. В результате на сайте в общественном доступе имеется набор постоянно обновляемых данных о вовлечении населения в спортивно-оздоровительную деятельность. Таким образом, осуществляется интерактивный контроль над эффективностью государственных программ.

В реализации программ АФК, таких как «Проект Возможность», «Активность для всех детей», «Параспорт», «Школьные соревнования» (Sainsburys School Games), «Спортивный шанс» (Sporting Chance programme), принимает участие Департамент образования (Department for Education), как основной источник финансирования на уровне государственных школ разного уровня и одновременно надзорный орган.

Целевая деятельность Юношеской Спортивной Независимой благотворительной организации YOUTH SPORT TRUST посвящена изменению жизни молодежи через спорт. Основанная в 1994 году, она выполняет задачу помощи всем молодым людям в реализации своего потенциала в жизни путем предоставления возможности высококачественных физического воспитания и спорта.

Множество активно реализуемых совместно с правительственными, муниципальными органами, школами, высшими и средними учебными заведениями программ включают проект «Возможность» (Ability). Целью номер один проекта является возможность как можно большему количеству молодых учащихся с ограниченными возможностями принимать участие в соревновательных видах спорта. Через школьные игры и сеть из каждой отобранной 50 школ в Англии, ведущих проект «Возможность», установлено опытом, что привлечение молодых инвалидов школами может улучшить качество жизни и расширить применение физической активности для учащихся с ограниченными возможностями.

Проект поставляется как часть школьных игр (соревнований) и включает в себя:

- заказ подготовки, чтобы обеспечить рекомендациями местные советы и организаторов Игр для принимающих школ;
- создание и внедрение на местах еще более конкурентных возможностей для молодых людей с ограниченными возможностями;
- развитие деятельности спортивного клуба школы.

Для того чтобы запустить инклюзивную спортивную деятельность школ рекомендуется работать наряду с национальными руководящими органами спорта, включая форматы советов и рекомендаций о том, как адаптировать деятельность, а также в специальных форматах, доступных на веб-сайте школьных игр. Школы могут использовать включительно эти форматы во внутри- и межшкольных соревнованиях (уровни 1 и 2), а в том числе мероприятий для инвалидов в рамках соревнований 3-го уровня (округа). Лучшие ученики могут конкурировать в финале школьных игр Sainsbury's.

По похожей схеме формируется реализация программ АФК в других странах Запада.

В **Австралии** учреждения Спорта инвалидов или национальных организаций спорта для людей с ограниченными возможностями обеспечивают разнообразие услуг и возможностей для людей с широким спектром инвалидности. Эти учреждения могут облегчить/обеспечить участие в рекреационной деятельности, реализовать возможности спортсменов-инвалидов на высоком уровне, в том числе – участие в элитных соревнованиях.

Их деятельность контролируется и софинансируется Австралийской спортивной Комиссией (ASC) правительства, деятельность которой

регулируется Советом уполномоченных, которые привносят широкий спектр экспертных знаний для руководства работой ASC. Совет включает в себя бывших спортсменов, деловых людей и журналистов, каждый с обширными и конкретными знаниями высокой квалификации (<http://www.ausport.gov.au>).

Организационное, научное и финансовое сопровождение спортивной подготовки паралимпийцев осуществляется AIS (Australian Institute of Sport) – государственной организацией, основанной на опыте Европейских научно-исследовательских институтов спорта в 1975 году и показавшей свою высокую эффективность.

Австралийский паралимпийский комитет (<http://www.paralympic.org.au>) совместно с партнерами обеспечивают широкий спектр возможностей для людей с физическими, зрительными и интеллектуальными нарушениями, предоставляя участие в общенациональных днях «Прими Участие» (Get involved). Как правило, они организуются по целому ряду паралимпийских видов спорта и, как правило, в спорте определенных параметров (например, стрелковый спорт) совместно с национальной федерацией, с участием государственных спортивных организаций или частных клубов. В эти дни, как правило, мероприятия открыты для всех людей с нарушениями, которые позволили бы им принять участие в мероприятиях в каждом индивидуальном виде спорта, в настоящее время включенном в календарь Паралимпийских игр.

Организация Australian Athletes with a Disability Limited была образована в 2003 году для представления интересов своих членов спортивным организациям инвалидов путем создания «зонтика» для координации отношений с Комиссией австралийского спорта (ASC).

«Зонтик» сформирован в результате слияния следующих организаций:

- Австралийские организации спортивных мероприятий для инвалидов (ASOD), основано в 1981 году;
- Федерации австралийского спорта и отдыха Детского церебрального паралича (CPASRF), основано в 1989 году;
- Инвалидного спорта Австралии (WSA), основано 1950 году.

Организация Australian Athletes with a Disability Limited изменила свое название в 2013 году и теперь именуется как Организация «Инвалидного Спорта Австралии» (Disability Sports Australia – DSA) [14].

– высший национальный орган Австралии, представляющий спортсменов с физическими недостатками.

Это изменение отражает эволюцию, достигнутую в результате жизненно важной работы в привлечении людей по всей Австралии, начиная с низового звена и до элитных паралимпийцев с любыми нарушениями жизнедеятельности по 10 основным видам.

DSA продолжает финансирование и ресурсного обеспечения своих членов для проведения программ, и разработок, начиная с низового, на национальном уровне. Эта работа включает в себя не только финансирование программ для спортсменов, но и подготовку и аккредитацию тренеров и официальных лиц, в зону внимания входят юниоры, клубы, отдельные добровольцы и региональные пользователи.

Девиз организации – быть высшим национальным органом для государственных и других спортивных и развлекательных организаций, представляющих людей с физическими нарушениями.

Основными целями являются:

– Выполнять роль Национального координационного органа, обеспечивая единую точку контакта между организациями-партнерами (например, ASC, APC and NSOs) и штатов и территорий членов (например, Wheelchair Sports NSW, Sporting Wheelies and Disabled Association и т.д.);

– Обеспечить возможности для развития спортсменов на национальном уровне и поддержки путей от низовых до национального уровня;

– Администрирование инвалидного регби и баскетбола на колясках Национальной Лиги, а также национальных чемпионатов Lawn Bowls Multi для инвалидов.

В **Канаде** обращает на себя внимание успешная самоорганизация ряда муниципалитетов в вопросах адаптированной двигательной активности.

Цель этого сотрудничества и партнерства между шестью муниципалитетами округа Pictou заключается в том, чтобы обучить и мотивировать всех граждан, увеличить объем их ежедневной физической активности в целях создания более счастливого, здорового и активного сообщества. Бренд «активность округа Pictou» был создан в качестве движущей силы для достижения этой цели. В частности, по инициативе Active Pictou County возникли партнерские отношения с другими организациями, в результате которых к увеличению физической активности

подключено более активное использование и строительство велодорожек. Были сформированы и реализованы требования для персонала как поддержка мер по осуществлению этого проекта. С помощью местного совета по вопросам здравоохранения через органы здравоохранения района сообществом распределены также финансовые ресурсы для развития физической соревновательной деятельности детей и молодежи.

В июле 2009 года руководство Департамента охраны и укрепления здоровья **Новой Шотландии** согласилось, чтобы еще раз поддержать инициативы партнерства в графстве через свою программу MPAL (Municipal Physical Activity Leadership – Лидерство Муниципальной Физической Активности). Программы MPAL предлагают стимулы для распределения затрат муниципалитетов, чтобы последние имели возможность нанять персонал для управления физической активностью населения. Пять муниципалитетов в графстве Pictou согласились принять участие в этой программе для распределения затрат на пятилетний период, чтобы иметь возможность вести деятельность инициативной группы Pictou County. Как часть соглашения разработан стратегический план на основе повышения физической активности в графстве Pictou.

В **Ирландии** за реализацию АФК на уровне правительства отвечает департамент транспорта, туризма и спорта. Совместно с Irish Sports Council (Ирландским советом по спорту) осуществляет управление и финансирование одной из программ по развитию АФК – Sports Capital Programme. Эта программа «Столица Спорта» нацелена на стимулирование комплексного и планового подхода к развитию спорта и физической возможности для отдыха по всей стране.

В частности, ее целями являются:

- оказание содействия добровольным и общественным организациям национальным руководящим органам (NGBs) спорта, местным органам власти и в некоторых случаях школам, чтобы создать высококачественные, безопасные, хорошо продуманные, устойчивые объекты в соответствующих местах, обеспечить соответствующим оборудованием, чтобы способствовать максимально широкому участию населения в спорте и физической рекреации, уделяя приоритетное внимание потребностям неблагополучных районов в предоставлении спортивных сооружений;

- поощрять многоцелевое использование местных, региональных и национальных спортивных сооружений клубов, общественных организаций и национальных органов управления спортом.

Результатом реализации этой программы в отношении развития АФК явилось создание CARA, National Adapted Physical Activity Centre [18] в партнерстве с рабочей группой по инклюзивной физической активности, физической культуре и спорту инвалидов Национального департамента Обучения и образования Центра обучения «Xccessible» Leisure Centre.

Инициатива финансировалась Министерством юстиции и равенства и координируется CARA. CARA работал с рядом местных партнерств в спорте (LSP), которые идентифицировали 24 центра досуга по всей стране для участия в специальных днях «Come and Try It» («Приходите и попробуйте»). В этот день каждый из этих центров открыл свои двери для людей с ограниченными возможностями бесплатно и представители должностных лиц спорта инвалидов (Sports Inclusion Disability Officers \LSP) запустили ряд интересных программ, например – адаптированная аква-аэробика, занятия велоспортом в тренажерном зале. В рамках дня центра CARA записаны мероприятия для целей разработки мультимедийных инструментов обучения, которая сейчас является частью ресурсов учебного центра «Xccessible». При постоянной поддержке ИЛАМ (который утвердил учебные ресурсы) и рабочей группы национальных учебных и образовательных ресурсов CARA на примере «Xccessible» провел обучение до 50 центров досуга по всей стране и тем самым повысил осведомленность, что развлекательные центры готовы, имеют желание и возможность для интеграции людей с ограниченными возможностями» [18].

В **Испании** концепция применения средств и методов АФК имеет строго научное обоснование. В работе одновременно принимают участие как лицензированные специалисты в области АФК, так и социальные работники, специалисты по семейной медицине, прежде всего, подготовленный средний медперсонал, а также врачи, осуществляющие постоянный контроль.

По схожей схеме с теми же приоритетами реализуются основные направления АФК и во **Франции**, где созданы многочисленные профессиональные ассоциации специалистов в области АФК и непрерывная система обучения и повышения квалификации с использованием современных методов дистанционного обучения и сопровождения, обучающихся. Приоритет в деятельности этих организаций – вовлечение

в АФК широких масс с проведением фестивалей и праздников спортивной направленности, как на уровне департаментов, так и отдельных районов, и муниципалитетов. Следует отметить постоянный контроль за качеством профессиональной деятельности самих специалистов со стороны государственных органов здравоохранения и четкую регламентацию деятельности законами, несмотря на значительную нехватку специалистов в области двигательной рекреации.

Таким образом, важнейшим направлением и приоритетом применения средств и методов АФК в странах Евросоюза и США являются приоритетные направления профилактики инвалидности, а также максимальное вовлечение в двигательную активность самых широких слоев населения, чему имеются научное обоснование и пролонгированные планы с партнерским государственным и спонсорским софинансированием под контролем государственных федеральных органов.

В **Китайской Народной Республике** работает целый ряд спортивных организаций. Миссия Китайской Федерации Инвалидов (ChinaDisabledPersons' Federation (CDPF)) состоит в том, чтобы способствовать всестороннему участию людей с ограниченными возможностями в обществе на равной основе со здоровыми людьми.

Федерация способствует интеграции инвалидов в общество, а также – его гуманизации. Центр Федерации располагается в Пекине.

Общее количество штатных сотрудников – приблизительно 120 тыс. человек в национальном масштабе. Китайская федерация инвалидов сотрудничает с Университетом Спорта Пекина (Beijing Sport University), Шанхайским Спортивным Институтом (Shanghai Sport Institution), Институтом спорта Тяньцзиня (Tianjin Sport Institution).

Новой формой работы по привлечению инвалидов к спорту является приобщение к этой деятельности крупных фирм. При их поддержке организовываются совместные образовательные программы по обучению спортивных тренеров и учителей для лиц с ограниченными возможностями. Чтобы удовлетворить потребности в обучении в области физической культуры и спорта инвалидов, в Китае проводится сотрудничество с различными спортивными учреждениями разных уровней, организуется обмен с международными спортивными организациями.

Постоянно ведется работа по повышению квалификации педагогических кадров, работающих со всеми нозологическими группами инвалидов.

Поскольку поддержку Ассоциация получает на партийном уровне, муниципальные органы власти оказывают обязательную поддержку инвалидам и организуют все возможности для занятий физической активностью.

Особенностью деятельности организаций является поддержка, которую они получают от крупных и средних городов и коммерческих предприятий, которые, в свою очередь, осуществляют различные коммуникации, логистику и организацию соревнований для инвалидов. Политика регулирования положения инвалидов китайского правительства заключается в создании условий и гарантий для развития спортивных мероприятий для инвалидов. Благодаря их активной деятельности работают различные провинциальные спортивные ассоциации, объединяющие инвалидов по всему Китаю.

Провинциальная Ассоциация для инвалидов (Association for Disabled People) и Спортивная Ассоциация для инвалидов (Sports Association for Disabled People) организуют многочисленные спортивные мероприятия для инвалидов. Ассоциации постоянно организуют встречи для инвалидов, которые позволяют познакомиться людям с ограниченными возможностями с различными видами спорта. По статистике, более чем 200 000 любителей с ограниченными возможностями проявили интерес к подобным спортивным встречам, и больше 10 000 000 инвалидов приобрели интерес к массовому спорту и продолжают заниматься физической культурой.

Новой формой работы в **Китае** является постоянная работа по созданию специальных научных групп, проводящих исследования по вопросам физической культуры и спорта инвалидов. Лидирующие позиции в этой сфере занимают Университет Спорта Пекина (Beijing Sport University) и Научно-исследовательский Институт Министерства Спорта Китая (Scientific Research Institution of General Administration of Sports in China). В Китае также работает целый ряд региональных исследовательских групп.

Япония. В Японии ведется активная работа по поддержке и привлечению инвалидов к спорту, особенно в преддверии Паралимпийских игр в Токио в 2020 году. Ведущая роль в развитии массового спорта принадлежит Японской спортивной ассоциации для людей с ограниченными возможностями (Japanese sports association for the disabled persons).

Основные направления работы ассоциации: подготовка делегаций для зарубежных соревнований; организация на своем поле Национальных Спортивных Игр инвалидов; обучение спортивных преподавателей и волонтеров для людей с ограниченными возможностями; создание и управление социальными центрами благосостояния (A-typed) для людей с ограниченными физическими возможностями, такими как Токийский Столичный Спортивный Центр для людей с ограниченными возможностями; научно-исследовательская деятельность и сбор информации о спортивных состязаниях людей с ограниченными возможностями, включающий инновационные подходы. Осакий городской центр спортивных состязаний для людей с ограниченными возможностями, расположенный в парке Nagai, является первым и главным спортивным комплексом Японии для инвалидов.

Огромное внимание в Японии уделяется развитию массового спорта для пожилых людей и всех нозологических групп инвалидов, включая и инвалидов по общему заболеванию. Префектуры Японии проводят различные спортивные мероприятия, каждое из которых направлено на привлечение людей с ограниченными возможностями к общественной жизни. Одним из крупнейших событий является Национальный спортивный фестиваль (NationalSportsFestivalofJapan). В рамках Фестиваля проводятся зимний и летний турниры с соответствующими сезонами видами спорта.

Южная Корея. На первом месте стоит не только создание условий для проведения крупнейшего в мире спортивного мероприятия для инвалидов, но и развитие массового спорта. Примером новых форм привлечения инвалидов к спорту в рамках популяризации массового спорта и развития инклюзивных спортивных мероприятий является ежегодный фестиваль «Спорт для всех» (SportsforAllFestival). В 2015 году он прошел под лозунгом «Все как один». Участниками ежегодного фестиваля могут стать все желающие до 90 лет, при этом особо подчеркивается участие пожилых людей с ограниченными возможностями. Они могут принять участие в 8 спортивных дисциплинах для инвалидов. В Южной Корее активно работают неправительственные организации, которые включают подготовку спортивных мероприятий и привлечение инвалидов и лиц пожилого возраста к занятиям физической культурой.

1.3 Адаптивная физическая культура в рамках Всемирной организации Здравоохранения (ВОЗ)

Развитию теоретических, образовательных и правовых основ адаптивной физической культуры способствует международное спортивное движение лиц с ограниченными физическими возможностями, которое существует более 100 лет и приобретает все более широкий характер. В настоящее время в мире существует 78 международных спортивных и 30 олимпийских организаций для инвалидов.

Крупными из них являются: Международная организация глухих (CISS), Международная ассоциация спорта и отдыха лиц с последствиями детского церебрального паралича (CPISRA), Международная ассоциация спорта слепых (IBSA), Международная организация спорта лиц с недостатками умственного развития (INAS – FMN), Международная федерация Сток-Мэндевилльских игр, Международная федерация спорта на коляске (ISMWSF). Сбором и выделением средств на спортивные мероприятия для людей с физическими недостатками занимается МСФИ. В конце XX столетия с целью развития новых видов спорта для привлечения ещё большего количества людей с физическими недостатками была создана Международная организация рекреационного спорта, развития и стимуляции инвалидов.

В настоящее время в мире реализуются программы Всемирной организации Здравоохранения (ВОЗ) «Инвалидность и реабилитация», а также «Социальные детерминанты здоровья», которые, в частности, предполагают реализацию мер по профилактике инвалидности и повышению степени интеграции инвалидов в общество посредством преодоления различных барьеров.

По оценкам, более 1 миллиарда людей имеют какую-либо форму инвалидности. Это соответствует почти 15% населения мира. От 110 миллионов (2,2%) до 190 миллионов (3,8%) людей 15 лет и старше испытывают значительные трудности в функционировании. Их права в течение длительного времени остаются объектом пристального внимания со стороны Организации Объединенных Наций (ООН) и других международных организаций. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов были разработаны на основе опыта проведения Десятилетия инвалидов ООН (1983–1992 г.г.). Основой настоя-

щих Правил являются: Международный билль о правах человека, включающий Всеобщую декларацию прав человека, Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, Международный пакт о гражданских и политических правах, Конвенция о правах ребенка, Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, а также Всемирная программа действий в отношении инвалидов. Цель данных Правил состоит в обеспечении инвалидам, как членам общества, таких же прав и обязанностей, как у других лиц. Обязанность государств заключается в том, чтобы обеспечить равные возможности для инвалидов.

Статья 25 Конвенции Организации Объединенных Наций (ООН) о правах инвалидов (принятая Генеральной Ассамблеей ООН 13 декабря 2006 года) подтверждает право инвалидов на наивысший достижимый уровень здоровья без дискриминации. Опыт реализации программ ВОЗ в зарубежных странах непременно включает продвижение различных форм двигательной активности, в том числе и двигательную рекреацию, в качестве основных условий достижения положительного результата.

Контрольные вопросы

1. Опишите историю развития адаптивной физической культуры в мире.
2. Перечислите основоположников адаптивной физической культуры в мире и их вклад в ее развитие.
3. Охарактеризуйте современное состояние адаптивной физической культуры за рубежом.
4. Опишите сущность адаптивной физической культуры в рамках Всемирной организации Здравоохранения (ВОЗ).

Глава 2. Становление и развитие международного олимпийского движения в адаптивном спорте

2.1 Паралимпийский спорт

Определение «паралимпийский» изначально было дано соревнованиям среди лиц с поражениями позвоночника по термину paraplegia - паралич нижних конечностей. Однако из-за участия в состязании спортсменов и с другими нозологиями это название было переосмыслено как «рядом, вне (греч. παρά) Олимпиады», т.е. параллельное и равноправное олимпийским играм. Летние Паралимпийские игры проводятся с 1960 года, а зимние Паралимпийские игры – с 1976 года.

В первое время название «параолимпийские игры» официально не применялось. В частности, игры 1960 года именовались «Девятыми Международными Сток-Мандевильскими играми», а в 1964 года игры получили определение «Paralympics». До 1980 года соревнования носили название «Олимпийские игры для инвалидов», в 1984 году – «Международные игры инвалидов» и только с летних Игр 1988 года официально используется термин «паралимпийский».

Определение «паралимпийский» официально используется во всех документах государственных и иных структурах, являясь калькой с официального названия (МОК) на английском языке – paralympic games.

Эмблемой Паралимпийских Игр являются три полусферы красного, синего и зеленого цветов – три агитоса (лат. agito – «приводить в движение, двигать»), символизирующие Разум, Тело и Дух. Впервые эмблема появилась на Паралимпийских зимних играх 2006 года в Турине (Италия).

Девиз Паралимпийских игр «Spirit in Motion» («Дух в движении») передаёт цель Паралимпийского движения – необходимость предоставлять спортсменам-паралимпийцам любого уровня и происхождения возможности для того, чтобы вдохновлять и восхищать мир благодаря спортивным достижениям.

По решению Сток-Мэндвильского комитета, 1 раз в четыре года планируется проведение игр для инвалидов в тех же странах, где проходят Олимпийские игры здоровых людей, а с летних Паралимпийских игр 1988 года – на тех же спортивных объектах. В 2001 году МОК и МПК заключили соглашение по данной форме организации соревнований.

До настоящего времени развитие инвалидного спорта продолжается как в соревнованиях, так и научных исследованиях его особенностей влияния на физиологические, психические и социальные факторы.

Хронология Параолимпийских игр

1960 год. Рим – Италия. На первых паралимпийских играх приняло участие 400 парализованных спортсмена и 300 сопровождающих их лиц. Спортсмены с инвалидностью из 23 стран соревновались по 7 видам спорта: лёгкой атлетике, плаванию, стрельбе из лука, баскетболу на колясках, фехтованию, теннису и бильярд. Все участники были приняты Папой Римским, на приёме Папа назвал Людвиг Гутмана «Куберте-ном парализованных».

1964 год. Токио – Япония. В олимпиаде приняло участие 400 спортсменов из 23 стран. Были апробированы новые виды спорта: слалом на колясках, штанга, метание диска. В течение игр более 100 000 зрителей-болельщиков посетили стадионы.

В общем зачёте победила команда США – 47 золотых, на 2 месте Великобритания – 24 золотые медали, 3 место поделили Родезия и Италия – 11 золотых медалей. Важными социальными результатами игр в Японии стали распоряжения Министерства труда Японии о необходимости занятий спортом параплегиков и других инвалидов, а также об открытии специализированных фабрик, предоставивших инвалидам рабочие места.

1968 год. Тель-Авив – Израиль. Приняло участие 750 спортсменов с инвалидностью из 45 стран. Первое место заняла команда США – 30 золотых медалей. Кульминацией игр стал баскетбольный поединок между Израилем и США в присутствии 5 тысяч зрителей.

1972 год. Хайдельберг – Германия. Приняло участие 1000 спортсменов-инвалидов из 44 стран.

1976 год. Торонто – Канада. Приняло участие 1600 спортсменов с инвалидностью из 50 стран. Особенностью этих соревнований явилось то, что половину участников составляли спортсмены с инвалидностью с ампутациями конечностей и незрячие. Была увеличена и программа соревнований в лёгкой атлетике: гонки в колясках 200, 400, 800, 1.500 м.

Незрячие спортсмены участвуют в дзюдо, верховой езде, голболе, парусном спорте, плавании, лёгкой атлетике. На соревнованиях появ-

ляются технологически новый спортивный инвентарь для людей с инвалидностью – изобретенные специалистами США «гоночные коляски».

Между тем, в 1976 году создается Международная спортивная и оздоровительная Ассоциация детей с последствиями детского церебрального паралича.

В 1980 году очередные Олимпийские игры здоровых людей проходили в Москве – СССР. На предложение основателя паралимпийского движения Людвиг Гутмана к правительству СССР о возможности проведения Паралимпийских игр в Москве прозвучал ответ, что «...в стране инвалидов нет». В этой связи, паралимпийские игры 1980 года перенесли в Нидерланды, куда прибыло 2350 спортсменов из 42 стран. Особенностью олимпиады стало участие ещё одной группы людей с инвалидностью – с последствием детского церебрального паралича.

В 1981 году создается Международная спортивная ассоциация слепых, а 11 марта 1982 года учреждается Международный координационный комитет по спорту инвалидов в мире.

1984 год. Нью-Йорк – США, Эйлесбери – Англия.

В двух странах проходят Паралимпийские игры 1984 г., так как обстановка в мире не спокойна и накалена. Спортсмены с травмами и заболеваниями спинного мозга съезжаются в город Эйлесбери (Англия), остальные – слепые, ампутанты, инвалиды с последствиями ДЦП – в Нью-Йорке. Всего в этих состязаниях приняло участие 3030 человек из 61 страны.

В программе: лёгкая атлетика, стрельба, настольный теннис, волейбол, штанга. Впервые проводится марафон в колясках. Победителем олимпиады стала национальная сборная США, завоевавшая 276 медалей, на втором месте – 240 медалей Великобритания, на третьем Канада – 149 медалей.

1988 год. Сеул – Корея.

Впервые по всей программе спортсмены с инвалидностью соревновались на тех же спортивных сооружениях, что и здоровые олимпийцы, показав при этом высокие результаты. На играх приняло участие 3000 спортсменов по 16 видам спорта. Впервые на соревнованиях такого ранга выступали спортсмены-инвалиды из Советского Союза, но не по всей программе и только одной категории – слепые. Несмотря на малочисленность команды, национальная сборная СССР заняла – 12 место. Пер-

вое место заняли спортсмены США – 268 медалей, второе Германии – 189 медалей, третье Великобритании – 179 медалей.

В том же году Президент МОК Хуан Антони Самаранч поддержал идею Паралимпийских игр и объявил об их курировании Международным олимпийским комитетом. При разработке Программы очередных олимпийских игр руководство МОКа предложило допускать на олимпиады страны, которые принимают участие в паралимпийском движении.

21 сентября 1989 г. в Дюссельдорфе прошла первая Генеральная ассамблея международных спортивных организаций инвалидов, решением которой был создан Паралимпийский комитет. В его задачу вошло: координация, организация и проведение Паралимпийских игр, Всемирных игр инвалидов, чемпионатов мира, сотрудничество с Международным олимпийским комитетом. Особое значение придаётся пропаганде и организации олимпийского движения инвалидов в мире. Генеральные Ассамблеи проходили в разных городах и странах: Гронингене (1990), Будапеште (1991), Берлине (1993), Токио (1995) и т.д.

1992 год. Барселона – Испания.

В играх приняло участие 3200 спортсменов-инвалидов всех категорий из 86 стран. В программе соревнований: лёгкая атлетика - метание копья на точность и дальность, метание диска, толкание ядра, бег на короткие, средние и длинные дистанции, гонки в колясках на короткие, средние и длинные дистанции, марафон, слалом в колясках, пентатлон, настольный теннис, волейбол, бильярд, голбол, плавание, боулинг, тяжёлая атлетика, дзюдо, футбол, баскетбол в колясках, фехтование и другие виды спорта.

Спортсмены с инвалидностью СНГ заняли 8-е место, а победителями Паралимпийских игр снова стали спортсмены США, самая большая делегация на играх.

В феврале 1995 года Международная спортивная организация глухих вышла из Международного Паралимпийского комитета.

1996 год. Атланта – США.

В играх приняло участие 3310 спортсменов из 103 стран, которые состязались по 26 видам спорта. Первое место у национальной сборной США.

2000 год. Сидней – Австралия.

В играх приняло участие 4038 спортсменов из 125 стран. На первом месте команда Австралии, на втором Великобритании, на третьем Испания.

2004 год. Афины – Греция

Паралимпийские игры 2004 года включали в себя 19 видов спорта. Впервые были включены футбол (по 5 человек), волейбол сидя для женщин и теннис на инвалидных колясках с тяжелыми заболеваниями опорно-двигательного аппарата («парная игра»).

2008 год. Пекин – Китай

В играх приняло участие около 4200 спортсменов с инвалидностью всех категорий из 148 стран. В программе соревнований: лёгкая атлетика, стрельба из лука, настольный теннис, волейбол сидя, голбол, плавание, боулинг, дзюдо, футбол, баскетбол на колясках, фехтование на колясках, регби на колясках, теннис сидя, верховая езда, футбол (по 5 и 7 человек), пауэрлифтинг. На первом месте команда Китая, на втором Великобритании, на третьем США.

2012 год. Лондон – Великобритания

В играх приняло участие 4200 спортсменов из 166 стран. На первом месте команда Китая, на втором Россия, на третьем Великобритании. Лондон стал первым городом, который принял игры уже третий раз (до этого они проходили там в 1908 и 1948 годах)

2016 год. Рио-де-Жанейро

Разыграны 528 комплектов в 22 видах спорта. Впервые были проведены соревнования по гребле на байдарках и каноэ и по триатлону. Соревнования проходили на тех же площадках, которые использовались для летних Олимпийских игр 2016 года. В играх приняло участие 4350 спортсменов из 166 стран. На первом месте команда Китая, на втором Великобритания, на третьем команда Украины.

Первые официальные Зимние Паралимпийские игры прошли в 1976 году

С 1992 г. они стали проводиться на тех же спортивных сооружениях, что и зимние олимпийские игры здоровых людей. В тот год они состоялись в Альбервиле (Франция), где приняло участие 800 спортсменов из 25 стран.

В 1994 г. зимняя олимпиада прошла Лиллехаммере (Норвегия), куда приехало 1000 спортсменов из 31 страны. Победителями стали спортсмены с инвалидностью Норвегии, завоевавшие 64 медали, на 2-м месте Германия с разницей в 4 золотые медали, на 3-м месте США, имеющие в своём активе 43 медали.

1998 год. Нагано – Япония. В играх приняло участие 658 спортсменов из 32 стран.

2002 год. Солт-Лейк-Сити – США.

В играх приняло участие 421 спортсмен из 36 стран. По сумме медалей победила команда США, второе Германия, третье Австрия, четвертое место заняли спортсмены России, выиграв 21 медаль. От Казахстана выступил один спортсмен с нарушением зрения по лыжным гонкам.

Программа зимней олимпиады, в которой принимают участие спортсмены с поражением опорно-двигательного аппарата и зрения, с каждым разом меняется. Основными остаются гонки на лыжах, горнолыжный спорт на одной и двух лыжах, но появляются и новые виды, такие как, лыже-сани, гонки на санях с коньками, хоккей на санях с коньками, моно-скай и другие.

Спортсмены с нарушениями органов зрения также принимают участие в паралимпийском движении. Что касается видов адаптивного спорта, используемых в работе с лицами, имеющими нарушения органов зрения, то наряду с традиционно выделяемыми олимпийскими и неолимпийскими видами они подразделяются на виды: полностью перенесенные от здоровых людей, адаптированные для слепых, и специальные (специфические), созданные именно для этой категории спортсменов. Среди наиболее популярных видов спорта для незрячих это Голбол. Игра с озвученным мячом была изобретена в 1946 г. в Германии австрийцем Гансом Лоренцем и немцем Зеппом Рейндле, как средство физической реабилитации и досуга потерявших зрение ветеранов Второй мировой войны. Постепенно в 60-е годы игры «озвученным» мячом для незрячих по линиям культурного обмена обществ слепых стали распространяться в соседние страны - Австрию, Италию, Голландию, а также в страны центральной и северной Европы.

Представление голбола на крупнейших международных соревнованиях, способствовало распространению спортивной командной игры по всему миру. В 1972 г. на IV Паралимпийских играх (Хайдельберг, ФРГ)

игра впервые была продемонстрирована широкой публике. В 1976 г. на V Паралимпийских играх (Торонто, Канада) под эгидой Организации спорта инвалидов (ISOD) состоялись показательные матчи по голболу. В 1978 г. в австрийском городе Волкмаркет состоялся первый Чемпионат мира по голболу. В 1980 г. на VI Паралимпийских играх (Арнем, Нидерланды) голбол был включен в официальную программу соревнований (летний вид). Так, в 1980 г. игра «перешагнула» за океан и в Австралии стали образовываться первые команды. Весной 1981 года в Париже, представители более чем 30 стран, участвующих в спорте для слепых, объединились в Международную федерацию спорта слепых (IBSA). Были разработаны правила игры в голбол, регламент проведения соревнований, утверждены требования к инвентарю и оборудованию. Для игры предлагалось использовать мяч весом в 2 кг для мужчин и 1,5 кг для женщин. Название игры «goalball» (голбол), произошедшее от английского перевода слова «torball», стало официальным.

После Чемпионата мира 1982 г., был создан подкомитет IBSA по голболу, с целью объединения организаций, культивирующих этот вид спорта во всем мире, разработки четких правил и организации международных соревнований.

В 1989 г. было принято решение об уменьшении веса мяча до 1,25 кг, как для мужчин, так и для женщин.

Отделения IBSA существуют в 109 странах, но точное число стран, где играют в голбол и торбол неизвестно. На национальных сайтах называются числа от 60 до 70 стран.

В середине 1970-х в СССР спортсмены с патологией зрения начинают осваивать спортивные игры. Начиная с 1986 г. в СССР проводятся чемпионаты по голболу. Активно развивается голбол во всех союзных республиках, в том числе и в Казахской ССР. Первыми чемпионами по голболу стали спортсмены команды г. Москвы. Сборная Казахской ССР была одной из сильнейших команд в Советском Союзе, занимала третье место на чемпионате СССР.

Распад СССР, перестройка резко отразились на физкультурно-массовой и спортивной работе среди лиц с поражением зрения. Перестали существовать многие клубы и секции.

В 2001 году в России на первой учредительной конференции была создана Федерация спорта слепых (ФСС). Федерация спорта слепых

России объединяет следующие виды спорта слепых: армспорт, голбол, торбол, пауэрлифтинг, плавание, минифутбол (В 1 – для тотально слепых), фризбол (футбол В 2-В 3 – для слабовидящих), дзюдо, шахматы, шашки. Стоит выделить, что в Российской Федерации национальный чемпионат проходит десять дней, это весомый показатель высокой популярности данного вида спорта в стране.

В середине 1970-х спортсмены с патологией зрения начинают осваивать спортивные игры. Первая из них – роллингболл, представляющий собой игру на площадке размером 24х12 м с озвученным мячом, где играют две команды по 5 человек; затем голбол, в которых могут играть абсолютно незрячие спортсмены, поле 8х9 м, в команде 3 человека, мяч также озвучен. Начиная с 1986 г. в СССР проводятся чемпионаты по голболу. Первыми чемпионами стали спортсмены команды г. Москвы.

В последующие годы появилась игра - торбол, разновидность голбола, отличающаяся размерами игрового поля (16х17 м) и тактическими особенностями.

Наиболее популярный вид спорта для лиц с ПОДА является игра Бочча. Бочча (итал. bocce) – спортивная игра на точность, относящаяся к играм с мячом, близкая к боулингу, петанку и боулзу, имеющих общие истоки в античных играх, распространённых на территории Римской империи. Созданная в своём нынешнем виде в Италии (где называется bocce, множественная форма от итальянского слова *boccia*, что переводится как «шары»).

Более 7000 лет назад у древних египтян была распространена игра с отшлифованными камнями, напоминающая современное бочче. Из Египта она перекочевала в Грецию – около 800 года до н.э., – где игроки пользовались сферическими камнями. У греков бочче переняли древние римляне – так игра распространилась по всей Римской империи, причем в качестве инвентаря использовались деревянные шары, окованные железом.

Интересно, что если в Греции бочча демонстрировало силу соперников, так как основной целью игры было бросить камень как можно дальше, то в Риме соревновались в точности броска. Доподлинно известно, что с начала Пунических войн между Римом и Карфагеном – в III веке до н.э. – описываемая игра уже была очень популярна среди римских солдат. Тогда один камушек – «вождь» – укладывался на землю, к нему

подкидывали камни большего размера. Играли командами или поодиночке. Побеждал тот, чей камень ложился ближе к «вождю».

Позже в Древнем Риме в качестве шаров использовали кокосовые орехи, привезенные из Африки, а со временем для изготовления шаров стали применять твердое оливковое дерево.

С вторжением варваров и падением Римской империи игра в шары исчезает, и вновь становится очень популярной в Средние века. В этой связи в 1319 году император Священной Римской империи Карл IV запретил Бочча, потому что оно отвлекало его подданных от обучения военному делу. Но эта мера внезапно натолкнулась на противодействие врачей: медицинское лобби из французского университета Монпелье убедительно доказало крайнюю полезность бочча как игры, способной излечить от ревматизма.

В 1576 году Республика Венеция публично осудила игру в шары. Были установлены огромные штрафы, самым серьезным наказанием стало проклятие католической церкви.

Вопреки остальной части Европы, Бочча активно развивалось в Великобритании. К примеру, Королева Елизавета I и известный мореплаватель сэр Фрэнсис Дрейк не один час проводили за бросанием шаров.

Со временем главными столпами игры стали Франция и Италия. В этих странах появились свои разновидности спортивного катания шаров, отличающиеся терминологией и немного в технике (иногда пишется *bocce* или *boccie*).

Паралимпийским видом спорта Бочча (*boccia*) стал в 1984 году. Изначально игра была разработана для людей с церебральным параличом, но теперь включает в себя спортсменов с другими тяжелыми формами инвалидности, затрагивающими двигательные навыки. В международную федерацию бочче *Sport Boules* штаб-квартира которой находится во французском городе Гап (*Gap*), входит 51 страна. Ежегодно проводятся чемпионаты мира и Европы среди мужчин и женщин, в том числе и среди лиц с ограниченными возможностями.

2.2 Сурдлимпийский спорт

По данным Всемирной организации здравоохранения, в настоящее время количество людей, страдающих умеренными, тяжёлыми и глухими нарушениями слуха в мире, достигает 40 млн. человек. Физиче-

ская культура и спорт, являются одним из основных способов их физической, психической и социальной реабилитации.

Международное спортивное движение людей с ограниченным слухом ведёт отчёт своей истории с 20-х годов 20 века. Первые «Олимпийские игры версии для глухих» были проведены в Париже 10–17 августа 1924 г. благодаря энтузиазму француза Рубенс-Алкэйс, объединившему существующие на то время шесть официальных федераций Бельгии, Великобритании, Голландии, Польши, Франции и Чехословакии.

Основателем и первым Президентом Всемирного спортивного комитета глухих был француз Эжен Рубен-Алкэйс, которого называли «Кубертенем глухих» по аналогии с легендарным Пьером де Кубертенем.

На играх 1924 года спортсмены соревновались в лёгкой атлетике, велоспорте, футболе, стрельбе и плавании. Успех в этих играх породил такой большой энтузиазм, что игры стали проводить каждые четыре года.

16 августа 1924 г. на встрече под Парижем в Ла Порте Дорсе представители стран-участниц игр с целью объединения всех спортивных федераций глухих спортсменов, организации и обеспечения проведения регулярных международных спортивных состязаний создали Международный спортивный комитет глухих (МСКГ) (Comite International des Sport des Sourds – CISS). Устав данного комитета был принят 31 октября 1926 г. на первом конгрессе в Брюсселе. С 1924 г. по настоящее время в CISS вступили 80 стран мира.

15 июля 1955 г. Международный Олимпийский Комитет объявил о единодушном признании CISS Международной Федерацией с Олимпийским положением. После такого признания CISS на 14-м Конгрессе в Милане в 1957 г. в соответствии с олимпийским духом был уточнён его статус. На этом Конгрессе были приняты новые члены: Аргентина, ГДР, Чили, Греция, Иран, Израиль, Турция, Уругвай и СССР.

В 1966 г. CISS был награждён Олимпийским Кубком Пьера де Кубертена.

Игры были переименованы во «Всемирные Тихие Игры», чтобы на международном уровне признать их специфический характер. Девятые игры в Белграде проходили уже под этим названием. На Международном конгрессе CISS 1983 г. были приняты новый девиз «Равенство через спортивные состязания», две классификации членства, соглашение о выборе места проведения игр за шесть лет заранее, а также положе-

ние об ограничении числа сопровождения должностными лицами спортсменов команд на Всемирных играх.

Летние и зимние Всемирные игры глухих проводят под эгидой CISS, который не входит в Международный паралимпийский комитет, а является присоединённым членом Международного олимпийского комитета. Это постоянно действующий орган, его действия регламентируются международным правом. В состав этой международной организации входят национальные спортивные, юридически самостоятельные организации глухих спортсменов, контролирующие спорт глухих в своих странах. Национальные спортивные организации CISS, в свою очередь, объединены по географическому принципу. Таким образом, CISS включает в себя: Европейскую спортивную организацию глухих, Панамериканскую спортивную конференцию глухих, Азиатско-Тихоокеанскую спортивную конференцию глухих и Спортивную конференцию глухих стран Африки. 73 страны мира имеют в ней национальные спортивные представительства.

Систематически проводятся совещания, встречи, конгрессы. Решением Исполнительного Комитета МОК в мае 2001 года Всемирные игры глухих переименованы в Дефлимпийские («Deaflympic») (Таб.1). На совещании в Риме с 19-21 июля 2001 г. до открытия 37-го Конгресса – членов CISS состоялось техническое совещание делегатов стран CISS. Результатом этой работы стало утверждённое положение: прежде чем выдвигать кандидатуру своей страны на проведение Олимпиады глухих или чемпионат мира по отдельным видам спорта, заявитель должен заручиться поддержкой правительства и реально оценить свои возможности. До проведения Олимпиады обязательно проводить региональные соревнования, по результатам которых формируется состав участников Олимпиады. Окончательно был принят флаг CISS, установлен единый взнос за участие в Олимпиаде одного спортсмена или представителя.

Для поднятия статуса мировой системы спорта глухих было решено переименовать Всемирные Игры глухих в Олимпиаду глухих.

Спортивные состязания и их правила идентичны общепринятым. Обязательное требование: участник должен иметь потерю слуха не менее 55 децибелов в лучшем ухе. Особенностью организации соревнований является то, что действия арбитров должны быть видимыми. Например, для стартовых сигналов используются огни.

В программу олимпийских видов спорта глухих относятся: баскетбол, боулинг, бадминтон, борьба греко-римская, борьба вольная, велоспорт, волейбол, водное поло, гандбол, лёгкая атлетика, ориентирование, плавание, настольный теннис, стрельба, футбол, хоккей, лыжи (Таб.1.). Эти виды спорта полностью перенесены от здоровых людей и проводятся по единым правилам (международным или правилам федерации по видам спорта).

К видам спорта, не входящим в программу Олимпиады глухих относятся: армрестлинг, шахматы, шашки.

Огромным позитивным моментом Игр является то, что благодаря международному пальцевому алфавиту глухие спортсмены из разных стран, встречаясь на международных состязаниях, имеют возможность свободно без переводчиков, общаться друг с другом.

Таблица 1

| Виды спорта летних Сурдлимпийских игр | Виды спорта зимних Сурдлимпийских игр |
|--|---|
| бадминтон беговые виды лёгкой атлетики боулинг велосипедный спорт вольная борьба греко-римская борьба дзюдо каратэ настольный теннис плавание спортивное ориентирование стрельба теннис тхэквондо баскетбол волейбол пляжный волейбол футбол гандбол | горнолыжный спорт лыжные гонки сноуборд кёрлинг хоккей с шайбой |

Таблица 2

Хроника летних Сурдлимпийских игр (Summer Deaflympics)

| № п.п. | Год | Место проведения | Количество Стран | Количество Участников |
|--------|------|-------------------------------|------------------|-----------------------|
| 1 | 1924 | Париж – Франция | 9 | 148 |
| 2 | 1928 | Амстердам – Нидерланды | 10 | 212 |
| 3 | 1931 | Нюрнберг – Германия | 14 | 316 |
| 4 | 1935 | Лондон – Англия | 12 | 221 |
| 5 | 1939 | Стокгольм – Швеция | 13 | 250 |
| 6 | 1949 | Копенгаген – Дания | 14 | 391 |
| 7 | 1953 | Брюссель – Бельгия | 16 | 473 |
| 8 | 1957 | Милан – Италия | 25 | 635 |
| 9 | 1961 | Хельсинки – Финляндия | 24 | 613 |
| 10 | 1965 | Вашингтон – США | 27 | 687 |
| 11 | 1969 | Белград – Югославия | 33 | 1189 |
| 12 | 1973 | Мальме – Швеция | 31 | 1116 |
| 13 | 1977 | Бухарест – Румыния | 32 | 1150 |
| 14 | 1981 | Кёльн – Германия | 32 | 1198 |
| 15 | 1985 | Лос-Анджелес – США | 29 | 995 |
| 16 | 1989 | Крайсчерч – Новая Зеландия | 30 | 959 |
| 17 | 1993 | София – Болгария | 52 | 1679 |
| 18 | 1997 | Копенгаген – Дания | 65 | 2028 |
| 19 | 2001 | Рим – Италия | 67 | 2208 |
| 20 | 2005 | Мельбурн – Австралия | 63 | 2038 |
| 21 | 2009 | Тайбэй – Китайская Республика | 77 | 2493 |
| 22 | 2013 | София – Болгария | 83 | 2711 |
| 23 | 2017 | Самсун – Турция | 86 | 2973 |

Хроника Зимних Сурдлимпийских игр (Winter Deaflympics)

| № п.п. | Год | Место проведения | Количество стран | Количество Участников |
|--------|------|-----------------------|------------------|-----------------------|
| 1 | 1949 | Зеефельд – Австрия | 5 | 33 |
| 2 | 1953 | Осло – Норвегия | 6 | 44 |
| 3 | 1955 | Обераммерг – Германия | 8 | 59 |

| | | | | |
|----|------|------------------------------|----------|-----|
| 4 | 1959 | Монтана – Швейцария | 9 | 53 |
| 5 | 1963 | Аре – Швеция | 9 | 60 |
| 6 | 1967 | Берхтесгаден – Германия | 12 | 77 |
| 7 | 1971 | Адельбоден – Швейцария | 13 | 92 |
| 8 | 1975 | Лейк-Плэсид – США | 13 | 139 |
| 9 | 1979 | Мерибель – Франция | 14 | 113 |
| 10 | 1983 | Мадонна ди Компильо – Италия | 15 | 147 |
| 11 | 1987 | Осло – Норвегия | 15 | 129 |
| 12 | 1991 | Банф – Канада | 16 | 181 |
| 13 | 1995 | Юляс – Финляндия | 18 | 258 |
| 14 | 1999 | Давос – Швейцария | 18 | 265 |
| 15 | 2003 | Сундсвалль – Швеция | 21 | 247 |
| 16 | 2007 | Солт Лейк Сити – США | 23 | 298 |
| 17 | 2011 | Высокие татры – Словакия | отменены | |
| 18 | 2015 | Ханты Мансиск – Россия | 27 | 336 |
| 19 | 2019 | Валтедди – Италия | | |

2.3 Специальная Олимпиада

Специальная Олимпиада (СО) была основана в 1968 г. сестрой президента США Джона Ф. Кеннеди Юнис Кеннеди-Шрайвер с целью борьбы со стереотипным отношением общества к людям, имеющим умственные недостатки, через предоставление им возможности реализовать свой потенциал в спорте. Возглавили движение члены семьи Сарджент и Тимоти Шрайвер. Специальное Олимпийское движение объединяет один миллион спортсменов из 150 стран.

Цель Специальной Олимпиады – оказание помощи всем людям с умственной отсталостью в социальной адаптации и самореализации, создание для них возможности добиться успеха, как на спортивной арене, так и за её пределами.

Философией Специальной Олимпиады является гарантирование каждому спортсмену качественной тренировки и честных, равных соревнований. Спортсменам с любыми психическими и физическими возможностями предоставляется право состязаться на играх на справедливом и требующем напряжении уровне.

Деятельность Специальной Олимпиады на местном, национальном и международном уровнях строится по принципам современного олимпийского движения, но с учётом качеств людей с умственной отсталостью. Отличие Специальной Олимпиады от Паралимпиады заключается в том, что СО предоставляет спортивные возможности лицам с задержкой умственного развития на всех уровнях атлетических возможностей, в то время как Паралимпиада нацелена на выдающиеся спортивные достижения.

Принципы Специальной Олимпиады.

- Создание возможностей для тренировок и участия в соревнованиях, отвечающих возможностям, предоставляемым здоровым спортсменам.
 - Проведение соревнований по таким же правилам, что и соревнования здоровых спортсменов, отдавая предпочтение использованию судейства по обычным правилам.
 - Предоставление умственно отсталым людям возможности самим принимать решения об участии в соревнованиях и включении их в команду, уважать их выбор и желания.
 - Использование общественных спортивных сооружений и спортплощадок, расположенных поблизости и предназначенных для спортивных занятий здоровых людей.
 - Проведение занятий спортом на протяжении года как со здоровыми спортсменами.
 - Забота о развлечении, хорошем проведении времени.
 - Забота о родственных и дружеских отношениях, использование возможностей общения с другими спортсменами и участие в общественной жизни.
 - Помощь организациям и учреждениям в расширении существующих спортивных программ с привлечением умственно отсталых людей к тренировкам и участию в соревнованиях, где участники одеты в спортивную форму, поддерживаются болельщиками, обеспечиваются транспортом и т.д.
 - Забота о приобретении жизненного опыта, помогающего умственно отсталым людям улучшить представление о себе, способствующего появлению у спортсмена уверенности в себе, самоуважения, удовлетворения собой.
- Задачи Специальной Олимпиады.

- Привлечение к участию в движении большого количества атлетов, тренеров, добровольцев, участников семей.
- Совершенствование качества тренировок и соревнований.
- Научные исследования в области спортивных возможностей атлетов – участников – СО.
- Популяризация специального движения в обществе.

Специальная Олимпиада включает 50 специальных программ. Наиболее популярными из них являются:

- Программа объединённых специальных игр – Юнифайспорт объединяет людей с задержкой умственного развития и нормальным интеллектом, примерно равных физических возможностей, совместно тренируются и соревнуются с целью повышения уровня мастерства.
- Программа «Моторактивити» предназначена для индивидуального обучения детей с глубокими ментальными и двигательными нарушениями, подобранная с учётом уровня способностей и подчёркивает важность тренировок, а не участия в соревнованиях.
- Программа «Мега-Сити»
- Программа глобального партнёрства. В настоящее время СОК активно развивает партнёрские отношения с СО Польши и СО Небраска, США. Культура доброжелательности, созданная атлетами «Специал Олимпикс», позволяет этому движению пересекать политические границы, укреплять дружбу и взаимопонимание.
- Программа «Спортивные лагеря».
- Программа «Лидерство атлетов» позволяет людям с ментальными нарушениями получать навыки ораторского искусства и представлять движение.
- Программа «Добровольцы и семьи» не жалеют времени и сил, повышая возможность интеграции в общество специальных спортсменов, выполняют самые разнообразные функции: тренера, судьи, секретаря соревнований, водителя, обеспечивают питание спортсменам во время соревнований. Добровольцы тренируют или играют в Объединённых спортивных командах, помогают атлетам в программе «моторактивити», проводят семинары и тренинги.

Участие в программах Специальной Олимпиады могут принимать лица с умственной отсталостью от 8 лет и старше, независимо от физического состояния.

Текст клятвы Специальной Олимпиады гласит: «Позволь мне побе-

дить, но, если я победить не смогу, позволь мне проявить смелость в этой попытке».

Ядро программы Специальной Олимпиады составляет тренировка. Движение СО даёт возможность спортсменам круглый год тренироваться под руководством квалифицированных специалистов. Наиболее способным спортсменам предоставляется возможность перехода от тренировок к другим массовым программам. Достижением СО являются не спортивные показатели, а количество умственно отсталых людей, вовлечённых в занятия спортом.

Соревнования СО проходят по таким официальным видам спорта: баскетбол, боулинг, велосипедный спорт, волейбол, гольф, конный спорт, лёгкая атлетика, плавание, прыжки в воду, ритмическая гимнастика, роликовые коньки, софтбол, теннис, тяжёлая атлетика, футбол, художественная гимнастика.

Официальные зимние виды спорта: горные лыжи, конькобежный спорт, лыжные гонки, фигурное катание, хоккей на полу.

Специальная Олимпиада включает тоже популярные виды спорта: бадминтон, бочче, командный гандбол, настольный теннис, парусный спорт, сноушинг.

Особое место в истории Специальной Олимпиады занимает исторический момент подписания соглашения Хуан Антонио Самаранча – президента Международного олимпийского комитета с основателями Специал Олимпикс Саргент Шрайвер и Юнис Кеннеди-Шрайвер. Исторический факт подписания соглашения обнародован на 15 зимних Олимпийских играх в Калгари 1 февраля 1988 г. Президент МОКа официально утверждает и признаёт Специал Олимпикс и разрешает использовать слово «олимпийский» на международном уровне при проведении Специальных Олимпийских игр.

Контрольные вопросы

1. Опишите становление и развитие международного паралимпийского движения
2. Опишите хронологию паралимпийских игр.
3. Опишите становление и развитие международного сурдлимпийского движения.
4. Опишите становление и развитие международного Специальной олимпиады движения в мире.

РАЗДЕЛ II. МЕЖДУНАРОДНЫЕ СТАНДАРТЫ И ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

Глава 1. Зарубежные образовательные стандарты

1.1 Страны Запада

Национальные стандарты США по адаптивной физической культуре (Adapted Physical Education National Standards – APENS)

В прошлом веке произошла революция в том, как общество смотрит на людей с ограниченными возможностями и в том, как люди с ограниченными возможностями видят себя. XXI век – это начало эпохи, когда система образования Соединенных Штатов Америки выступает за включение и предоставление людям с ограниченными возможностями право участвовать в программах и мероприятиях, аналогичных тем, которые предоставляются их сверстникам без инвалидности. Это требует другого подхода к физическому воспитанию. В ответ на практический семинар в 1991 году, состоящий из Национального консорциума по физическому воспитанию лиц с ограниченными возможностями (NCPEID), Национальной ассоциации государственных директоров по специальному образованию (NASDSE) и Special Olympics International; NCPEID разработаны APENS экзамен, состоящие из пятнадцать стандартов для представления содержания, которое квалифицированный педагог адаптивной физической культуры должен хорошо знать, чтобы удовлетворить потребности детей с ограниченными возможностями в области физического воспитания. Проверочное исследование было проведено на экзамене APENS, и это было предметом докторской диссертации доктора Тимоти Д. Дэвиса. Анализ подтвердил, что 100 вопросов на экзамене вполне измеряли компетентность и квалификацию людей, чтобы умело выполнять обязанности учителя адаптивной физической культуры.

Перед тем, как сдать экзамен, претендент должен иметь степень бакалавра по специальности физическое воспитание (спортивная наука, кинезиология и т.д.), минимум 12 семестровых кредитов, специально предназначенных для удовлетворения образовательных потребностей людей с ограниченными возможностями, минимум из 200 часов документированного опыта преподавания физкультуры для людей с ограни-

ченными возможностями и действующего сертификата преподавания по физическому воспитанию.

Сертификат APENS предоставляет расширенные знания в области обучения детей с ограниченными возможностями в области физического воспитания. Это больше, чем база знаний, которую человек, получивший степень бакалавра по физическому воспитанию, получает в процессе обучения.

Целью проекта «Национальные стандарты адаптированного физического воспитания» было обеспечение того, чтобы физическое воспитание детей с инвалидностью осуществлялось квалифицированными педагогами по адаптивному физическому воспитанию. Для достижения этой цели был разработан набор из 15 национальных стандартов, представляющих содержание, которое квалифицированный педагог по адаптивному физическому воспитанию должен знать для выполнения своей работы. Кроме того, для оценки специализированного содержания был разработан национальный сертификационный экзамен. Содержание, которое должен знать педагог, было идентифицировано и разделено на 15 широких стандартов: 1 стандарт – человеческое развитие, 2 стандарт – моторное поведение, 3 стандарт – наука упражнений, 4 стандарт – измерение и оценка, 5 стандарт – история и философия, 6 стандарт – уникальные атрибуты для обучающихся, 7 стандарт – теория и практика разработки учебного плана, 8 стандарт – оценка, 9 стандарт – учебное проектирование и планирование, 10 стандарт – обучение, 11 стандарт – консультации и развитие персонала, 12 стандарт – оценка студентов и программ, 13 стандарт – непрерывное образование, 14 стандарт – этика, 15 стандарт – коммуникация.

Европейские стандарты адаптированной физической активности (European Standards in Adapted Physical Activities – EUSAPA)

Двухлетний проект EUSAPA начался в октябре 2008 года и финансировался при поддержке Европейской комиссии. Координирующим учреждением является Университет Палацкого в Оломоуце в Чешской Республике, в разработке проекта также принимали участие 10 партнерских организаций: Университет Ювяскюля (Финляндия); Шведский центр развития спорта для инвалидов (Швеция); Католический университет Левен (Бельгия); Университет Жозефа Фурье (Франция); Университет Коимбра (Португалия), Университет физического воспитания

имени Йозефа Пилсудского в Варшаве (Польша), Латвийская академия спортивного образования (Латвия), Tralee Co Kerry (Ирландия), Университет Лафборо, Центр спорта инвалидов, Питер Харрисон (Великобритания), Европейская федерация адаптированной физической активности.

Основными целями проекта European Standards in Adapted Physical Activities EUSAPA являются описание профессиональных компетенций в каждой из трех направлений адаптированной физической активности:

- 1 – адаптивная физическая культура в образовании,
- 2 – адаптивные виды спорта и отдыха,
- 3 – адаптивная физическая культура в реабилитации,

чтобы выявить необходимость каждой области адаптивной физической активности во всех странах-партнерах, и определить академические стандарты (предметные конкретные компетенции и результаты обучения) в трех областях и разработать международную академическую структуру, гарантирующую качество профессиональной подготовки в областях адаптивной физической активности на европейском уровне.

Направление 1: Адаптивная физическая культура в образовании

Растущее число учеников с ограниченными возможностями, включенных в общее образование, приводит к тому, что все больше учителей физкультуры сталкиваются с реальностью обучения этих учеников вместе с остальными детьми. В большинстве случаев учителям не разрешается решать, будет ли у них ученик с инвалидностью в своем классе, но они могут решать, в какой степени они будут включать этого ученика (Lienert et al., 2001). Согласно Sherrill (1998, стр. 107): «Практика назначения почти каждого на регулярное физическое воспитание и предположения, что учителя будут проявлять инициативу в адаптации обучения, широко распространена».

Состояние инклюзивного физического воспитания в Европе. В прошлом процесс совместного обучения детей имел много названий, начиная с «mainstream», переходя к интеграции и, наконец, заканчивая нынешним названием «inclusion» (включение). «Inclusion» (включение) означает предоставление учащимся соответствующей поддержки и помощи по мере необходимости для обеспечения успеха. «Inclusion» (включение) предполагает, что ученик с инвалидностью является частью класса, а не посторонним. Таким образом, учащийся включается в мероприятия, а действия адаптируются для обеспечения участия. Тер-

мин «Inclusion» (включение) почти повсеместно принят в английской терминологии, но в некоторых странах все еще используются разные термины (например, интеграция). Недавно Block and Obrusníková (2007), а также O'Brien, Kudláček and Howe (2009) представили подробные обзоры исследований по инклюзивному физическому воспитанию и подвергли критике ограниченное количество и качество опубликованных исследований. Понять природу «Inclusion» (включения) и предоставления услуг в адаптивном физическом воспитании имеет решающее значение для улучшения физического воспитания студентов с особыми образовательными потребностями, сосредоточился на опыте и восприятии учителей физической культуры из США и Германии. У учителей были личные опасения по поводу неуверенности и заботы о повседневных требованиях и их способности удовлетворять эти требования. В вопросах управления учителей беспокоит нехватка ресурсов, большие классы и неадекватные возможности. Сообщалось также, что в инклюзивной среде преподавание будет гораздо сложнее. Наконец, учителя выразили озабоченность по поводу поддержки и обучения команды с другими специалистами или вспомогательным персоналом. Morley, Bailey, Tan and Cooke (2005) обнаружили, что учителя обеспокоены отсутствием вспомогательных услуг и обучения, а также доступностью окружающей среды. Фитцджеральд (2005) также обнаружил расхождения между инклюзивной политикой учебных программ и реалиями школьного дня. Херольд и Дандоло (2009) подчеркнули необходимость усовершенствования программ начальной подготовки учителей для более эффективного решения проблем инклюзивного физического воспитания и указали на ограничения Британской национальной учебной программы в области физкультуры как основы для включения.

Компетенции учителей физкультуры. Структура компетенций, необходимых для получения квалификации педагога по адаптивной физической культуре, является одним из ключевых результатов проекта EUSAPA. Адаптивное физическое воспитание строит свои компетенции на профессиональных основах в программах физического воспитания и специальной подготовки и результатах проекта AEHESIS.

Региональная исследовательская группа AEHESIS (Hardman et al.) определила категории учителей, квалифицированных для преподавания физической культуры в школах по всей Европе, и, в соответствии с существующими различными практиками, рекомендует рассмотреть

вопрос о признании трех выделенных категорийных уровней учителя физической культуры:

А – Учитель физкультуры (один предметный специалист), как правило, 240 ECTS, предназначенный для приобретения компетенций, связанных с физкультурой;

В – Учитель физкультуры (2–3 предмета) обычно минимум 35–50% (то есть 84–120 ECTS) контента, исключая профессиональную подготовку, имеет отношение к физическому воспитанию;

С – Учитель-универсал, как правило, минимум 10% (то есть 24 ECTS) контента имеет отношение к физическому воспитанию. «Учитель общего профиля» обычно отвечает за преподавание физкультуры в начальных школах.

Для обеспечения подготовки кадров в области адаптивной физической культуры предполагается изучение модуля EIPET, в рамках которого студенты учатся:

А – планировать соответствующий учебный процесс в области физического воспитания, который также подходит для студентов с особыми образовательными потребностями (с ограниченными возможностями);

В – обучать студентов с особыми образовательными потребностями в инклюзивной обстановке;

С – оценить прогресс в обучении студентов с особыми образовательными потребностями;

D – обеспечивать защиту интересов и прав учащихся с особыми образовательными потребностями.

Модуль состоит из 48 контактных часов (12 недель по 4 часа), из них 24 часами лекций, нацеленных на охват базы знаний, определенной в рамках знаний, навыков и компетенций, 12 часов обучения, направленных на помощь студентам в планировании, обсуждения конкретных потребностей, обмен идеями и рефлексивная практика и 12 часов практических занятий, направленных на то, чтобы дать студентам положительный опыт, обеспечить прогресс, который повысит доверие учащихся и обеспечит контакты и опыт работы с местными организациями инвалидов. Предложенную модель для такого обучения можно найти на веб-сайте европейского инклюзивного тренинга по физическому воспитанию проекта EIPET. Важно подчеркнуть необходимость практического обучения в качестве неотъемлемой части этого модуля, поскольку только контакт и положительный опыт работы со студентами с особы-

ми образовательными потребностями могут обеспечить приобретение существенных компетенций, необходимых для инклюзивного физического воспитания.

Функциональная карта в адаптивном физическом воспитании. Функциональный анализ исследования привел к разработке функциональной карты, которая представляет собой структурированный способ описания функций учителя / консультанта по адаптивному физическому воспитанию. Основная цель специалиста по адаптивной физической культуре состоит в том, чтобы:

А – планировать соответствующий учебный процесс для учащихся с особыми образовательными потребностями,

В – обучать студентов с особыми образовательными потребностями вместе со студентами без особых образовательных потребностей;

С – оценить прогресс в обучении учащихся с особыми образовательными потребностями и эффективность применяемых стратегий обучения и поддержки; и D – принять участие в профессиональном сотрудничестве для улучшения качества обучения студентов с особыми образовательными потребностями.

Ключевые области (планирование, обучение, оценка и сотрудничество) должны выполняться с помощью ключевых ролей и ключевых функций. Ключевые роли («основные функции») понимаются как основные функции, необходимые для достижения конкретных ключевых областей, в то время как ключевые функции («подфункции») представляют собой подробные функции, которые необходимо выполнить для достижения конкретных целей ключевых ролей. Поэтому каждая ключевая область разбита на ключевые роли. Функциональная карта обеспечивает существенную структуру ожидаемых задач, за которые будет отвечать профессионал по адаптивной физической культуре. Функциональная карта была разработана в рамках проекта EUSAPA рабочей группой по образованию, которая приняла во внимание модель РАРТЕСА, опубликованную Sherrill (2004), а также результаты опубликованных исследований в этой области.

Направление 2: Адаптивные виды спорта и отдыха

Состояние адаптивного спорта в Европе. Нынешняя ситуация с адаптивной физической активностью в Европе глубоко и явно находится под влиянием идеи гетерогенности. Несмотря на общие руководящие принципы и политику Европейского союза в области образования

и спорта, подкрепленные различными соглашениями и официальными докладами (Болонский процесс, Программа образования и профессиональной подготовки 2010 года, Декларация Амстердамского договора о спорте 1997 года, Хельсинкский доклад 1998 года о спорте, Ницца 2000 года Декларация Совета по спорту, 1185 Рекомендация по политике реабилитации для инвалидов 1992 года), разработанная за последние два десятилетия с целью предоставления одинаковых возможностей всем европейским гражданам, в действительности ситуация несколько иная. Европа по-прежнему характеризуется огромным разнообразием социальных, образовательных и медицинских систем с различными приоритетами, на которые большое влияние оказывают региональная политика и сила экономики каждого отдельного члена.

В спорте эта неоднородность политики явно признается, поскольку Европейский союз предполагает играть незначительную и в основном косвенную роль в спортивной политике, поскольку (а) спорт, как правило, считается выходящим за рамки компетенций, предоставленных государствами-членами Европейского союза, и (б) спорт, как правило, организован внутри страны, на европейском континентальном уровне (который не совпадает с уровнем Европейского союза) или в глобальном масштабе. Идея неоднородности также в значительной степени поддерживается постоянным увеличением числа новых членов, постоянно увеличивая разнообразие Союза в результате обогащения и расширения, а также различными уровнями развития, которые напрямую влияют на тип услуг и качество предоставляемых услуг для разных европейских граждан в разных государствах-членах.

Поскольку адаптивная физическая активность в основном сфокусирована на профессии предоставления услуг и в качестве академической области обучения, ожидается, что качество и доступность услуг в разных европейских странах будут отличаться, что в значительной степени зависит от политики и приоритетов в области образования, спорта и здравоохранения в каждом государстве-члене. Некоторые страны предлагают качественные системы предоставления услуг и обучения для специалистов, работающих с людьми с ограниченными возможностями, в то время как другие страны имеют хорошо разработанные программы академических исследований в области адаптивной физической активности, но ограниченное предоставление услуг, а в некоторых других странах нет ни услуг, ни учебных программ.

Можно выделить четыре различные группы европейских стран в десяти различных европейских странах:

- Страны, где адаптивная физическая активность уже существует как профессия, предоставляющая услуги в трех различных областях вмешательства (образование, спорт и реабилитация), а предоставляемые услуги финансируются национальными системами образования, спорта и здравоохранения (например, Финляндия).
- Страны, в которых адаптивная физическая активность существует как профессия в одной из трех областей вмешательства, а услуги в двух других областях предлагаются другими специалистами с опытом работы в этих направлениях (например, Бельгия, Чешская Республика, Франция, Швеция).
- Страны, в которых адаптивная физическая активность не существует в качестве официальной профессии, но где услуги предоставляются во всех областях вмешательства (образование, спорт и реабилитация) другими специалистами с опытом работы в этих направлениях (учителя физкультуры, тренеры или физиотерапевты) (например, Ирландия, Латвия, Польша, Португалия, Великобритания).
- Страны, в которых адаптивная физическая активность не существует в качестве официальной профессии и где услуги не предлагаются ни одним из них или специалистами низкой квалификации (добровольцами).

Направление 3: Адаптивная физическая культура в реабилитации

цпи

В последние десятилетия адаптированная физическая активность признана ценным дополнением к программам реабилитации. Как и в случае с реабилитацией, определение, цель и эволюция, условия и характер программ адаптированной физической культуры в значительной степени различаются в разных сотрудничающих европейских странах-партнерах. Поэтому рабочая группа EUSAPA провела опрос для анализа этих различий. Результаты этого опроса показывают, что в некоторых странах адаптивная физическая культура активно не включена в программу реабилитации. В других странах действует скромная спортивная программа, которая в большинстве случаев является факультативной для пациентов/клиентов и поэтому не должна рассматриваться как значительная часть программы реабилитации. В настоящее время все больше и больше стран имеют полностью разработанную програм-

му физической культуры. Тем не менее, эти программы также не являются обязательными для пациентов/клиентов. Кроме того, в большинстве стран программа адаптивной физической культуры не рассматривается в качестве отдельного субъекта в рамках междисциплинарного характера реабилитации. Адаптивная физическая культура в основном встроена в программу физиотерапии, возможно, из-за отсутствия законодательной номенклатуры для включения и применения программы адаптивной физической культуры в качестве отдельной дисциплины в реабилитации в любой из сотрудничающих европейских стран-партнеров, не существует законодательного профессионального статуса для адаптивных терапевтов физической культуры, специалистов, инструкторов и т.д., т.е. тех, кто отвечает за программу адаптивной физической культуры в рамках программы реабилитации. Следовательно, можно сделать вывод, что, хотя большинство стран предприняли много усилий для реализации адаптивных физических упражнений в рамках программ реабилитации, все еще существует ряд шагов, которые можно предпринять в отношении формирования и законодательной защиты терапевтов, инструкторов, специалистов, и всех, кто участвует в программах реабилитации, а также законодательно утвердить адаптивную физическую культуру как полностью признанную дисциплину в реабилитации.

1.2 Страны СНГ

Важными аспектами адаптивного спорта являются нормативно-правовой, который включает законы и подзаконные акты, и организационный аспект. Организационный аспект состоит из множества составляющих, таких как наличие спортсменов, материально-технической базы, финансирования, научно-методического и медицинского обеспечения, тренерского состава, а также системы соревнований. Во всех этих вопросах руководителю необходимо принимать эффективные управленческие решения. От эффективности, которых зависят судьбы множества людей и развитие отрасли в целом.

Развитие законодательного регулирования в области АФК и спорта – одна из межгосударственных задач стран – участниц СНГ. Постановление Межпарламентской Ассамблеи государств – участниц Содружества Независимых Государств (далее – МПА СНГ) от 23 ноября 2008 г. при-

нят модельный закон «О паралимпийском спорте» (далее – Модельный закон).

Нормы, регулирующие общественные отношения в АФК и спорта, содержат ряд иных модельных законов, принятых постановлениями МПА СНГ:

- «О физической культуре и спорте» (принят постановлением МПА СНГ № 33–23 «О новой редакции модального закона «О физической культуре и спорте» от 3 декабря 2009 г.) (далее – Модельный закон о спорте);
- «О студенческом спорте» (принят постановлением МПА СНГ от 16 июня 2003 г.);
- «О детско-юношеском спорте» (принят постановлением МПА СНГ от 16 июня 2003 г.);
- «О социальной защите инвалидов» (принят постановлением МПА СНГ от 16 июня 2003 г.).

Модельный закон «О профессиональном спорте», принят постановлением МПА СНГ от 31 мая 2007 г., не содержит специальных норм, регулирующих профессиональный паралимпийский и дефлимпийский спорт, однако многие его нормы применимы для данных направлений.

Модельные законы носят рекомендательный характер для парламентов государств – участниц СНГ, их положения не подлежат прямому применению на территории этих государств, не могут быть приняты во внимание при разработке национального законодательства.

Законы о физической культуре и спорте стран-участниц СНГ, принятые в разное время, в большем или меньшем количестве содержат нормы, регулирующие АС.

В странах СНГ предложенный модельным законом подход к законодательному и организационно-правовому регулированию АС наиболее реализован в России и Азербайджане.

АС регулируется в законах о физической культуре и спорте с учётом трёх его основных направлений только в трёх стран мира – России, Азербайджане, Казахстане.

Особенностью законодательного регулирования в Украине, как уже отмечалось, является наличие Закона Украины от 14 сентября 2000 г. «О поддержке олимпийского, паралимпийского движения и спорта высших достижений в Украине». Закон Украины «О физической куль-

туре и спорте» от 24 декабря 1993 г. также содержит ряд норм, касающихся АС. С 1 января 2011 г. он действует в новой редакции.

Необходимо отметить, что Закон Республики Таджикистан 2003 г. «О детско-юношеском спорте» содержит отдельную ст. 21 о физическом воспитании и реабилитации детей и юношей-инвалидов.

Закон Республики Армении от 10 июля 2001 г. «О физической культуре и спорте» – статья 9 включает только положение о том, что «уполномоченный орган государственного управления физической культурой и спортом содействует осуществлению физкультурных и спортивных программ среди инвалидов».

Таким образом, из законов, посвящённых физической культуре и спорту, стран СНГ только Закон Республики Беларусь «О физической культуре и спорте» регулирует не спорт инвалидов, а спортивно-массовую работу с инвалидами.

Нормативно-правовая база в управлении адаптивной физической культурой Российской Федерации (РФ)

В сфере адаптивной физической культуры и спорта складываются разнообразные общественные отношения, наиболее важные из которых регулируются нормами права. Нормы права в области физической культуры и спорта возникают в связи с осуществлением субъектами деятельности по вовлечению граждан в систематические занятия физической культурой и спортом, созданию материально-технической базы, подготовки кадров и т.д. В РФ много законодательных актов, призванных помогать людям с ограниченными возможностями стать полноправными членами общества.

В настоящее время к наиболее важным законодательным и нормативно-правовым документам, регламентирующим физкультурно-оздоровительную и спортивную деятельность лиц с отклонениями в состоянии здоровья (включая инвалидов) в Российской Федерации, относятся:

- Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов (приняты ООН в 1993 году);
- «Конвенция о правах инвалидов», принятая резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи ООН от 13.12.2006года;
- Конституция Российской Федерации;

- «Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года», утвержденная распоряжением Правительства РФ от 17 ноября 2008 № 1662-р;
- «Стратегия развития физической культуры и спорта в РФ до 2020 года», утвержденная распоряжением Правительства РФ от 7 августа 2009 г. N 1101-р;
- Федеральный закон от 04.12.2007 №329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации»;
- Дополнения к Методическим рекомендациям по организации деятельности спортивных школ в Российской Федерации «Об учреждениях адаптивной физической культуры и адаптивного спорта» от 12.12.2006г № СК-02-10/3685;
- Национальная программа демографического развития России;
- Федеральные законы – «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», «О физической культуре и спорте в Российской Федерации», «Об образовании» и др.;
- – Федеральная целевая программа «Дети России» на 2007-2010 годы;
- Типовое положение о специальном (коррекционном) образовательном учреждении для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии;
- Примерное положение о реабилитационном учреждении;
- Постановление Министерства труда и социального развития Российской Федерации от 18.02.2000 г. «О согласовании дополнений в разряды оплаты труда и тарифно-квалификационные характеристики по должностям работников физической культуры и спорта Российской Федерации» (узаконившее должности тренера-преподавателя по адаптивной физической культуре и инструктора-методиста по адаптивной физической культуре) и др.

Действуя во исполнение резолюции 1990/26 Экономического и Социального Совета, и руководствуясь подробным перечнем конкретных мер, указанных во Всемирной программе действий, которые необходимы для достижения инвалидами равенства с другими, Генеральной Ассамблеей от 20 декабря 1993 года были приняты «Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов». Данные правила базируются на международных документах о правах инвалидов.

Государственная политика в России по социальной защите инвалидов основывается на базовом законе «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», целью которой является обеспечение инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод, предусмотренных Конституцией РФ, а также в соответствии с общепринятыми принципами и нормами международного права и международными договорами РФ.

4 декабря 2007 года был принят основной закон, устанавливающий правовые, организационные, экономические и социальные основы деятельности в области физической культуры и спорта в Российской Федерации, – Федеральный закон №329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации», в котором впервые прописано важное требование к исполнительным властям и органам местного самоуправления: «Федеральный орган исполнительной власти в области физической культуры и спорта, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления, физкультурно-спортивные организации, в том числе физкультурно-спортивные объединения инвалидов, организуют проведение физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий с участием инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, создают детско-юношеские спортивноадаптивные школы, адаптивные детско-юношеские клубы физической подготовки.

В «Законе об образовании» РФ предусмотрено органам управления образования и образовательным учреждениям – обеспечить обучение детей-инвалидов по полной образовательной или индивидуальной программе на дому. Образовательные учреждения вправе создавать филиалы, отделения, структурные подразделения по адаптивному спорту.

В настоящее время во всероссийский реестр видов спорта включены такие виды спорта, как спорт глухих, спорт слепых, спорт лиц с поражением опорно-двигательного аппарата, футбол лиц с заболеванием церебральным параличом, футбол слепых. Эти виды спорта включают в себя 69 спортивных дисциплин, 49 из которых входят в программу летних и зимних Паралимпийских и Сурдлимпийских игр. В настоящее время организационно-управленческая структура адаптивной физической культуры в России переживает период активного развития. Пре-

жде всего, необходимо выделить органы исполнительной власти в областях физической культуры и спорта, образования, здравоохранения и социального обеспечения всех уровней: федерального, субъектов Российской Федерации, местного самоуправления.

Правовые основы деятельности организаций в сфере адаптивной физической культуры в Республике Беларусь

В законодательстве Республики Беларусь единственный специальный закон, регулирующий общественные отношения в сфере физической культуры и спорта, это Закон Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2445-Х-II «О физической культуре и спорте» (далее – Закон о спорте).

Он претерпевал изменения и дополнения:

- Закон Республики Беларусь от 29 ноября 2003 г. № 251-3;
- Закон Республики Беларусь от 19 июля 2006 г. № 150-3;
- Закон Республики Беларусь от 20 декабря 2007 г. № 296-3;
- Закон Республики Беларусь от 9 ноября 2009 г. № 51-3;
- Закон Республики Беларусь от 13 декабря 2011 г. № 325-3;
- Закон Республики Беларусь от 10 июля 2012 г. № 426-3;
- Закон Республики Беларусь от 4 января 2014 г. № 125-3.

Статья 23 главы 3 «Физическая культура» Закона о спорте, определяет систему государственных органов, которые осуществляют организацию физкультурно-оздоровительной и спортивно-массовой работы с инвалидами, в том числе с детьми с особенностями психического развития. Проводят физкультурно-оздоровительную и спортивно-массовую работу с инвалидами совместно с ПК, организациями физической культуры и спорта, иными организациями, осуществляющими деятельность в сфере физической культуры и спорта. В эту систему входит Министерство образования Республики Беларусь, Министерство здравоохранения Республики Беларусь, Министерство спорта и туризма Республики Беларусь, Министерство труда и социальной защиты Республики Беларусь, местные исполнительные и распорядительные органы, иные государственные органы Республики Беларусь в соответствии с их компетенцией.

Понятие «инвалид» и порядок признания лица инвалидом определяет Закон Республики Беларусь от 11 ноября 1991 г. № 1224 XII

«О специальной защите инвалидов в Республике Беларусь». Инвалид – лицо с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами мешают полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими гражданами. Признание лица инвалидом осуществляется медико-реабилитационной комиссией.

Далее связующее звено между признанием лица инвалидом и возможностью начать занятия подходящим видом спорта прямого обеспечения не имеет. На практике таким лицам рекомендуется обращаться исходя из нозологической группы в соответствующую организацию.

В настоящий момент законодательством Беларуси в определённой степени регламентируются следующие аспекты АС:

- государственная политика и полномочия государственных органов;
- полномочия местных исполнительных и распорядительных органов;
- взаимодействие различных государственных органов, организаций физической культуры и спорта, иных организаций с ПК;
- правовое положение ПК;
- развитие детско-юношеского АС: подготовка детей-инвалидов в специализированных учебно-спортивных учреждениях по видам спорта, включённым в программы Паралимпийских и Дефлимпийских игр;
- программы подготовки детей-инвалидов Министерства спорта и туризма Республики Беларусь:
- проведение физкультурно-оздоровительных мероприятий и спортивных соревнований для лиц в особенностями психофизического развития;
- международное сотрудничество;
- единая спортивная классификация, которая устанавливает для инвалидов спортивные звания и разряды с включением в изменения слов «среди инвалидов». Следует рассмотреть вопрос об устранении отличий спортивных званий и разрядов в паралимпийском и дефлимпийском спорте от перечня спортивных званий и разрядов в целом;
- присвоение почётных званий «Заслуженный работник физической культуры и спорта Республики Беларусь», «Заслуженный тренер Респ-

спублики Беларусь», «Заслуженный мастер спорта Республики Беларусь»;

– государственные социальные гарантии, а именно денежное вознаграждение спортсменам и их тренерам по итогам участия в Паралимпийских и Дефлимпийских играх (устанавливается указами Президента Республики Беларусь): именные стипендии Президента Республики Беларусь спортсменам за выдающиеся результаты на Паралимпийских и Дефлимпийских играх, а также тренерам, обеспечивающим подготовку этих спортсменов;

– права организаторов спортивных мероприятий на их освещение;

– финансовое и материально-техническое обеспечение, в частности развитие и укрепление материально-технической базы спортивных сооружений для подготовки спортсменов национальной команды Республики Беларусь по инваспорту, предоставление безвозмездной помощи организациями и индивидуальными предпринимателями в целях поддержки олимпийского и паралимпийского движения Беларуси; обеспечение спортивным имуществом учащихся специализированных учебно-спортивных учреждений;

– социальная защита, которая заключается в организации перевода жестового языка; предоставлении бесплатных услуг по переводу жестового языка; наличии в организациях, имеющих физкультурно-спортивные сооружения, должности инструктора по физической культуре и спорту с навыками сурдперевода при работе с глухими, занимающимися физической культурой и спортом (на каждые 75-100 человек); обеспечение инвалидам доступа и пользования физкультурно-спортивными сооружениями для занятий физической культурой и спортом, предоставления специального спортивного инвентаря бесплатно или на льготных условиях и др.

В законодательстве Республики Беларусь единственный специальный закон, регулирующий общественные отношения в сфере физической культуры и спорта, это Закон Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2445-Х-ІІ «О физической культуре и спорте».

Статья 23 главы 3 «Физическая культура» Закона о спорте, определяет систему государственных органов, которые осуществляют организацию физкультурно-оздоровительной и спортивно-массовой работы с инвалидами, в том числе с детьми с особенностями психического развития.

Контрольные вопросы

1. Дайте характеристику национальным стандартам США по адаптивной физической культуре.
2. Дайте характеристику Европейские стандарты адаптированной физической активности.
3. Дайте характеристику нормативно-правовой базе в управлении адаптивной физической культурой странах СНГ.
4. Дайте характеристику нормативно-правовой базе в управлении адаптивной физической культурой Российской Федерации.

Глава 2. Современное состояние адаптивной физической культуры в Республике Казахстан

Современное состояние адаптивной физической культуры в системе технического и профессионального, послесреднего образования РК.

Приказом Министра образования и науки Республики Казахстан от 27 сентября 2018 года № 500 в классификаторе специальностей и квалификаций технического и профессионального, послесреднего образования была утверждена квалификация «Учитель адаптивной физической культуры», с кодом специальности 0103043. Типовой учебный план был утвержден приказом Министра образования и науки Республики Казахстан от 15 июня 2015 года № 384.

Проведенный анализ и мониторинг образовательных организаций этой области свидетельствуют о том, что обучение по этой квалификации в образовательных организациях технического и профессионального образования еще не ведется.

Современное состояние учебной дисциплины «Адаптивная физическая культура» в системе высшего образования Республики Казахстан.

В Казахстане с 2002 года реализуется кредитная система обучения – образовательная технология, повышающая уровень самообразования и творческого освоения знаний на основе индивидуализации, выборности образовательной траектории в рамках регламентации учебного процесса и учета объема знания в виде кредитов.

Данная система реализуется посредством введенной системы обязательных курсов и курсов по выбору (элективный курс). Обязательные курсы составляют около 1/3 основной программы, все остальное – курсы по выбору. Трудоемкость одного кредита в семестр составляет 45 академических часов работы.

Дисциплина «Адаптивная физическая культура» в системе высшего образования по специальности высшего образования 5В010800 – «Физическая культура и спорт» не является одним из обязательных курсов (приложение 8 в редакции приказа Министра образования и науки РК от 05.07.2016 № 425).

С 2002 года в учебный процесс Карагандинского государственного университета имени Е.А. Букетова на факультете «Физическая культура и спорт» на уровне бакалавриата по специальности «Физическая культура и спорт» внедрена по выбору учебная дисциплина «Адаптивная физическая культура» объемом 3 кредита.

Казахская Академия спорта и туризма, Евразийский Национальный Университет им.Л.Н.Гумилева внедрили данную учебной дисциплину по выбору в 2018 году.

2.1 Нормативно-правовые основы адаптивной физической культуры в Казахстане

Нормативную правовую основу по внедрению адаптивной физической культуры в Республике Казахстан составляют законодательные акты, устанавливающие конституционные права человека, нормативно-правовые акты в области медико-социальной защиты лиц с ограниченными возможностями, в области образования по следующим уровням: международные, правительственные, ведомственные и региональные.

Международные нормативные законы. Республика Казахстан, являясь членом международного сообщества, полностью поддерживает основополагающие принципы международных конвенций и деклараций: «Всеобщая декларация прав человека» (1948 г.), «Декларация о правах инвалидов», «Декларация о правах умственно отсталых лиц», «Конвенция о правах ребенка» (1989 г.), «Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов», Саламанкская декларация «О принципах политики и практической деятельности в сфере образования лиц с особыми потребностями» (1994 г.).

Одним из первых специальных международных актов, обратившихся к вопросу соблюдения прав личности, является «Всеобщая декларация прав человека» от 10 декабря 1948 года, ставшая основой для других международно-правовых документов в области защиты прав личности. История международных документов, посвященных правам инвалидов, начинается с 1971 года, когда Организацией Объединенных Наций была принята Декларация о правах умственно отсталых лиц Генеральной Ассамблеи ООН от 20 декабря 1971 года.

Международно-правовым документом обобщенного характера, признавшим право инвалидов на удовлетворительную жизнь, гражданские и политические права, стала декларация о правах инвалидов, утвержденная Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 9 декабря 1975 года.

На Всемирной конференции по образованию для лиц с особыми потребностями: доступ к образованию и его качество (Саламанка, Испания, 7-10 июня 1994 года) были приняты «Саламанкская декларация» и «Рамки действий по образованию лиц с особыми потребностями».

Самым значимым международным документом в области защиты прав лиц с ограниченными возможностями является «Конвенция о правах инвалидов» (принята Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций в Нью-Йорке 13 декабря 2006 года), ратифицированная Республикой Казахстан в феврале 2015 года.

В соответствии с основополагающими международными документами в области прав человека законодательством Республики Казахстан предусматривается принцип равных прав на образование всех граждан, в том числе каждого ребенка страны. Нормативная правовая база развития АФК в Казахстане основана на главном постулате – обеспечение равных возможностей, для всех обучающихся по месту их проживания, обеспечивающего адаптацию образовательной среды к индивидуальным особенностям и образовательным потребностям обучающегося.

Республиканские нормативно-правовые законы и акты. Гарантии права детей на получение образования закреплены в Конституции Республики Казахстан, Законах Республики Казахстан «О правах ребенка в Республике Казахстан», «О социальной и медико-педагогической коррекционной поддержке детей с ограниченными возможностями», «О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан», «Об образовании», «О ратификации Конвенции о правах инвалидов».

Нормативно-правовыми актами, регулирующими гарантированное получение детьми с особыми потребностями качественных образовательных услуг, являются: «Стандарт оказания специальных социальных услуг в области образования» от 19 января 2015 года № 17, «Типовые правила деятельности видов организаций дополнительного образования для детей» от 14 июня 2013 года № 228, «Типовые учебные планы начального, основного среднего, общего среднего образования Республики Казахстан» с изменениями от 24 ноября 2017 года № 592.

Условия содержания детей с особыми образовательными потребностями в учреждениях образования определены в нормативном акте: «Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам образования» от 16 августа 2017 года № 611.

В соответствии с Законом Республики Казахстан «**О правах ребенка в Республике Казахстан**» от 8 августа 2002 года №345 образование должно быть направлено на развитие личности детей, их творческих задатков, социальной активности, научного, технического и художественного творчества; доступ детей-инвалидов к образованию; создание для инвалидов возможности участвовать в творческой и общественной деятельности.

Регулируются отношения, возникающие в связи с реализацией основных прав и законных интересов ребенка, гарантированных Конституцией РК, исходя из принципов приоритетности подготовки детей к полноценной жизни в обществе, развития у них общественно значимой и творческой активности, воспитания в них высоких нравственных качеств, патриотизма и гражданственности, формирования национального самосознания на основе общечеловеческих ценностей мировой цивилизации. Закон закрепляет положение о том, что ребенок-инвалид вправе получить образование, соответствующее его физическим, умственным способностям и желаниям, выбрать род деятельности и профессию, участвовать в творческой и общественной деятельности (статья 31).

В Законе Республики Казахстан «**О социальной и медико-педагогической коррекционной поддержке детей с ограниченными возможностями**» от 11 июля 2002 г. №343 определены формы и методы социальной, медико-педагогической коррекционной поддержки детей с ограниченными возможностями. Данный Закон направлен на создание эффективной системы помощи детям с недостатками в развитии, реше-

ние проблем, связанных с их воспитанием, обучением, трудовой и профессиональной подготовкой, профилактикой детской инвалидности.

В Законе «**О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан**» (от 13 апреля 2005 года №39 с изменениями и дополнениями по состоянию на 11.04.2019 г.) отражены компетенции правительства страны и уполномоченных органов, отвечающих за здравоохранение, образование, соцзащиту населения. Настоящий закон регулирует общественные отношения в области социальной защиты инвалидов в Республике Казахстан и определяет правовые, экономические и организационные условия обеспечения социальной защиты инвалидов, создания им равные возможности для жизнедеятельности и интеграции в общество.

Закон Республики Казахстан «**Об образовании**» от 27 июля 2007 года № 319-III гарантирует получение образования каждому ребенку, что подтверждает возможность широкого внедрения данной модели включения детей с особыми потребностями в образовательный процесс массовой школы, раскрыты суть и принципы государственной политики в области образования, предусматривающие равный доступ обучающихся к соответствующим образовательным программам, коррекционно-педагогическую и социальную поддержку, доступность образования всех уровней детям с ограниченными возможностями.

В статье 1 Закона Республики Казахстан «Об образовании» определены основные понятия, касающиеся детей с особыми образовательными потребностями:

Инклюзивное образование – совместное обучение и воспитание лиц с ограниченными возможностями, предусматривающие равный доступ с иными категориями обучающихся к соответствующим образовательным учебным программам обучения, коррекционно-педагогическую и социальную поддержку развития посредством обеспечения специальных условий (пункт 213).

Лица (дети) с особыми образовательными потребностями – лица, которые испытывают постоянные или временные трудности в получении образования, обусловленные здоровьем, нуждающиеся в специальных, общеобразовательных учебных программах и образовательных программах дополнительного образования (пункт 21-4).

В Законе РК «Об образовании» определена компетенция местных представительных и исполнительных органов в области образования. Местный исполнительный орган района (города областного значения)

создает в организациях образования специальные условия для получения образования лицами (детьми) с особыми образовательными потребностями (статья 6, п. 4. пп. 21-5).

Государство, реализуя цели инклюзивного образования, обеспечивает гражданам с ограниченными возможностями в развитии специальные условия для получения ими образования, коррекции нарушения развития и социальной адаптации на всех уровнях образования (статья 8, п. 6).

Для отдельных категорий лиц разрабатываются специальные образовательные программы, учитывающие особенности развития и потенциальные возможности обучающихся и воспитанников, определяемые с учетом рекомендаций психолого-медико-педагогических консультаций (статья 14).

Специальные общеобразовательные учебные программы реализуются в специальных организациях образования, предусмотренных законами Республики Казахстан, в общеобразовательных школах или на дому (статья 19, пункт 1).

В зависимости от содержания образовательных программ с учетом потребностей и возможностей личности, создания условий доступности получения каждого уровня образования обучение осуществляется в форме очного, вечернего, заочного, экстерната и дистанционной форме обучения для лиц (детей) с особыми образовательными потребностями (статья 27).

Закон Республики Казахстан «**О специальных социальных услугах**» от 25 декабря 2008 года № 114-IV с изменениями и дополнениями по состоянию на 03.12.2015 г. регулирует общественные отношения, возникающие в сфере предоставления специальных социальных услуг, для лиц (семей), находящихся в трудной жизненной ситуации.

В законе определены основные принципы и задачи государственной политики в сфере предоставления специальных социальных услуг, категории граждан, имеющих право на получение специальных социальных услуг и основания, по которым лицо (семья) может быть признано находящимся в трудной жизненной ситуации.

Из перечисленных оснований в законе, по которым лицо (семья) может быть признано находящимся в трудной жизненной ситуации являются:

- ограничение возможностей раннего психофизического развития детей от рождения до трех лет;
- стойкие нарушения функций организма, обусловленные физическими и (или) умственными возможностями;
- ограничение жизнедеятельности вследствие социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих.

Закон Республики Казахстан «**О ратификации Конвенции о правах инвалидов**» от 20 февраля 2015 года № 288-V также закрепляет положения, касающиеся образования данной категории граждан страны. «**Конвенция о правах инвалидов**», принятая Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций 13 декабря 2006 года, направлена на ликвидацию дискриминации по отношению к инвалидам, обеспечение их права на труд, здравоохранение, образование и полное участие в жизни общества, доступа к правосудию, личной неприкосновенности, свободы от эксплуатации и злоупотреблений, свободы передвижения, индивидуальной мобильности.

Основным законом в Республике Казахстан, регулирующим общественные отношения в области физической культуры и спорта, определяющим правовые, организационные, экономические и социальные основы обеспечения деятельности и развития массовой физической культуры, любительского и профессионального спорта в РК является Закон Республики Казахстан «**О физической культуре и спорте**» от 3 июля 2014 года № 228-V.

Законом введены такие понятия, как «**адаптивная физическая культура**», «**физическая реабилитация и социальная адаптация инвалидов**», а также определены механизмы вовлечения инвалидов в занятия физической культурой и спортом.

Статья 19. «Адаптивная физическая культура и спорт, физическая реабилитация и социальная адаптация» является нормативно-правовым актом, согласно которой организация занятий физической культурой и спортом инвалидов, подготовка кадров, методическое, медицинское обеспечение и врачебный контроль за занятиями физической культурой и спортом инвалидов возлагаются на органы образования, здравоохранения, социальной защиты населения, физической культуры и спорта.

Министерство культуры и спорта Республики Казахстан обеспечивает реализацию государственной политики в области физической культуры и спорта, на него возложено проведение республиканских соревнований, подготовка и участие сборных команд Республики Казахстан по видам спорта (национальных сборных команд по видам спорта) среди инвалидов на международных спортивных соревнованиях, в том числе в Паралимпийских, Сурдлимпийских играх и Всемирных специальных Олимпийских играх. После подписания Конвенции в структуре Министерства культуры и спорта Республики Казахстан создано управление национальных видов спорта и по работе с лицами с ограниченными возможностями в спорте.

Местные исполнительные органы обеспечивают инвалидам условия для доступа к спортивным сооружениям для занятия физической культурой и спортом, предоставление специального спортивного инвентаря; обеспечивают открытие спортивных клубов, школ, секций; организуют проведение спортивных мероприятий на местном уровне; подготовку и участие инвалидов в республиканских спортивных соревнованиях.

К нормативно-правовым актам, регулирующим деятельность организаций сферы физической культуры и спорта относятся:

- «Об утверждении Правил формирования составов сборных и штатных сборных команд Республики Казахстан по видам спорта (национальных сборных команд по видам спорта)» от 25 июля 2014 года № 289;
- «Об утверждении Правил формирования единого календаря спортивно-массовых мероприятий» от 28 июля 2014 года № 294;
- «Об утверждении антидопинговых правил Республики Казахстан» от 19 сентября 2014 года № 18;
- «Об утверждении норм и требований для присвоения спортивных званий, разрядов и квалификационных категорий» от 28 октября 2014 года № 56;
- «Об утверждении правил безопасности при проведении занятий по физической культуре и спорту» от 3 ноября 2014 года № 68;
- «Об утверждении правил проведения спортивных мероприятий» от 4 ноября 2014 года № 74;
- «Об утверждении структуры организации спортивной медицины и положения об их деятельности» от 24 ноября 2014 года № 109;

- «О внесении дополнений в приказ Министра культуры и спорта Республики Казахстан от 22 ноября 2014 года № 107;
- «Об утверждении методики нормативов питания и фармакологического обеспечения спортсменов, в том числе военнослужащих всех категорий и сотрудников правоохранительных и специальных государственных органов, в период учебно-тренировочного процесса и спортивных мероприятий» от 16 ноября 2015 года № 353;
- «О внесении изменений и дополнений в приказ Министра культуры и спорта Республики Казахстан от 22 ноября 2014 года № 106;
- «Об утверждении перечня видов физкультурно-спортивных организаций и правил их деятельности, в которых осуществляется учебно-тренировочный процесс по подготовке спортивного резерва и спортсменов высокого класса» от 19 мая 2016 года № 136;
- «Об утверждении структуры организации спортивной медицины и положения об их деятельности» от 24 ноября 2014 года № 109;
- «Об утверждении правил проведения классификации спортсменов-инвалидов» от 26 ноября 2014 года № 111;
- «Об утверждении перечня международных спортивных соревнований, размеров и правил выплат денежных поощрений чемпионам и призерам международных спортивных соревнований, тренерам и членам сборных команд Республики Казахстан по видам спорта (национальных сборных команд по видам спорта)» 19 декабря 2014 года № 1345;
- «Об утверждении правил выплат пожизненного ежемесячного материального обеспечения спортсменам и тренерам, установлении их размеров и признании утратившими силу некоторых решений Правительства Республики Казахстан» от 19 декабря 2014 года № 1324;
- «Об утверждении минимального социального стандарта «Обеспечение доступности спортивных сооружений, находящихся в государственной собственности» от 29 июля 2015 года № 258; Концепция развития физической культуры и спорта Республики Казахстан до 2025 года от 11 января 2016 года № 168.

В нормативном документе **«Об утверждении норм и требований для присвоения спортивных званий, разрядов и квалификационных категорий»** от 28 октября 2014 года № 56 в разделе 7 «Виды спорта среди инвалидов. Спорт среди инвалидов по зрению. Паралимпийские виды спорта» прописаны условия выполнения разрядных норм и требо-

ваний для спортсменов-инвалидов, занимающихся доступными видами спорта. Надо отметить огромный перечень видов спорта, которыми могут заниматься лица с ограниченными возможностями здоровья.

«О внесении изменений и дополнений в приказ Министра культуры и спорта Республики Казахстан от 22 ноября 2014 года № 106 «Об утверждении перечня видов физкультурно-спортивных организаций и правил их деятельности, в которых осуществляется учебно-тренировочный процесс по подготовке спортивного резерва и спортсменов высокого класса» от 19 мая 2016 года № 136 определены виды физкультурно-спортивных организаций, в том числе спортивная школа для инвалидов, спортивный клуб для инвалидов, Центр спортивной подготовки для лиц с ограниченными физическими возможностями и правила деятельности детско-юношеских спортивных школ, спортивных школ для инвалидов, в которых осуществляется учебно-тренировочный процесс по подготовке спортивного резерва и спортсменов высокого класса (порядок зачисление, перевод из группы в группу, отчисление, режим учебно-тренировочной работы и наполняемость групп и т.д.).

«Об утверждении структуры организации спортивной медицины и положения об их деятельности» от 24 ноября 2014 года № 109 определена структура организаций спортивной медицины:

- 1) врачебно-физкультурный диспансер (далее – диспансер);
- 2) центр спортивной медицины и реабилитации (далее – центр).

Одной из функций центра является: осуществление медицинской реабилитации спортсменов-инвалидов и лиц с ограниченными умственными и физическими возможностями, средствами и методами физической культуры, подбор и обучение пациентов использованию методик лечебной физкультуры для восстановления сниженных или утраченных функций.

«Об утверждении Правил проведения классификации спортсменов-инвалидов» от 26 ноября 2014 года № 111. Правила проведения классификации спортсменов-инвалидов определяют порядок, условия проведения классификации спортсменов-инвалидов, занимающихся доступным им видом спорта, с целью создания им возможности соревноваться с другими спортсменами-инвалидами, имеющими аналогичный уровень функциональных возможностей.

Необходимо отметить высокую оценку и поощрение государства за победы спортсменов-инвалидов в соревнованиях высшего уровня, ко-

торые закреплены в нормативном документе «Об утверждении перечня международных спортивных соревнований, размеров и правил выплат денежных поощрений чемпионам и призерам международных спортивных соревнований, тренерам и членам сборных команд Республики Казахстан по видам спорта (национальных сборных команд по видам спорта)» от 19 декабря 2014 года № 1345, а также в «Об утверждении правил выплат пожизненного ежемесячного материального обеспечения спортсменам и тренерам, установлении их размеров и признании утратившими силу некоторых решений Правительства Республики Казахстан» от 19 декабря 2014 года № 1324.

«Об утверждении минимального социального стандарта «Обеспечение доступности спортивных сооружений, находящихся в государственной собственности» от 29 июля 2015 года № 258 обеспечивает бесплатное пользование спортивными объектами, находящимися в государственной собственности инвалидам первой и второй групп и детям-инвалидам до восемнадцати лет за счет бюджетных средств, инвалидам третьей группы предусмотрены льготы в размере 50% от стоимости оказываемых спортивных и физкультурно-оздоровительных услуг.

В Концепции развития физической культуры и спорта Республики Казахстан до 2025 года от 11 января 2016 года № 168 определяются долгосрочное видение развития отрасли и преемственность государственной политики. Одной из ключевых проблем отрасли остается дефицит квалифицированных кадров, в том числе в сфере спортивного менеджмента и бизнеса, а также по адаптивной физкультуре.

Реализация приоритетных целей, задач и направлений развития спорта и физической культуры в Республике Казахстан будет осуществляться на основе основных принципов, один из которых: **инклюзивность и социальная направленность государственной политики.**

В Концепции предложено: «В целях формирования здорового поколения необходимо обеспечить равенство стартовых условий в детском возрасте путем равных возможностей и равного доступа к спортивным мероприятиям».

«В рамках развития адаптивной физической культуры в стране необходимо систематическое проведение спортивных соревнований и турниров с участием детей с ограниченными возможностями здоровья с целью их вовлечения в среду здоровых сверстников».

Создание оптимальных условий и средств доступа для всех категорий населения (включая инвалидов и другие маломобильные группы) к рабочим местам, местам общего пользования, объектам (сооружениям, коммуникациям) социальной, рекреационной, инженерной и транспортной инфраструктуры в соответствии с типом поселения и условиями данной местности зафиксированы в Законе Республики Казахстан «**Об архитектурной, градостроительной и строительной деятельности в Республике Казахстан**» от 16 июля 2001 года № 242 с изменениями на 27.02.2017 г. Закон регулирует отношения, возникающие между государственными органами, физическими и юридическими лицами в процессе осуществления архитектурной, градостроительной и строительной деятельности в Республике Казахстан, и направлен на формирование полноценной среды обитания и жизнедеятельности человека, устойчивое развитие населенных пунктов и межселенных территорий.

Анализ законодательных и нормативных правовых актов Республики Казахстан показал, что права на занятия адаптивной физической культурой и спортом закреплены и позволяют совершенствовать работу по развитию АФК в стране.

Однако, несмотря на то, что в направлении формирования правового пространства Казахстан сделал значительный шаг, особенно, в области адаптивного спорта высших достижений, полноценному развитию массовой адаптивной физической культуры и спорта препятствует ряд барьеров:

1. Отсутствует подготовка кадров по адаптивной физической культуре и спорту в системе высшего и среднего профессионального образования;
2. Не проводится научно-исследовательская деятельность в области адаптивной физической культуры;
3. Отсутствует учебно-методическое сопровождение по адаптивной физической культуре и спорту;
4. Ограниченное число адаптированных спортивных сооружений.

2.2 Развитие спорта среди людей с инвалидностью в Казахстане

Несмотря на то, что существует целый комплекс проблем, препятствующих развитию адаптивной физической культуры и спорта в стране, адаптивный спорт Казахстана находится в фазе поступательного раз-

вития. В большинстве случаев, развитию того или иного вида адаптивного спорта способствуют инициативы самих людей с инвалидностью и общественных организаций.

Так в 1987 году, всесоюзным добровольным физкультурно-спортивным обществом профсоюзов (ВДФСО) и высшим спортивным исполнительным органом Казахской ССР – Комитетом по физической культуре и спорту была создана Республиканская федерация «Физическая культура и спорт для инвалидов».

Президентом был избран Хохлов Сергей. Вице-президентом Шакуов Куаныш – от общества глухих, Никифоров Геннадий – от общества слепых. Федерация объединила спортсменов с инвалидностью по зрению, слуху и с нарушением опорно-двигательного аппарата.

В 1988 году сборная команда по волейболу сидя приняла участие в первых всесоюзных соревнованиях. А на следующий 1989 год в г. Алматы были проведены вторые всесоюзные соревнования по волейболу сидя, что явилось мощным толчком для дальнейших волейбольных успехов Казахстана.

В 1991 году была создана Ассоциация физической культуры и спорта инвалидов Республики Казахстан. Главным направлением её деятельности является объединение усилий различных спортивных и общественных объединений инвалидов и других организаций, заинтересованных в развитии инвалидного спорта. В целях поднятия статуса соревнований среди инвалидов была разработана и утверждена классификация по видам спорта. На протяжении последних 5 лет около 20 спортсменов-инвалидов выполнили норматив «Мастер спорта международного класса», более 30 – норматив «Мастера спорта Республики Казахстан». Ассоциацией физической культуры и спорта инвалидов Республики Казахстан были разработаны и утверждены Правила соревнований, которые соответствуют международным требованиям.

С 1992 года в Казахстане начали проводиться Республиканские спартакиады среди инвалидов с поражениями опорно-двигательного аппарата. В программу спартакиады входят следующие виды спорта: пауэрлифтинг, лёгкая атлетика, волейбол, плавание, настольный теннис, стрельба из лука, фигурное вождение, гонки на колясках, дартс, шахматы, шашки, тогыз кумалак.

В 1998 году в Алматы прошла III Республиканская спартакиада на призы Президента, которая объединила спортсменов с нарушениями зрения, слуха и опорно-двигательного аппарата.

В 2001 году в г. Астане прошли I-ые Паралимпийские игры Казахстана, где приняло участие 360 спортсменов из 16 областей по 5 видам спорта (Таблица 3).

Таблица 3

Итоговый протокол I Паралимпийских Игр г. Астана, 13-14 июля 2001 г.

| Область (город) | Очки | Место |
|------------------------|-------------|--------------|
| Акмолинская | 99 | 12 |
| Актюбинская | 221 | 9 |
| Алматинская | 284 | 5 |
| Атырауская | 20 | 16 |
| ВКО | 116 | 11 |
| Жамбылская | 157 | 8 |
| ЗКО | 136 | 9 |
| Карагандинская | 500,5 | 2 |
| Кызылординская | 41 | 14 |
| Костанайская | 97,5 | 13 |
| Мангыстауская | 238 | 6 |
| Павлодарская | 460,5 | 3 |
| СКО | 430,5 | 4 |
| ЮКО | 34 | 15 |
| г. Алматы | 8 | 1 |
| г. Астана | 124 | 10 |

Программа соревнований состояла из пяти видов спорта: лёгкая атлетика, волейбол, плавание, пауэрлифтинг, настольный теннис, в которых выступили атлеты с нарушениями опорно-двигательного аппарата, зрения, интеллекта.

Спустя шесть лет в 2007 году в городе Талдыкорган (Алматинской области) прошли II Паралимпийские игры. По итогам Игр первое место заняла команда города Алматы, второе место – Карагандинская область, третье место – команда города Астаны.

На соревнованиях высокого ранга с успехом начала выступать сборная команда РК по сидячему волейболу, которая стала победительницей Чемпионата СНГ в 1992 году.

В 1993 году спортсмены с инвалидностью сборной команды РК впервые приняли участие в престижных международных Сток-Манде-

вильских играх (неофициальный чемпионат мира для инвалидов-колясочников) по следующим видам спорта: пауэрлифтинг, настольный теннис, плавание. Обладателем бронзовой медали по пауэрлифтингу стал карагандинец Леонид Штоль.

В 1995 году команда Казахстана смогла завоевать 1 золотую медаль по пауэрлифтингу, серебряные (пауэрлифтинг, гонки на колясках), 2 бронзовые медали (лёгкая атлетика, фигурное вождение). Впервые в честь казахстанских спортсменов на Сток-Мэндвильских Играх прозвучал гимн и был поднят флаг Республики Казахстан.

Национальный Паралимпийский Комитет Республики Казахстан

В 2002 году был создан Национальный паралимпийский комитет Республики Казахстан, что придало официальный статус паралимпийскому движению.

Комитет является некоммерческой неправительственной организацией, членом таких международных организаций, как: Международный паралимпийский комитет; Азиатский паралимпийский комитет; Международная организация по пара волейболу; Международная федерация ампутантов и колясочников; Международная спортивная федерация для слепых.

Национальный паралимпийский комитет Республики Казахстан является единственным представителем в Казахстане, который имеет право заявлять участие казахстанских спортсменов в международных соревнованиях, включая паралимпийские игры, которые проводятся под эгидой вышеупомянутых международных спортивных организаций.

Основные функции Национального Паралимпийского Комитета РК:

- Пропаганда принципов паралимпийского движения, содействие развитию паралимпийских видов спорта высших достижений и массового спорта;
- Представление Республики Казахстан в Международном Паралимпийском Комитете, на Паралимпийских играх и других международных соревнованиях;
- Проведение единой политики развития паралимпийского спорта высших достижений и массового спорта;
- Содействие в подготовке спортсменов-инвалидов для участия в Паралимпийских играх и других международных спортивных мероприятиях.

С 2015 года Национальный Паралимпийский Комитета Казахстана возглавляет Боранбаев Кайрат Советаевич, который внес значительный вклад в развитие паралимпийского движения в Казахстане. В 2018 году по его инициативе был открыт, впервые в Казахстане, в г.Нур-Султан Паралимпийский тренировочный центр – уникальное спортивное сооружение, предназначенное для качественной и профессиональной подготовки национальных сборных команд и спортивного резерва по летним и зимним паралимпийским видам спорта. В центре созданы условия для спортсменов с инвалидностью для занятий следующими видами спорта: волейбол сидя, голбол, бочча, настольный теннис, восточные единоборства, танцы на колясках, шашки, шахматы, тоғызқұмалак, бадминтон и тренажерный зал.

4 июля 2018 года состоялось торжественное открытие Паралимпийского тренировочного центра с участием Первого Президента РК Назарбаева Нурсултан Абишевича и спортсменами Паралимпийской сборной Казахстана.

В январе 2019 года столицу Казахстана с рабочим визитом посетил президент Международного Паралимпийского комитета – Эндрю Парсонс.

Успехи казахстанских спортсменов на Летних Паралимпийских играх.

На IX Летних Паралимпийских Играх в Барселоне (Испания) в 1992 году в составе сборной команды СНГ по волейболу приняли участие казахстанцы Юрий Суббота, Александр Кукатов и Виктор Краснов.

На X Летних Паралимпийских Играх в Атланте (США) в 1996 году сборную команду Казахстана представили всего 13 спортсменов. 12 волейболистов и 1 тяжелоатлет. Сборная команда Казахстана по волейболу сидя заняла тогда 8-е место. Тренером национальной сборной команд Казахстана по волейболу сидя был заслуженный тренер СССР, заслуженный мастер спорта Саурамбаев Ж.Н.

В 2000 году в Сиднее (Австралия) на XI Летних Паралимпийских Играх казахстанский спортсмен – Колодюк Анатолий (Экибастуз) был награждён специальной медалью Президента Международного Паралимпийского Комитета Роберта Стэдварда за вклад в развитие пауэрлифтинга и высокие спортивные результаты.

В 2004 году на XII Летних Паралимпийских играх в Афинах (Греция) приняли участие 8 спортсменов Казахстана.

В 2008 году на XIII Летних Паралимпийских играх в Пекине (Китай) из 147 государств сборная Казахстана заняла 29-е место. Лучшим результатом казахстанских спортсменов на XIII Паралимпийских играх, стало 7-ое место Ляззат Салимжановой в пауэрлифтинге. В сентябре 2009 года в Токио (Япония) состоялись 2-ые Азиатские Юношеские Паралимпийские Игры, на которых сборная команды Казахстана завоевала 7 золотых, 11 серебряных и 4 бронзовых медали.

В 2010 году на кубке мира в Египте сборная команда по волейболу заняла 4-е место.

В 2012 году на XIV Летних Паралимпийских играх в Лондоне Казахстан представляли 7 спортсменов в 3-х видах спорта: легкой атлетике, пауэрлифтинге и плавании.

В 2016 году на XV Летних Паралимпийских играх в Рио-де-Жанейро Республика Казахстан была представлена 11 спортсменами в 5 видах спорта – дзюдо, легкая атлетика, пауэрлифтинг, плавании, стрельбе из лука. По итогам соревнований впервые в истории страны наши спортсмены завоевали 2 медали: Зульфия Габидуллина – золотая медаль по плаванию на дистанцию 100 метров вольным стилем; Раушан Койшибаева – 1 серебряная медаль по пауэрлифтингу.

Зульфия Габидуллина – Первая в истории Казахстана спортсменка, завоевавшая Паралимпийское золото Летних Паралимпийских игр. На XV Летних Паралимпийских играх в Рио-де-Жанейро она побила мировой рекорд в 100-метровом заплыве в свободном стиле среди спортсменов с нарушением опорно-двигательного аппарата (класс S3). Результат – 1:30.07.

Тренер Зульфии Габидуллиной – директор спортивного клуба для людей с инвалидностью, заслуженный тренер РК Саттар Бейсембаев.

Раушан Койшибаева в 2016 году на XV Летних Паралимпийских играх в Рио-де-Жанейро завоевала серебро в пауэрлифтинге в весовой категории до 67 килограммов. Её результат – 113 кг. Золотую медаль с мировым рекордом выиграла китайка Тан Юяо (135 кг), бронзу у египтянки Махмуд Амал (108 кг). Раушан Койшибаева в 2016 году была признана «Лучшим спортсменом года» в Казахстане. Тренер Раушан Койшибаевой Денис Орлов был признан в том же году в Казахстане «Лучшим тренером года».

На **II Азиатских Пара Играх 2014 года в Инчхоне (Южная Корея)** 84 параатлета представили Национальную сборную Казахстана, которая заняла в командном зачете 10 место, завоевав 7 золотых, 6 серебряных и 11 бронзовых медалей. Золото в копилку сборной принесли пловцы Ануар Ахметов и Дмитрий Ли.

На **III Азиатских Пара Играх 2018 года в Джакарте** Национальная сборная Казахстана завершила свое успешное выступление на Играх рекордным для страны количеством медалей. 33 медалей в 6 видах спорта: пара плавание, пара дзюдо, пара пауэрлифтинг, пара легкая атлетика, волейбол сидя и шахматы.

Золотыми призерами стали: **Сиязбек Далиев** (50 метров баттерфляем), **Ержан Салимгереев** (100 метров вольным стилем) и чемпионка Паралимпиады **Зульфия Габидуллина** (100 метров вольным стилем). **Дмитрий Ли** стал серебряным призером на дистанции 200 метров комплексным плаванием.

С 30 мая по 2 июня 2019 года в Италии на Кубке мира по паравланию нашу страну представляли 18 спортсменов из основной Национальной сборной паралимпийской команды. В соревновании приняли участие более 260 сильнейших пловцов из 31 страны и 27 клубных команд Италии. Зульфия Габидуллина выиграла 1 «золото», 1 «серебро» и 1 «бронзу». В общекомандном медальном зачете первое место взяла сборная Италии, на втором – Германия, на третьем – Великобритания. Казахская команда удостоилась шестого места.

Успехи казахстанских спортсменов на Зимних Паралимпийских играх.

С выступления на **VI Паралимпиаде 1994 года вг. Лиллехаммере (Норвегия)** сборная Казахстана стала постоянным участником **Зимних Паралимпийских игр.**

На **VI Зимних Паралимпийских играх** среди спортсменов с нарушением зрения казахстанкой Воробьевой Любовью была завоевана первая серебряная медаль по лыжным гонкам в классическом стиле (дистанция 10 км). Для Казахстана это была первая паралимпийская медаль. На биатлоне 7.5 км Любовь Воробьева была только 16-ой. Однако её результаты позволили занять команде Казахстана, в составе которой было 2 спортсмена - 20 место в общекомандном зачете.

В **2010 году на X Зимних Паралимпийских играх в Ванкувере (Канада)** нашу страну представлял один участник Паралимпиады -

Олег Сысолятин из Петропавловска, который выступил на 2-х дистанциях: 10 км классическим стилем и в спринтерском забеге на 1 км.

XII зимние Паралимпийские игры 2018 года были проведены по 6 видам спорта (горные лыжи, биатлон, лыжные гонки, слейдж хоккей, сноуборд, керлинг на колясках) с участием 567 спортсменов с поражением опорно-двигательного аппарата и зрения из 49 стран мира.

На Паралимпийских играх национальная сборная команда Республики Казахстан завоевала 9 лицензий по двум видам спорта это-лыжные гонки и биатлон и была представлена 7 спортсменами. 80 комплектов медалей Паралимпийских игр Пхенчана были распределены между спортсменами из 26 стран мира, что является самым большим количеством медалей разыгранных на зимних Паралимпийских играх.

XII зимние Паралимпийские игры 2018 года в городе Пхенчхан (Корейская Республика) стали успешными для сборной Казахстана. В лыжных гонках в дисциплине спринт 1,5 км. (класс LW 4 стоя), из 24 участников в данных соревнованиях, оставив позади спортсменов из Японии, Канады, Германии и Украины, Александр Колядин первый казахстанский спортсмен завоевавший паралимпийскую золотую медаль зимних паралимпийских игр.

Кроме того, в **XII зимних Паралимпийских играх** в лыжных гонках 20 км. Герлиц Александр (класс LM 6) занял 4 место, а также 6 место в биатлоне на 12,5 км. В лыжных гонках в командной эстафете 4x2,5 км. Петренко Денис, Герлиц Александр и Колядин Александр заняли 6 место. В общекомандном зачете сборная Республики Казахстан разделила 20 место со сборной КНР. Это был лучший результат нашей сборной зимних Паралимпийских игр с 1994 года. Всего в XII зимних Паралимпийских играх приняла участие 49 стран.

Таблица 4

| Казахстанские спортсмены на Паралимпийских играх с 1994 года по 2018 год | | | | | |
|--|---|--|---------------------------------|-----------|---------------|
| № | Ф.И.О. | Место и год проведения | Вид спорта, дисциплина | Результат | Место |
| 1 | Габидуллина Зульфия Раухатовна | Летние ПИ, г. Рио-де-Жанейро (Бразилия) – 2016 | Плавание 100 м вольный стиль | 1:30.07 | 1 (МР, ПР) |
| | | | 50 м в/с | 42.24 | 4 |
| | | | 50 м на спине | 1:00.68 | 6 |

| | | | | | |
|---|--|--|---|----------|---|
| 2 | Койшибаева Раушан Зауытбаевна | Летние ПИ, г. Рио-де-Жанейро (Бразилия) – 2016 | Пауэрлифтинг до 67 кг | 113 кг | 2 |
| 3 | Ахметов Ануар Ерланович | Летние ПИ, г. Рио-де-Жанейро (Бразилия) – 2016 | Плавание 100 м брасс | 1:09.17 | 4 |
| 4 | Воробьева Любовь | Зимние ПИ, г. Лиллехаммер (Норвегия) – 1994 | Льжжные гонки, 10 км | 54.39,30 | 2 |
| 5 | Колядин Александр (Костанай) | Зимние ПИ г. Пхенчхан (Юж- ная Корея) – 2018 | 1.5 km Sprint Classic Final, Standing | 4:19.7 | 1 |
| 6 | Ложкин Сергей | Зимние ПИ, г. Лиллехаммер (Норвегия) – 1994 | Льжжные гонки, 20 км | 57.42,40 | 5 |
| | | | Биатлон, 7,5 км | 30.24,70 | 4 |
| 7 | Герлиц Александр (СКО) | Зимние ПИ г. Пхенчхан (Юж- ная Корея) – 2018 | 20 km Free, Standing | 47:54.4 | 4 |
| 8 | По биатлону | Зимние ПИ – 2018 | 12.5 km – Standing | 40:51.3 | 6 |
| 9 | Командный | Зимние ПИ – 2018 | 4x2.5 km – Open Relay | 24:21.2 | 6 |

В июле 2019 года состоялось знаменательное событие в истории инвалидного спорта Казахстана. В г. Нур-Султан с 12 по 20 июля прошел Чемпионат мира по пара пауэрлифтингу, который является финальным лицензионным соревнованием перед предстоящими в 2020 году Паралимпийскими играми.

В соревновании приняли участие более 450 атлетов из 79 стран. Сборная Казахстана была представлена в каждой весовой категории.

Сурдлимпийское движение в Казахстане.

По итогам 2018 года в стране насчитывается 644 180 людей с ограниченными возможностями (3,6% от населения страны), около 285 300 или 45% (от численности инвалидов), это люди имеющие показания для занятий физической культурой и спортом.

На сегодняшний день, в стране 31 952 (11,2%) человек с ограниченными возможностями систематически занимающиеся физической куль-

турой и спортом, из их 6 180 это спортсмены с нарушением органов слуха.

Спорт людей с нарушением слуха в суверенном Казахстане начал свое развитие с создания в 1992 году Спортивного Союза глухих, который стал проводить соревнования со своей категорией спортсменов с инвалидностью.

На 5-х Азиатско-Тихокеанских Играх глухих в Куала-Лумпуре в 1996 г. команда РК завоевала 1 золотую, 1 серебряную, 2 бронзовые медали, в этом же году в Малайзии на Азиатских играх заняли второе место по настольному теннису, и пять вторых мест по легкой атлетике, а в 1997г. приняли участие в 18 летних Всемирных играх глухих в Копенгагене.

Общественное объединение «Сурдлимпийский комитет» было основано в 2011 году, а в 2014 году было зарегистрировано объединение юридических лиц «Дефлимпикс Казахстан», которое получило признание Международного комитета спорта глухих.

С 2017 года президентом «Дефлимпикс Казахстан» является Балиева Загипа Яхьяновна.

Основным направлением деятельности организации является развитие физической культуры и спорта среди лиц с нарушением органов слуха в Республике Казахстан.

В состав национальной сборной Республики Казахстан по Сурдлимпийским видам спорта входят 505 спортсменов с нарушением органов слуха.

Впервые Республиканская спартакиада среди спортсменов с нарушением слуха прошла в городе Алматы в 2014 году по пяти видам спорта.

В августе 2018 года в г. Актобе проведена II Спартакиада Республики Казахстан среди спортсменов с нарушением слуха, по 10 видам спорта.

На XVIII Сурдлимпийских играх в г. Копенгаген (Дания) 1997 года наши спортсмены завоевали золотую медаль по легкой атлетике (Рожков Максим) и бронзовую медаль по вольной борьбе в весовой категории до 60 кг. (Николай Прокопий) и эти результаты являются первыми в истории Независимого Казахстана.

На XX Сурдлимпийских играх г. Мельбурн (Австралия) в 2005 году Рожков Максим завоевал бронзовую медаль по легкой атлетике.

На XXI Сурдлимпийских играх г. Тайбей (Тайвань) в 2009 году по греко-римской борьбе в весовой категории до 120 кг наш спортсмен

Шонку Хайратхан завоевал бронзовую медаль.

На **XXII летних Сурдлимпийских играх 2013 года в Болгарии в г.София** Есжанов Габит завоевал золотую медаль по вольной борьбе в весовой категории до 60 кг. На **XXIII Сурдлимпийских играх в г. Самсун (Турция) в 2017 году** наши спортсмены завоевали 1 золотую (Абдраш Аян по таэквандо в весовой категории до 58 кг), 1 серебрянную (Канапьянов Шаяхмет по дзюдо в весовой категории до 66 кг) и 5 бронзовых медалей (по настольному теннису в командной игре Искендиоров Д., Данияров Г., Конкубаев К.; по греко-римской борьбе в весовой категории до 130 кг Шонку Хайратхан; по каратэ в весовой категории 61 кг Салмина Елена; в вольной борьбе в весовой категории 97 кг Тажиев Асылжан; по таэквандо в весовой категории +67 кг Антоненко Валентина).

За годы независимости Казахстана на Сурдлимпийских играх наши спортсмены завоевали 12 медалей: 3-золотых, 1-серебрянная и 8-бронзовых (таб 5).

Таблица 5

| Хроника выступлений Казахстанских спортсменов на Сурдлимпийских летних играх | | | | | | | |
|--|------|-------------------------|----------------------|--------|---------|--------|-------|
| № | Год | Место проведения | Спортсмены-участники | Медаль | | | Всего |
| | | | | Золото | Серебро | Бронза | |
| XVIII | 1997 | г. Копенгаген (Дания) | 6 | 1 | - | 1 | 2 |
| XX | 2005 | г. Мельбурн (Австралия) | 7 | - | - | 1 | 1 |
| XXI | 2009 | г. Тайпей (Тайвань) | 35 | - | - | 1 | 1 |
| XXII | 2013 | г. София (Болгария) | 32 | 1 | - | - | 1 |
| XXIII | 2017 | г. Самсун (Турция) | 44 | 1 | 1 | 5 | 7 |

Также на чемпионатах мира завоевано 37 медалей: 3-золотых, 12-серебряных и 22-бронзовых. Спортсмены, вошедшие в первую шестерку на Сурдлимпийских летних и зимних играх с 1997 по 2017 годы представлены в Таблице 6.

Таблица 6

| Спортсмены, вошедшие в первую тройку на Сурдлимпийских летних и зимних играх (1997-2017 г.г) | | | | |
|---|---|---------|---|-------|
| № | Спортсмены | год | Вид спорта,результат | Место |
| 1 | Рожков Максим | ЛИ-1997 | Легкая атлетика, тройной прыжок – 14.39 | 1 |
| 2 | Пронжа Николай | ЛИ-1997 | Вольная борьба, до 54 кг | 3 |
| 3 | Рожков Максим | ЛИ-2005 | Легкая атлетика, тройной прыжок - 14.30 | 3 |
| 4 | Шонку Хайратхаан | ЛИ-2009 | Вольная борьба, 96 кг | 3 |
| 5 | Есжанов Габит | ЛИ-2013 | Вольная борьба, 60 кг | 1 |
| 6 | Абдраш Аян | ЛИ-2017 | Таэквандо, 58 кг | 1 |
| 7 | Канапьянов Шаяхмет | ЛИ-2017 | Дзюдо, 66 кг | 2 |
| 8 | Шонку Хайратхан | ЛИ-2017 | Греко-римская борьба, 130 кг | 3 |
| 9 | Тажиев Асылжан | ЛИ-2017 | Вольная борьба, 97 кг | 3 |
| 10 | Салмина Елена | ЛИ-2017 | Каратэ, 61 кг | 3 |
| 11 | Антоненко Валентина | ЛИ-2017 | Таэквондо, 67 кг | 3 |
| 12 | Искендеров Д., Данияров Г., Конкубаев К | ЛИ-2017 | Настольный теннис | 3 |

В целях стимулирования спортсменов с инвалидностью и тренеров сборных команд РК – участников Паралимпийских, Сурдлимпийских игр внесены изменения в постановление Правительства РК № 1345 «Об утверждении перечня международных спортивных соревнований, размеров и Правил выплат денежных поощрений чемпионам и призерам международных спортивных соревнований, тренерам и членам сборных команд РК по видам спорта (национальных сборных команд по видам спорта)» где выплаты Паралимпийских чемпионов и призеров приравнены к Олимпийским.

1 место – 250 тыс. долларов 4 место – 30 тыс. долларов;

2 место – 150 тыс. долларов 5 место – 10 тыс. долларов;

3 место – 75 тыс. долларов 6 место – 5 тыс. долларов;

В соответствии с Законом РК от 3 июля 2014 года «О физической культуре и спорте», предусмотрены нормы по получению ежемесячного материального обеспечения спортсменов и тренеров, завоевавшим звания чемпионов и призеров Паралимпийских, Сурдлимпийских игр

(имеющих трудовой стаж не менее 20 лет), в размере 24 МРП и нормы для предоставления жилья для чемпионов и призеров Паралимпийских и Сурдлимпийских игр.

Специальное олимпийское движение в Казахстане.

Благотворительное спортивное общественное объединение «**Специал Олимпикс Казахстан**» (**Special Olympics Kazakhstan**) зарегистрировано в Казахстане в 1992 году.

В 1993 году оно было признано Национальным Олимпийским Комитетом Республик Казахстан и аккредитован в Special Olympics International (SOI). Президентом «**Специал Олимпикс Казахстан**» с момента его основания является Бахарева Ольга Сергеевна.

Его миссия состоит в организации круглогодичных, спортивных тренировок и соревнований по многим Олимпийским видам спорта для детей от 8 лет и старше с интеллектуальными нарушениями, предоставления им возможность развиваться физически, демонстрировать мужество, испытывать радость, обмениваться способностями талантами и дружбой со своими семьями, атлетами Special Olympics и обществом.

Цель организации – помочь людям с нарушениями интеллектуального развития стать полноправными членами общества, принимающими продуктивное участие в общественной жизни, посредством предоставления им справедливых возможностей для демонстрации своих талантов средствами спорта и путем информирования общественности об их возможностях и потребностях.

Специальные атлеты Казахстана успешно выступают на международных соревнованиях:

1991 г. – Миннеаполис – Сент-Пол, США. Команда – 4 атлета из Усть-Каменогорска - завоевали 3 медали – 1 серебряную, 2 бронзовые медали в соревнованиях по тяжёлой атлетике.

1993 г. – Зальцбург-Шладминг, Австрия. 22 спортсмена сборной РК удачно выступили по лыжным гонкам и фигурному катанию и завоевали – 7 золотых, 10 серебряных, 6 бронзовых медалей.

1995 год – Нью-Хевен, США. Летние Всемирные Специальные Олимпийские Игры. 48 специальных атлетов выступили по 8-и видам спорта и завоевали 22 золотые, 31 серебряную, 17 бронзовых медалей.

1997 год – Торонто-Коллингвуд, Канада. 7 Зимние Всемирные Специальные Олимпийские Игры. СОК представляли 22 спортсмена, которые выступили по 3 видам спорта: коньки, лыжные гонки, фигурное катание. Успех превзошёл все ожидания: 34 медали – 22 золотые, 7 серебряных, 5 бронзовых наград.

1999 г. – Рали и Дюрхам в Северной Каролине, США. 10 Всемирные Летние Специальные Олимпийские Игры, СОК представил команду в 6-ти видах спорта в составе 24 спортсменов из 11 областей республики по лёгкой атлетике, гимнастике, бадминтону, роликовым конькам, настольному теннису и плаванию. Завоевали 48 медалей – 18 золотых, 17 серебряных и 13 бронзовых.

В июне 1998 год. в Алматы прошли VI-Летние Специальные Олимпийские Игры Казахстана на призы Президента РК в Алматы. Девиз игр «Радость победы. Щедрость. Восторг». В соревнованиях по 5-ти видам спорта приняли участие представители 13 областей республики, из 17 городов: Астана, Алматы, Атырау, Балхаш, Караганда, Кзыл-Орда, Костанай, Кокшетау, Павлодар, Петропавловск, Семипалатинск, Талгар, Талдыкурган, Тараз, Усть-Каменогорск, Уральск, Шымкент и гости – команда по лёгкой атлетике из Кыргызстана, Количество участников составило 442 спортсмена, 52 тренера, 100 судей, 200 волонтеров.

В 1999 году была организована Программа совместного проекта SpecialOlympicsInternational и Каунтерпарт Консорциум по развитию областных филиалов Special Olympics. Целью Программы являлось обучение тренеров, руководителей программ организационно-методическим разделам тренировки специальных атлетов, увеличению количества специальных спортсменов по всей республике.

В декабре 1999 года в Караганде и Алматы прошли **VI-Зимние Специальные Олимпийские Игры** Казахстана.

За время деятельности «Special Olympics» в Казахстане более 630 специальных казахстанских спортсменов с ограниченными возможностями приняли участие в 12 Всемирных специальных Олимпийских играх. Они завоевали 198 золотых, 180 серебряных и 132 бронзовые медали.

В 2011 с 19 июня по 5 июля в Афинах (Греция) состоялись Всемирные Летние Специальные Олимпийские Игры. В соревнованиях приняло участие 7500 спортсменов из 167 стран мира. Спортивные

соревнования проходили по пляжному волейболу, велоспорту, конному спорту, гольфу, гандболу, каякингу (один из видов водного туризма или активного отдыха на воде в судне), парусному спорту, софтболу и волейболу и др.

Национальная сборная команда «Special Olympics» Казахстан в количестве 95 человек из 13 областей принимала непосредственное участие в этих крупных мировых стартах. Спортсмены принесли в копилку страны 18 золотых, 37 серебряных и 33 бронзовые медали. Казахстанские атлеты выступали в 14 из 22 видах спорта, а именно в: баскетболе, бадминтоне, боулинге, бочке (это спортивная игра на точность, принадлежащая к семье игр с мячом, близкая к боулингу), дзюдо, легкой атлетике, настольном теннисе, роликовых коньках, спортивной и художественной гимнастике, теннисе, тяжелой атлетике, плаванию, футболе. Все они представители детских и взрослых коррекционных школ-интернатов, домов интернатов, дети-инвалиды, проживающие в семьях. В соревнованиях принимали участие 7500 спортсменов из 167 стран мира. Также спортивные состязания проходили по пляжному волейболу, велоспорту, конному спорту, гольфу, гандболу, каякингу (один из видов водного туризма или активного отдыха на воде в судне), парусному спорту, софтболу и волейболу.

2013 году Всемирные зимние специальные Олимпийские игры прошли в городе Пьенг Чанг (Южная Корея). 28 спортсменов с ограниченными возможностями из Астаны, Алматы, Карагандинской, Северо-Казахстанской, Костанайской, Алматинской, Актюбинской областей приняли участие в соревнованиях. Под флагом Казахстана сборная команда Special Olympics соревновалась по 5 видам спорта: фигурное катание, конькобежный спорт, лыжные гонки, горнолыжный спорт, снегоступы.

В 2015 году с 25 июля по 2 августа в Лос-Анджелесе прошли международные Специальные Олимпийские Игры. Приняло участие 7 тысяч спортсменов из 177 стран мира соревновались в 25 видах спорта 9 дней при поддержке 3 тыс тренеров и 30 тыс добровольцев. Сборная команда Казахстана в составе 68 спортсменов и 20 тренеров была представлена на всемирных специальных Олимпийских играх в 15 видах спорта.

В 2017 году 18 марта в Шладминге (Австрия) на стадионе «Планин» состоялась торжественная церемония открытия Всемирных зим-

них игр Специальной Олимпиады 2017 года. В Играх приняло участие 2600 атлетов и 1100 тренеров из 105 стран. В программу Игр включены соревнования по 8 видам спорта: горным лыжам, лыжным гонкам, сноуборду, снегоступингу, фигурному катанию, флорболу, хоккею на полу и шорт-треку. Организаторы Игр заготовили 4650 комплектов наград. Сборная команда «Special Olympics» Казахстана выставила команду из 28 спортсменов, участвующих в 6 видах спорта. Специальные атлеты выступили в 6 видах спорта из девяти: снегоступы, лыжные гонки, парные танцы (фигурное катание, юнифайд пара). И завоевали 7 золотых, 7 серебряных и 4 бронзовых медали.

В 2019 году с 8 по 22 марта в Абу-Даби прошли Всемирные Специальные Олимпийские игры под патронажем Его Высочества Шейха Мухаммеда бин Аль Нахьяна. Эти игры стали первыми подобными состязаниями в истории стран Ближнего Востока и Северной Африки. В них участие приняли свыше 7500 спортсменов из более 170 государств мира. Они соревновались по 24 видам спорта. В составе сборной Казахстана выступали 98 человек, из них 67 спортсменов в 15 видах спорта. Это настольный теннис, теннис, дзюдо, плавание, пауэрлифтинг, легкая атлетика, волейбол, баскетбол, мини-футбол, гольф, бочче, гимнастика, боулинг, бег на роликах и бадминтон. По итогам соревнований казахстанцы завоевали 12 золотых, 12 серебряных и 10 бронзовых медалей. Общекомандный зачет не проводился. Спортсмены из ОАЭ и Швеции, вместе провели торжественную передачу флага в Специальную Олимпиаду Швеции, которая примет Зимние Специальные Олимпийские игры в 2021 году.

2.3 Физкультурно-спортивные организации для лиц с ограниченными возможностями здоровья.

По итогам 2018 года в стране количество инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата и зрения 285 300 человек, из них систематически занимаются физической культурой и спортом 31 952 человек или 11,2% от общего числа лиц данной категории.

Согласно законодательству Республики Казахстан, обязательства по обеспечению людям с инвалидностью условий для доступа и занятия физической культурой и спортом возлагаются на местные исполнительные органы.

Сегодня в республике функционируют спортивные клубы инвалидов спорта Мангистауской, Атырауской, Алматинской областях, Алматы, 2 специализированные спортивные школы в Южно-Казахстанской и Карагандинской областях, детско-юношеская спортивная школа для спортсменов инвалидов в г.Нур-Султан, а также 2 отделение инвалидного спорта в школе высшего спортивного мастерства стадиона «Карасай» г. Петропавловска и в областной специализированной детско-юношеской школе олимпийского резерва г. Кызылорды.

В 2014 году согласно Постановлению Правительства Республики Казахстан № 238 от 13.03.2014 года было создано Республиканское государственное казенное предприятие **«Центр спортивной подготовки для лиц с ограниченными физическими возможностями»**.

В центре культивируются 11 видов спорта.

Задачи центра:

1) Организация круглогодичной централизованной подготовки лиц с ограниченными физическими возможностями, проведение учебно-тренировочных и воспитательных мероприятий;

2) Обеспечения участия лиц с ограниченными физическими возможностями зачисленных в списочный состав Предприятия в международных соревнованиях согласно индивидуальным планам подготовки и календарного плана спортивных мероприятий, согласованного с уполномоченным органом;

3) Проведение медицинских, психологических, профилактических и других восстановительных мероприятий для лиц с ограниченными физическими возможностями и тренеров;

4) Обеспечение участия тренеров и методистов на курсах по повышению профессиональной квалификации как на территории Республики Казахстан, так и за рубежом.

5) Привлечение ведущих специалистов, тренеров в том числе, иностранных граждан для проведения семинаров и подготовки к официальным международным соревнованиям.

Спортивно-массовые мероприятия и соревнования среди спортсменов инвалидов организуются согласно Единого республиканского календаря спортивно-массовых мероприятий.

В 2017 году проведено по линии Министерства культуры и спорта Республики Казахстан 36 республиканских соревнований и обеспечено

участие 37 международных спортивных соревнований с участием порядка 3000 спортсменов-инвалидов.

С периодичностью 1 раз в 4 года в 3 этапа (район, область, республика) проводятся Спартакиады спортсменов-инвалидов с участием спортсменов из всех регионов Казахстана.

Согласно информации управлений физической культуры и спорта областей, городов Астаны и Алматы, за 2017 год проведено 894 районных, областных и республиканских спортивных мероприятий (878 в 2016 году), в том числе 628 районных, 180 областных, 86 республиканских, а также 72 городских спортивных мероприятия прошли в городах Астана и Алматы, с участием 25 000 лиц с ограниченными физическими возможностями.

В 2018 году в столице РК открылась **Детско-юношеская спортивная школа для спортсменов с инвалидностью**. В школе культивируются следующие виды спорта: танцы на колясках, волейбол сидя, греко-римская борьба, вольная борьба, шашки, шахматы, тоғызқұмалақ, легкая атлетика, плавание, паракаратэ, пауэрлифтинг, настольный теннис, футбол, таеквондо, асық ату, дзюдо, бочча и голбол.

Казахстанские спортивные федерации по видам спорта активно развивают выбранные виды спорта, представляют своих спортсменов на республиканских и международных спортивных аренах.

Республиканское общественное объединение «Паралимпийская Федерация дзюдо» создано в 2015 году. Федерация признает дзюдо, как систему физического воспитания, созданную Дзигоро Кано, существующее в качестве паралимпийского вида спорта. Федерация распространяет свою деятельность на территории Республики Казахстан через деятельность Исполнительного комитета. Президент федерации парадзюдо Дюсалиев К.Т.

Впервые Казахстан завоевал золотую медаль на **Чемпионате Мира по парадзюдо в 2018 году в городе Одивелаш (Португалия)**. Медаль высшего достоинства завоевал Олжас Оразалыулы.

В июле 2019 года в городе Форт-Уэйн, штат Индиана, США прошли **Всемирные Игры «IBSA Judo & Goalball International Qualifier Tournament»**. В составе национальной сборной Казахстана выступали 4 дзюдоиста, в трех весовых категориях. В категории до 60 кг серебряную медаль завоевал Олжас Оразалыулы, а бронзы удостоился Ануар Сариев. Темиржан Даулет уступил в финале дзюдоисту из Германии и

закончил выступление с серебряной медалью чемпионата. В соревнованиях приняли участие более 50 стран.

Республиканское общественное объединение «Республиканская федерация волейбола сидя» создано в 2018 году. В Казахстане в волейбол сидя играют уже с 1988 года. Первая команда спортсменов была с г. Алматы. С 1991 по 1999 годы тренером сборной команды был заслуженный тренер Жанибек Сауранбаев. Сборная в 1994 году стала победительницей Азиатских игр в Пекине, в 1998 году – в Таиланде. В 2002 году стала серебряным призером Азиатских игр в Пусане.

С 2015 года главный тренер национальной сборной Казахстана по волейболу сидя – **Бауыржан Тахауов**, общественный активист, заслуженный тренер Республики Казахстан, мастер спорта международного класса по волейболу сидя. Начиная с 2007 года он возглавляет спортивный клуб инвалидов г. Атырау и вложил значимый вклад в развитие инвалидного спорта региона.

Казахстанская сборная команда по волейболу сидя в 2018 году вошла в «десятку» лучших в мире. На чемпионате мира в 2018 в Нидерландах команда заняла 9-ое место, обыграв три сильнейшие команды Европы – сборные Германии, Голландии и Хорватии.

На Азиатских Пара Игр, прошедших в 2018 году в Джакарте, по волейболу сидя страна завоевала бронзовые медали.

Общественное объединение «Федерация паралимпийского вида спорта голбол» открыто в 2017 году.

Голбол – это Паралимпийский вид спорта для слабовидящих и незрячих людей.

Во времена советского союза голбол активно развивался во всех союзных республиках, в том числе и в Казахской ССР. Сборная Казахской ССР была одной из сильнейших команд в Советском Союзе.

Но с распадом СССР в Казахстане на долгие годы забыли о голболе. Возрождение этого вида спорта началось в Алматы благодаря общественному объединению «Общество инвалидов «Мейірімді Ел».

9 февраля 2016 года Государственный фонд развития молодежной политики г. Алматы совместно с Общественным объединением «Общество инвалидов «Мейірімді Ел» в г. Алматы провели первую презентацию игры голбол и турнир, в котором участвовало четыре команды. У истоков развития игры голбол в Казахстане стоят Назира Курмашева и ее супруг Мусрят Елибакиев, председатель ОО «Общество инвалидов

«Мейірімді Ел». Инициативу организаторов поддержали консульство Германии в г.Алматы, Национальный Паралимпийский комитет РК, дирекция спортивно-тренировочного комплекса Фонда Первого Президента и Правление ОО «Deutsches Blindenhilfswerk» г. Дуйсбурга. Уже к осени того же года на областной чемпионат приехало 13 команд, включая три женские и десять мужских.

Турниры и спортивные встречи голболистов стали чаще проводиться с 2017 года. Состязания проводились благодаря республиканскому студенческому движению «Альянс молодежи Казахстана» и ТОО «Республиканский высший медицинский колледж» г.Алматы. Эта работа принесла свои плоды, в настоящее время команды по голболу тренируются в девяти регионах Казахстана. Передовым в этом направлении являются Алматы и Алматинская область, насчитывающие более десяти спортивных объединений. Уже в августе 2017 года сборная команда по голболу принимала участие в Чемпионате Азии.

В ноябре 2017 года в г.Алматы, в спортзале Казахстанского национального университета им. Аль-Фараби, при поддержке Общества слепых г. Дуйсбурга (Deutsches Blindenhilfswerk) и участии заместителя председателя правления Хайке Маус, прошёл чемпионат Казахстана по голболу. Восемь команд из семи городов Казахстана приняли участие в чемпионате – Туркестана, Шымкента, Караганды, Тараза, Атырау, Талдыкоргана и две команды из г. Алматы.

В апреле 2018 г. в Германии проводились соревнования по голболу, сборная Казахстана принимала участие. А в октябре 2018 года уже проводился второй чемпионат по голболу в г. Алматы, на который приехали девять команд из Тараза, Шымкента, Семей, Атырау, Караганды, Восточного и Западного Казахстана, Алматы и Алматинской области.

5 мая 2019 года в г. Алматы прошел «Открытый турнир по голболу среди общественных объединений инвалидов города Алматы и Алматинской области за переходящий кубок Федерации». В турнире принимало участие 6 команд – это более 40 участников.

В июне 2019 года в Паралимпийском тренировочном центре города Нур-Султан прошел 3-й Чемпионат Республики Казахстан по голболу. Первое место на чемпионате заняла сборная команда по голболу г.Алматы.

Спортивные танцы на колясках по официальной версии Международного паралимпийского комитета (IPC) делятся на категории 1-я или

2-я (по тяжести травмы человека с инвалидностью), на стили «комби» или «дуэт» и на программу исполнения – латиноамериканскую (самба, ча-ча-ча, румба, пасодобль и джайв) и/или европейскую (вальс, танго, венский вальс, медленный фокстрот, квикстеп).

В Казахстане функционируют несколько организаций развивающие данный вид спорта.

Объединение юридических лиц «Ассоциация федераций спортивного танца Республики Казахстан» была создана в 1989 году. Президент ОЮЛ «Ассоциация федерации спортивного танца Республики Казахстан» – Байжанов К.М. Почетный Председатель Комитета по танцам на колясках Ассоциация федерации спортивного танца РК – Масимов К.К.

Республиканское общественное объединение «Федерация Современного и Спортивного Танца» создано в 2009 году. Президент федерации – Тусупбекова А.М..

Первый чемпионат Казахстана по танцам на колясках прошел в г. Астана в 2014 году.

В 2017 году в Бельгии на чемпионате мира среди женщин в категории «Фристайл класс 1» Карлыгаш Тыныбекова стала чемпионкой мира, среди мужчин Ардак Отарбаев в категории «Сингл класс 1» занял второе место. Ардак Отарбаев и Карлыгаш Тыныбекова в категории «Дуо стандарт класс 1» заняли призовое второе место, в категориях «Комби стандарт класс 1» и «Комби фристайл класс 1» Ардак Отарбаев и Айдана Бельгенова завоевали бронзовые медали.

С 2018 начало свою деятельность **объединение юридических лиц «Федерация паратанцев Республики Казахстан»**.

В 2019 году **Республиканское общественное объединение «Федерация конного спорта Республики Казахстан»** по паралимпийской выездке получило свидетельство об аккредитации спортивной федерации. Первый Чемпионат РК по паралимпийской выездке прошел 27 сентября 2016 года в Восточно-Казахстанской области. В нем приняли участие всадники с различными нарушениями опорно-двигательного аппарата из пяти регионов Казахстана: Алматы, Алматинской области, Караганды, Кызылорды, Усть-Каменогорска (всего 12 всадников). Чемпионат был организован филиалом РОО «Федерация конного спорта РК».

По итогам прошедших соревнований было принято решение сформировать национальную сборную Казахстана по паралимпийской выезде, которая в дальнейшем будет представлять Казахстан на международных соревнованиях в этом виде спорта.

Федерация тандема и паратриатлона Казахстана была создана в 2019 году общественным деятелем, автором проекта «Спорт без границ» – Бахтияром Базарбековым. В рамках проекта в 2017 году команда слабовидящих и незрячих велосипедистов приняла участие в международном веломарафоне «BlindRace 2018 Astana – Paris», финальной точкой которого стала Триумфальная Арка в Париже.

Миссия федерации – пропаганда здорового и активного образа жизни слабовидящих и незрячих людей, популяризация паратриатлона в стране.

Общественное объединение «Федерация паралимпийского вида спорта бочча» было создано в 2018 году в г. Нур-Султан.

Бочча – это спортивная игра на точность, для людей с тяжелым нарушением опорно-двигательного аппарата. Бочча – игра на точность из семейства игр с мячом, не травматична, доступна для каждого в качестве примера здорового образа жизни и проведения досуга.

Федерация активно популяризирует бочча, проводит городские соревнования и турниры среди детей и взрослых с инвалидностью.

Школа-гимназия №83 с 2018 года при содействии **ОО «Общество родителей детей с инвалидностью «Мир равных возможностей»** внедрила игру бочча, как внеклассные спортивные занятия.

В 2019 году впервые в Казахстане в г.Нур-Султан на базе Паралимпийского тренировочного центра был проведен I Чемпионат города среди детей с инвалидностью по бочча, организованный **ОО «Федерация паралимпийского вида спорта бочча»** и ДЮСШ для спортсменов инвалидов г.Нур-Султан. В чемпионате приняло участие 7 команд по бочча.

Казахстанская федерация футбола в 2017 году вступила в Международную федерацию футбола среди детей с ДЦП – IFCPF (International Federation Cerebral Palsy Football). Первые международные соревнования по такому футболу прошли в Эдинбурге (Шотландия) в 1978 году в рамках Третьих международных игр по церебральному параличу. Именно после этих игр была основана Международная спортивно-рекреационная ассоциация церебрального паралича (CPISRA), от которой,

в свою очередь, отделилась в 2015 году Международная федерация футбола среди детей с ДЦП.

Первый чемпионат Республики Казахстан по футболу среди детей с ДЦП прошел в Алматы в 2017 году.

В настоящее время футбол среди детей с ДЦП активно развивается в г.Алматы и г.Караганда.

Значимый вклад в развитие адаптивного физического воспитания детей с инвалидностью вносят благотворительные организации Казахстана.

С 2017 года ежегодно в Казахстане среди детей с особыми образовательными потребностями **корпоративным благотворительным фондом «ВІЖұлдызай»** проводится **спартакиада «ВІЖұлдызай»**.

Отборочные соревнования спартакиады проходят во всех регионах Казахстана, в которых принимают участие обучающиеся специализированных интернатных учреждений страны, обучающиеся на дому и учащиеся общеобразовательных школ.

В 2018 году финальные соревнования спартакиады «ВІ Жұлдызай» прошли в г. Нур-Султан с участием 356 детей и 70 тренеров и сопровождающих лиц по следующим по видам спорта: минифутбол, голбол, легкая атлетика, плавание, настольный теннис и национальные игры – «Асык ату», «Бес тас».

Благотворительный фонд «Дара» в г.Актау в 2019 году открыл спортивную секцию голбол для слабовидящих и незрячих детей.

Фондом с 2014 года ежегодно в г.Нур-Султан проводится **фестиваль «АртСпортФест»**, в рамках которого дети с особыми образовательными потребностями участвуют в «веселых стартах» и различных творческих мастер-классах. При поддержке БФ «Дара» в столичной школе №10 для учащихся с нарушением зрения коррекционных классов проводятся занятия по голболу.

Общественный благотворительный фонд «Қасиетті жол» в 2014в столицеоткрыл реабилитационный центр для детей с нейро-ортопедической патологией, в котором на занятиях лечебной физической культуры в качестве реабилитационных упражнений применяют элементы восточных единоборств. На реабилитацию в центр приезжают дети с инвалидностью со всех регионов Казахстана.

Фонд Первого Президента с 2017 года ежегодно проводит Паралимпийские старты «Жеңістерге бірге» – «Вместе к победам». В сорев-

нованиях участвуют дети с инвалидностью по слуху, зрению, с нарушением опорно-двигательного аппарата, с ментальными нарушениями в возрасте от 14 до 18 лет. Состязания проводятся по дисциплинам: волейбол, шахматы, тоғызқұмалақ, плавание, танцам на колясках и арм-рестлингу.

Общественное объединение «Общество родителей детей с инвалидностью «Мир равных возможностей» в г.Нур-Султан с 2016 года занимается созданием круглогодичных адаптивных и инклюзивных спортивных секций для детей с инвалидностью и без: голбол, бочча, адаптивное каратэ, адаптивное таеквондо, адаптивное плавание, инклюзивная хореография.

Инициативу **ОО «Общество родителей детей с инвалидностью «Мир равных возможностей»** в настоящее время поддерживает ряд партнеров-организаций г.Нур-Султан, на спортивных базах которых проводятся круглогодичные тренировки.

В число партнеров-организаций вошли столичные дворцы школьников, общеобразовательные школы, фитнес клубы и спортивные комплексы.

В Казахстане это первый опыт внедрения инклюзивного подхода при организации учебно-тренировочного процесса детей с особыми образовательными потребностями в условиях дополнительного и общего образования детей.

Особенность ортивных секций в том, что группы смешанные – наряду со здоровыми детьми занимаются и дети с различными нарушениями в состоянии здоровья и развития.

С 2017 года впервые в истории адаптивного спорта Казахстана среди занимающихся в **ОО «Общество родителей детей с инвалидностью «Мир равных возможностей»** в столице начали проводиться экзаменационные аттестации на получение поясов по адаптивному каратэ и адаптивному таеквондо среди детей с различными нарушениями здоровья и развития.

С 2018 года Общественное объединение «Общество родителей детей с инвалидностью «Мир равных возможностей» совместно с партией «NurOtan» в рамках партийного проекта «Кедергісіз келешек» ежегодно проводит детский инклюзивный спортивный фестиваль «Тең мүмкіндіктер әлемі».

Цель фестиваля – социальная адаптация детей с инвалидностью средствами адаптивной физической культуры и спорта, пропаганда инклюзивного подхода в проведении спортивных мероприятий.

В 2019 году в фестивале приняли инклюзивно-спортивные команды из городов Алматы, Шымкент, Караганда и Нур-Султан. Общее число участников фестиваля составило 200 детей. Команды состязались в таких видах спорта, как бочча, настольный теннис, приняли участие в показательных выступлениях по адаптивному каратэ, адаптивному дзюдо, адаптивному таеквондо и адаптивному футболу.

С целью продвижения паралимпийских ценностей Международным фондом «Agitos» Международного паралимпийского комитета во многих странах реализуется проект «I'mPOSSIBLE».

В 2018 году в столице Казахстана в школе-гимназии №83 и средней школе №10 Национальным паралимпийским комитетом был реализован проект «I'mPOSSIBLE», в рамках которого учащихся школ ознакомили с такими паралимпийскими видами спорта как волейбол сидя, бочча и голбол.

В г.Алматы **Общественный фонд «Ski Park Pioneer»с 2015 года в условиях высокогорья реализует авторскую программу «Адаптивное катание на горных лыжах и сноуборде для детей с РАС (расстройство аутистического спектра) и другими особенностями в развитии в условиях высокогорья».** Для детей с ДЦП применяется специальное оборудование вертикализатор «Катюша» – изобретение инженера Пономарева К.З. (Москва, Россия), которое позволяет детям с нарушениями опорно-двигательного аппарата кататься на горных лыжах. С 2015-2019 годы более 1000 детей с особыми потребностями прошли активную комплексную реабилитацию на высокогорье. Комплексный метод реабилитации также включает гипокситерапию, которая возможна на высотах свыше 2000 метров над уровнем моря

Таким образом, развитие массовой адаптивной физической культуры в Казахстане находится в самом начале пути, преимущественно оно происходит в крупных городах. Организаций, осуществляющих спортивно-физкультурную деятельность с людьми с инвалидностью, крайне недостаточно. Действующие государственные спортивные клубы и спортивные школы нуждаются в оснащении специальным спортивным инвентарем, в методическом и кадровом обеспечении.

В целях привлечения людей с инвалидностью к активным занятиям физической культурой и спортом необходимы меры по комплексному решению вопросов, связанных с созданием условий доступности для них физкультурно-оздоровительных занятий и спортивных сооружений, развития нормативно-правовой базы и подготовки специалистов – тренеров и педагогов. В ближайшей перспективе необходимо проводить работу по дальнейшему совершенствованию государственных механизмов функционирования адаптивного спорта, системы государственных и неправительственных организаций, структур, наметить пути улучшения координации между ними и их взаимодействия, использования лучшего международного опыта.

Контрольные вопросы

1. Дайте характеристику нормативно-правовым основам адаптивной физической культуры в Казахстане.
2. Опишите историю развития паралимпийского спорта в Казахстане.
3. Опишите историю развития SpecialOlympicsKazakhstan.
4. Дайте характеристику физкультурно-спортивным организациям для лиц с инвалидностью.

РАЗДЕЛ III. ТЕОРИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

Глава 1. Основные положения, виды адаптивной физической культуры

1.1 Понятие, объект, предмет, цели и задачи адаптивной физической культуры

Наиболее полное определение физической культуры дано в работах теоретиков физической культуры, как Л.П. Матвеев. В.М. Выдрин, Б.А. Ашмарин и И.М. Быховская.

Перечисленные понятия являются очень сложными многогранными и имеют большое количество различных определений, трактовок

Так, Л.П. Матвеев подчеркивает, что при истолковании общего понятия культура его обычно противопоставляют понятию природа. К природе же относится все, что существует по естественным законам, не зависящим от человека, и не является результатом его деятельности человека (общества), т.е. деятельности. Направлены на преобразования природы для удовлетворения человеческих потребностей.

В.М. Выдрин выделяет следующие, наиболее близкие для теории ФК определение культуры:

- культура – это творение человека, то, что не создано в таком виде природой
- культура – это мера и способ развития.
- культура – это качественная характеристика деятельности человека и общества
- культура - это процесс и результат хранения, освоения, развития и распространения материальных и духовных ценностей.
- культура неразрывно связана с деятельностью и потребностями.

Деятельность – это различные виды и способы процессы освоения мира, его преобразования, изменения для удовлетворения потребности человека и общества. При этом человек, усваивая окружающий мир, всякий раз наполняет его смыслом, придает ему новое, ценностно-смысловое измерение, всякий раз как бы заново порождает его и тем себя, порождает себя, обретает себя в этом очеловеченном мире (И.М. Быховская).

Потребность – это нужда в чем-то, жизненная или бытовая необходимость, важнейшие источники и условия развития личности и общества, побудительные причины социальной деятельности людей.

Обычно выделяют два класса потребностей – естественные и социальные. К первым относятся нужда в пище, воде, воздухе, движении, размножении. Социальные потребности можно разделить на потребности личности и общества. К наиболее важным потребностям общества относится необходимость создания здоровой, жизнедеятельности и мобильной нации, во всестороннее и гармонически развитых людей и в созданий объективных условий для свободного и безграничного развития их сил, способностей и дарований (В.М. Выдрин).

Среди потребностей личностей, с точки зрения гуманистической психологии А.Х.Маслоу выделяет потребности безопасности и защиты, потребности принадлежности и любви, потребности самоуважения, потребности самоактуализации и личного совершенствования.

В процессе развития культуры ее важнейшими составляющими стали и такие виды (форма, способы) деятельности, которые специально направлены на совершенствование человека самого себя, на преобразование своей собственной природы. Именно к таким компонентам культуры относится физическая культура. Среди всех ценностей культуры важнейшей является человек как создатель всех иных ценностей; только человек, осваивая природу, превращает в ценности то, что до этой ценности не являлось.

Физическая культура – органическая часть (отрасль) культуры общества и самого человека; основу ее специфического содержания составляет рациональное использование двигательной деятельности в качестве фактора физической подготовки к жизненной практике, оптимизация своего физического состояния и развития. К ней относятся: целесообразно выделенные формы такого рода деятельности, ее результаты, имеющие культурные ценности, а в широком смысле и вся совокупность достижения общества создание специальных средств, методов и условий направленного развития физической дееспособности подрастающих и взрослых поколений. В условиях гуманного подлинного общества ФК является одним из эффективных средств всестороннего гармонического развития личности, действенным социальным фактором продвижения каждого человека по пути физического совершенствования (Л.П. Матвеева).

Физическая культура – вид культуры человека и общества. Это деятельность и социально значимый результат по созданию физической готовности людей к жизни; это, с одной стороны, специфический процесс, а с другой – результат человеческой деятельности, а также средства и способ физического совершенствования (В.М.Выдрин).

Физическая культура – это область культуры, регулирующая на основе ценностей нравственности, деятельности человека (ее направленность, способы, результаты), связаны с формированием, сохранением и с использованием телесном-двигательных качеств человека, исходя из представления о нормах и идеалов их функциональности, коммуникативности, экспрессивности и красоты (Б.А. Ашмарин).

Термины «**адаптивная физическая культура**» (Adapted Physical Education) и «адаптивный спорт» во многих зарубежных странах трактуются широко и нередко охватывают все виды двигательной деятельности, за исключением спорта высших достижений лиц без нарушений в состоянии здоровья – то есть массовый спорт, физическое воспитание на различных этапах получения образования, рекреационную двигательную активность и собственно двигательную деятельность инвалидов, уделяя особое внимание интеграции лиц с особыми потребностями.

В отличие от ФК **объектом** познания и преобразования, субъектом самосовершенствования в АФК является, не здоровые, а больные люди, в том числе и инвалиды. Все это требует значительной, а иногда и принципиальной трансформации (приспособления, коррекции, адаптации) задач, принципов, средств, методов. Отсюда и название – **Адаптивная физическая культура**.

«**Адаптивная**» – это название выделяет назначение методов физической культуры для лиц с отклонениями в состоянии здоровья. Это подразумевает, что физическая культура во всех ее проявлениях должна подталкивать к положительным функциональным улучшениям в организме, создавая, таким образом, желательные двигательные координации, физические способности, нацеленные на обеспечение жизнедеятельности организма, формирование и улучшения организма.

В этой связи, **адаптивная физическая культура** представляет следующее:

- вид (область) физической культуры человека с отклонениями в состоянии здоровья, включая инвалида, и общества;

- деятельность и ее социально и индивидуально значимые результаты по созданию всесторонней готовности человека с отклонениями в состоянии здоровья, включая инвалида, к жизни, а также по оптимизации его состояния и развития в процессе комплексной реабилитации и социальной интеграции;
- специфический процесс и результат человеческой деятельности;
- средства и способы совершенствования и гармонизации всех сторон и свойств индивида с отклонениями в состоянии здоровья (физических, интеллектуальных, эмоционально-волевых, эстетических, этических и др.) с помощью физических упражнений, естественно-средовых и гигиенических факторов.

Здесь на первое место выступают проблемы привлечения всех возможных средств и методов адаптивной физической культуры для коррекции имеющегося у человека дефекта, выработки необходимых компенсаций, профилактики сопутствующих заболеваний и вторичных отклонений, обусловленных основным дефектом, или, другими словами, проблемы комплексной реабилитации и интеграции занимающегося в общество.

Таким образом, **адаптивная физическая культура** – это отрасль физической культуры, изучающая влияние средств физического воспитания и спорта на способность организма лиц с ограниченными возможностями приспосабливаться к изменившимся условиям существования.

Адаптивная физическая культура представляет собой определенные меры спортивно-оздоровительного характера, направленные на реабилитацию и приспособление к естественной социальной среде людей с ограниченными физическими возможностями, преодоление психологических барьеров, мешающих им жить полноценной жизнью, а также сознавать необходимость личного вклада в социальное развитие общества.

Адаптивная физическая культура – это вид физической культуры человека с отклонениями в состоянии здоровья (инвалида) и общества. Это деятельность и ее результаты по созданию готовности человека к жизни; оптимизации его состояния и развития; процесс и результат человеческой деятельности. (по Л.П. Матвеев).

Область применения адаптивной физической культуры довольно велика, особенно в современном мире, так как в настоящее время здо-

ровье населения в целом и в особенности молодого поколения быстро ухудшается. Данная тенденция характерна не только для нашей страны, поэтому адаптивная физкультура широко распространилась и в большинстве зарубежных стран.

Объектом адаптивной физической культуры являются – группа населения (дети и взрослые), имеющая отклонения в развитии и состоянии здоровья постоянного или временного характера и нуждающиеся в создании особых условий для адаптации.

Инвалид – лицо, имеющее нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, увечьями (ранениями, травмами, контузиями), их последствиями, дефектами, которое приводит к ограничению жизнедеятельности и необходимости его социальной защиты;

Ребенок-Инвалид – лицо в возрасте до восемнадцати лет, имеющее нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, увечьями (ранениями, травмами, контузиями), их последствиями, дефектами, которое приводит к ограничению жизнедеятельности и необходимости его социальной защиты; О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан (Закон Республики Казахстан от 13 апреля 2005 года №39)

Магистральным направлением адаптивной физической культуры является формирование двигательной активности, как биологического и социального факторов воздействия на организм и личность человека. Познание сущности этого явления – методологический фундамент адаптивной физической культуры

Предметом же адаптивной физической культуры является развитие двигательных, физических и интеллектуальных способностей, коррекция и компенсация нарушенных функций, укрепление здоровья и социальная интеграция лиц с ограниченными возможностями через занятия физической культурой и спортом.

Цели и задачи адаптивной физической культуры

Для формулирования цели и задач АФК необходимо помнить, что это отрасль физкультуры является важнейшим компонентом всей системы реабилитации инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья, всех ее видов и форм, а также их социализации и повышения уровня качества жизни. Для многих инвалидов адаптивная физическая культура является единственным способом «разорвать» замкнутое пространство,

войти в социум, приобрести новых друзей, получить возможности для общения, полноценных эмоций, познания мира. Именно здесь, зачастую впервые в жизни, они познают радость движения, участия побеждать и достойно переносить поражения, осознают счастье преодоления себя и каждой клеточкой своего тела ощущают философию «честной игры».

Цель адаптивной физической культуры – создание условий для социальной интеграции лиц с ограниченными возможностями через занятия адаптивным физическим воспитанием и спортом.

Цель адаптивной физической культуры максимально возможное развитие жизнеспособности человека, имеющего устойчивые отклонения в состоянии здоровья и (или) инвалидность, за счет обеспечения оптимального режима функционирования отпущенных природой и имеющих в наличии (оставшихся в процессе жизни) его телесно-двигательных характеристик и духовных сил, их гармонизации для максимально возможной самоактуализации в качестве социально и индивидуально значимого субъекта.

Цель адаптивной физической культуры позволяет сформулировать основную установку деятельности в этой области как занимающихся, так и педагога (преподавателя, тренера, методиста и др.). Максимальное развитие с помощью средств и методов адаптивной физической культуры жизнеспособности человека, поддержание у него оптимального психофизического состояния предоставляет каждому инвалиду возможности реализовать свои творческие возможности и достичь выдающихся результатов, не только соизмеримых с результатами здоровых людей, но и даже превышающих их. (по Евсеев С.П.)

У человека с отклонениями в физическом или психическом здоровье АФК формирует:

- осознанное отношение к своим силам в сравнении с силами среднестатистического здорового человека;
- способность к преодолению не только физических, но и психологических барьеров, препятствующих полноценной жизни;
- компенсаторные навыки, то есть позволяет использовать функции разных систем и органов вместо отсутствующих или нарушенных;
- способность к преодолению необходимых для полноценного функционирования в обществе физических нагрузок;
- потребность быть здоровым, насколько это возможно, и вести здоровый образ жизни;

- осознание необходимости своего личного вклада в жизнь общества;
- желание улучшать свои личностные качества;
- стремление к повышению умственной и физической работоспособности.

Задачи адаптивной физической культуры ставятся с учетом конкретных потребностей каждого человека, а приоритет тех или иных задач во многом обуславливаются компонентом (видом) АФК, учебным материалом, материально-техническим обеспечением образовательного процесса и другими факторами (Рис.1).

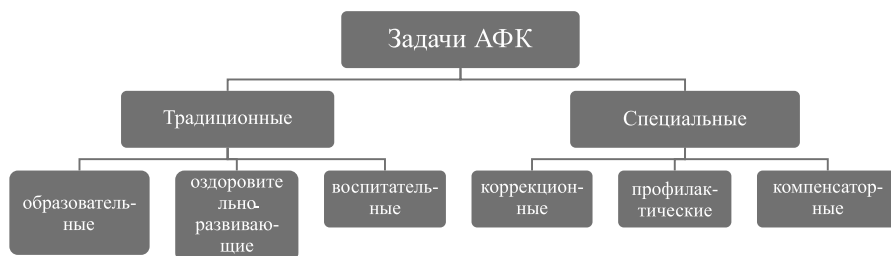


Рисунок 1. Задачи АФК

Задачи адаптивной физической культуры можно условно разделить на две группы:

Первая группа специальные-коррекционные, компенсаторные и профилактические задачи.

Вторая группа традиционные – образовательные, воспитательные, оздоровительно-развивающие задачи, что традиционно для ФК.

В связи с тем, что объектом внимания в адаптивной ФК является человек с отклонениями в состоянии здоровья, то вполне логично попытаться, используя огромный потенциал этого вида деятельности, исправить имеющийся недостаток, скорректировать, если это возможно, основной его дефект. Причем чем раньше будет замечен тот или иной дефект, тем больше вероятность его коррекции. Говоря о коррекционных задачах, тут имеют в виду нарушения (дефекты) не только опорно-двигательного аппарата (осанка, плоскостопие, ожирение и т.п.), но и сенсорных систем (зрения, слуха), речи, интеллекта, эмоционально-волевой сферы, соматических функциональных систем и др. Разумеется,

если коррекционная работа может проводиться как по отношению к основному дефекту, так и сопутствующему заболеванию, а также по отношению к вторичным нарушениям, обусловленным основным дефектом. В том случае, когда коррекция невозможна, на первый план выступают компенсаторные задачи. Вторая группа задач наиболее традиционные для физической культуры.

Таким образом, все перечисленные задачи решаются в контексте обучения тем или иным знаниям, умениям, навыками (образовательные задачи); воспитания тех или иных свойств личности занимающихся (воспитательные задачи); развития их физических качеств и способностей, укрепления мышц стопы, совершенствования осанки и т.п. (оздоровительно-развивающие задачи).

1.2 Принципы и функции адаптивной физической культуры

АФК строится преимущественно на общедидактических принципах, к основным из которых следует отнести принципы:

- научности, предполагающий построение АФК на достижениях науки, методологий и проблем АФК, биологических и психологических закономерностей функционирования организма человека с патологическими нарушениями, а также теории и практики педагогики, физической культуры и медицины и т.д.
- **сознательности и активности**, направленный на формирование у занимающихся осознанного, активного отношения к занятиям физическими упражнениями, опирающегося на глубокое убеждение в первостепенности значения физических упражнений для здоровья и развития личности;
- **доступности**, предполагающий выбор средств, методов, методических приемов, сбалансированных психофизических нагрузок, соответствующих индивидуальным особенностям занимающегося и его функциональному состоянию
- систематичность и последовательности, означающий не только систематичность занятий физическими упражнениями, но и таким образом организованный учебно-воспитательный процесс, в котором преподавание и освоение учебного материала идет в определенном порядке и подчинено соответствующей системе;

- **диагностирование**, предполагающий первостепенный учет специфики основного дефекта, занимающегося (структуры, времени поражения, медицинского прогноза и др.) и противопоказаний к применению средств физической культуры;
- **коррекционно-развивающей направленности**, предполагающий, что педагогическое воздействие должно быть направлено не только на преодоление, сглаживание физических и психологических нарушений занимающихся, но и на активное развитие их познавательной деятельности, психических процессов, физических способностей и нравственных качеств;
- вариативности направлен на использование бесконечного многообразия и возможностей АФК.

Принципы являются составной частью методологии и представляют собой базовые теоретические положения, объективно отражающие сущность, фундаментальные закономерности обучения, воспитания, всестороннего развития личности, отношение общества к процессу, мере взаимодействия педагога и занимающихся (Рисунок 2). Принципы служат ориентиром для конструирования практики, профессионального выстраивания технологий в соответствии с целями АФК.

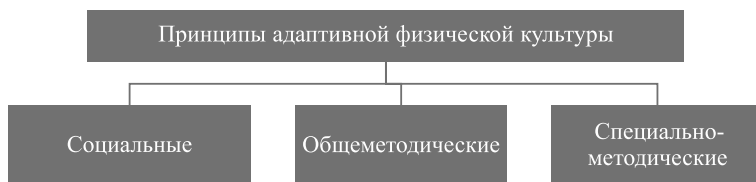


Рисунок 2. Принципы адаптивной физической культуры

1. **Социальные принципы** отражают педагогические детерминанты культурного и духовного развития личности и общества в целом, включая инвалидов и лиц с ограниченными функциональными возможностями, а также существующие противоречия.

Принцип гуманистической направленности. Современные тенденции гуманизации физкультурного образования предполагают смену ориентиров общегосударственной политики от «подготовки здорового и физически развитого населения» на подготовку персонально каждой личности. Реализация этого принципа осуществляется следующими пе-

дагогическими подходами: ориентацией на личностное развитие; этикой взаимоотношений, демократическим стилем руководства и общения, проявлением доверия, внимания, веры в духовные и физические силы; вариативностью педагогических воздействий в соответствии с индивидуальными физическими и психическими возможностями, учетом состояния личности «здесь и сейчас».

Принцип непрерывности физкультурного образования. Непрерывное физкультурное образование означает сохранение потребности в двигательной активности на протяжении всей жизни. Биологической основой непрерывного физкультурного образования личности является механизм адаптации. Это свойство – главное в обеспечении жизнеспособности организма, его выживания и саморазвития при непрерывно меняющихся воздействиях факторов внешней среды. Процесс непрерывности занятий оказывает тренирующие влияние на биологические структуры и функции организма, социальную, психическую адаптацию, означающую приспособление личности к условиям социальной среды.

Принцип социализации. В применении к лицам, имеющим ограниченные возможности, и инвалидам социализация означает процесс освоения социально-культурного опыта, подготовку к самостоятельной жизни в обществе, активное участие в различных видах полезной деятельности, а также систему ценностей, знаний, умений, установок, норм межличностного взаимодействия и правил поведения. Принцип социализации находится в тесной взаимосвязи с принципом непрерывности физкультурного образования и имеет общую аргументацию: социализация начинается с рождения и продолжается всю жизнь, без телесного здоровья как главной человеческой ценности невозможно освоение никаких других культурных ценностей.

Принцип интеграции. Необходимо различать два понятия интеграции: социальная интеграция и педагогическая интеграция. Социальная интеграция предполагает активное включение инвалидов и лиц с ограниченными возможностями в культурную, социальную, трудовую жизнь общества вместе со здоровыми людьми. Педагогическая интеграция предполагает обучение лиц с различными дефектами в учреждениях системы образования вместе со здоровыми людьми.

Принцип приоритетной роли микросоциума. Дефект по своей сути, представляет явление биологическое, но его результат всегда социален, так как влияет на судьбу ребенка. С появлением ребенка-инвалида

жизнь семьи меняется, возникают проблемы этического, психологического, нравственного, материального характера, сужается круг общения. Семья, являясь первой инстанцией социализации ребенка, способствует или препятствует развитию его личности.

2. Общеметодические принципы. Процесс неспециального физкультурного образования лиц с ограниченными возможностями и инвалидов подчинен общим дидактическим закономерностям, которые одинаково важны для решения задач, воспитания, обучения, развития личности. Успех педагогической деятельности определяется не только нравственными, правовыми, этическими категориями, но главное - профессиональной компетентностью, научной обоснованностью учебных программ, особенно авторских, которые часто используются в практике АФК.

Принцип научности предполагает: знание теорий, концепций, основных законов, стратегических идей и тенденций, методологии, проблем АФК; знание биологических и психологических закономерностей функционирования организма с патологическими нарушениями, а также практики и опыта педагогов-новаторов, работающих с данной категорией людей; умение применять знания на практике, обеспечивая обоснованный выбор содержания, форм и методов, опираясь на законы и принципы обучения, воспитания и развития педагогического процесса.

Принцип сознательности и активности. Педагогическое просвещение родителей является опосредованной подготовкой кадров в ранней реабилитации детей. Для обеспечения осознанного отношения к двигательной деятельности необходимо в каждом возрастном периоде целенаправленно формировать потребности и мотивы, стимулирующие овладение теоретическими знаниями и двигательными умениями, которые позволяют инвалидам и лицам с ограниченными возможностями самостоятельно пользоваться технологиями и программами здорового образа жизни.

Принцип наглядности предусматривает комплексное использование всех органов чувств и активизацию сохранных функций в процессе выполнения физических упражнений. В первую очередь он опирается на зрительное восприятие, так как 80% информации поступает через зрение.

Принцип доступности предполагает необходимость соблюдения посильной меры трудности во избежание физических, моральных, эмо-

циональных перегрузок (В.И. Загвязинский). Доступность зависит, с одной стороны, от трудностей, возникающих в процессе выполнения заданий: координационной сложности, длительности и интенсивности физических упражнений, применяемых методов, трудностей общения, условий внешней среды, приспособленности спортивных сооружений, инвентаря, оборудования, экипировки; с другой стороны – от двигательных возможностей занимающихся, лимитированных дефектом.

Принцип систематичности и последовательности направлен на постепенное, но систематическое формирование мотивационных убеждений в необходимости физических упражнений для личного здоровья, уверенности в своих силах, самоутверждения. Требования систематичности и последовательности сохраняются на каждом занятии, что позволяет контролировать педагогический процесс.

Принцип прочности означает не только надежное освоение знаний, двигательных умений, развитие физических качеств и способностей, но и сохранение приобретенного двигательного опыта на долгие годы. Для прочного усвоения учебного материала и позитивного отношения к нему, необходимо соблюдать следующие правила: учитывать тяжесть и характер двигательных нарушений, особенности формирования двигательной сферы, возрастные и половые различия; опираться на сохраняемые функции; индивидуализировать педагогические воздействия, не допускать переутомления, создавать доброжелательный климат на занятии; обеспечивать яркую образную подачу материала и эмоциональный фон восприятия и др.

3. Специально-методические принципы – это принципы АФК на основе интеграции принципов смежных дисциплин и законов онтогенетического развития. Доминирующим является теоретические концепции специалистов и ученых в области специальной психологии, специальной педагогики и ее разделов: тифлопедагогики, олигофренопедагогики, сурдопедагогики, логопедии.

Принцип диагностирования означает учет основного дефекта, качественного своеобразия его структуры, времени поражения, медицинского прогноза, показаний и противопоказаний к занятиям физическими упражнениями, а также учет сопутствующих заболеваний и вторичных отклонений. Для построения коррекционно-развивающих программ адаптивного физического воспитания для педагога важна информация о формах и вариантах психического дизонтогенеза.

Принцип дифференциации и индивидуализации. Дифференцированный подход в адаптивном физическом воспитании означает объединение детей в относительно однородные группы. Первичную дифференциацию осуществляет медико-психолого-педагогическая комиссия, формирующая типологические группы детей, сходные по возрасту, клинике основного дефекта, показателям соматического развития. Однако для проведения уроков физического воспитания нужна более тонкая дифференциация учащихся, которую осуществляет учитель физического воспитания.

Принцип коррекционно-развивающей направленности педагогического процесса. Педагогические воздействия должны быть направлены на преодоление, ослабление физических и психических недостатков детей аномального развития, активное развитие их психических процессов, физических способностей, нравственных качеств. Задачи данного принципа – обеспечение полноценного физического развития, повышение двигательной активности, восстановление и совершенствование психофизических способностей, профилактика вторичных отклонений

Принцип компенсаторной направленности педагогических воздействий заключается в возмещении недоразвитых, нарушенных или утраченных функций за счет перестройки или усиленного использования сохранных функций и формирования обходных путей. Смысл принципа компенсаторной направленности состоит в том, чтобы с помощью специально подобранных физических упражнений, методов, приемов стимулировать компенсаторные процессы в поврежденных органах и системах за счет активизации сохранных функций.

Принцип учета возрастных особенностей. Каждый конкретный возраст в целостном онтогенетическом физическом и психическом развитии уникально неповторим: он содержит как ведущие «точки роста», определяющие развитие в целом, так и факторы, лимитирующие его. Двигательная функция человека характеризуется этапностью развития систем движений человека, колебательным характером этих систем, синфазностью периодов ускоренного развития, высокой степенью индивидуальности двигательных проявлений.

Принцип адекватности, оптимальности и вариативности педагогических воздействий. Эти принципы вытекают из признания основополагающего постулата: движение, двигательная активность для детей

с ограниченными возможностями – это объективное, жизненно необходимое условие существования, поддержания «остаточного» здоровья, развития и совершенствования индивидуальных возможностей.

Принцип адекватности означает требование, чтобы выбор средств, методов, методических приемов соответствовал состоянию занимающихся. Функциональное состояние организма и реальные возможности решения конкретных педагогических задач определяются множеством постоянно действующих факторов, лимитирующих двигательную активность и влияющих на процесс адаптации. Принцип оптимальности означает разумно сбалансированные величины психофизической нагрузки, целесообразную стимуляцию адаптационных процессов, которые определяются силой и характером внешних стимулов. В качестве стимулов выступают физические упражнения. Принцип вариативности в практической деятельности выражается в варьировании физических упражнений и условий их выполнения, методов и методических приемов словесного и звукового воздействия, показа, сенсорных ощущений, способов регулирования эмоционального состояния занимающихся.

Опыт использования средств и методов адаптивной физической культуры и адаптивного спорта позволяет сформировать ее принципиальные установки, отражающие реалии сегодняшнего дня и содержащих конкретные рекомендации для практической деятельности.

Функции адаптивной физической культуры. По определению Л.П. Матвеева (1984), «функции физической культуры – это объективно присущие ей свойства воздействовать на человека и человеческие отношения, удовлетворять и развивать определенные потребности личности и общества». Функции, реализуясь в процессе физкультурной деятельности, раскрывают содержание физической культуры и отображают ее структуру.

Все виды, составляющие структуру АФК, находятся в неразрывной взаимосвязи, подвижны, взаимно переходят и дополняют друг друга, проявляясь в единстве. Единство структурных элементов служит основанием, чтобы считать адаптивную физическую культуру целостной функциональной системой. Ядром этой системы является физическое упражнение, выступающее в качестве системообразующего фактора, основной структурной единицей АФК, средством и методом удовлетворения потребности людей в физкультурной деятельности. Исходя из философской категории взаимосвязи структуры и функции, каждо-

му структурному элементу присуща конкретная функция: адаптивно-медицинскому воспитанию – преимущественно образовательная, адаптивной двигательной рекреации – оздоровительно-поддерживающая, адаптивному спорту – совершенствования, физической реабилитации – лечебно-восстановительная, креативным телесно-ориентированным практикам – творческая, экстремальным видам двигательной активности – престижная.

Во избежание разномасштабности рассмотрения функций в АФК выделены группы функций: педагогические, свойственные только ей и реализуемые в процессе занятий физическими упражнениями, и социальные как результат совместной деятельности с другими социальными институтами (учреждениями соцзащиты, специального образования, медико-психолого-педагогической помощи, родителями и др.). При этом выбраны не все известные функции, а лишь те, которые имеют приоритетное значение данной категории лиц (Рисунок 3).



Рисунок 3. Функции адаптивной физической культуры

ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ

Коррекционно-компенсаторная функция. Многообразие коррекционных задач позволило выделить следующие основные направления:

- коррекция, профилактика и развитие сенсорных функций (зрительной, слуховой, кинестетической, тактильной, вестибулярной и др.);
- коррекция психических нарушений: внимания, памяти, речи, представлений, восприятия, эмоционально-волевой сферы, поведения, мотивации, личностных установок.
- коррекция соматических нарушений: осанки, плоскостопия и других деформаций телосложения, дыхания, сердечно-сосудистой системы и т.д.;
- коррекция координационных способностей: согласованности движений отдельных звеньев тела, точности тонкой моторики рук, ориентировки в пространстве, равновесия, расслабления и др.;
- коррекция нарушений физической подготовленности – целенаправленное «подтягивание» отстающих в развитии физических качеств, ограничивающих двигательную активность;
- коррекция техники основных движений (пространственных, временных, динамических, ритмических характеристик в ходьбе, беге, прыжках и тд).

Профилактическая функция. Общегосударственная задача предупреждения заболеваний, требующая координации информационной, просветительской работы среди населения, создания технологий широкомасштабных мер оздоровления, диагностики и контроля за состоянием здоровья и т.п. Заключается в очевидной целесообразности всех доступных видов двигательной активности, а также гигиенических и природных факторов закаливания организма и внедрения их в повседневную жизнь. Разъяснительная работа касается соблюдения двигательного режима, отдыха и рационального питания, сохранения и формирования осанки, ликвидации вредных привычек и др. В условиях стационара профилактическая функция ЛФК направлена на предупреждение осложнений, обусловленных малоподвижным или ограниченным двигательным режимом, а также на сдерживание возможных вторичных отклонений в системах организма. Перспективным, но малоизученным средством профилактики состояний фрустрации, депрессии являются экстремальные виды двигательной активности.

Образовательная функция. В широком смысле – удовлетворение потребности в специфических знаниях, умениях, навыках и качествах в области физической культуры. Это непрерывный процесс физического образования личности в течение всей жизни. В узком смысле – формирование знаний и двигательных умений на оптимальном для жизнедеятельности каждого человека уровне. Эта функция пронизывает все виды АФК, но особенно ярко она выражена в адаптивном физическом воспитании и адаптивном спорте. Для детей с сенсорными, физическими и интеллектуальными нарушениями – это обучение основным видам физических упражнений, освоение «школы движений» и, в первую очередь, обучение естественным локомоциям: ходьбе и бегу, так как они служат основным способом перемещения и составной частью многих физических упражнений.

Трудности решения образовательных задач обусловлены характером основного дефекта. Важной стороной учебно-познавательной деятельности детей является интеллектуализация этого процесса. В качестве наиболее существенных выступают следующие теоретические сведения: знания об элементарных движениях, частях тела, суставах, с которыми они связаны (названия, понятия, роль в движении), о целостных движениях (бег, метания, прыжки и др.), их технике и влиянии на организм, знания о телосложении, требованиях к осанке, дыханию, питанию, режиму дня, гигиене тела и одежды, закаливанию, значению движения в жизни человека и самостоятельных занятиях физическими упражнениями на улице и дома для сохранения и улучшения здоровья, развлечения и спортивной подготовки. В адаптивном спорте подготовка требует от спортсмена не только напряженной физической деятельности, но и огромного объема знаний о рациональном построении индивидуальной спортивной техники и тренировочного процесса в целом, планировании нагрузки, тактике и этике спортивной борьбы, правилах соревнований, динамике функционального состояния, врачебно-педагогическом контроле и т. п.

Развивающая функция. Физическое развитие человека как естественный процесс изменения морфофункциональных свойств организма происходит независимо от воли человека и осуществляется по эволюционным законам возрастного развития. Закономерность развития моторики проявляется в ее неуклонном и положительном изменении в

детские и юношеские годы и таком же неуклонном угасании в зрелом и пожилом возрасте (В.К. Бальсевич, 1988).

Период жизни до 20 лет является самым активным этапом формирования жизненно важных двигательных функций. У детей с нарушениями развития несформированность и отставание двигательной сферы, несовершенство управления движениями находятся в тесной зависимости от тяжести основного дефекта, нарушающего структуру и функции всех систем и органов. Развивающая функция АФК заключается в целенаправленном воздействии на развитие мышечной силы, быстроты, ловкости, гибкости, выносливости, координационных способностей. Развивающая функция реализуется во всех видах АФК. Адаптивное физическое воспитание создает начальную базу для разностороннего развития физических способностей и двигательных навыков, формирует предпосылки для их дальнейшего развития. Адаптивный спорт дает возможность полнее раскрыть эти способности.

Воспитательная функция. Цель воспитания – всестороннее гармоническое развитие личности, раскрытие ее потенциальных возможностей при суженных сенсорных, моторных, интеллектуальных функциях, дисгармоническом развитии и дезадаптации. Исходная позиция воспитания по отношению к данной категории людей воспринимать их личностями, обладающими возможностями формировать себя, осознавать свое поведение, усваивать знания и строить жизнь в человеческом обществе.

Ценностно-ориентационная функция. Ценности АФК связаны с освоением, совершенствованием, поддержанием, восстановлением, самореализацией физических и духовных сил человека. Именно в этом единстве деятельности реализуется культурно-духовные потребности, формируются умения и навыки, способности, самовоспитание, коммуникативные отношения, самоопределение в обществе. Но для каждого отдельно взятого человека имеют значение ценности индивидуального существования, которые включают познание самого себя, отношение к физкультурной деятельности и реальное поведение. Отношение к физкультурной деятельности отражает уровень потребностей, мотивации, заинтересованности в ней. Оно может быть позитивным и негативным.

Сдерживающими факторами являются: общая ослабленность организма, неуверенность в своих силах, физическая неполноценность

и психологический дискомфорт, депрессивные состояния, боль, отсутствие знаний и привычки заниматься физическими упражнениями, предпочтение другим видам деятельности (ремеслу, чтению, музыке). Позитивными факторами является внутренняя установка человека не на уход в болезнь и инвалидность, а наоборот – на выздоровление, активную полноценную жизнь. Ценностные ориентации как отражение внутренних установок и желаний людей еще не гарантируют успеха, хотя и выступают как специфический объект освоения. Физкультурная деятельность в сфере адаптивного физического воспитания, адаптивного спорта, адаптивной двигательной рекреации и физической реабилитации направлена на реализацию этих потребностей и ценностных ориентаций.

Лечебно-восстановительная функция. Эта функция является главной в физической реабилитации. Лечебное применение физических упражнений основывается на педагогических, психологических и физиологических закономерностях формирования движений и управления ими. Конечная цель – восстановление человека как личности, ускорение восстановительных процессов после травм, заболеваний и др., предотвращение или уменьшение инвалидизации.

Ее достижение обеспечивается реализацией следующих положений:

- применением обоснованных методов патогенетического лечения;
- дифференциацией задач и направлений воздействий физическими упражнениями;
- ранним активным использованием восстановительного лечения; активным участием больного в этом процессе.

В адаптивном спорте лечебно-восстановительные процедуры (физioterapia, ЛФК, массаж и др.) проводятся в случае микротравм вовремя или после тренировочных и соревновательных нагрузок высокой интенсивности и продолжительности преимущественно для инвалидов с поражениями опорно-двигательного аппарата (легкая атлетика, баскетбол в колясках, волейбол сидя и др.)

Профессионально-подготовительная функция. Актуальность этой функции обусловлена тем, что по окончании учебного заведения (школы, ПТУ, техникума, вуза) перед инвалидами встает проблема занятости, конкурентоспособности на рынке труда, удовлетворения потребности в деятельности, экономической независимости. При участии большого количества специалистов в профессиональной подготовке

инвалидов часть ее является самостоятельным разделом адаптивного физического воспитания. За счет целенаправленной активности максимально улучшить общее физическое состояние, помочь овладеть необходимыми формами движений, подготовить сенсорные и вегетативные системы к новым условиям труда, развить физические и психические качества, необходимые в конкретной профессиональной деятельности. В условиях стационара эти задачи решаются средствами лечебной физической культуры и трудотерапии.

Творческая функция. Заключается в раскрытии многогранных способностей людей с ограниченными возможностями в разных видах физкультурной деятельности. Так, физическая рекреация – наиболее массовая и демократичная форма активного отдыха инвалидов – часто строится на принципах самоорганизации. Эта деятельность требует специальных знаний, выдумки, инициативы, творчества в организации и использовании физических упражнений, модернизации оборудования, мест занятий, освоении территорий, удовлетворяющих двигательные и эмоционально-эстетические потребности разных возрастных и нозологических групп инвалидов. В адаптивном спорте творчество проявляется особенно ярко в освоении индивидуальной спортивной техники и тактики, приспособленных к дефекту, в подготовке технических средств, поиске оптимальных величин допустимой нагрузки, эффективных способов лечебно-восстановительной и профилактической работы и др. Однако наибольшее развитие творческая функция получает в креативных (художественно-музыкальных) телесно-ориентированных практиках.

Рекреативно-оздоровительная. Эта функция реализуется как удовлетворение потребности в активном отдыхе, содержательном развлечении, как средство переключения на другой вид деятельности, восстановления физических и духовных сил. Наиболее типичными формами физической рекреации являются занятия в условиях быта и семьи, учебной и трудовой деятельности, а также в сфере досуга и отдыха. Двигательная рекреация утоляет двигательный и эмоциональный «голод» и больше всего соответствует интересам и потребностям данной категории людей, так как является добровольной, доступной и естественной формой реализации своих физических возможностей, где главное не результат, а сам процесс. В адаптивном спорте рекреативные занятия проводятся с целью восстановления сил, разгрузки и переключения спортсмена на другие виды деятельности, интересный досуг и общение. Об-

щение имеет особое значение для инвалидов. Занятия часто объединяют детей и взрослых, здоровых и людей с различными патологическими нарушениями, что создает благоприятный психологический климат и условия равной личности, при этом удовлетворяется потребность в общении.

Гедонистическая функция. Проявляется в тех видах двигательной деятельности, которые доставляют радость, восторг, ощущение счастья. Люди с различными нарушениями и ограничениями в движении острее переживают даже малейшие успехи в своих двигательных способностях. Они искренне выражают свои чувства, радуются возможности ходить, играть, соревноваться, общаться, побеждать. Задача специалиста АФК состоит в том, чтобы создать атмосферу психологического комфорта, доверия, доброжелательности, свободы, раскованности, дать возможность радоваться, получать удовольствие от физических упражнений.

Спортивная и соревновательная функция. Адаптивный спорт, активно развивающийся в настоящее время во всем мире, включает в себя три основные разновидности: паралимпийское, специальное олимпийское и сурдлимпийское движения. Для данного контингента тренировочный процесс и участие в соревнованиях является действенными способами физической, психической, социальной адаптации. Учебно-тренировочный процесс рассматривается как врачебно-педагогическая дисциплина, где в оптимальном соотношении функционируют лечебные и педагогические факторы, обеспечивающие реализацию физического, интеллектуального, эмоционально-психического потенциала спортсмена-инвалида, удовлетворяющие эстетические и этические потребности, стремление к физическому совершенству. В спорте инвалидов выделились два направления: спорт высших достижений и рекреативно-оздоровительный спорт.

СОЦИАЛЬНЫЕ ФУНКЦИИ

Гуманистическая функция. Идея гуманизма состоит в признании человека высшей ценностью во всейего телесной и духовной неповторимости. Гуманизация физкультурного образования выражается в его цели: формирование физической культуры личности как системы ценностей, реализуемых в здоровом образе жизни.

Гуманистическая функция в сфере АФК предполагает ориентацию на личностное развитие:

- формирование осознанного отношения и потребности к любым формам двигательной активности как необходимому условию жизни обеспечения;
- формирование знаний, двигательных умений, физических качеств и способностей для создания предпосылок к полноценной самостоятельной жизни, учебной, профессиональной и другим видам деятельности;
- освоение интеллектуальных, валеологических, нравственных, этических, эстетических ценностей физической культуры, способствующих созданию условий равной личности, свободы само проявления, самореализации и самоактуализации.

Истинный гуманизм в адресной полезной деятельности и таких нравственных категориях людей, как человеколюбие, сострадание, милосердие, благородство, терпение, самоотверженность.

Социализирующая функция. Под социализацией понимается процесс включения человека в жизнь общества, усвоение опыта социальной жизни, образцов поведения, социальных норм, ролей и функций, вхождение в социальную среду и социальные группы. АФК для данной категории людей выступает как фундаментальная основа подготовки к самостоятельной жизни и необходимое условие жизнеобеспечения, духовного и физического развития. Процесс социализации продолжается всю жизнь, в ходе которой человек учится быть членом семьи, группы, класса, производственного коллектива, команды, общества. Активные занятия АФК решают сложнейшие задачи социальной адаптации личности, приобщения человека к ценностно-нормативной системе общества, воспитания психических и нравственных качеств, рациональной организации досуга, активного отдыха, общения и т.п. Отмечается особая роль игры в социализации личности. Игра как средство АФК синтезирует в себе функции, которые сопутствуют социализации ребенка-инвалида. Особенно ярко социализация проявляется в адаптивном спорте, где на предельном уровне физических сил проявляются биологические, адаптационные, духовные возможности человека.

Интегративная функция. Интегративная функция означает включение различных категорий инвалидов в социальные системы, структуры, социумы, предназначенные для здоровых людей, активное участие

в основных направлениях жизни и деятельности, самореализацию и раскрытие личностных способностей. Но человек социализированный, т. е. подготовленный к жизни в обществе, может оказаться не интегрированным, не востребованным обществом. Социализация и интеграция находятся в тесной взаимосвязи. Конечной целью реабилитации инвалидов является их социальная интеграция.

Интеграция в общество детей с ограниченными возможностями здоровья включает:

- воздействие общества и социальной среды на личность ребенка с отклонениями в развитии;
- активное участие в данном процессе самого ребенка (субъективно объективная роль);
- совершенствование самого общества, системы социальных отношений, которая в силу жесткости требований к своим потенциальным субъектам оказывается недоступной для детей с ограничениями жизнедеятельности.

Л.С. Выготский указывал на необходимость создания такой системы обучения, в которой удалось бы органически увязать специальное обучение с обучением детей нормального развития. Выделяет два типа интеграции: интернальную и экстернальную. Адаптивная физическая культура и адаптивный спорт, в частности, представляют собой уникальные формы интеграции, которых не существует ни в одном виде деятельности инвалидов. Эталоном, ставшим всеобщей ценностью для спортсменов разных стран, являются идеи олимпизма, проповедующие стремление к истинному совершенству, взаимопониманию и миру на земле. Столь высокие цели и жизненные идеалы, возможности общения, само проявления и признания дают полное основание считать спорт высших достижений инвалидов наиболее мощным средством социализации и интеграции личности в общество.

Коммуникативная функция. Общение как социальный процесс имеет особое значение для инвалидов, входит в содержание человеческого взаимопонимания. В общении отражается потребность человека в эмоциональном контакте, в проявлении своих чувств и ответном понимании, получении информации, ощущении включенности в какую-либо деятельность. Дети с инвалидностью из-за меньшей мобильности имеют ограниченные возможности общения, т.к. многие из них имеют отклонения в развитии речи. Наиболее часто встречаются алалия, афазия,

ринология, дизартрия, заикание, при которых в качестве вторичных нарушений выступают ограниченность мышления, затруднения в чтении и письме, речевой функции, отклонения в эмоционально-волевой сфере. Коррекции дефектов произношения, речи, письма придается большое значение, осуществляют ее логопеды, врачи, психологи. Л.С. Выготский считал, что центральной областью коррекции и компенсации дефекта является речь как средство общения. Средствами коммуникативного общения являются речь, жесты, позы, звуки, мимика, пантомимика. В процессе занятий физическими упражнениями используются вербальные и невербальные способы общения.

Зрелищная и эстетическая функции. Зрелище рассматривается как особый вид реализации потребности в специфической деятельности, связанной с эстетическим, эмоциональным удовольствием, сопереживанием. Для детей с нарушением в развитии, ограниченных в общении, движении, игре, зрелищная функция имеет особое значение. С раннего возраста ребенок должен видеть, понимать, чувствовать красоту, стремиться к ней. В АФК эта потребность реализуется в процессе занятий физическими упражнениями. Все дети хотят иметь красивую фигуру, уверенную осанку, сильное тело, для многих это является основным мотивом занятий. Спортивные и физкультурно-оздоровительные мероприятия сопровождаются показательными выступлениями, шоу концертами, конкурсами моды, выставками ярмарками творчества детей. Трибуны стадионов, где проводятся соревнования инвалидов, всегда переполнены. Эстетические и эмоциональные переживания зрителей находятся на другом уровне восприятия. Своим упорством, настойчивостью, желанием испытать радость борьбы и победы, силой воли и духа спортсмены-инвалиды вызывают потрясение, удивление в сознании людей.

Контрольные вопросы

1. Дайте характеристику понятию адаптивная физическая культура.
2. Опишите объект, предмет, цели и задачи адаптивной физической культуры.
3. Опишите принципы адаптивной физической культуры.
4. Опишите функции адаптивной физической культуры.

Глава 2. Средства, методы и формы адаптивной физической культуры

2.1 Средства адаптивной физической культуры

К средствам АФК относятся физические упражнения, естественно-средовые (природные) и гигиенические факторы (Рисунок 4).

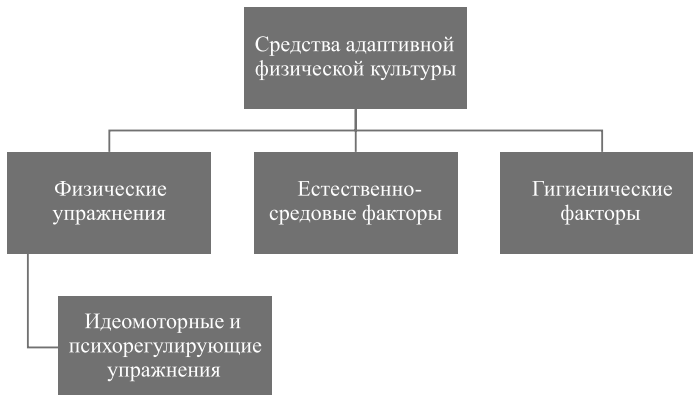


Рисунок 4. Средства адаптивной физической культуры

Физическое упражнение является основным специфическим средством, с помощью которого достигается направленное воздействие на занимающегося. Совершенствование характеристик движений, освоение двигательных умений, развитие физических качеств достигается за счет многократного повторения упражнений. Физические упражнения оказывают положительное влияние на организм человека с ограниченными возможностями в любом возрасте, особенно на растущий организм с нарушениями в развитии. Они укрепляют и развивают опорно-двигательный аппарат, стимулируют рост костей, укрепляют суставы и связки, повышают силу, тонус и эластичность мышц; улучшают крово- и лимфообращение, обмен веществ; благоприятно влияют на центральную нервную систему (ЦНС), повышают работоспособность коры головного мозга и устойчивость к сильным раздражителям; улучшают аналитико-синтетическую деятельность ЦНС и взаимодействие двух сигнальных систем; улучшают функции сенсорных систем.

Эффективность физических упражнений на организм и личность определяется влиянием ряда факторов:

во-первых, особенностями самих упражнений, их сложностью, новизной, эмоциональностью, величиной нагрузки и т.п.;

во-вторых, индивидуальными особенностями занимающихся: возрастом, полом, состоянием здоровья, двигательных возможностей, ограниченных дефектом, сопутствующими заболеваниями и вторичными нарушениями, состоянием сохранных функций (двигательных, сенсорных, интеллектуальных), двигательным опытом, способностью к обучению и контактам, личной заинтересованностью;

в-третьих, внешними условиями - психологическим климатом на занятии, гигиенической обеспеченностью мест занятий, техническим оснащением, оборудованием и инвентарем, создающими личный комфорт занимающихся.

Чтобы целенаправленно подбирать физические упражнения соответственно индивидуальным особенностям занимающихся, условиям проведения занятий, характеру физкультурной деятельности, все упражнения делятся на группы по определенным признакам.

Наиболее распространенными являются следующие классификации:

- по целевой направленности: упражнения общеразвивающие, спортивные, рекреационные, лечебные, профилактические, коррекционные, профессионально-подготовительные;
- по преимущественному воздействию на развитие тех или иных физических качеств: упражнения на развитие силовых, скоростных качеств, выносливости, гибкости и т. п.;
- по преимущественному воздействию на определенные мышечные группы: упражнения на мышцы спины, брюшного пресса, плеча, предплечья, голени, бедра, мимические мышцы и т. п.;
- по координационной направленности: упражнения на ориентировку в пространстве, равновесие, точность, дифференцировку усилий, расслабление, ритмичность движений и др.;
- по биомеханической структуре движений: циклические (ходьба, бег, плавание, передвижение в коляске, на лыжах, гребля, и др.), ациклические (метание спортивных снарядов, гимнастические упражнения, упражнения на тренажерах и др.), смешанные (прыжки в длину с разбега, подвижные и спортивные игры и др.);

- по интенсивности выполнения заданий, отражающей степень напряженности физиологических функций: упражнения низкой интенсивности (ЧСС – до 100 уд./мин), умеренной (ЧСС – до 120 уд./мин), тонизирующей (до 140 уд./мин), тренирующей (до 160 уд./мин и больше);
- по видам спорта для разных нозологических групп инвалидов: упражнения и виды спорта для инвалидов по зрению, слуху, интеллекту, и др., рекомендованных на основе медицинских показаний и противопоказаний, и соответствующих программ Паралимпийских игр (В.П. Жиленкова);
- по лечебному воздействию: упражнения на восстановление функций паретичных мышц, опорности, подвижности в суставах, упражнения, стимулирующие установочные рефлексy, трофические процессы, функции дыхания, кровообращения и др.;
- по исходному положению: упражнения, выполняемые в положении лежа на животе, на спине, на боку, сидя, стоя, на коленях, присев, на четвереньках и др.;
- по степени самостоятельности выполнения упражнений: активное самостоятельное, с поддержкой, помощью, страховкой, тактильным сопровождением движений, с опорой на костыли, палку, с помощью протезов, тьюторов, ортезов и технических устройств, в ходунках, коляске, условиях разгрузки (на подвеске), в форме ортопедической укладки, пассивных упражнений и др.
- по интеграции междисциплинарных связей: художественно-музыкальные, хореографические танцевальные упражнения, упражнения формокоррекционной ритмопластики (работа с глиной), рисование, упражнения, связанные с ролевыми двигательными функциями в сказке, драме, игротерапии, тематических игровых композициях и др., активизирующих мышление, речь, внимание, память, элементарные математические способности.

В зависимости от нозологии, в соответствии с разными классификациями используют:

- подготовительные и основные упражнения;
- пассивные, пассивно-активные и активные упражнения.

Пассивные гимнастические упражнения проводятся инструкторами за счет собственных физических усилий с целью формирования у инвалида самостоятельных произвольных движений.

Активные гимнастические упражнения – по структуре физические действия могут быть простыми или сложными.

Дозирование физических упражнений осуществляется варьированием и сочетанием следующих факторов:

- целенаправленность упражнения;
- мышечные группы, участвующие, в том числе применение дыхательных упражнений, упражнений в расслаблений;
- выбор исходного положения;
- амплитуда движений;
- активный или пассивный характер упражнений;
- степень силовой нагрузки;
- степень сложности;
- количество повторов;
- время выполнения;
- темп;
- эмоциональный фон;
- факторы окружающей среды: взаимодействие с партнером, предметная среда (предметы, тренажеры, снаряды), условия окружающей среды (вода, высокогорье, уменьшение гравитационных сил специальными приспособлениями)

Идеомоторные и психорегулирующие упражнения

В отличие от физического упражнения, идеомоторное и психорегулирующее упражнение представляет собой специально направленное использование внутренней речи, образного мышления, мышечно-чувствительных и других чувствительных представлений для самовоздействия на физическое и психическое состояние, регулирование его и обеспечение готовности к действию.

Идеомоторное упражнение – многократное мысленное воспроизведение двигательного действия с особой концентрацией внимания на его решающих фазах, операциях, совершаемых при обычном исполнении с ошибками.

Эмоциональная самонастройка на предстоящее действие осуществляется с помощью эмоциональных, волнующих образов, привлекаемых из жизненного опыта, литературы, кино и т.д.

Аутогенная тренировка, психорегулирующая тренировка представляют собой систему приемов самовнушения, специальных средств релаксации, заимствованных из психогигиены, психологии и медицины.

К естественно-средовым факторам относятся использование воды, воздушных и солнечных ванн в целях укрепления здоровья, закаливания организма.

Закаливание – целенаправленное воздействие на организм физическими факторами окружающей среды с целью повышения его уровня здоровья путем формирования механизмов адаптации к влиянию различной неблагоприятной температуры воздуха, воды, атмосферного давления, солнечной радиации, воспитание нравственно-волевых качеств.

Принципы закаливания:

- закаливание проводится при отсутствии активности патологического процесса;
- закаливающие средства подбираются с учетом индивидуальных особенностей;
- постепенность увеличения дозировки холодных раздражителей как по температуре, так и длительности действия;
- систематичность воздействия закаливающего фактора;
- сочетание закаливающих мероприятий с другими средствами АФК;
- прекращение закаливание при появлении неблагоприятных реакций.

Закаливание проводится только в индивидуальном порядке. Общими рекомендациями могут служить следующие: воздействие низкой температуры (воздухом или водой) проводится до появления дрожи и «гусиной кожи». С начала этих проявлений допускается воздействие закаливающего фактора в течение 3 мин., после человека переводят в тепло. Растирание не рекомендуется.

Естественные силы природы усиливают положительный эффект физических упражнений. Для купание, плавание, ходьба босиком по траве, гальке, туризм, рыбалка, прогулки на лыжах, на велосипеде, на лодке, подвижные и спортивные игры на открытых площадках и другие виды рекреативной деятельности не только эмоциональны по содержанию, но и оказывают тренирующее и закаливающее действие, повышают сопротивляемость организма к неблагоприятным воздействиям внешней среды, снижают частоту простудных заболеваний.

Для детей с инвалидностью плавание с первых недель и месяцев жизни оказывает благотворное влияние на развитие организма. Вода пони-

жает мышечный тонус, расслабляет контрактуры, усиливает периферическое кровообращение и трофику тканей, уменьшает отеки. При физических упражнениях в воде облегчается статистическое положения, достигаются медленные плавные движения. Массирующие действие воды, разгрузка позвоночника, свобода движений укрепляют мышцы, связки, суставы, усиливают обменные процессы, периферическое кровообращение, глубину дыхания, улучшают сон, аппетит, настроение ребенка.

К гигиеническим факторам относятся правила и нормы общественной и личной гигиены: быта, труда, отдыха, питания, окружающей среды, одежды, обуви, спортивного инвентаря и оборудования. Так, для людей с нарушением зрения, площадки для занятий на воздухе должны быть заранее подготовлены: определены ее размеры, по периметру установлены ограничительные ориентиры, исключены помехи из кустарника, ям, камней и т. п.; для слабовидящих важно иметь яркий инвентарь и оборудование красного, оранжевого, желтого и зеленого цветов, озвученную атрибутику – мячи, мишени, метрономы, свистки и др.

Для людей с инвалидностью с нарушениями опорно-двигательного аппарата при проведении, например, волейбола сидя во избежание микротравм тщательно готовится и полируется поверхность пола. Для лиц, передвигающихся в колясках, должен быть обеспечен свободный проезд к душевым, раздевалкам, туалетам. Особого внимания требует техническое оснащение, пригодность спортивного инвентаря и оборудования, надежность страховки, помощь в случае необходимости и безопасность.

Для разных нозологических групп инвалидов в качестве дополнительных, используются средства медицинской и психологической реабилитации, которые не относятся к средствам адаптивной физической культуры, но их сочетание с занятиями физическими упражнениями усиливают эффект комплексного воздействия на организм человека. К этим средствам относятся: аппаратная физиотерапия, электростимуляция, массаж, мануальная терапия, иглорефлексотерапия, фитотерапия, души, водолечебные ванны (минеральные, радоновые, грязевые, и др.), бани, средства психологического воздействия: психотерапия, психокоррекция, психоконсультирование, психотренинги и др. (В.М. Боголюбов; А.И. Колчев). Однако их применение для разных лиц имеет множество индивидуальных противопоказаний, поэтому назначение физиотера-

певтических процедур должно осуществляться врачами и строго ими контролироваться.

2.2 Формы и методы адаптивной физической культуры

Многообразие форм организации и построения занятий физическими упражнениями разделяют на две группы: урочные формы и неурочные формы.

Урочные формы. В зависимости от классификационного признака уроки по физической культуре разделяют (Шитиков Г.Ф., 2003):

- по целевой направленности физического воспитания: уроки общего физического воспитания (общей физической подготовки), уроки широкого общего физического воспитания (всесторонней общей подготовки к любой двигательной деятельности), уроки относительно ограниченной общей физической подготовки, уроки специализированного физического воспитания, уроки спортивной тренировки, уроки прикладной физической подготовки, занятия урочного типа с лечебной направленностью;
- по основному предмету и программному содержанию занятий: узкопредметные (видовые) – гимнастика, легкая атлетика, плавание, спортивные игры и др.; комплексные уроки;
- в зависимости от основных сторон процесса физического воспитания, которые акцентируются или полностью составляют занятия: уроки образовательной направленности, уроки со специальной воспитательной направленностью, уроки с гигиенической направленностью, уроки с коррекционной, компенсаторной или профилактической направленностью, комбинированные уроки.

В отличие от сложившейся практики в физической культуре в адаптивной физической культуре уроки разделяются на три вида:

1. Теоретические уроки, на которых осваиваются знания, способы их использования, формируются мотивы к занятиям и ценностные ориентации;

2. Инструкторско-методические уроки, на которых отрабатываются различные умственные, перцептивные, двигательные действия, комплексы упражнений, технологии физкультурно-спортивной деятельности до уровня, позволяющего занимающемуся выполнять их самостоятельно без руководства педагога;

3. Практические уроки, реализующие все перечисленные ранее формы организации и построения занятий.

Большое внимание уделяется в адаптивной физической культуре домашним заданиям как теоретического, так и практического характера, которые выполняются дома самостоятельно обучающимся или с помощью родителей, родственников.

Неурочные формы. В физическом воспитании получили распространение неурочные формы организации занятий:

- утренняя гимнастика;
- вводная гимнастика (перед уроками, лекциями, работой);
- физкультурные паузы и минутки;
- спортивные развлечения (игры, катания на коньках, велосипедах и др.);
- прогулки, туристические походы, соревнования и т.д.

Эти занятия могут быть эпизодическими, однократными (например, походы, спортивные развлечения, соревнования), а также систематическими.

Занятий, которые не могут быть отнесены к урокам, довольно много. Они различаются по своей направленности, задачам, содержанию и структуре, по составу занимающихся, регулярности, времени, условиям проведения, а также в зависимости от того, проводятся они под чьим-либо руководством или самостоятельно (Рисунок 5).



Рисунок 5. Классификация занятий неурочного типа (по Г.Ф. Шитиковой, 2003)

Чаще всего они характеризуются относительно ограниченным содержанием и упрощенной структурой (например, оздоровительный бег, гигиеническая гимнастика, физкультурные минутки и паузы), но требуют проявления личной инициативы, самостоятельности. Задачи, содержание, а также выбор конкретной формы занятия в значительной степени определяются интересами и склонностями занимающихся.

Большинство неурочных занятий самодеятельные и проводятся с целью активного отдыха, укрепления или восстановления здоровья, сохранения или восстановления работоспособности, развития двигательных качеств, совершенствования в спортивных движениях и др.

Неурочные формы занятий также могут различаться по целевой направленности (обще-подготовительная и специализированная).

Занятия с общеподготовительной направленностью служат решению различных задач и подразделяются на три характерных вида (каждый со своими разновидностями).

1. Занятия общегигиенического характера. К ним относятся:

- гигиеническая гимнастика;
- прогулки;
- бег «трусцой»;
- занятия на «дорожках здоровья»;
- купание, плавание.

Все они служат целям активизации, улучшения и поддержания на оптимальном уровне физического состояния.

2. Занятия учебно-вспомогательного характера:

– самостоятельные занятия, связанные с выполнением заданий педагога по общей физической подготовке, др.;

– репетиции к выступлениям, физкультурным праздникам, парадам.

Первые, как правило, носят индивидуальный характер, вторые – чаще являются групповыми, даже массовыми.

3. Занятия смешанного характера, в которых представлены элементы и общегигиенических, и учебно-вспомогательных.

К ним относятся:

- туристские прогулки выходного дня;
- туристские походы; подвижные и спортивные игры рекреационного типа;
- спортивные развлечения рекреационного типа.

Этими занятиями преследуются в основном оздоровительные цели, но большое место них занимают также общеобразовательные и воспитательные элементы. В большинстве случаев они имеют самостоятельное значение, но могут увязываться с урочными занятиями. Часть из них проводится самостоятельно, некоторые же требуют квалифицированного руководства.

По форме руководства различают организованные и самодеятельные занятия. Причем одни и те же формы могут носить как организованный, так и самостоятельный характер (например, утренняя гигиеническая гимнастика, проводимая в домашних условиях, в условиях оздоровительного лагеря или дома отдыха).

В зависимости от численного состава занимающихся лиц, вовлеченных в занятия, выделяют индивидуальные, групповые и массовые формы.

Например, индивидуальные занятия (бег «трусцой»), групповые – («Клуб любителей бега»), массовые пробеги («День бегуна»).

По периодичности проведения различают регулярные формы занятий, которые проводятся ежедневно (например, зарядка или еженедельные купания и т. п.), эпизодические (туристические походы, соревнования и т. п.).

Некоторые виды и разновидности таких занятий имеют самостоятельное значение, другие сочетаются или же в определенной мере заменяют друг друга. При этом все они подчинены той или иной направленности физического воспитания. Тем самым неурочные формы становятся важными элементами (и даже звеньями) системы физического воспитания.

Несмотря на значительные различия, неурочные формы занятий необходимо организовывать в соответствии с методическими принципами: постепенное вработывание, реализация основного содержания в режиме требуемых усилий, завершение занятия постепенным снижением нагрузки и в ряде случаев подготовка к последующей деятельности.

В специализированном физическом воспитании получили распространение индивидуализированные занятия специалиста с отдельными лицами (индивидуальные занятия спортсмена высокой квалификации, занятие лечебной гимнастикой и др.). Время и содержание таких занятий изменяются в зависимости от потребности и возможностей индивидуума и по другим причинам.

Положительным в них является то, что обеспечивается более тесный контакт между педагогом и занимающимся. Это дает возможность своевременно выяснять достижения и трудности, оказывать занимающемуся своевременную помощь. Он может продвигаться вперед наиболее подходящим для него путем.

Однако наряду с достоинствами индивидуальные занятия имеют и существенные недостатки:

- неэкономичность (время и сила педагога расходуются на работу лишь с одним учеником);
- отсутствие коллектива – поддерживающего, поощряющего, дающего каждому ощущение принадлежности к группе, предоставляющего возможность учиться у других.

В организации урочных и неурочных занятий много общего, так как общими являются цель физического воспитания, многие задачи, средства и методы. Поэтому хорошее знание организации уроков позволяет относительно успешно проводить и неурочные занятия.

Методы адаптивной физической культуры. В педагогике метод (от греч. слова *metodos* – путь к чему-либо) – это способ достижения цели, определенным образом упорядоченная деятельность преподавателя и обучающегося, направленная на решение задач обучения, воспитания и развития.

Метод – это способ достижения цели. Он всегда имеет предметное содержание и применяется в процессе целенаправленной педагогической деятельности как путь к достижению намеченного результата. Метод – это процесс взаимодействия педагога и ученика, где полем деятельности является совершенствование физических, интеллектуальных, психических, личностных способностей ученика, его телосложение, развитие, эмоции, воля, поведение.

Методика – совокупность методов и приёмов, направленных на решение коррекционных, оздоровительных, образовательных задач АФК.

Методический подход отражает выбор определенной концепции в решении специфических задач АФК, предполагает наличие альтернативных вариантов оптимизации средств и методов. Так, например, для обучения движениям инвалидов и лиц с ограниченными возможностями используются не только традиционные методические подходы, но и нетрадиционные (обучение двигательным действиям с заданным результатом).

Типичные группы методов для АФК: методы формирования знаний, обучения двигательным действиям, развития физических качеств и способностей, воспитания личности, взаимодействия педагогов и занимающихся. Каждая из групп методов включает методические приемы, отражающие специфику, единичное и особенное каждого человека или группы со сходными свойствами. Разумное использование комплекса методов и приемов является частью педагогической технологии, в основе которой лежат закономерности обучения, воспитания, целесообразность комплексного решения задач, принципы деятельности.

Для АФК следующие группы методов (Рисунок 6):

1. методы формирования знаний;
2. методы обучения двигательным действиям;
3. методы развития физических качеств и способностей;
4. методы воспитания личности;
5. методы взаимодействия педагога и занимающихся.

Каждая из этих групп методов включает в себя разнообразные методические приёмы. Именно выбор методических приёмов реализует индивидуальный подход с учётом всех особенностей занимающихся: структуры и тяжести основного дефекта, наличия или отсутствия сопутствующих и вторичных нарушений, возраста, физического и психического развития, сохранности или поражения сенсорных систем, ОДА, интеллекта и т.д.

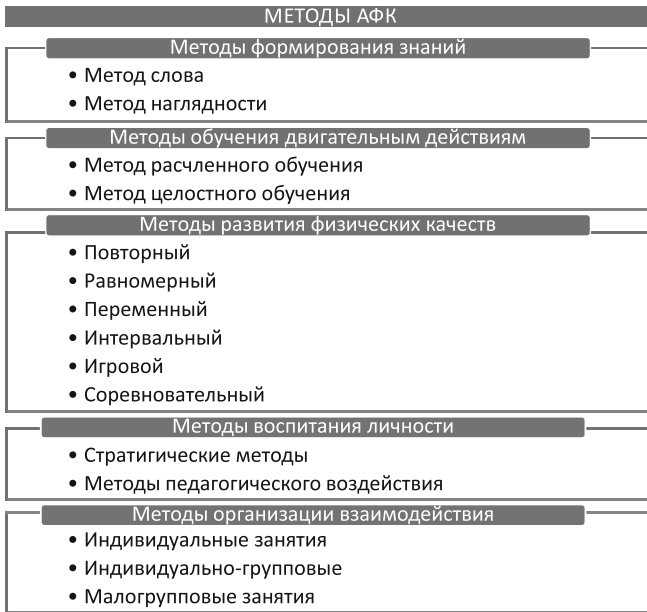


Рисунок 6. Методы АФК

Методы формирования знаний делятся на 2 группы: – методы слова, – методы наглядности.

Методы формирования знаний решают задачи:

1. Усвоение представлений, понятий, правил, условий успешного овладения двигательными умениями, техникой движений, развитие физических и психических качеств, опыта применения;

2. Создание стимулов, интересов, потребностей, мотивов, ценностей, норм, установок сознательного использования физических упражнений.

Методы слова:

- вербальный (объяснение, описание, обсуждение, беседы, диалог);
- невербальный (мимика, жесты, тактильная речь для лиц с нарушением слуха);
- метод сопряжённой речи (одновременное созвучное произнесение двумя или несколькими людьми слов, фраз). При нарушении речи и слуха высказывание хором легче самостоятельного;
- метод идеомоторной речи (мысленное проговаривание «про себя» отдельных слов).

Методы наглядности: Метод построен на основе чувственного восприятия информации, поступающей от зрительных, слуховых, тактильных, кинестетических, вестибулярных, температурных и других. Методы наглядности у незрячих и слабовидящих осуществляется через тактильный анализатор. Используют мелкий и крупный инвентарь с разной фактурой (гладкие, шершавые, разные по объёму, весу, цвету, запаху), рассчитанные на дифференцировку кинестетических, кожных, обонятельных, осязательных, температурных ощущений.

Используют звуковые сигналы, оптические средства.

Методы обучения двигательным действиям:

- метод расчленённого показа
- метод целостного показа, где вспомогательными методами совершенствования целостного двигательного действия служат подводящие упражнения.

Метод расчлененного обучения. Дробление и последовательное освоение частей целостного упражнений является характерной чертой обучения в разных видах ФК, что обусловлено следующими особенностями:

- Многие физические упражнения (ФУ) имеют сложную организационно координационную структуру и требуют от занимающихся ориентировки в пространстве, согласованности движений, равновесия, точного воспроизведения силовых, пространственных, временных характеристик движения, которые наименее развиты у лиц с отклонениями в развитии);
- Изучение сложных по структуре движений требует времени и это может снизить интерес к учебной деятельности у занимающихся;
- Обучение отдельным видам упражнений исходно предполагает последовательное изучение отдельных фаз движения с последующим их объединением;
- На этапе реабилитации после травм и заболеваний в силу ограниченных двигательного аппарата целостное движение невозможно;
- В реабилитационных целях используются пассивные движения, упражнения на мяче: пассивное сгибание рук, ног, туловища, головы с фиксацией и покачиванием,
- Преимущество метода заключается в том, что создаются условия для коррекции индивидуальных деталей техники с учетом возможностей обучаемого, исправления ошибок.

Метод целостного обучения заключается в изучении ФУ в полном объеме его структуры. Используется при обучении простым упражнениям, упражнениям, которые не делятся на части, при объединении в целое упражнений. Вспомогательные методы совершенствования целостного двигательного действия (ДД) служат подводящие ФУ (содержат элементы ФУ), имитационные (воспроизводящие структуру основного упражнения, но в других условиях). Специальные упражнения служат для совершенствования ключевых фаз движения, закрепления и коррекции характеристик техники, а также развития физических качеств, необходимых для выполнения ДД.

В настоящее время широкое распространение получили тренажерные устройства, позволяющие не только обучать движениям, но и контролировать действия занимающихся. Главная задача состоит в том, чтобы ФУ стали потребностью лиц с отклонениями в состоянии здоровья. Для этого используются следующие методические приемы и методы:

Сочетание различных ФУ; вариативность техники (исходное положение, темп, ритм, усилие, скорость амплитуда);

Разнообразные вербальные и невербальные методы и методические приемы, словесные и наглядные способы воздействия, музыки, медитации, внушения, психотренинги, активизирующие все органы чувств, концентрирующие на обучении и совершенствовании двигательных умений.

Методы развития физических качеств и способностей:

Для развития мышечной силы – методы максимальных усилий с большим количеством повторений, динамических усилий, изометрических усилий, игровой метод с включением силового характера.

Для развития скоростных качеств – повторный, соревновательный, игровой, вариативный, сенсорный методы.

Для развития выносливости – равномерный, переменный, повторный, интервальный, соревновательный, игровой.

Для развития гибкости – динамические активные и пассивные упражнения, статические и комбинированные, локальными (упражнения направлены на развитие движений в отдельно взятом суставе).

Для развития координационных способностей (ловкости)

Используют:

– симметричные и асимметричные движения;

- упражнения на реагирующую способность (сигналы разной мощности на слуховой и зрительный аппарат).
- упражнения на раздражение вестибулярного аппарата (повороты, наклоны, вращения, внезапные остановки)
- воспроизведение заданного ритма движений (под музыку, хлопки).
- упражнения на мелкую моторику.
- парные и групповые упражнения, требующие согласованности совместных действий.

Методы воспитания личности складываются из стратегических методов и методов педагогического воздействия:

Стратегические методы: – метод воспитывающей среды (неоценимую роль играет семья), – метод воспитывающей деятельности, означает вовлечение ребёнка во всё разнообразие видов деятельности, – метод осмысления человеком себя в реальной жизни. Означает взаимодействие его с окружающим миром.

Методы педагогического воздействия: – метод убеждения включает методические приёмы: суждение, диалог, дискуссию и т. д., – метод упражнения: показ-инструкция, просьба что-либо сделать, – метод педагогической оценки: поощрение (одобрение, похвала, благодарность); наказание (неодобрение, замечание, лишение удовольствия).

Методы организации взаимодействия педагога и занимающихся: – индивидуальные, – индивидуально-групповые, – малогрупповые занятия.

Индивидуальные занятия: Применяются для инвалидов со сложными двигательными расстройствами (травмы и заболевания спинного мозга, с последствиями ДЦП, с тяжёлой умственной отсталостью), где требуется концентрация внимания педагога только на одном человеке. Недостатком является ограниченность сотрудничества с другими занимающимися, что отрицательно сказывается на процессе социализации, формировании умения работать в коллективе.

Индивидуально-групповые: Численность составляет от 2-3 до 6-8 человек.

Деление либо по возрасту, либо по одной нозологической группе или инвалиды из разных нозологических групп. Особенность состоит в том, что часть занятия проводится совместно (подбираются упражнения, доступные всем), а другая часть состоит в персональных заданиях ка-

ждому и выполнение их под контролем педагога. Недостатком является низкая моторная плотность урока.

Малогрупповые: Количество занимающихся не превышает 10-12 человек. Это дети одной нозологической группы, примерно одного возраста и равных физических возможностей. Чаще используют в детских садах. Школах, интернатах. Комплектование групп проводит МППК. Но ограничена индивидуализация.

Работа с волонтерами. Отличительной особенностью АФК является широкое вовлечение в учебно-тренировочный процесс в качестве добровольных помощников тренеру всех желающих, как здоровых, так и спортсменов – адаптантов, имеющих достаточную физическую подготовленность. Такое расширение тренерской команды одновременно облегчает проведения занятия и повышает требования к тренеру как организатору.

- Цели, задачи и требования необходимо излагать ясно, однозначно.
- Добиваетесь ответственного отношения к делу.
- Делегируйте полномочия, в том числе для решения сложных задач.
- Поддерживайте своих помощников. Передавайте им свои профессиональные знания и опыт.
- Всегда благодарите их за усилия и хвалите в случае успеха.
- Критика должна быть конструктивной.
- Покажите добровольцам важность их вклада.
- Постоянно спрашивайте добровольцев об идеях по поводу улучшения тренировочного процесса.

2.3 Виды адаптивной физической культуры

Исходя из потребностей лиц с отклонениями здоровья и инвалидов, можно выделить следующие виды адаптивной физической культуры (Рисунок 7).



Рисунок 7. Виды АФК

Адаптивное физическое воспитание (образование) – вид адаптивной физической культуры, удовлетворяющий потребности индивида с отклонениями в состоянии здоровья в его подготовке к жизни, бытовой и трудовой деятельности; в формировании положительного отношения и активного отношения к адаптивной физической культуре.

В процессе занятий адаптивным физическим воспитанием у людей с ограниченным здоровьем формируется комплекс специальных знаний, двигательных умений и навыков; развиваются физические и психические качества; повышаются функциональные возможности организма; развиваются оставшиеся в наличии телесно-двигательные характеристики.

Основная цель АФВ состоит в формировании у занимающихся осознанного отношения к своим силам и уверенности в них; готовности к выполнению физических нагрузок и потребности в систематических занятиях физическими упражнениями.

Основная задача адаптивного физического воспитания состоит в формировании у занимающихся осознанного отношения к своим силам, твердой уверенности в них, готовности к смелым и решительным действиям, преодолению необходимых для полноценного функционирования

ния субъекта физических нагрузок, а также потребности в систематических занятиях физическими упражнениями и вообще в осуществлении здорового образа жизни в соответствии с рекомендациями валеологии.

Основными в АФВ являются принципы: сознательности и активности, индивидуализации, доступности, наглядности, последовательности, дифференциально-интегральных оптимумов, систематичности, рассеянной мышечной нагрузки, прочности.

В процессе АФВ, которое начинается с момента рождения ребенка или с момента обнаружения той или иной патологии, первостепенное внимание уделяется задачам коррекции основного дефекта, сопутствующих заболеваний и вторичных отклонений, выработке компенсаторных механизмов осуществления жизнедеятельности, если коррекция не удается, профилактическая работа.

Именно здесь огромное значение приобретает так называемые межпредметные связи, когда в процессе занятий физическими упражнениями осуществляется освоение умственных, нравственное, эстетическое, трудовое и другие виды воспитания

Адаптивная физическая реабилитация – вид адаптивной физической культуры, удовлетворяющий потребность инвалида в лечении, восстановлении у него временно утраченных функций (помимо тех, которые утрачены или разрушены на длительный срок или навсегда в связи с основным заболеванием, являющимся причиной инвалидности) возникающих в процессе какого-либо вида деятельности или тех или иных жизненных обстоятельств.

Основная задача адаптивной физической реабилитации заключается в формировании адекватных психических реакций инвалида на заболевание, ориентации на использование естественных средств, стимулирующих скорейшее восстановление организма; в обучении умениям использовать комплексы физических упражнений, приемы массажа и самомассажа, закаливающие процедуры и другие средства.

Основная цель физической реабилитации – адаптация к работе на предыдущем месте труда или реадаптация, то есть работа с меньшими нервно-психическими и физическими нагрузками.

Реабилитация будет малоэффективной, если не соблюдать её основополагающие принципы:

- Раннее начало реабилитационных мероприятий.
- Непрерывность реабилитации.

- Комплексность реабилитации.
- Индивидуальность реабилитации.
- Необходимость реабилитации в коллективе.
- Возвращение пациента к активному труду.

В отдельных нозологических группах инвалидов, преимущественно с поражением опорно-двигательного аппарата, лечение движение не заканчивается в медицинском стационаре, а продолжается всю жизнь на основе самореабилитации.

Адаптивная двигательная рекреация – вид адаптивной физической культуры, позволяющий удовлетворить потребности человека с отклонениями в состоянии здоровья (включая инвалида) в отдыхе, развлечении, интересном проведении досуга, смене вида деятельности, получении удовольствия, в общении.

Содержание адаптивной двигательной рекреации направлено на активизацию, поддержание или восстановление физических сил, затраченных инвалидом во время какого-либо деятельности (труд, учеба, спорт), на профилактику утомления, развлечение, интересное проведение досуга, на оздоровление, улучшение кондиции, повышение уровня жизнестойкости через удовольствие или с удовольствием. Наибольший эффект от АДР следует ожидать при ее дополнении оздоровительными технологиями профилактической медицины.

В случае приобретенной инвалидности или тяжелого заболевания адаптивная двигательная рекреация может стать первым этапом преодоления стресса и приобщения к адаптивной физической культуре. Л.П. Матвеев (1983) данный вид физической культуры называет фоновым, дополнительно включая в него гигиеническую физическую культуру. (по Л.П. Матвеев)

Главная цель адаптивной двигательной рекреации – оптимизация состояния и восстановления физических и духовных сил, затраченных занимающимся в процессе основного вида деятельности (учебы, реабилитационно-лечебных мероприятий, труда и профессиональной деятельности, адаптивного спорта, адаптивного физического воспитания и др.), за счет его смены, переключения на занятия развлекательного характера и получения от них удовольствия.

Основная задача адаптивной физической рекреации состоит в притоке личности инвалида проверенных исторической практикой мировоззренческих взглядов Эпикура, проповедовавшего философию (прин-

цип) гедонизма, в освоении инвалидом основных приемов и способов рекреации. Характерными чертами является свобода выбора средств и партнеров, переключение на другие виды деятельности, широта контактов, самоуправление, игровая деятельность, удовольствие от движения.

Исходя из этого основными задачами адаптивной двигательной рекреации являются:

- переключение с основного вида деятельности на другой, связанный с двигательной активностью;
- получение удовольствия от движений, повышение настроения от занятий физическими упражнениями;
- оптимизация своего состояния, восстановление физических и духовных сил;
- обеспечение активного отдыха и приобщение к здоровому образу жизни;
- привитие интереса к адаптивной физической культуре и вовлечение в занятия другими ее видами – адаптивным спортом, экстремальными и креативными видами двигательной активности и др.;
- вовлечение занимающихся в общение со здоровыми людьми и овладение коммуникативными, социальными навыками;
- преодоление психологических комплексов (неуверенности, отчужденности и др.);
- повышение уровня качества жизни инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья.

Для инвалидов адаптивная двигательная рекреация не только биологическая оправданная саморегулированная двигательная активность, поддерживающая эмоциональное состояние, здоровье и работоспособность, но и способ преодоления замкнутого пространства, психическая защита, возможность общения, удовлетворения личных интересов, вкусов, желаний в выборе видов и форм занятий

Креативные (художественно-музыкальные) телесно-ориентированные практики адаптивной физической культуры – вид адаптивной физической культуры, удовлетворяющий потребности человека с отклонениями в состоянии здоровья (включая инвалида) в самоактуализации, творческом саморазвитии, самовыражении духовной сущности через движение, танцы, музыку, образ, другие средства искусства.

Цель креативных телесно-ориентированных видов – обеспечение возможности для творческого развития и самовыражения, занимаю-

щихся через движение, музыку, образ путем интеграции компонентов физической культуры и искусства, объединения духовно-телесных составляющих человека с отклонениями в состоянии здоровья.

Основные задачи: развитие креативных (творческих) и эстетических способностей; преодоление психологических комплексов, снятие «мышечных зажимов» с помощью физических упражнений, музыки, танцев, сюжетных игр и т.д.; активизация мыслительного процесса и познавательного интереса, овладение навыками общения и коллективного творчества, совершенствование коммуникативной деятельности; приобщение к искусству; доступным областям профессионально-трудовой деятельности.

При проведении занятий рекомендуется выполнять условия:

- создание естественной стимулирующей среды (комфорт, защищенность);
- подбор заданий, соответствующих возможностям занимающихся, исключение негативных оценок их действий, идей, результатов, поощрение творчества;
- усиление положительной мотивации к занятиям и личной заинтересованности участников занятий в происходящем;
- реальное проживание, проигрывание, прочувствование возможных воображаемых и реальных ситуаций в жизни;
- использование метода переноса смысла с одного познаваемого объекта на другой (С.В. Дмитриев) за счет применения метафор (перенесение одного образа в другой, более сложный), аналогий (вскрывает внутреннюю сущность объекта, делает «необычное знакомым», понятным для занимающихся), аллегорий (сопоставление несопоставимого) и других идеальных образований, составляющих универсальный механизм творческой деятельности и играющих немалую роль в художественном осмыслении действительности.

Фрагменты, элементы и хорошо оформленные системы креативных телесно-ориентированных практик используются в сказкотерапии, игротерапии, ритмопластике, пластической гимнастике, системе психосоматической саморегуляции, ментального тренинга, нейролингвистического программирования, в лечебной релаксационной пластике, в телесно-ориентированной психотехнике актера, психогимнастике и др.

Сказкотерапия – один из приемов в арт-терапии, разделе психологии – психологическое воздействие на личность через сказки, способствующее

щее коррекции проблем и развитию личности. В основе сказкотерапии лежит процесс связи между действиями в сказке и реальности. Область применения этого приема не имеет возрастных ограничений и может использоваться в работе как с детьми, так и со взрослыми. Цель сказкотерапии – относительно мягкое по сравнению с большей частью психологических инструментов искоренение страхов, коррекция характера, поведения и внутреннего состояния ребёнка.

Виды сказкотерапии: Художественные сказки. Художественные сказки, наиболее приближены к обычному фольклору, универсальны и редко адаптируются под конкретного ребёнка. В основном они используются в качестве поддерживающей терапии и не используются для корректировки более серьезных проблем. Главным принципом художественных сказок является «не навреди», поэтому их можно применять без глубоких знаний о принципах сказкотерапии.

Психокоррекционные сказки. Данный тип сказок подразумевает мягкую коррекцию некоторых черт характера и поведения ребёнка. Часто используются для детей с агрессивным и буйным характером. Эти сказки обязательно должны быть проработаны психологом индивидуально для каждого ребёнка.

Психотерапевтические сказки. В отличие от психокоррекционных сказок психотерапевтические сказки менее травматичны и применяются большинством психологов при работе с детьми от 3-х до 8-ми лет после поверхностного изучения проблем ребёнка. Именно психотерапевтические сказки являются основным инструментом корректировки страхов и фобий. Есть и универсальные психотерапевтические сказки, которые могут применяться без адаптации психологом под конкретного ребёнка. В этом случае фактором, повышающим эффективность сказки, является персонализация, то есть главным героем сказки является сам ребёнок. Обычно используются готовые сборники терапевтических сказок по наиболее частым проблемам (боязнь темноты, жадность и др.).

Медитативные сказки. Эти сказки отличаются отсутствием конфликтов и злых героев. Они разработаны для расслабления после психологической загруженности. Являются самым сложным типом в сказкотерапии потому что не нацелены на решение конкретной проблемы. Медитативные сказки часто рассказываются в формате диалога с ребёнком, что помогает рассказчику-психологу менять сюжет, опираясь на явные или скрытые потребности ребёнка.

Дидактические сказки. Дидактические сказки часто используются для дошкольников и детей младшего школьного возраста. Назначение этих сказок научить ребёнка в интерактивной форме чему-то новому. Часто применяются в начальной школе, как часть учебной программы.

Основная цель creatively (художественно-музыкальных) телесно-ориентированных практик необходимо считать приобщение инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья к доступным видам деятельности, способным обеспечить им самоактуализацию, творческое развитие, удовлетворение от активности; снятие психологических напряжений «зажимов» и вовлечение их в занятия другими видами АФК и в перспективе – в профессионально-трудовую деятельность.

Психогимнастика – это курс специальных занятий (этюдов, игр, упражнений), направленных на развитие и коррекцию различных сторон психики ребенка (познавательной, эмоционально-личностной). Такие занятия показаны вспыльчивым, замкнутым детям с чрезмерной утомляемостью, истощаемостью, непоседливостью, с неврозами, нарушениями характера; легкими задержками психического развития и другими нервно-психическими расстройствами. Психогимнастика по методике М.И. Чистяковой, прежде всего, направлена на обучение элементам техники выразительных движений, воспитание эмоций и высших чувств, на приобретение навыков в саморасслаблении. Психогимнастика помогает детям преодолевать барьеры в общении, лучше понять себя и других, снять психическое напряжение. Нарушения выразительности моторики заслуживают пристального внимания, так как неумение правильно выразить свои чувства, неловкость, затрудняют общение детей со сверстниками и взрослыми.

Танцевальная терапия, где основополагающим правилом является единство тела и сознание человека. Характер человека понимается не только как его психологические особенности, но и как способ функционирования его тела, проявляющийся через позу, осанку, физические способности и др. Эмоциональные состояния отражаются в теле и задают ему определенную структуру. Особую роль танцтерапия имеет, как способ осуществления контакта с аутичными, недоступными для речевого воздействия больными. Выразительные движения позволяют освободить подавленные чувства, исследовать скрытые конфликты, которые могли быть источником напряжения и реализовать это напряжение в креативном русле. Важной целью танцтерапии является развитие

положительного образа собственного тела, который связан с положительным образом «Я».

В танцевальной терапии выделяются: структурированный танец; спонтанные выразительные движения; свободные движения с заданным ритмом и др.

Фольклорная арт-терапия – это метод, использующий фольклор в качестве средства коррекции эмоциональных отклонений, двигательных и речевых расстройств, отклонений в поведении, при коммуникативных затруднениях.

Экстремальные виды двигательной активности – вид АФК удовлетворяющие потребности лиц с отклонением в состоянии здоровья в риске, повышенном напряжении, потребности испытать себя в необычных, экстремальных условиях, опасных для здоровья и даже для жизни. Экстрим (англ. extreme – противоположный, обладающий высокой степенью, чрезмерный, особенный) – выдающиеся, экстраординарные действия, как правило связанные с опасностью для жизни.

Основной целью экстремальных видов двигательной активности является преодоление психологических комплексов неполноценности (неуверенности в своих силах, недостаточное самоуважение и т.п.) формирование потребности в значительных напряжениях как необходимых условиях саморазвития и самосовершенствования: профилактика состояний фрустрации, депрессии: создание у инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья ощущения полноценной жизни.

Важно отметить в основе таких потребностей лежат биологические предпосылки. Показано, например, что механизмы потребности к получению нового опыта, связанного с риском, угрозой для жизни и т.п., обусловлены потребностью человека в активизации эндогенной опитатной системы, выполняющей функции профилактики состояний фрустрации, депрессии.

Дельтапланеризм, парашютный и горнолыжный спорт, скалолазание, альпинизм, серфинг, различные виды прыжков и ныряния вызывают «острые» ощущения, связанные с состоянием свободного падения в воздухе, скоростным перемещением и вращением тела, резким ускорением и т.п., которые в свою очередь, активизируют эндогенную опитатную систему, способствуют выработке эндорфинов – гормонов «счастья». При этом преодоление чувства страха приводит к повышению у

человека чувства самоуважения, личностной самореализации, к ощущению принадлежности к элитарным группам социума.

Современные нейробиологические исследования показали, что существенной причиной формирования алкогольной и наркотической зависимостей является гиподисфункция эндогенной опиоидной системы, следовательно, можно переориентировать зависимых людей на экстремальные виды двигательной активности.

2.4 Адаптивный спорт

Адаптивный спорт – вид АФК, удовлетворяющий потребности личности в самоактуализации, в максимально возможной самореализации своих способностей, сопоставлении их со способностями других людей; потребности в коммуникативной деятельности и вообще в социализации.

Главная цель адаптивного спорта – социализация инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья и повышение уровня качества жизни через участие в учебно-тренировочной и соревновательной деятельности, стремление к максимально возможной самореализации в одном из видов адаптивного спорта.

Исходя из принципа социальной интеграции, развитие физкультуры и спорта инвалидов должно акцентироваться на развитии адаптированных видах спорта.

Адаптированные виды спорта – это метод лечебной физкультуры у больных с длительным и стойким нарушением трудоспособности, использующий элементы соревнования в сочетании с субмаксимальными физическими нагрузками с целью повышения мотивации, физической реадaptации и позволяющий повысить социальную значимость больного уже на ранних этапах реабилитации.

Основные задачи адаптивного спорта:

- достижение максимального (рекордного) результата в конкретном виде адаптивного спорта;
- овладение высоким уровнем спортивного мастерства, формирование спортивной культуры инвалидов, приобщение их к историческому опыту в данной сфере;
- освоение мобилизационных, технологических, интеллектуальных и других ценностей физической культуры;

- освоение новых социальных ролей и функций, расширение круга лиц для осуществления коммуникативной деятельности;
- повышение уровня качества их жизни и др.

Коррекционные и специальные задачи адаптивного спорта

Перед началом занятий спортом обязательно прохождение подготовки по коррекционно-реабилитационной программе. Это обязательное условие позволяет адаптировать организм к нагрузке и создать базу для формирования спортивных двигательных навыков. Использование унифицированных нагрузок позволяет также ускорить процесс восстановления фонда жизненно важных умений и навыков, необходимых в бытовой деятельности инвалидов.

Коррекционные и специальные задачи адаптивного спорта детерминируются нозологическими особенностями спортсменов. Так, для спортсменов с повреждением опорно-двигательного аппарата в рамках коррекционно-реабилитационной программы необходимо решить общие, коррекционные и специальные задачи.

Олимпийскими играми, в соответствии с олимпийскими традициями и идеалами.

Основные направления адаптивного спорта. Содержание адаптивного спорта (как базового, так и высшего достижения) направлено, прежде всего, на формирование у инвалидов высокого спортивного мастерства и достижение ими наивысших результатов в его различных видах в соревнованиях с людьми, имеющих аналогичные проблемы со здоровьем.

Сущностную основу АС составляет соревновательная деятельность и целенаправленная подготовка к ней.

- Достижение максимальных адаптационно-компенсаторных возможностей на доступном биологическом уровне.
- Совершенствование индивидуальной спортивной техники за счет сохранных функций.
- Подготовка к соревнованиям рассматривается как врачбно-педагогический процесс, где в оптимальном соотношении задействованы лечебные и педагогические средства, обеспечивающие реализации физического, интеллектуального, эмоционально-психического потенциала спортсмена-инвалида, удовлетворяющие эстетические, этические, духовные потребности, стремление к физическому совершенствованию.

В соответствии с Олимпийской хартией критерием принадлежности к олимпийскому движению является признание МОК. В настоящее время МОК признаны Паралимпийские игры, Сурдлимпийские игры и Игры Специальной Олимпиады (Рис.8).

Основная цель адаптивного спорта заключается в формировании спортивной культуры инвалида, приобщении его к общественно-историческому опыту в данной сфере, освоении мобилизационных, технологических, интеллектуальных и других ценностей ФК.

Основные направления адаптивного спорта:

1. Рекреационно-оздоровительное. Предлагает организацию групп здоровья для инвалидов с ограниченными функциональными возможностями. Однако все инвалиды, начинающие занятия в клубе, должны заниматься сначала в группах здоровья, по коррекционно-реабилитационной программе. Это обязательное условие позволяет адаптировать организм инвалида к последующим спортивным нагрузкам и создать основу для формирования спортивных двигательных навыков.

2. Спорт высших достижений. Участие в спортивных соревнованиях, спортивные тренировки предъявляют повышенные требования к организму человека, функционированию всех его систем. Именно поэтому, спортивное движение инвалидов и по сей день является предметом для дискуссии среди ученых и специалистов по физической культуре и спорту.

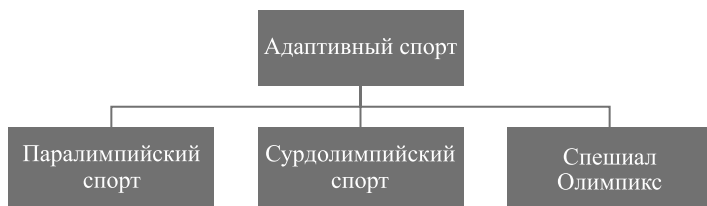


Рисунок 8. Направления адаптивного спорта

Три основных направления развития адаптивного спорта:

1. Сурдлимпийское движение – олимпийское движение глухих. 1888, г. Берлин – основание первого спортивного клуба глухих. 1924 г. – проведение первых Олимпийских игр глухих.

2. Паралимпийское движение. В паралимпийском движении участвуют спортсмены-инвалиды с поражением опорно-двигательного ап-

парата и с нарушением зрения. Параолимпийская программа требует от спортсмена регулярной системы тренировки, участия во всех крупных Международных соревнованиях, а главное – уровня спортивного мастерства не ниже I-II взрослого разряда.

3. Специальное Олимпийское движение. Спортсмены-инвалиды с нарушениями интеллекта стали принимать участие в Параолимпийских играх не так давно. Для инвалидов с умственной отсталостью главным спортивным мероприятием являются игры «Спешиал Олимпикс». Эта программа представляет собой особый вид спортивного движения, в котором победителем становится каждый участник. Программа не предполагает высокого уровня спортивного мастерства, не требует от участника выполнения разрядных нормативов.

Помимо соревновательных программ, требующих определенного уровня технической и тактической подготовки, существует также раздел «Моторная активность», позволяющий участвовать в соревнованиях и занятиях инвалидов с тяжелыми степенями поражения ЦНС и опорно-двигательного аппарата.

Кроме того, с 1989 г проводятся соревнования среди лиц, перенесших операции на сердце. В 1990 г в Каракасе (Венесуэлла) такие спортсмены преодолели марафонскую дистанцию.

2.4.1 Международные организации и учреждения, развивающие физическую культуру и спорт для лиц с ограниченными возможностями здоровья

Структура и иерархия международных организаций, занимающихся вопросами физкультуры и спорта для лиц с ограничениями в состоянии здоровья, находится в постоянном развитии. В 1924 году, был образован **Международный спортивный комитет глухих (CISS)**. В него вошли федерации, объединяющие спортсменов с нарушением слуха. Начиная с 1924 г., Международный спортивный комитет глухих каждые четыре года проводит летние **Всемирные игры глухих**.

В июле 1948 года и в 1952 году, одновременно с проведением Олимпийских игр в Великобритании, по инициативе доктора Людвиг Гутмана были проведены **Сток-Мэндвильские игры (SMG)**. Отсутствие необходимого управляющего органа, который бы координировал и определял направления развития соревнований инвалидов, привело к

созданию в 1972 г. **Международной федерации Сток-Мэндвильских игр**, которая установила тесные взаимоотношения с Международным олимпийским комитетом (ИОС). Позднее эта организация была преобразована в **Международную Сток-Мэндвильскую Федерацию колясочников (ISMWSF)**.

В 1964 году по инициативе рабочей группы Всемирной федерации ветеранов войны была образована **Международная спортивная организация инвалидов (ISOD)**, которая охватывала спортсменов с ампутированными конечностями. В течение нескольких лет ее возглавлял Людвиг Гуттман. В 2004 году Федерация международных Сток-Мэндвильских игр и Международная спортивная организация инвалидов слились в единую организацию, получившую название **Международная спортивная федерация колясочников и ампутантов (IWAS)**.

В 1963 г. Адаптивный спорт пополнился еще одним направлением – Играмми Специальных олимпиад. Тогда Юнис Кеннеди-Шрайвер открыла в Мериленде летний дневной лагерь для детей и взрослых с отклонениями в умственном развитии с целью изучения и развития их способностей в спорте и двигательной деятельности. В декабре 1968 г. Была создана благотворительная организация Специальных олимпиад.

В 1978 году была создана **Международная ассоциация спорта и рекреации лиц с церебральным параличом (CP-ISRA)**. Затем, в 1981 году, последовало создание Международной спортивной ассоциации слепых (ISPA). С развитием этого движения стало очевидно, что нужна кооперация и координация усилий. В 1982 году произошло слияние Федерации международных Сток-Мэндвильских игр, Международной спортивной организации инвалидов, Международная ассоциация спорта и рекреации лиц с церебральным параличом (CP-ISRA) и Международной спортивной ассоциации слепых (ISPA) в **Международный спортивный комитет инвалидов мира (ICC)**.

В 1986 г. Была создана **Международная спортивная ассоциация лиц с умственными поражениями (INAS-FMH)**. В настоящее время эта организация называется **Международная спортивная ассоциация для лиц с поражениями интеллекта (INAS-FID)**. В 1986 году Международный комитет спорта для глухих (CISS) и Международная спортивная федерация для лиц с нарушением интеллекта (INAS-FID) примкнули к Международному спортивному комитету инвалидов мира (ICC).

Между 1982 и 1992 годами Международный спортивный комитет инвалидов мира (ИСС) занимался вопросами адаптивного спорта и представлял интересы лиц с ограниченными возможностями в Международном олимпийском комитете. Однако интересы национальных спортивных организаций инвалидов требовали более широкого представительства, и в 1989 году в Дюссельдорфе (Германия) был образован **Международный паралимпийский комитет (IPC)**, который возглавил Роберт Д. Стэдвард. К 1994 году IPC полностью взял на себя ответственность за международное спортивное движение инвалидов. В настоящее время штаб-квартира комитета находится в Бонне (Германия). Возглавляет этот орган представитель Великобритании сэра Филип Крейвен.

Сегодня руководство адаптивным спортом осуществляют международные спортивные организации инвалидов, которые фактически являются субъектами адаптивного спорта в международной олимпийской системе:

- Международный паралимпийский комитет;
- Международный сурдлимпийский комитет;
- Международная организация Специальных олимпиад.

Только Международный паралимпийский комитет имеет нозологический полиструктурный характер. Здесь принимают участие спортсмены с поражением зрения, повреждениями позвоночника и спинного мозга, церебральным параличом, ампутациями и другими ПОДА. В паралимпийских играх 1996-2000 гг. Принимали участие также спортсмены с поражением интеллекта.

Под эгидой Международного паралимпийского комитета действуют:

- Федерации международных Сток-Мэндвильских игр,
- Международной спортивной организации инвалидов,
- Международная ассоциация спорта и рекреации лиц с церебральным параличом (CP-ISRA)
- Международной спортивной ассоциации слепых (ISPA)

Международный комитет спорта для глухих

Международный комитет спорта для глухих (англ.: The International Committee of Sports for the Deaf; фр.: Comité International des Sports des Sourds (CISS)) является старейшей спортивной организацией инвалидов. Он был основан 24 августа 1924 года в Париже и имеет статус общественной организации инвалидов по слуху. Устав и полномочия CISS признаны МОК на сессии в Париже 13 июня 1995 года. Национальные спортив-

ные организации – члены CISS объединены в его структуры по географическому принципу: Европейскую спортивную организацию глухих, Пан-Американскую спортивную конфедерацию глухих, Азиатско-Тихоокеанскую спортивную конфедерацию глухих и Конфедерацию глухих стран Африки. В настоящее время руководство CISS представляют президент Джон М. Ловетт (John M. Lovett) и генеральный секретарь Дональда К. Аммонз (Donalda K. Ammons). Членами МКГС являются более 95 государств, в том числе Россия.

Международная федерация адаптивной физической активности

Международная федерация адаптивной физической активности (IFAPA) была создана в 1973 году. Эта федерация объединяет ученых, врачей, педагогов, методистов и студентов, действующих в различных областях, таких как адаптивное физическое обучение, физическая рекреация, подготовка спортсменов с ограниченными возможностями, биомеханика, кинезиология, спортивная нутрициология, геронтология и других. Каждые 2 года Международная федерация АФА (IFAPA) проводит международные симпозиумы, которые значительно стимулируют развитие этой области, способствуя росту популярности исследований, развитию интеграции специалистов различных областей АФА и облегчая практическое применение научных разработок.

2.4.2 Характеристика учебно-тренировочного процесса

Основными формами учебно-тренировочного процесса в учреждении, осуществляющем деятельность по АФКиС, являются:

- тестирование и медицинский контроль;
- медико-восстановительные мероприятия;
- работа по индивидуальным планам (обязательна на всех этапах подготовки);
- групповые и индивидуальные учебно-тренировочные и теоретические занятия;
- участие в соревнованиях, матчевых встречах, учебно-тренировочных сборах, спортивно-оздоровительных лагерях;
- инструкторская и судейская практика занимающихся.

С целью социализации и социальной интеграции в паралимпийском и Сурдлимпийском движении соревнования проводится по той же традиционной модели, которую используют для здоровых спортсменов.

Ю.Ф. Курамшин выделяет следующие отличительные черты соревнования:

- спортсмены-соперники;
- предмет соревнований (совокупность действий соперников, выступающих средством ведения соревновательной борьбы в избранном виде спорта);
- судейство (правила соревнований, нормы, критерии и технология определения мест, соревнующихся и пр.);
- средства и службы обеспечения соревновательной деятельности;
- болельщики и зрители;
- иерархия мест участников состязаний, т.е. распределение каждого из них на основе показанных спортивных результатов в порядке от лучшего к худшему.

Одним из важных социальных аспектов соревнований является признание соревнующимся квалификационных разрядов.

В Специальном олимпийском движении, предназначенном для лиц с нарушением интеллектуального развития, используется нетрадиционная модель соревнований. Для нетрадиционной модели характерны следующие особенности:

- Среди участников не может быть проигравших. Каждый из спортсменов участвует в награждении и получает награду.
- Участники разделяются по результатам предварительных соревнований на «дивизионы», где уровень подготовленности участников не отклоняется более чем на 10%.
- В каждом дивизионе, минимальное количество участников составляет частное от деления общего количества участников или команд.

Оздоровительный физкультурно-коррекционный этап и этап начальной подготовки

Многолетняя подготовка занимающихся в учреждениях, осуществляющих деятельность по адаптивной физической культуре и спорту, разделяется на следующие этапы:

- 1) физкультурно-оздоровительный (физкультурно-коррекционный) с элементами спорта, который может длиться весь период занятий в учреждении;
- 2) начальной подготовки с продолжительностью 2-3 года;
- 3) учебно-тренировочный с продолжительностью от 4 лет и более;
- 4) спортивного совершенствования с продолжительностью от 3 лет и более;

5) высшего спортивного мастерства.

Каждому этапу соответствуют следующие задачи и критерии оценки деятельности учреждений АФКиС.

Спортивно-оздоровительный (физкультурно-коррекционный) с элементами спорта этап (СО) предполагает привлечение максимально возможного числа инвалидов и лиц с отклонениями в развитии или состоянии здоровья без ограничения возраста к систематическим занятиям адаптивной физической культурой и спортом для оздоровления и коррекции имеющихся отклонений в состоянии здоровья, воспитания их личности, формирования здорового образа жизни, развития физических качеств.

Критерии оценки деятельности учреждения:

- 1) стабильность состава занимающихся, посещаемость ими занятий;
- 2) динамика индивидуальных показателей, характеризующих состояние органов и систем, нарушения которых являются причинами инвалидности, а также сопутствующих заболеваний и вторичных отклонений, общее состояние организма и уровень функциональных возможностей индивида;
- 3) динамика индивидуальных показателей физического развития (рост, вес, окружность грудной клетки, жизненная емкость легких) и основных физических качеств занимающихся (сила, быстрота, выносливость, гибкость, координационные способности);
- 4) уровень освоения навыков гигиены, самоконтроля, бытового самообслуживания, общения с окружающими; способности к самостоятельному передвижению.

Этап начальной подготовки (НП) предусматривает в дополнение к задачам первого этапа начало спортивной специализации занимающихся.

Критерии оценки деятельности учреждения:

- 1) стабильность состава занимающихся;
- 2) динамика улучшения индивидуальных показателей, характеризующих состояние основного дефекта (заболевания), сопутствующих заболеваний и вторичных отклонений;
- 3) динамика прироста индивидуальных показателей физического развития и (или) основных физических качеств занимающихся;
- 4) уровень освоения основ техники вида спорта, навыков гигиены и самоконтроля, самостоятельного передвижения (в том числе с помо-

щью соответствующих технических средств) и бытового самообслуживания, умение ориентироваться в окружающей среде и незнакомой обстановке, способность контактировать с незнакомым тренером.

На этапы физкультурно-оздоровительной (физкультурно-коррекционной) и начальной подготовки принимаются дети с отклонениями в развитии или состоянии здоровья и инвалиды любого возраста, желающие заниматься адаптивной физической культурой и спортом, при наличии:

- у инвалидов – рекомендаций специалистов учреждений Государственной службы медико-социальной экспертизы, внесенных в индивидуальную программу реабилитации инвалидов;
- у детей с отклонениями в развитии или состоянии здоровья – направление или разрешение (допуск) лечащего врача к занятиям адаптивной физической культурой и спортом.

Учебно-тренировочный этап (УТ) предусматривает в дополнение к задачам первого и второго этапов повышение уровня спортивных результатов и физической подготовленности с учетом индивидуальных особенностей занимающихся и требований программ по видам спорта; в индивидуальных случаях предусматривает привлечение перспективных спортсменов-инвалидов к специализированной спортивной подготовке для достижения ими высоких стабильных результатов, позволяющих войти в состав сборных команд и успешно выступать в международных соревнованиях; профилактику вредных привычек и правонарушений.

Критерии оценки деятельности учреждения:

1) освоение объемов тренировочных нагрузок, предусмотренных программами по видам спорта, выполнение спортсменом-инвалидом объемов тренировочных и соревновательных нагрузок, предусмотренных индивидуальным планом подготовки;

2) освоение теоретических разделов программы;

3) динамика улучшения индивидуальных показателей, характеризующих состояние основного дефекта (заболевания), сопутствующих заболеваний и вторичных отклонений;

4) динамика прироста индивидуальных показателей физического развития и (или) основных физических качеств занимающихся и навыков социальной адаптации;

5) динамика спортивно-технических показателей;

6) стабильность результатов выступления;

7) количество инвалидов-спортсменов, подготовленных в составы сборных команд.

На учебно-тренировочный этап (УТ) подготовки зачисляются на конкурсной основе спортсмены, которые за период не менее двух лет прошли необходимую подготовку – при выполнении ими требований по общефизической и специальной подготовке и наличии соответствующих заключений медицинских работников.

Этап спортивного совершенствования (СС) предполагает развитие спорта высших достижений, привлечение перспективных спортсменов к специализированной спортивной подготовке для достижения ими высоких стабильных результатов, позволяющих в составе сборных команд успешно выступать в международных соревнованиях.

Критерии оценки деятельности учреждения:

1) выполнение спортсменом-инвалидом объемов тренировочных и соревновательных нагрузок, предусмотренных индивидуальным планом подготовки;

2) положительная динамика спортивно-технических показателей;

3) стабильность высоких результатов выступления;

4) уровень физического развития и функционального состояния занимающихся;

5) количество спортсменов-инвалидов, подготовленных в составы сборных команд.

Этап спортивного совершенствования (СС) формируется из спортсменов, выполнивших спортивный разряд кандидата в мастера спорта или вошедших в состав сборной команды. Перевод по годам обучения на этом этапе осуществляется при условии положительной динамики прироста спортивных показателей.

Этап высшего спортивного мастерства (ВСМ) предусматривает в дополнение к задачам этапа спортивного совершенствования поддержание уровня высоких спортивных результатов и физической подготовленности спортсменов – членов сборных команд с целью их подготовки к участию в Паралимпийских играх, Сурдлимпийских играх, чемпионатах мира, Европы.

Критерии оценки деятельности учреждения:

1) выполнение спортсменом объемов тренировочных и соревновательных нагрузок, предусмотренных индивидуальным планом подготовки;

- 2) положительная динамика спортивно-технических показателей;
- 3) стабильность высоких результатов выступления на соревнованиях среди инвалидов;
- 4) уровень физического развития и функционального состояния занимающихся;
- 5) число спортсменов, подготовленных в составы сборных команд среди инвалидов;
- 6) количество спортсменов, завоевавших медали на официальных международных соревнованиях среди инвалидов (Паралимпийских игры, Сурдлимпийские игры, чемпионаты мира, Европы).

Этап высшего спортивного мастерства (ВСМ) формируется из спортсменов – членов сборных команд с целью их подготовки к участию в Паралимпийских играх/ Сурдлимпийских играх, чемпионатах мира, Европы.

В таблице 7 описаны нормативы по наполняемости групп и объема нагрузки на разных этапах многолетней подготовки спортсменов в зависимости от нозологии (согласно Приложению 3-1 к Правилам деятельности детско-юношеских спортивных школ, спортивных школ для инвалидов, в которых осуществляется учебно-тренировочный процесс по подготовке спортивного резерва и спортсменов высокого класса в соответствии приказа Министра культуры и спорта Республики Казахстан от 19.05.2016 № 136).

Таблица 7

Режим учебно-тренировочной работы и наполняемости групп среди инвалидов

| Группа (по этапам обучения) | Период обучения (лет) | Количество часов в неделю | Количество человек в группах «с поражением опорно-двигательного аппарата», «с нарушением зрения», «с нарушением органов слуха», «с ограничением интеллектуальных возможностей» (минимальная численность) | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|--|--|--|---|--|
| | | | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Высшего спортивного мастерства | Весь период | 32 часа 36 часов (при наличии в со- ставе группы члена сбор- ной команд Республики Казахстан) | С пораже- нием опорно- двигатель- ного аппарата 2 человека | С наруше- нием органов зрения 2 чело- века | С наруше- нием органов слуха 2 чело- века | С ограни- чением интеллек- туальных возмож- ностей 2 чело- века |

| | | | | | | |
|-------------------------------|----------------------------|----------|------------|------------|------------|------------|
| Спортивного совершенствования | Первый год обучения | 24 часа | 2 человека | 2 человека | 2 человека | 2 человека |
| | Второй год Обучения | 26 часов | 2 человека | 2 человека | 2 человека | 2 человека |
| | Свыше двух лет обучения | 28 часов | 2 человека | 2 человека | 2 человека | 2 человека |
| Учебно-тренировочные | Первый год обучения | 12 часов | 3 человека | 4 человека | 4 человека | 4 человека |
| | Второй год Обучения | 14 часов | 3 человека | 3 человека | 4 человека | 4 человека |
| | Третий год обучения | 18 часов | 3 человека | 3 человека | 3 человека | 3 человека |
| | Свыше трех лет обучения | 20 часов | 2 человека | 3 человека | 3 человека | 3 человека |
| Начальная подготовка | Первый год обучения | 8 часов | 5 человек | 5 человек | 5 человек | 5 человек |
| | Свыше одного года обучения | 10 часов | 4 человека | 5 человек | 5 человек | 5 человек |
| Спортивно-оздоровительные | Весь год | 6 часов | 5 человек | 6 человек | 6 человек | 6 человек |

2.4.3 Международная классификация спортсменов с ограничениями в состоянии здоровья

Для участия в паралимпийских играх спортсмены должны пройти систему классификации, разработанную Паралимпийскими Федерациями Спорта. Общая и функциональная классификации имеют целью обеспечить справедливые условия соревнований между спортсменами по признаку равной степени поражения и равных функциональных возможностей. Процесс классификации является долгосрочным и организуется каждой федерацией в индивидуальном порядке на протяжении

нии четырёхлетнего цикла подготовки к очередным Паралимпийским Играм. Класс, в который определялся спортсмен, мог со временем меняться в зависимости от того, улучшилось или ухудшилось функциональное состояние спортсмена. Поэтому спортсмен на протяжении своей спортивной карьеры проходил через процесс определения класса не один раз.

В настоящее время категории слепоты и слабовидения соответствуют критериям снижения зрения, соответствующим X-Международной классификации болезней (МКБ-10). На основании этого решением Исполкомом IBSA была принята в 1982 спортивно-медицинская классификационная система.

Классификация спортсменов с нарушением зрения

(Международная спортивная ассоциация слепых – IBSA)

B1 – спортсмен этого класса не имеет светочувствительности в одном из глаз (тотальная потеря зрения) или имеет частичную светочувствительность при отсутствии реакции на движение (движение руки на любом расстоянии от глаза).

B2 – спортсмен может видеть движение руки на расстоянии до 2 м (при норме – 60 м).

B3 – спортсмен может видеть движение руки на расстоянии от 2 до 6 м. Поле зрения спортсмена варьирует от 5 до 20 градусов.

Ограниченное поле зрения: если смотреть одним глазом сквозь дверной проем, то можно увидеть лишь столько, сколько в замочную скважину закрытой двери.

Классификация спортсменов с повреждением опорно-двигательного аппарата (ПОДА)

В программе паралимпийских игр принимают участие спортсмены со следующими видами ПОДА: повреждение позвоночника и спинного мозга; церебральный паралич; ампутации; прочие повреждения.

Классификация спортсменов с последствиями травм и заболеваний спинного мозга и последствиями полиомиелита предполагает следующие классы:

1. Повреждения шейного отдела позвоночника: классы 1А, 1В, 1С.
2. Повреждение грудного отдела: классы 2, 3.
3. Повреждение грудного или поясничного отдела: класс 4.

4. Повреждение поясничного отдела: класс 5.

5. Повреждение крестцового отдела: класс 6.

Классификация лиц с церебральным параличом – CPISRA:

Ведущим критерием оценки состояния лиц с церебральным параличом является состояние двигательных, речевых и интеллектуальных функций. В соответствии с видами двигательных возможностей спортсмены распределяются на 8 классов. Спортсмены, имеющие тяжелые нарушения, относятся к классам 1-4 (**CP1, CP2, CP3 и CP4**) и соревнуются на колясках. Спортсмены классов 5-8 (**CP5, CP6, CP7 и CP8**) соревнуются стоя. Определенный класс спортсмены по классификации CP-ISRA является основанием для включения в соответствующую стартовую группу.

CP1 – спортсмен с ограниченными движениями и слабой функциональной силой рук, ног и туловища. Спортсмен использует коляски с электроприводом или постороннюю помощь при передвижении. Он не в состоянии вращать колеса кресла-коляски.

CP2 – спортсмен со слабой функциональной силой рук, ног и туловища. Он в состоянии самостоятельно вращать колеса кресла-коляски.

CP3 – спортсмен демонстрирует способности к движениям тела при передвижении на коляске, однако наклоны тела вперед при этом ограничены.

CP4 – спортсмен демонстрирует хорошую функциональную силу с минимальными ограничениями или проблемами контроля в руках и туловище. Спортсмен демонстрирует слабое равновесие.

CP5 – спортсмен имеет нормальное статическое равновесие, но демонстрирует проблемы в динамическом равновесии. Спортсмену требуется приспособление для ходьбы, но не обязательно при положении стоя или вовремя движений в метании (метательные дисциплины в легкой атлетике).

CP6 – Спортсмен может ходить без посторонней помощи. Обычно спортсмен имеет проблемы контроля над руками, а ноги функционируют лучше, чем у спортсмена класса CP5, особенно при беге.

CP7 – спортсмен имеет произвольные мышечные спазмы с одной стороны тела. У него имеются хорошие функциональные возможности в доминирующей половине тела. Он может ходить без посторонней помощи, но часто прихрамывает на одну ногу по причине произвольных мышечных спазмов.

CP8 – у спортсмена минимальные непроизвольные спазмы в одной из рук, ног или половине тела. Чтобы соревноваться в данном классе, спортсмен должен иметь диагноз «церебральный паралич» или другое, не прогрессирующее поражение головного мозга.

Классификация спортсменов с ампутациями (Таб.8):

Эта категория включает спортсменов, у которых отсутствует как минимум один сустав конечности.

Таблица 8

Классификация спортсменов с ампутациями

| Класс | Вид повреждения | Характеристика повреждения |
|-------|---|------------------------------------|
| A1 | Двухсторонняя ампутация над или через коленный сустав | Двухсторонняя ампутация бедер |
| A2 | Односторонняя ампутация над или через коленный сустав | Односторонняя ампутация бедра |
| A3 | Двухсторонняя ампутация под коленом, но над или через голеностопный сустав | Двухсторонняя ампутация голени |
| A4 | Односторонняя ампутация под коленом, но над или через голеностопный сустав | Односторонняя ампутация голени |
| A5 | Двухсторонняя ампутация над или через локтевой сустав | Двухсторонняя ампутация плеча |
| A6 | Односторонняя ампутация над или через локтевой сустав | Односторонняя ампутация плеча |
| A7 | Двухсторонняя ниже локтевого сустава, но над или через запястье (ниже локтевого сустава, но над или через запястье) | Двухсторонняя ампутация предплечья |
| A8 | Односторонняя ниже локтевого сустава, но над или через запястье | Односторонняя ампутация предплечья |
| A9 | Различные сопутствующие ампутации верхних и нижних конечностей | |

Классификация спортсменов с прочими ПОДА:

К данной группе относятся лица с ПОДА, не описанными в классификационных системах иных групп:

Класс L1 – спортсмены со значительными двигательными поражениями четырех конечностей;

Класс L2 – спортсмены, имеющие двигательные поражения трех или четырех конечностей, но менее значительные, чем класс L1;

Класс L3 – спортсмены с ограниченными функциональными возможностями трех конечностей;

Класс L4 – спортсмены с ограниченными функциональными возможностями двух или трех конечностей, которые менее значительны, чем в классе L3;

Класс L5 – спортсмены с ограниченными функциональными возможностями хотя бы одной конечности;

Класс L6 – спортсмены с небольшими функциональными ограничениями.

Классификация спортсменов с поражением интеллекта

В основе классификации лежит определение коэффициента интеллекта, где наиболее распространенной является модификация шкалы Векслера 1955 г., опубликованной под названием «Шкала интеллекта для взрослых». Предназначена для лиц от 16 до 64 лет и содержит 11 субтестов. Существует вариант модификационной шкалы Векслера для детей от 5 лет до 15 лет 11 мес.

Классификация коэффициента интеллекта (IQ) по Векслеру выглядит таким образом:

120-129 – высокий интеллект;

110-119 – «Отличная» норма;

90-109 – Уровень большинства людей (условная норма);

80-89 – «Сниженная» норма;

70-79 – «Пограничный» класс;

69 и ниже – Поражение интеллекта.

2.4.4 Негативные явления адаптивного спорта.

Допинг – это определение медицинской комиссии МОК: «введение в организм спортсмена любым путем (вдыхание, таблетки, инъекции и др.) перед соревнованием, в ходе такового или в процессе непосредственной подготовки средств, искусственно повышающих работоспособность и спортивный результат и могущих создать опасность для здоровья при условии, если оно входит в список запрещенных МОК препаратов».

Казахстанский Национальный антидопинговый центр Казахстана создан согласно Постановления Правительства № 1718 от 29.12.2012 года. Необходимость создания была продиктована целью обеспечить спортивное сообщество Казахстана антидопинговыми знаниями и навыками и защитить право спортсмена на чистый спорт. Национальный антидопинговый центр Казахстана работает соответственно международным антидопинговым правовым актам. На базе центра действует Региональная антидопинговая организация по Центральной Азии (RADOCA), которая координирует комплекс мероприятий по всей Центральной Азии: Республика Казахстан, Республика Узбекистан, Кыргызская Республика, Республика Таджикистан, Туркменистан, Исламская Республика Афганистан, Исламская Республика Пакистан и Монголия.

Национальный антидопинговый центр Казахстана является государственной организацией, которая реализует антидопинговую программу Республики Казахстан.

Национальный антидопинговый центр взаимодействует с национальными антидопинговыми организациями других стран, международным Олимпийским комитетом, международными федерациями и другими международными организациями.

Основной миссией КазНАДЦ является: предоставить спортсменам информацию и обеспечить их знаниями и навыками для соблюдения принципов справедливой и честной игры и сохранения спорта, свободного от допинга.

КазНАДЦ реализует цели и задачи через информационные и образовательные программы, направленные на формирование и укрепление ценностей честного спорта, закрепленных в Олимпийской Хартии. Также занимается проведением допинг-контроля, который включает работу по планированию и проведению тестирования, расследованию фактов возможных нарушений антидопинговых правил, обработку результатов и проведение слушаний по фактам нарушений, терапевтическое использование.

Основные нормативно-правовые основы Антидопинговой политики в РК

1. Всемирный антидопинговый кодекс. Международный стандарт (01.01.2019 г.);
2. Международная Конвенция о борьбе с допингом в спорте, ратифицирован 07.12.2009 г. Законом РК

3. Обзор основных изменений и пояснительные замечания. Запрещенный список 2019.

4. Закон о физической культуре и спорте в РК от 3 июля 2014 года №228-VЗРК:

Статья 44 Противодействие использованию допинга в спорте, допинговых субстанций и (или) методов в спорте;

Антидопинговые правила Республики Казахстан Мин. Культуры и спорта от 2018 года.

Искажение принципов спортивно-медицинской классификации

Случаи представление заведомо ложной информации об уровне квалификации или возможностей описаны в Классификационном кодексе МПК (Международный паралимпийский комитет), утверждённом Генеральной ассамблеей МПК 24 ноября 2007 года. Согласно ему:

1. Спортсмен, который по мнению Классификационной комиссии предоставил заведомо ложную информацию о своей квалификации и/или возможностях, считается нарушившим Классификационные правила.

2. Если спортсмен предоставил заведомо ложную информацию о своей квалификации и/или возможностях, ему не присваивается Спортивный класс или Статус спортивного класса, и он не допускается к соответствующим соревнованиям в данном виде спорта.

3. Кроме того, МСФ (Международная спортивная федерация) должна:

- Не допускать спортсмена к прохождению дальнейшей оценки в данном виде спорта не менее чем в течение двух лет с момента предоставления заведомо ложной информации о своей квалификации и/или возможностях.
- Аннулировать Спортивный класс или Статус спортивного класса, присвоенный спортсмену на основе Главного классификационного списка.
- Поставить отметку «ИМ» (намеренное введение в заблуждение) против фамилии спортсмена в Главном классификационном списке.
- Не допускать спортсмена к прохождению дальнейшей оценки в любом виде спорта в рамках МСФ в течение двух лет с момента предоставления спортсменом заведомо ложной информации о своей квалификации и/или возможностях.

4. Спортсмену, в следующий раз повторно предоставившему заведомо ложную информацию о своей квалификации и/или возможностях, пожизненно запрещается участие в Паралимпийских играх. Кроме того, к спортсмену применяются другие санкции, которые МСФ считает целесообразными.

2.4.5 Материально-техническое оснащение паралимпийского объекта

В зависимости от структуры эксплуатируемого здания (спортивно-зрелищного, в данном случае), предполагаемого числа посетителей-инвалидов, финансовых возможностей заказчика рекомендуется предусматривать один из двух вариантов организации доступности:

- доступность для инвалидов всех помещений здания;
- выделение на уровне входной площадки специальных площадей, зон и специальных входов, приспособленных и оборудованных для инвалидов.

Для этого необходимо предусмотреть следующее:

1. Любой сигнал должен дублироваться светом и звуком, быть различим на расстоянии и соответствовать международным стандартам.
2. Необходимо, чтобы на городских тротуарах, дорогах, подземных переходах и в зданиях были специальные рельефные направляющие, которые указывали направление движения.
3. Для удобства ориентирования слабовидящих людей на каждом лестничном марше по краю первой и последней ступеньки (на всю ширину ступени) должна быть выполнена контрастная полоса ярко-желтого или белого цвета с рельефными узкими полосками.
4. Немаловажным представляется обозначение контрастным цветом дверей общественных учреждений (особенно стеклянных).
5. Габариты парковочного места для машины инвалида-колясочника должны находиться в нормативных пределах
6. Для обеспечения комфорта лиц, пользующихся креслами или колясками с электроприводом, любая информация (панели управления кабиной лифта, таблички и указатели) должна находиться на доступной высоте.
7. Поручни, ограждающие лестничные марши или пандусы, должны начинаться на 30 см раньше первой ступеньки лестницы или начала

пандуса и продолжаться на 30 см. дальше марша лестницы или верхнего края пандуса.

8. При необходимости преодолеть значительный перепад высот без применения подъемного оборудования рекомендуется использовать пандус «серпантинного» типа

9. Для эксплуатации на крупных спортивно-зрелищных объектах паралимпийского класса рекомендуется использовать лифты грузового типа.

10. Подъемные платформы являются индивидуальным средством перемещения человека с ограниченной подвижностью и могут быть рекомендованы для установки в местах, где перемещение лиц с ПОДА осуществляется персонально.

11. Санитарные комнаты спортивно-зрелищного объекта необходимо предусматривать для всех категорий посетителей.

Контрольные вопросы

1. Опишите средства адаптивной физической культуры.
2. Опишите формы адаптивной физической культуры.
3. Опишите методы адаптивной физической культуры.
4. Опишите виды адаптивной физической культуры.

РАЗДЕЛ IV. ЧАСТНЫЕ МЕТОДИКИ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

Глава 1. Методика адаптивной физической культуры лиц с нарушениями зрения

1.1 Краткая характеристика нарушений зрения

По данным ВОЗ (Всемирной организации здравоохранения, 1999), во всем мире насчитывается более 35 млн. незрячих. Нарушения зрения могут быть врожденными и приобретенными. Врожденные нарушения обусловлены заболеваниями плода в период внутриутробного развития, либо являются следствием наследственной передачи некоторых нарушений зрения. Приобретенные нарушения являются следствием заболеваний органов зрения – сетчатки, роговицы и заболеваний центральной нервной системы, осложнений после общих заболеваний организма, травматических повреждений мозга. Дети с нарушением зрения делятся на 2 группы: слепые или незрячие и слабовидящие.

Слепые (незрячие) – подкатегория детей с нарушением зрения, у которых полностью отсутствуют зрительные ощущения, имеется светоощущение или остаточное зрение, а также дети с прогрессивными заболеваниями и сужением поля зрения (до 10-15 угл.град.) с остротой зрения до 0,08.

По степени нарушения зрения различают детей с абсолютной (тотальной) слепотой на оба глаза, при которой полностью утрачивается зрительное восприятие, и детей практически слепых, у которых имеется светоощущение или остаточное зрение, позволяющее воспринимать свет, цвет, силуэты предметов (острота зрения от 0,01 до 0,04). Слабовидящие – дети с нарушениями зрения, имеющих остроту зрения от 0,05 до 0,2 на лучше видящем глазу с коррекцией обычными очками. Дети с косоглазием и амблиопией (с остротой зрения до 0,3). Кроме снижения остроты зрения, слабовидящие дети могут иметь отклонения в состоянии других зрительных функций (цвето- и светоощущение, периферическое и бинокулярное зрение).

1.2 Особенности развития ребенка с нарушением зрения

Существенное значение для психики и физического развития ребенка имеет время наступления зрительной патологии. Чем раньше наступило нарушение, тем более заметны вторичные отклонения, психофизические особенности и своеобразие психофизического развития. Психическое развитие слепых имеет такие же закономерности, как и у зрячих детей, но отсутствие визуальной ориентировки сказывается на двигательной сфере, на содержании социального опыта, на эмоционально-волевой сфере, характере, чувственного опыта.

Слабовидящие имеют некоторую возможность при знакомстве с явлениями, предметами, а также при пространственной ориентировке и при движении использовать имеющееся у них зрение. Зрение остается ведущим анализатором, однако их зрительное восприятие сохранно лишь частично и является не вполне полноценным. Обзор окружающей действительности у них сужен, замедлен и неточен, поэтому необходимо отметить три характерные особенности:

1. Общее отставание развития ребенка по сравнению с развитием зрячего, что обусловлено меньшей активностью при познании окружающего мира. Это проявляется как в области физического, так и в области умственного развития.

2. Периоды развития слабовидящих детей не совпадают с периодами развития зрячих. До того времени, пока слабовидящий ребенок не выработает способов компенсации нарушения зрения, представления, получаемые им из внешнего мира, будут неполны, отрывочны и ребенок будет развиваться медленнее.

3. Диспропорциональность. Она проявляется в том, что функции и стороны личности, которые менее страдают от нарушений зрения (речь, мышление и т.д.), развиваются быстрее, хотя и своеобразно, другие более медленно (овладение пространством, движения, моторика). Такая неравномерность развития ребенка проявляется более резко в дошкольном возрасте, чем в школьном.

Социальная зрелость ребенка в ранний период развития тесно связана с его биологическим созреванием, особенно с двигательным развитием и мануальной деятельностью рук. Основные признаки предметов и явлений доступны познавательным возможностям слепых. Прикасаясь к предметам, слабовидящий ребенок воспринимает их разнообразные

признаки и свойства: величину, упругость, температуру, вес, плотность, форму и т.д. В развитии детей с нарушениями зрения коммуникация, общение и речь играют особую роль. Имеются также недостатки в речевых средствах межличностного общения (в культурной устной речи, в общении «лицом к лицу», в плавности речи, в связи между речевыми и неречевыми средствами).

Нарушение зрительного анализатора обуславливает вторичные отклонения: нарушение осанки, сутулость, плоскостопие, слабость дыхательной мускулатуры, нарушение пространственных образов, координации движений, болезни органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, неврозы, быстрая утомляемость. В дошкольный период наблюдается задержка (замедленность) процессов расширения знаний и представлений. Для такого ребенка требуется больше времени для адаптации к новым условиям, более детальное знакомство с объектом, в общении с детьми такой ребенок использует полисенсорный характер восприятия. В процессе общения тяжело формируются у детей неречевые средства общения, причины этого – нечеткость образа восприятия человека и трудности подражания экспрессивно-мимическим выражениям нормально видящих. Для многих детей с нарушением зрения характерна скованность движений, стереотипия поз, заученность и однообразность в выражении эмоционального состояния. Многие дети проявляют вербальное, а не практическое понимание правильных жестов, действий в общении с детьми и взрослыми.

Не имея навыков ориентирования в пространстве, нарушается нормальная полноценная связь между слепыми и средой. Последнее может выразиться в своеобразии проявления эмоциональных адаптационно поведенческих реакций, отношений познавательной и двигательной деятельности. Неудовлетворенная потребность в познании влияет на психофизическое состояние таких детей, они быстро теряют интерес к происходящему, становятся пассивными и безучастными. Самостоятельное передвижение является основой социальной самостоятельности для слепых детей. Для формирования пространственных навыков создана специальная программа по обучению, которая построена по концентрическому принципу, предполагающему увеличение объема и сложения содержания материала в каждой группе с учетом индивидуальных особенностей детей.

1.3 Особенности организации адаптивной физической культуры лиц с нарушениями зрения

Своеобразие структуры дефекта лиц с нарушением зрения накладывает свои особенности на проведение занятий по АФК у данной категории людей.

Цель адаптивного физического воспитания при рассматриваемой нозологии – обеспечение максимальной свободы, эффективности, экономичности и безопасности двигательной активности человека, в частности его пространственной ориентировочной деятельности.

В связи со своеобразием структуры первичного и вторичного дефектов АФК у детей с нарушением зрения имеет свои особенности. В процессе адаптивного физического воспитания осуществляются не только общие задачи – развитие, обучение, воспитание, которые совпадают с образовательными задачами здоровых детей и отражены в программных документах, но и специальные задачи. Они имеют коррекционную, компенсаторную, профилактическую, а в случае необходимости, лечебно-восстановительную направленность.

К особенностям коррекционной направленности адаптивного физического воспитания детей с нарушением зрения относятся положения, учитывающие сведения о физическом, соматическом и психическом состоянии учащихся (возраст и пол; результат медицинского обследования и рекомендации врачей: офтальмолога, ортопеда, хирурга, педиатра, невропатолога; степень и характер зрительного нарушения (устойчивая и неустойчивая ремиссия); поля зрения (нарушения центрального и периферического зрения, сужение полей зрения); остроты зрения; врожденная или приобретенная патология и пр.; исходный уровень физического развития; наличие предыдущего сенсорного и двигательного опыта; состояние и возможности сохранных анализаторов; способы восприятия учебного материала). Особое внимание уделяется детям младшего школьного возраста (7-11 лет), когда глаза приспособляются к возрастающей зрительной нагрузке и офтальмологическое заболевание может прогрессировать. Поэтому в урок обязательно включаются специальные упражнения для охраны зрения, для улучшения кровообращения в тканях глаза, для улучшения работы аккомодационной мышцы, укрепления мышц и склеры глаз, для снятия утомления глаз.

К общим задачам адаптивного физического воспитания у детей с нарушением зрения относятся:

- воспитание гармонически развитого ребенка;
- укрепление здоровья;
- воспитание волевых качеств;
- обучение жизненно важным двигательным умениям, навыкам;
- развитие физических качеств: быстроты, силы, ловкости, гибкости, выносливости.

К специальным (коррекционным) задачам относятся:

1. охрана и развитие остаточного зрения;
2. развитие навыков пространственной ориентировки;
3. развитие и использование сохранных анализаторов;
4. развитие зрительного восприятия: цвета, формы, движения (удаление, приближение), сравнение, обобщение, выделение; развитие двигательной функции глаза;
5. укрепление мышечной системы глаза;
6. коррекция недостатков физического развития, обусловленных депривацией зрения;
7. коррекция скованности и ограниченности движений;
8. коррекционно-компенсаторное развитие и совершенствование мышечно-суставного чувства;
9. активизация функций сердечно-сосудистой системы;
10. улучшение и укрепление опорно-двигательного аппарата;
11. коррекция и совершенствование координационных способностей, согласованности движений;
12. развитие межпредметных знаний;
13. развитие коммуникативной и познавательной деятельности и пр.

В современной практике адаптивного физического воспитания для решения как основных, так и специальных (коррекционных) его задач имеется богатый арсенал физических упражнений. Применяются упражнения, в основе которых лежат:

– Базовые двигательные навыки (ходьба, бег, подскоки, лазанье и перелезание), так же общеразвивающие упражнения (с предметами, на снарядах), Корректирующие упражнения (на формирование навыка правильной осанки, для укрепления сводов стопы, на повышение функциональных возможностей дыхательной и сердечно-сосудистой систем), упражнения на развитие различных физических качеств, координаци-

онных способностей (согласованность движений рук и ног, тренировка вестибулярного аппарата и пр.). Для совершенствования координации движений используются необычные или сложные комбинации различных движений, упражнения на тренажерах, упражнения на развитие точности движений и дифференцировки усилий.

– К специальным упражнениям относятся упражнения на расслабление, по обучению приемам пространственной ориентировки на основе использования и развития сохранных анализаторов (остаточное зрение, слух, обоняние), на развитие и использование сохранных анализаторов, мелкой моторики руки. Обязательно включаются упражнения для зрительного тренинга: на улучшение функционирования мышц глаза; на улучшение кровообращения тканей глаза; на развитие аккомодационной способности глаза; на развитие кожно-оптического ощущения; на развитие зрительного восприятия окружающей обстановки и др.

К вспомогательным средствам физического воспитания относятся: гигиенические факторы (гигиенические требования к процессу обучения, соблюдение режима дня, зрительной нагрузки и т.д.); естественные силы природы. Правильное использование таких естественных факторов природы, как солнце, воздух и вода, оказывающих благоприятное воздействие на физическое развитие, здоровье и закаливание школьников. К гигиеническим факторам относятся все мероприятия, касающиеся сохранения зрения, здоровья школьников.

Развитие чувства равновесия. В основе метода воспитания чувства равновесия лежит постепенное последовательное усложнение заданий и условий их выполнения, в результате чего физические упражнения требуют всё большей мобилизации способности оптимально балансировать в неустойчивых позах, придать им необходимую устойчивость, сохранить равновесие в условиях помех. Для этого добиваются формирование целесообразной устойчивости поз, обучают способам их фиксации и регулирования. Считается, что поддержание равновесия наиболее целесообразно производить за счёт движений в суставах, близких к опорной поверхности. Раздражение рецепторов суставов лучше отражается в сознании человека, чем раздражение рецепторов мышц и сухожилий (В.С.Фарфель, 1975). Тренировка приводит к повышению проприоцептивной чувствительности и «улучшению восприятия человеком меньших минимальных углов смещения звеньев конечностей в суставах. При этом улучшаются дифференциальные пороги: снижает-

ся минимальная разность в величинах углов перемещения звеньев тела». Таким образом, поступает срочная инструментальная информация о пространственных и временных особенностях структуры движения. Л.П.Матвеев (1991) предлагает следующие методические приёмы для развития чувства равновесия:

- удлинение времени сохранения неустойчивой позы;
- уменьшение площади опоры;
- введение неустойчивой позы;
- намеренные потери равновесия с последующим возвращением в устойчивое положение;
- включение предварительных и сопутствующих, затрудняющих сохранения равновесия;
- введение сбивающего противодействия;
- использование условий естественной среды, усложняющих поддержание равновесия при перемещениях;
- развитие вестибулярной функции;
- раздельное совершенствование вестибулярного и двигательного анализаторов.

Эффективным средством развития чувства равновесия при слепоте служит танец. Ключевыми моментами в овладении танцем в паре являются:

- продвижение вперёд и назад;
- прибавление противоположных (балансирующих) движений корпуса;
- точные движения ступнями;
- подъём на полу пальцах.

К сожалению, сохранить равновесие удастся не во всех случаях. Слепые и слабовидящие люди в качестве одного из наиболее сильных беспокойств отмечают страх перед падением. Вопрос падений решается в целом ряде видов спорта. Как известно, в единоборствах тренировочный процесс начинается с обучения падать. Умение падать без повреждений необходимо и людям с дефектом зрения. Проблема заключается в том, что при многих заболеваниях глаз противопоказаны сотрясения тела, неизбежные при выработке этого навыка

Развитие пространственной ориентировочной деятельности. Развитие чувства пространства зависит от уровня развития дифференцированного торможения в ЦНС. Определяющую роль в управлении

пространственными перемещениями звеньев тела играет суставная рецепция (В.С. Фарфель, 1975). Для развития чувства пространства применяется «приём сближаемых заданий». С этой целью разрабатывается чёткая система заданий с последовательно возрастающими требованиями к точности дифференцировок. При этом оцениваются, как пространственные условия действия, так и точность управления движениями (величина прилагаемых усилий). Сначала обучают различению резко контрастных заданий. Затем последовательно и постепенно эти задания сближают. От «грубых» дифференцировок постепенно переходят к «тонким».

Пространственную ориентировочную деятельность развивают следующими методическими приёмами:

- в обстановку действия вводятся дополнительные пространственные ориентиры;
- при выполнении физических упражнений моделируются заданные положения и перемещения тела в пространстве;
- делается установка на строго заданное отклонение от формируемых эталонных параметров;
- одно и то же действие выполняется в различных (контрастных) пространственных условиях.

Обучения необходимо при этом важно добиться избирательного специфического воздействия на функции отдельных сенсорных систем, обеспечивающих пространственную ориентировку и управление движениями в пространстве. Управление пространственными параметрами движений не зависит от величины сопутствующего мышечного напряжения.

В.С. Фарфель указывал, что в памяти запечатлеваются не параметры усилий, развиваемых мышцами, а параметры пространства и времени. Для создания пространственных ориентиров, предметных ограничителей необходимы соответствующие технические средства.

Развитие пространственного восприятия. Пространственное восприятие при слепоте в значительной мере формируется за счёт кинестетических представлений. Для развития последних на каждом этапе процесса научить человека восприятию и осознанию максимального количества ориентиров, необходимых для выполнения движения, привить умения и навыки использования ими.

Пространственное восприятие развивают следующими упражнениями:

- чередование полуприседаний и полных приседаний;
- чередование полунаклонов и наклонов;
- поднимание ноги по очереди на 45 градусов и более 90;
- ходьба большими шагами (70-80) и малыми (40-50см);
- прыжки с места возможно дальше и наполовину максимальной величины;
- метание мяча на максимальную дальность и на половину максимальной величины;
- метание мяча на заданное расстояние;
- при слабовидении – метание мяча в цель (задание усложняется измерением расстояния до мишени, формы мишени или массы мячей);
- при слепоте – метание мяча в звуковую мишень (задание усложняется увеличением количества мишеней, их подвижностью, изменением массы мячей).

Методы обучения. В работе с данными категориями детей используются все методы обучения, однако, учитывая особенности восприятия ими учебного материала, есть некоторые различия в приемах. Они изменяются в зависимости от физических возможностей ребенка, запаса знаний и умений, наличия предыдущего зрительного и двигательного опыта, навыка пространственной ориентировки, умения пользоваться остаточным зрением. Остановимся на некоторых из них.

Метод практических упражнений основан на двигательной деятельности учащихся. Чтобы совершенствовать у детей с нарушенным зрением определенные умения, необходимо многократное повторение изучаемых движений (больше, чем нормально видящим). Учитывая трудности восприятия учебного материала, ребенок с нарушением зрения нуждается в особом подходе в процессе обучения: в подборе упражнений, который вызывают доверие у учащихся, ощущение безопасности, комфортности и надежной страховки.

Для детей с нарушенным зрением наиболее типичным методическим приемом обучения является метод слова: беседа, описание, объяснение, инструктирование, замечание, исправление ошибок, указания, команды, устное оценивание и пр. Широко распространено объяснение, благодаря которому ученик должен осознать и представить себе двигательный образ. При его описании учитель не только сообщает ученикам предла-

гаемый материал, но и дает пространственные представления о предметах и действиях. Восприятие речи на слух позволяет ребенку с нарушением зрения соотнести слова с теми предметами, действиями, которые они обозначают. Речевая практика при помощи слухового восприятия создает условия для понимания значений все большего числа слов, терминов, употребляемых при освоении движений в процессе адаптивного физического воспитания.

Используются разновидности объяснения: сопроводительные пояснения – лаконичные комментарии и замечания, которыми пользуется педагог по ходу выполнения упражнения учащимися с целью углубления восприятия; инструктирование – словесное объяснение техники изучаемых действий.

Метод дистанционного управления также относится к методу слова, он предполагает управление действиями ученика на расстоянии посредством следующих команд: «поверни направо», «поверни налево», «иди вперед», «три шага вперед, вправо, влево» и т. д. Дети с нарушением зрения часто пользуются звуковой информацией. В большинстве упражнений при взаимодействии с опорой или предметом возникает звук, на основании которого можно составить представление о предмете. Звуки используются как условные сигналы, заменяющие зрительные представления.

Метод упражнения по применению знаний, построенный на основе восприятия информации при обучении посредством органов чувств (зрение, слух, осязание, обоняние). Этот метод направляет внимание ребенка на ощущение (мышечно-двигательное чувство), возникающее в мышцах, суставах при выполнении двигательных действий, и позволяет совершить перенос усвоенных знаний в практическую деятельность. Например, можно предложить ребенку побегать за лидером, догнать его, обратить внимание ребенка на движение рук, ног, почувствовать мышечное ощущение, а затем предложить бежать самостоятельно, стараясь воспроизвести те же мышечные усилия, которые он ощущал при беге за лидером.

Метод наглядности занимает особое место в обучении слепых и слабовидящих. Наглядность является одной из специфических особенностей использования методов обучения в процессе ознакомления с предметами и действиями. При рассматривании предметов (спортивного инвентаря) вначале предлагается рассматривание предмета по частям,

ставится задача определения его формы, поверхности, качества, цвета, а затем предпринимается попытка целостного восприятия предмета или действия.

Требования к средствам наглядной информации: большие размеры предметов, насыщенность и контрастность цветов. При изготовлении наглядных пособий используются преимущественно красный, желтый, зеленый, оранжевый цвета. Чтобы сформировать у детей полноценное восприятие учебного материала, необходимо использовать демонстрацию двигательных действий и спортивного инвентаря. Наглядность обязательно должна сопровождаться словесным описанием, что поможет избежать искаженного представления о предмете, а также позволит активизировать мыслительную деятельность занимающихся.

Метод стимулирования двигательной активности – отсутствие ярких зрительных представлений обедняет эмоциональную жизнь детей с нарушением зрения. Необходимо как можно чаще поощрять детей, давать им почувствовать радость движений, помогать избавиться от комплекса неполноценности, от чувства страха пространства, неуверенности в своих силах. По возможности создавать условия успеха. Желательно участие педагога в игре, что позволяет сохранить темп и активность детей. При правильном руководстве дети со зрительной депривацией овладевают различными двигательными умениями, формирующими эмоциональное восприятие движений, особенно в игровой деятельности, развитие волевых качеств, смелости и решительности, уверенности в себе. При обучении детей с нарушением зрения крайне редко применяется какой-либо один метод, обычно в соответствии с задачами урока используется сочетание нескольких взаимодополняющих методов. Приоритетное положение отводится тому, который наилучшим образом обеспечивает развитие двигательной деятельности детей.

Развитие физических качеств. При отсутствии зрения человеку, может быть даже больше, чем здоровому, необходима способность быстро перестраивать свою двигательную деятельность в соответствии с требованиями окружающей среды – ловкость. Возможность точного ощущения и восприятия собственных ощущений напрямую связана со способностью приобретения новых двигательных навыков.

Для выработки ловкости рекомендуется:

– использование физических упражнений, несущих в себе элемент новизны;

- упражнения, направленные на проявление быстроты двигательной реакции;
- использование необычных исходных положений;
- изменение скорости, темпа или ритма движений;
- изменение пространственных границ физического упражнения;
- смена способов выполнения физического упражнения;
- выполнения упражнения в новых сочетаниях;
- усложнение физического упражнения дополнительными движениями;
- изменение противодействий;
- повышение преодолеваемых координационных трудностей связанных с точностью движений, взаимной согласованностью движений, внезапным изменением обстановки;
- интервалы отдыха между упражнениями должны обеспечивать полное восстановление.

Развитие слухового восприятия. Методы развития слухового восприятия в зависимости от возраста обучаемых включают в себя:

- определение особенностей звучания различных предметов, локализацию источника звука;
- ходьбу и бег в направлении звукового сигнала;
- ходьбу и бег в направлении источника звука по памяти;
- ходьбу и бег за источником звука по прямой, по дуге, по кругу, с поворотами на 90 градусов;
- ходьбу и бег в направлении источника звука в условиях пересечённой местности, при наличии препятствий, при наличии помех (других звуков и шумов).

В начале занятий по развитию слухового восприятия обязательным условием является максимальная тишина на тренировочной площадке. Постепенно, по мере овладения умениями, в соблюдении принципа от простого к сложному, преподаватель увеличивает количество шумов и звуков на тренировке.

В.Г. Шеремет рекомендует включать в занятия по ориентированию на местности задания по определению и анализу пути по временной характеристике движения, как наименее страдающей при слепоте. При слепоте для закрепления точного пространственного передвижения необходимо повторение выполнения задачи не менее 6-8 раз. Она включает в себя точность определения пространственных, временных и сило-

вых характеристик. Ловкость движений, их экономичность в большей мере зависит от умения расслаблять мышцы, не принимающие участия в активных фазах движения, через использование возникающих реактивных сил в качестве содействующих сохранению правильной формы движений. Например, со сбивающими моментами борются за счёт упреждающего напряжения мышц.

Измерителями ловкости служат: координационная сложность задания, точность его выполнения, время выполнения задания. Правила преодоления координационных трудностей предусматривает уменьшение нагрузки на первом этапе, когда достигается точность выполнения действия, с постепенным увеличением их по мере закрепления вырабатываемого двигательного навыка на следующих этапах. Планомерное целенаправленное развитие точности по ряду разнородных навыков способствует формированию ловкости.

Развитие силы. Перед силовыми упражнениями необходима тщательная разминка, повышающая температуру тела. Постараться сохранить повышенную температуру тела на протяжении всего занятия. С этой целью используется одежда, плохо проводящая тепло.

- Во время выполнения силовых упражнений рекомендуется сохранять удобное положение тела;
- упражнения делать на выдохе;
- избегать натуживания;
- удерживать тяжесть несколько секунд;
- мышечное сокращение должно быть не дольше 6 секунд, поскольку более длительное сказывается на функции сердечно - сосудистой системы;
- при максимальной нагрузке рекомендуется закрывать глаза с целью предохранения сосудов глаз;
- использовать меньший вес с большим количеством повторений;
- использовать разные хваты руками;
- нельзя заниматься силовыми упражнениями: при наличии простудных и инфекционных заболеваний, при повышенной температуре, при кишечных инфекциях, кариесе, гайморите, других очагах вялотекущей хронической инфекции;
- контроль ЧСС осуществляется: перед началом занятия, после завершения разминки, после максимальной нагрузки, перед заключительной разминкой и после заключительной разминки. ЧСС после

максимальной нагрузки не должна превышать ЧСС на 60%. Оценивая реакцию сердца на физическую реакцию, всегда следует учитывать степень возбудимости нервной системы.

Гимнастика для глаз. Б.В. Сермеев (1987) отмечает положительные сдвиги в динамике физического состояния слепых и слабовидящих при выполнении общеразвивающих упражнений средней интенсивности, упражнений на выносливость, различных видов подвижных игр умеренной и средней интенсивности, длительной ходьбе, бегу, ходьбе на лыжах, катании на велосипеде. Специальных подвижных игр для слепых немного. М.Б. Самбикин в «Играх для слепых детей» (1979) представляет игры для детей школьного возраста, сгруппированные по возрастным группам, адаптированные к особенностям незрячих. Автор рекомендует игры с бегом, с мячом, с сопротивлением, с преодолением препятствий, направленные на развитие ориентирования в пространстве, развитие слуха, а также игры с элементами равновесия.

Рекомендуется активно включать в занятия АФВ при слабовидении танцевальные элементы. В результате занятий танцами улучшается координация движений, ориентирование в замкнутом пространстве, чувство равновесия, точность движения, ликвидируются боли в мышцах и суставах ног и спины, головокружения при поворотах, уменьшается чувство усталости, улучшается настроение.

При выборе вида спорта следует учитывать, что при близорукости, даже слабой степени, противопоказаны виды спорта, связанным с большим физическим напряжением, резким перемещением тела и сотрясением его: бадминтон, бокс, борьба, волейбол, метания мячей, мини-футбол, мотоспорт, прыжки с трамплина, прыжки в длину и высоту, тяжёлая атлетика и хоккей. Исключаются также статические напряжения, силовые упражнения (с интенсивностью 20% и более от максимума). При осложнённой близорукости, независимо от её степени, ограничения более строгие и занятия спортом обычно запрещаются, т.к. возможны ещё большие осложнения: разрывы сетчатки, её отслоение. В каждом конкретном случае возможность занятия спортом определяет врач.

Считается, что группа «Б» может выполнять метания, прыжки, силовые упражнения (с интенсивностью 20-80% от максимума), играть в волейбол, мини-футбол и бадминтон. При хорошей коррекции слабовидения занятия игровыми видами спорта даже развивают органы зрения. В них на долю зрительного анализатора приходится наиболее

сложные восприятия: при бросках и приёмах мяча ведётся наблюдение и за мячом, и за другими игроками. Игрок постоянно фиксирует центральное зрение на летящем к нему и от него мяче, что совершенствует пространственное видение, центральное зрение, а одновременная фиксация взора на собственных передвижениях и перемещениях игроков хорошо развивает периферическое зрение. Полезны для зрения занятия бегом, лыжами, греблей. Они требуют восприятия постоянно меняющихся пространственных отношений, способствуют выработке глазомера, расширению поля зрения. Окулисты считают, что хорошее физическое развитие имеет важное значение для правильного формирования преломляющей способности глаза и развития остроты зрения.

В настоящее время в адаптивном спорте слабовидящих развиваются такие виды спорта, как вольная и классическая борьба, велосипедный спорт, голбол, гребля, дзюдо, лёгкая атлетика плавание туризм, шашки шахматы.

Уроки адаптивного физического воспитания в школах для детей с нарушением зрения варьируются в зависимости от состояния зрения, уровня физической подготовленности и возраста занимающихся. Например, в 1–2-х классах продолжительность подготовительной и заключительной частей по времени больше, чем в 3–4-х классах, затем по мере приобретения двигательного и сенсорного опыта и адаптации организма к физической нагрузке продолжительность основной части урока увеличивается, что позволяет больше времени уделять основным задачам урока.

Адаптивное физическое воспитание строится с учетом индивидуального и дифференцированного подхода к регулированию физической нагрузки, физической подготовленности и сенсорных возможностей детей, а также с учетом эмоциональной насыщенности. Эмоциональность занятий зависит от разнообразия упражнений, от общего тона проведения занятий, интонации и команды преподавателя. Меняется тембр звука (громко, тихо, мягко, строго) с учетом психического состояния учащихся, их быстрой утомляемости, специфических особенностей развития и восприятия учебного материала. При обучении незрячих двигательным действиям используются альбомы с рельефным изображением различных поз и движений, наглядные пособия, адаптированный спортивный инвентарь. Например, при формировании навыков ориентировки, с целью самоконтроля, на чехле вдоль длины матраса пришта шел-

ковая полоса шириной 4–5 см. К нетрадиционному спортивному инвентарю относятся: озвученные мячи, мячи с веревочкой, которая крепится к поясу, и ребенок, потерявший мяч, имеет возможность без посторонней помощи его поднять, мяч с запахом ванилина, который используется как обонятельный ориентир; «педальки» для развития равновесия и формирования навыка правильной осанки, конус для развития вестибулярного аппарата и многое другое.

Использование звуковых, осязательных, обонятельных и других ориентиров имеет приоритетное значение. Занимающихся необходимо обучить дифференцировке всех выше указанных ориентиров, а также их применению в повседневной жизни. Процесс адаптивного физического воспитания должен начинаться с ознакомления предметов, наполняющих окружающее пространство, коррекции зрительного восприятия, а также освоения навыков пространственной ориентировки.

Для стимуляции двигательной активности умышленно создаются ситуации успеха, прямое или косвенное воздействие на коррекцию двигательных нарушений, активизацию работы сохранных анализаторов (зрительного, осязательного, слухового, обонятельного). Слабовидящие с остротой зрения от 0,1 до 0,4 D (с оптической коррекцией на лучшем глазу) зрительно воспринимают предметы, явления и действия, ориентируются в большом пространстве. Дети с тяжелыми формами нарушения зрения, но имеющие остаточное зрение, пользуются осязательно-зрительным или зрительно-осязательными способами. Тотально незрячие воспринимают окружающий мир осязательно - двигательно-слуховым способом.

При использовании и развитии остаточного зрения уместно сочетание общеразвивающих и специальных упражнений, способствующих прежде всего охране зрения, формированию зрительных представлений, тренировке зрительных функций глаза. Целесообразно обучать пользованию остаточным зрением в узнавании знакомых предметов, распознаванию зрительных признаков спортивного инвентаря, находящегося в спортивном зале (по цвету, форме, величине); развивать зрительные представления при поворотах на 90°, 180°, анализируя изменение пространственных отношений. Зрительное восприятие развивается при варьировании удаленности предметов в пространстве при метании мячей, прыжках в длину и других упражнениях.

Большое значение имеет развитие и использование слухового анализатора, который при отсутствии зрения является одной из главных компенсаторных систем. Воспринимая звуки, ребенок с нарушением зрения ориентируется в окружающей среде, определяет направление и нахождение звука, это дает ему возможность познавать окружающий мир.

На уроках в начальных классах используются следующие звуковые сигналы: метроном, бубен, свисток, хлопки, голос учителя, звук впереди идущего, озвученные мячи (разных величин и фактур), озвученные игрушки, погремушки и ТСО. В большинстве упражнений при взаимодействии с опорой или предметом возникает звук, по которому можно составить представление о предмете. Например, используя озвученный мяч, можно определить его размеры (маленький, большой, средний) и качество покрытия (кожаный, резиновый, пластмассовый и т. д.). Вслушиваясь в звуки, сопровождающие прыгуна, можно проследить весь процесс прыжка: довольно звучный бег вначале, затем замедление и нарастающий звук при отталкивании. По длительности полета от толчка до приземления дети приблизительно могут определить длину прыжка. Регулярное «прослушивание» детьми себя и своих товарищей на уроках физкультуры при выполнении различных упражнений развивает ориентировочный слух.

Необходимо учить детей соединять мышечные ощущения со звуковым фоном. Источник звука, например, метроном, устанавливается на уровне лица занимающегося, так как на такой высоте звук улавливается легче. Систематический звуковой контроль помогает компенсаторному развитию слухового анализатора: слухового восприятия, дифференцирования различных звуковых сигналов, локализации звуков в пространстве и при перемещении звукового сигнала. Важно обучить детей использованию сформированных навыков не только в учебной деятельности, но и в повседневной жизни.

С помощью осязания детей с нарушением зрения на уроках физкультуры достигается возможность получать представление о шероховатости, твердости, давлении и температуре предметов. Осязание выступает как предметно-познавательное средство. При овладении приемами осязательного восприятия учебного материала выделяют три основных способа обследования: кистевой, ладонный, пальцевой.

Известно, что при обследовании целесообразно использовать обе руки, так как это не только ускоряет и облегчает, но и повышает качество

работы, уточняет объемность, направление и соотношение частей воспринимаемого. На уроках используется осязательное изучение адаптированных наглядных пособий (рельефных плакатов, планов спортивного зала, альбома «Азбука движений», спортивного инвентаря). Дети обучаются различению предметов по характеру поверхности (дерево, ткань, кожа, резина, пластик, ребристая доска и т. п.); весу и объему; определению характеристик грунта ногами (деревянное покрытие, ковровое покрытие, линолеум, асфальт, травяной покров, утрамбованный или рыхлый снег и т. д.). На основании подошвенного ощущения (места соединений ковровых покрытий образуют ощутимую полосу) дети строятся в шеренгу, находят и другие ориентиры в спортивном зале. С помощью осязания, касаясь рукой основных осязательных ориентиров на маршруте, учащиеся могут самостоятельно передвигаться по спортивному залу и спортивной площадке. Предварительно дети знакомятся с местом занятий, с осязательными ориентирами, встречающимися на маршруте, у них формируются представления о предметах, спортивном инвентаре, нахождении окон, дверей, тренажеров и других ориентиров. Это способствует преодолению боязни в замкнутом пространстве и чувства неуверенности в своих возможностях.

Незрячим школьникам необходимо научить различать источники тепла (солнце, нагревательные приборы) и их местонахождение по характеру теплопроводимости. Температурная чувствительность в результате тренировки повышается в 10–15 раз.

На уроках физкультуры могут быть использованы упражнения на развитие обоняния, которое играет немаловажную роль в процессе пространственной ориентировки. Обоняние так же, как и слух, может дистантно сигнализировать о наличии того или иного объекта.

Уроки физкультуры и коррекционные занятия имеют огромные возможности для развития сенсомоторики, мышечно-двигательной чувствительности. Для развития мышечно-двигательного чувства сначала предлагается выполнить упражнение с учителем, при этом акцентируется внимание учащихся на ту группу мышц, которая участвует при выполнении данного упражнения, затем упражнение выполняется самостоятельно с акцентом на ту же группу мышц.

Особое внимание следует уделять сочетанию работы сохранных анализаторов (зрительного, слухового и тактильного). Они одновременно возбуждают двигательную зону коры головного мозга, что вызывает

усиление результативности урока, а также перенос в реальную действительность сформированных чувств уверенности и удовлетворенности от возможности самостоятельно двигаться.

Допуск к занятиям при слепоте и слабовидении. К занятиям физкультурой допускаются только лица с заболеваниями глаз группы «А» и без других сопутствующих заболеваний. Группа «А» – заболевания глаз, не требующие дополнительных ограничений при занятиях физической культурой и спортом:

- близорукость – не прогрессирующие формы;
- отсутствие, атрофия или субатрофия глазного яблока и другие виды абсолютной слепоты, независимо от её генеза (при условии отсутствия воспалительного прогресса, склонности к кровоизлияниям и болевого синдрома);
- пигментная абнотрофия сетчатки;
- центральные хориоретинальные дистрофии (наследственная, макулярная);
- врождённые аномалии развития глазного яблока;
- атрофия зрительных нервов не прогрессирующая (если нет противопоказаний в связи с основным процессом – заболеванием головного мозга);
- помутнение роговицы (рубцовые и дистрофические);
- катаракты (при условии помутнения хрусталика).

Группа «Б» – заболевания глаз, определяющие противопоказания или ограничения при занятиях физической культурой и спортом:

- близорукость – все прогрессирующие формы;
- глаукома – при наличии зрительных функций, независимо от компенсации и регуляции внутриглазного давления;
- ретинопатии (гипертоническая, диабетическая);
- центральная хориоретинальная атеросклеротическая дистрофия;
- отслойка сетчатки;
- вывих и подвывих хрусталика;
- атрофия зрительного нерва;
- стафилома склеры и роговицы.

При формировании групп для занятий физической культурой и спортом необходимо учитывать:

- 1) патологию глаз;
- 2) уровень физической подготовки;

- 3) заболевания других органов и систем;
- 4) степень зрительного дефекта (центральное зрение, вид оптической коррекции, поле зрения);
- 5) участие в работе отдельных групп мышц;
- 6) психо-эмоциональное состояние;
- 7) возраст;
- 8) пол.

Из них 1, 2, 3 факторы следует считать определяющими, остальные необходимо учитывать при коррекции индивидуальных программ занятий.

При занятиях АФВ и спортом с людьми, имеющими дефект зрения, особенное значение следует уделять безопасности и профилактике травматизма спортсменов-адаптантов. Соблюдение следующих правил помогает отработать технологию обеспечения безопасности тренировок:

- место проведения тренировок и соревнований заранее должно быть тщательно изучено на предмет отсутствия повреждающих факторов;
- во время тренировок необходимо использовать страховку (например, звуковые сигналы: голос, свисток, хлопок и т.п.), условия которой оговариваются в начале занятий;
- в начале занятий рекомендуется обучить спортсменов-адаптантов методам самостраховки (умению правильно упасть на бок, сгруппировавшись);
- разминка должна быть обязательной и включать общую и специальную части;
- общая часть направлена на создание оптимальной возбудимости ЦНС и нервно-мышечного аппарата в целом, на повышение обмена веществ и температуры тела, усиление деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Специальная, в свою очередь, направлена на создание оптимальной возбудимости именно тех звеньев нервно-мышечного аппарата, которые будут выполнять предстоящую работу во время тренировки в соответствии с планом решения основных учебных задач;
- разминка не должна вызывать излишнего возбуждения и утомления организма;
- перед началом каждой тренировки проверять состояние инвентаря, оборудования, экипировку спортсменов;

- количество спортсменов в группе должно быть оптимальным;
- группа для занятий АФВ должна состоять из спортсменов, имеющих одинаковый уровень физической подготовленности;
- запрещено проводить тренировки в отсутствие тренера;
- в процессе тренировок увеличение скорости движений должно идти параллельно совершенствованию техники движений;
- при проведении соревнований в адаптивном спорте недопустимо участие одного и того же спортсмена в соревнованиях по нескольким видам спорта в один и тот же день, что порой имеет место в спорте здоровых.

Для детей с нарушением зрения (при некоторых заболеваниях) предусматриваются следующие ограничения: резкие наклоны, прыжки, упражнения с отягощением, акробатические упражнения (кувырки, стойки на голове, плечах, руках, висы вниз головой), а также соскоки со снарядов, упражнения с сотрясением тела и наклонным положением головы, резким перемещением положения тела и возможными травмами головы, упражнения высокой интенсивности, длительные мышечные напряжения и статические упражнения, нагрузки с большой интенсивностью в беге, передвижение на коньках.

Ограничения имеют место при следующих заболеваниях: увеит (хориоретинит), свежая травма оболочек глазных яблок, дегенерация или отслойка сетчатки, дистрофия роговицы, опухоли мозга или глаза, глаукома, катаракта, афакия, миопия высокой степени (выше 6,0 D с осложнением на глазном дне), в раннем послеоперационном периоде после замены хрусталика (первые полгода), подвывих (смещение) хрусталика, который происходит вследствие слабости или разрыва связки, поддерживающей его в глазу. При наличии этих заболеваний противопоказаны следующие виды спорта: прыжки в воду, тяжелая атлетика, бокс, борьба, хоккей, футбол, баскетбол (разрешается выполнять лишь безопасные элементы футбола, баскетбола, хоккея), велоспорт, горнолыжный спорт, мотоспорт. Чрезмерная физическая нагрузка может привести к отслойке сетчатки, кровоизлияниям на глазном дне и прочим осложнениям.

Контрольные вопросы

1. Дайте краткую характеристику нарушений зрения.
2. Опишите особенности развития ребенка с нарушением зрения.

3. Опишите особенности организации адаптивной физической культуры лиц с нарушениями зрения.
4. Дайте характеристику средств адаптивной физической культуры лиц с нарушениями зрения.

Глава 2. Методика адаптивной физической культуры лиц с нарушением слуха

2.1 Краткая характеристика нарушений слуха

Слух – способность человека воспринимать и различать звуки. Эта способность реализуется посредством органа слуха, или слухового анализатора, включающего в себя: периферический или рецепторный отдел (наружное, среднее и внутреннее ухо), средний или проводниковый отдел (слуховой нерв) и центральный корковый отдел, расположенный в височных долях больших полушарий. Ухо является усилителем и преобразователем звуковых колебаний. Силу звука измеряют в децибелах (дБ). Например, обычный шёпот (около уха) составляет 25-30 дБ, громкая музыка – 80 дБ, рёв авиационного двигателя – 120 дБ.

Согласно оценкам ВОЗ, на рубеже 20 и 21 века количество людей, страдающих, умеренными, тяжёлыми и глубокими нарушениями слуха в мире, достигает 42 млн.

Глухота – полное отсутствие слуха или такая степень его понижения, при которой разборчивое восприятие речи становится невозможным. Полная глухота встречается редко – у большинства глухих имеются остатки слуха, позволяющие воспринимать очень громкие звуки, в том числе и некоторые звуки речи. Такое состояние рассматривают как слабослышание или тугоухость.

Глухоту называют недугом, который приносит наименьшее понимание и наибольшее непонимание. В настоящее время в мире существует более 40 алфавитов и систем, предоставляющих возможность общения глухих с помощью пальцев. Есть системы, в которых используются две руки, но в большинстве «пальцевых азбук» используется одна рука. Последнее считается более удобным, поскольку вторая рука свободна для других действий. Количество знаков в таком алфавите зависит от знаков в алфавите языка. Так, в русском языке 30 знаков передают 33

буквы кириллицы. В 1963 году для общения людей разных стран разработан Международный пальцевый алфавит. В 1975 году Всемирная федерация глухих приняла международный словарь для глухих «Джестуно», эквивалент «Эсперанто», включивший в себя 1500 наиболее легко понимаемых знаков, взятых из различных систем. Он используется при проведении спортивных игр, конгрессов и т. п.

Классификация потери слуха по Л.В. Нейману (1977):

1-я степень тугоухости превышает – 50 дБ;

2-я степень – 50- 70 дБ;

3-я степень – превышает 70-80 дБ

Причины нарушения слуховой функции.

Различают врождённую и приобретённую глухоту. Встречаются семейные наследственные формы глухоты. Причинами потери слуха также могут быть заболевания матери при беременности (краснуха, сифилис) или приём ею в это время химических препаратов. Во время родов слуховой аппарат может повреждаться при травмах и кровоизлияниях во внутреннее ухо. Потеря слуха после родов чаще всего обусловлена болезнями внутреннего уха и слухового нерва, которые возникают как осложнение воспаления среднего уха или как следствие инфекционных заболеваний, таких как менингит, грипп, свинка, корь, скарлатина, или неинфекционных – оторосклероз, к которому приводят отравления различными лекарственными веществами (мышьяком, хинином, стрептомицином) и другими ядами. Двусторонняя глухота более чем в 90% наступает в детском возрасте.

У взрослых после травм головы, особенно военных контузий, нередко возникает глухонмота. Причинами этого могут быть ушиб головного мозга, перелом основания черепа или психическая травма. В последнем случае как можно более раннее обращение к АФВ способствует скорому полному излечению.

2.2 Особенности развития детей с нарушением слуха

Функциональные нарушения при глухоте. Функция вестибулярного аппарата поддаётся тренировке. Вестибулярная тренировка, направленная на ускорение компенсации лабиринтных расстройств, ведёт к развитию чувства равновесия и координационных способностей.

Потеря слуха у детей сопровождается дисгармоничным физическим развитием в 62% случаев, дефектами опорно-двигательного аппарата (сколиоз, плоскостопие) – 43%, задержкой моторного развития – в 80% случаев. 70–80% слабослышащих детей имеют сопутствующие заболевания, в том числе у половины из них – по 2-3 заболевания. 60% глухих имеют недостатки развития вестибулярного аппарата.

Н.Г. Байкина и Б.В. Сермеев (1991) на основе анализа данных 1930-2010 гг. выделяют ряд следующих функциональных нарушений при глухоте:

- нарушение функции вестибулярного аппарата оказывает влияние на сохранение статического и динамического равновесия и как следствие, сказывается в какой-то мере на точную координацию и неуверенность в движениях;
- низкий уровень пространственной ориентировки;
- замедленное овладение двигательными навыками;
- удлинение времени двигательной реакции и реакции по выбору;
- снижение становой силы;
- отставание в прыгучести;
- нерациональное распределение физических усилий;
- низкий темп движений;
- ухудшение двигательной памяти.

Многие исследователи отмечают некоторое снижение функций у глухих по сравнению со слышащими. Двигательная память по данным Т.В. Розановой у глухих по уровню развития ниже, чем у слышащих. Причиной этой особенности является отсутствие слуха, недостаточное развитие словесной речи как факторов, сформировавшихся ранее в процессе развития в некоторую специфику динамик и двигательных процессов, и как элементов, непосредственно участвующих в протекании конкретного двигательного акта. Нарушение функции вестибулярного аппарата оказывает влияние на сохранение статического и динамического равновесия, и как следствие, сказывается в какой-то мере на координации движений.

К причинам вторичного порядка относится снижение объема второй сигнальной информации, которая участвует в формировании всех видов деятельности человека, в том числе и каждого двигательного навыка.

Функциональная недостаточность двигательного анализатора отражается в некоторой мере на уровень физического развития, состояние

ССС, дыхательной и другой систем. Непременным условием нормального функционирования и совершенствования всех важнейших систем организма, в том числе и ЦНС и внутренних органов, является моторная (двигательная) активность.

Недостатки в физической подготовленности глухих детей многие ученые объясняют не только патологией органа слуха, но и функциональной запущенностью двигательного анализатора и несовершенством применяемой методики обучения физическим упражнениям.

Глухота не ограничивает возможности физического развития детей, но требует применения многих специальных физических упражнений, это позволяет в итоге добиться таких же результатов, как и у слышащих. Двигательный анализатор в совокупности с другим может в некоторой степени возместить недостаточную функцию вестибулярного аппарата.

Для глухих очень важны упражнения, связанные с выработкой ускоренного темпа работы и развития кинестетического контроля, который в ряде случаев заменяет отсутствие слухового анализатора.

Равновесие у глухих можно повысить упражнениями, направленными на выработку у учащихся сознательного сохранения устойчивости и связанными с тренировкой вестибулярного анализатора.

Проведение тренировочных занятий с глухими значительно повышают восприятие, чувства времени, а также отдельные временные параметры, связанные с оценкой, отмериванием и воспроизведением.

Существенное отставание в физическом развитии и физической подготовленности глухих школьников по сравнению со слышащими достигается путём увеличения объёма специальных упражнений на уроках физической культуры. Систематическое применение специально подобранных физических упражнений, направленных на устранение недостатков физического развития и двигательных функций детей с нарушением слуха, позволяет добиться желаемых сдвигов у глухих школьников в развитии двигательных способностей, физического и функционального развития.

Недостаточность в речевой деятельности, уменьшение объёма информации, получаемой глухими вследствие поражения слуха, сказывается на развитии познавательных процессов, как мышление, память, восприятие и другие. Особенности познавательной и речевой деятельности глухих детей накладывают отпечаток на развитие двигательного анализатора и отражаются на овладении почти всеми видами двига-

тельных навыков и развитии двигательных качеств. Ещё Е.П. Павлов указывал, что речь являлась основным средством общения, становится и средством углублённого анализа и синтеза действительности и, что важно, «высшим регулятором поведения».

Научные данные свидетельствуют о том, что особенности развития двигательной сферы обусловлены функциональным нарушением некоторых физиологических систем, отсутствием слуха и недостаточным развитием речи. Особенности двигательной сферы глухих порождаются целым комплексом причин. Однако влияние их речевых ограничений весьма значительно. Эти данные позволили в некоторой степени показать основные проявления особенностей, двигательной сферы глухих.

Речевой недостаток глухих детей затрудняет восприятие информации, содержащей описание двигательных действий, умений, необходимых для последующей двигательной деятельности. При этом сокращаются возможности корректирующего воздействия педагога при создании представлений о данном виде физического упражнения.

Словесная речь в физическом воспитании не является единственным носителем информации. Словесная речь выступает обычно как один из компонентов по своим информационным средствам сообщения. Весьма весомы и разнообразны в таких сообщениях наглядные компоненты.

Отсутствие у учащихся слуха вызывает необходимость найти специальные формы сочетания наглядного и словесного обучения. Поэтому в настоящих материалах проводятся сведения об особенностях ещё одного аспекта речевой проблемы в физическом воспитании глухих. Это – определение структуры учебно-педагогических сообщений, наиболее эффективных для не слышащих учеников. Под структурой в данном случае понимается соотношение тех или иных форм словесных и наглядных компонентов, образующих в совокупности сообщение определённого целевого назначения.

На уроках физической культуры в школах для глухих детей, вместе с тем, используются речевые средства. Преподавание в основном ведётся на основе показа и жесто-мимической формы общения. Многие учителя физической культуры в недостаточной степени владеют этой формой общения и объясняют учащимся учебный материал, искажая «язык» мимики и жестов, который дети не совсем понимают.

Часто на уроках физической культуры в качестве объяснения тех или иных движений встречаются смешанные средства общения: жесто

- мимическая, дактильная и устная формы. Однако использование этих форм общения ведётся не системно и методически не обосновано.

Прежде чем перейти к проведению занятий, направленных на обучение физических упражнений с использованием словесной речи, учитель физической культуры должен определить, какой речевой материал следует давать на уроках в течение учебной четверти, года, всего курса обучения.

Глухие учащиеся владеют специфическими средствами общения – жесто-мимической и дактильной формами речи. Для успешного овладения учебным материалом по физической культуре следует придавать значительное внимание освещению. Преподаватель всегда должен занимать положение лицом к ученикам.

Важным является и расстояние от учащегося до учителя. Это имеет особое значение при считывании речевого материала с губ. Расстояние междуговорящими должно быть не менее 1-2 метров. Удобнее всего, когда глаза читающего с губ находятся приблизительно на уровне рта говорящего, но можно сообщать учащимся речевой материал в чтении с губ и в других положениях.

2.3 Особенности организации адаптивной физической культуры лиц с нарушениями слуха

Адаптивное физическое воспитание людей с дефектами слуха преследует воспитательные, коррекционные и оздоровительные цели. Специфическими задачами АФВ при глухоте является развитие:

- вестибулярной функции, в том числе пространственной ориентировки;
- рационального распределения физических усилий;
- скорости двигательных реакций и реакций по выбору;
- произвольного управления темпом движений;
- координации движений;
- двигательной памяти.

Наиболее успешно эти задачи решаются такими средствами, как:

- общеразвивающие физические упражнения;
- циклические движения (ходьба, бег);
- дыхательные упражнения;
- упражнения, развивающие координацию;

- танцевально-ритмические упражнения;
- подвижные игры;
- виды спорта, развивающие ориентирование в пространстве.

В начале занятий АФВ выясняются интересы и предпочтения ученика (спортсмена) в области физической деятельности. В этом значительно помогает опрос (беседа, анкетирование, беседа с родственниками). Следующим этапом является изучение медицинской документации: наличие противопоказаний и индивидуальных рекомендаций, после чего проводится оценка уровня развития физических качеств. С учётом функциональных особенностей при данной нозологии особое внимание следует уделять исследованию быстроты, координации и способности формировать пространственно-временные связи. Для этого используют общепринятые тесты. Уровень развития кинестетического анализатора определяют по точности воспроизведения движений заданной амплитуды. Устанавливают уровень точности целевого движения, точность дифференцирования больших и малых мышечных усилий.

С учётом рассмотренных ранее физиологических особенностей, имеющих место при выраженных дефектах слуха, процесс адаптивного физического воспитания на первом этапе должен предусматривать целенаправленное формирование достаточного объёма кинестетических компонентов и правильных временных структур двигательного образа.

Коррекция двигательной сферы осуществляется путём формирования новых и укрепления существующих зрительно-кинестетических связей.

Особенностью АФВ людей с дефектами слуха является то, что все задачи требуют тщательной предварительной разработки наглядных понятийных сообщений в наиболее рациональной форме. Целесообразно максимально широкое использование арсенала зрительных образов.

Преподавателю, работающему со слабослышащими спортсменами, важно знать особенности способов общения при данной нозологии:

- устный метод – чтения с губ;
- жестикуляция – язык жестов;
- сочетание устного метода и языка жестов.

В физическом воспитании и спорте наиболее активно используется язык жестов. Для успешной работы со спортсменами, имеющими нарушения слуха тренеру необходимо:

- хорошо знать причину, приведшую к потере слуха, физиологические особенности, особенности физического развития и двигательных качеств каждого спортсмена;
- тщательно ознакомить обучаемых с правилами безопасности;
- владеть хотя бы элементами языка жестов;
- общаться с обучаемыми таким образом, чтобы им было хорошо лицо и губы преподавателя;
- при объяснении нового задания преподаватель должен смотреть в глаза ученикам;
- во время словесного объяснения помнить о выразительности своей артикуляции (говорить медленно и ясно), дополнять речь соответственными выражениями лица и жестикуляцией и не отвлекать внимания учеников мимикой и жестами, не относящимися к объясняемому вопросу;
- если преподаватель не уверен в достаточном понимании вопроса обучаемыми, он должен попросить их повторить сказанное им;
- возможно, придется проверить дважды, чтобы убедиться в достаточном понимании обучаемым рассматриваемого вопроса;
- дополнять устные команды жестами;
- организовать взаимопомощь между обучаемыми;
- обучить своих помощников вышеперечисленным методам;
- использовать перерывы через каждые 15 минут;
- в закрытых помещениях обеспечивать максимальную освещённость;
- в качестве сигналов можно использовать свет или яркие флажки;
- подбирать игры с простыми правилами;
- использовать как можно больше наглядных демонстраций с участием других обучаемых;
- избегать устных подсказок во время игры, при необходимости следует остановить игру и всё объяснить всем игрокам;
- своевременно правильно распознавать мимические выражения эмоций спортсменов с дефектами слуха, которые достаточно чётко отражают их отношение к организуемой тренером деятельности, компенсируя этим вербальные недостатки.

Методы и методические приемы, используемые на занятиях по адаптивному физическому воспитанию у детей с нарушением слуха.

Методы наглядности на уроке физической культуры глухих и слабослышащих детей основаны на комплексном включении всех сохранных видов ощущений при ведущей роли словесной речи. Наиболее типичными методами и методическими приемами являются:

- плакаты с названием частей тела, суставов и др. – для формирования знаний, наглядно-образных представлений о строении человека;
- карточки (как учебный материал) с рисунками и схемами движений, заданиями, указателями, ориентирами по всем разделам школьной программы для формирования наглядно-действенных представлений об изучаемых физических упражнениях;
- показ педагогом движений в разных экспозициях со словесным сопровождением и одновременным выполнением упражнений детьми по подражанию и проговариванием вслух;
- показ движений с одновременной словесной инструкцией (описанием, объяснением) и уточняющей мимикой, жестами, речью для считывания с губ, дактильной речью;
- плоскостные и объемные предметы, спортивный инвентарь и нестандартное оборудование, разные по цвету, форме, величине, весу для формирования пространственных представлений;
- световые, звуковые, вибрационные сигналы (например, удар ногой об пол – сигнал о прекращении движения, построении и т.п.) для концентрации внимания;
- звучание музыкальных инструментов, звуковых сигналов для дифференциации слухового восприятия;
- подвижные игры, игры-загадки (с движением и звуко-произношением, игры-имитации, игровые задания и эстафеты) для развития фантазии, пространственного воображения, обогащения словарного запаса, навыков коллективных действий. Например, в эстафете дается задание: за 1 минуту команды должны изобразить из длинной веревки на полу ромашку, зайца, елочку с последующим обсуждением детьми качества выполненной работы.

Выбор тех или иных методов и методических приемов обусловлен сохранностью слуха и других сенсорных систем, речевой деятельности и интеллекта слабослышащих и глухих школьников.

Для детей с нарушением слуха особенно полезными будут занятия танцами и ритмическими видами двигательной активности. Чтобы помочь им лучше ощущать звучание музыки, можно разместить громко-

говорители передней частью вниз, увеличить громкость низких частот и танцевать босиком. Можно воспользоваться воздушными шарами, чтобы глухие дети могли почувствовать музыку с помощью рук.

При проведении физкультурно-оздоровительных занятий необходимо соблюдать ряд методических требований:

1) подбирать упражнения, адекватные состоянию психофизических и двигательных способностей ребенка;

2) специальные коррекционные упражнения чередовать с общеразвивающими и профилактическими;

3) упражнения с изменением положения головы в пространстве выполнять с постепенно возрастающей амплитудой;

4) упражнения на статическое и динамическое равновесие усложнять на основе индивидуальных особенностей статокинетической устойчивости детей с обеспечением страховки;

5) упражнения с закрытыми глазами выполнять только после их освоения с открытыми глазами;

6) в процессе всего занятия активизировать мышление, познавательную деятельность, эмоции, мимику, понимание речи.

Методические особенности работы с детьми, имеющими нарушения слуха:

➤ Перед началом занятий необходимо оценить способность поддерживать равновесие. В случае нарушения равновесия следует воспользоваться упражнениями для его улучшения. Если нарушение способности сохранить равновесие сочетается с головокружением, тогда занятие лазаньем, прыжками на батуте или прыжками в воду допустимы лишь при соблюдении необходимых мер безопасности, которые позволят исключить возможность получения травм учеником во время занятия. Занятия акробатикой, включающие вращение туловища, должны проходить только при наличии внимательного наблюдения и страховки.

➤ В начале каждого занятия необходимо проводить обучение специальным жестам, используемым в данном виде спорта.

➤ Необходимо предоставить глухому ребенку информацию, излагаемую во время учебных моментов. Ограничить уровень шума на занятии, поддерживать тишину, когда кто-то говорит.

➤ В процессе обучения доступным для понимания видам двигательной активности необходимо использовать визуальные учебные под-сказки.

- Желательно выдавать глухим ученикам копии планов занятий, адаптированные для их восприятия.
 - Использовать на рабочих станциях карточки с письменным объяснением и иллюстрацией выполнения упражнений.
 - На занятиях по АФК необходимо демонстрировать все подробно. Во время командной игры использовать табличку со счетом игры и хорошо заметный таймер.
 - Желательно придумать хорошо различимые и легко заметные сигналы для общения на расстоянии. Стоять лицом к ученикам, чтобы движения губ и выражение лица были хорошо заметными.
 - Необходимо убедиться, что у вас за спиной нет источника яркого света (окна, лампы).
 - Во время занятий в спортзале необходимо использовать хорошее освещение.
 - Во время занятий на улице не желательно ставить учащихся на против солнца.
 - Необходимо контролировать как вас понимают. Перед началом практической части занятия нужно проверить всех учащихся, хорошо ли они поняли, что необходимо делать.
- Во время личного общения с глухим ребенком так же необходимо:
- Сохранять зрительный контакт в течение всего разговора.
 - Пользоваться ручкой и бумагой, чтобы дополнить общение жестами;
 - Показывать, что вы поняли собеседника, только после того как вам это действительно удалось (не делайте вид, что понимаете его).
 - Быть вежливым стараясь привлечь внимание глухого собеседника.
 - Не отвлекаться во время разговоров, исправлять языковые ошибки собеседника, только если он об этом попросит.

Средства АФВ. Дыхательная гимнастика.

Даже при регулярных занятиях спортом отдельные функции дыхания у глухих, такие как резервный объем выдоха, коэффициент использования кислорода в лёгких, не восстанавливаются в связи, с чем при глухоте необходима дыхательная гимнастика.

Цель дыхательных упражнений – произвольное управление характером и продолжительностью дыхательного цикла, воспитание навыка рационального дыхания.

Основными задачами дыхательной гимнастики являются:

- выработка правильного дыхания: вдох через нос, выдох через рот, при этом выдох длиннее вдоха;
- восстановление уравновешенности нервных процессов возбуждения и торможения, погашение патологических рефлексов и восстановление нормального стереотипа регуляции дыхательного аппарата;
- перевод поверхностного дыхания в глубокое;
- активизация тканевого обмена;
- обучение самостоятельному управлению своим дыхательным аппаратом, в том числе обучение удлинённому выдоху.

Для этого используются специальные упражнения из лечебной физкультуры:

- обучение дыханию через нос;
- упражнения для расслабления мышц лица, шеи, пояса верхних конечностей, грудной клетки, живота;
- дыхательные упражнения с удлинённым выдохом;
- диафрагмальное дыхание;
- упражнения для укрепления мышц брюшного пояса.

Упражнения для развития дыхания через нос.

- Разогреть руки трением ладоней одна о другую. Тёплыми пальцами погладить по спинке носа от кончика к переносице. От переносицы к кончику носа спуститься по бокам носа.
- Наморщить нос и при этом сделать 7-8 вдохов – выдохов.
- Раздуть крылья носа – вдох, сжать их – выдох.
- Поплескать средними пальцами по ноздрям (или сделать круговые массажные движения) и сделать полный выдох. Погладить спинку носа вверх – вдох.
- Закрыв левую ноздрию, подышать правой. Закрыв правую – левой.

По 20-30 раз.

- Попеременно закрывая ноздри, вдыхать через правую, выдыхать через левую. После 20-30 вдохов-выдохов поменять ноздри: вдох через левую, выдох через правую.

Эффективность дыхательных упражнений повышается, если их сочетать с массажем воротниковой области (мышц надплечья), межрёберных и брюшных мышц. При их выполнении обязательно соблюдение правильной осанки. Упражнения не должны вызывать чувства нехватки

воздуха или чувства утомления, которое может проявляться неприятными ощущениями в области сердца.

На втором этапе АФВ дыхательные упражнения усложняются сочетанием со специальными гимнастическими упражнениями для туловища (наклонами, поворотами, и вращениями туловища), с движениями рук (опускание и приведение) и ног (сгибание и подтягивание их к туловищу), упражнения с мячами, гимнастическими палками. Можно обратиться и к арсеналу авторских дыхательных гимнастик: по Бутейко, Стрельниковой, нижебрюшного дыхания Злобина.

Вестибулярная тренировка

Основу тренировки вестибулярного аппарата должны составлять физические упражнения, подавляющие тонические рефлексy (за счёт ускорения компенсации лабиринтных расстройств) и вегетативные рефлексy, а также выработка чувства равновесия и навыка точных координированных движений в невыгодных для вестибулярной функции условиях. Она способствует также формированию правильной осанки и закаливанию.

А.И. Яроцкий и К.И. Брыков сформулировали ряд принципов вестибулярной тренировки, в которой помимо индивидуализации, всесторонности, специфичности, оптимальной частоты тренировок, разнообразия применяемых средств, постепенного увеличения нагрузки и эмоциональной привлекательности тренировочных занятий, входят также:

- применение её в раннем возрасте;
- использование максимальных нагрузок и систематическое поддержание достигнутого эффекта.

Тренировка вестибулярного аппарата обычно продолжается 2-3 месяца. Нагрузка увеличивается в основном за счёт объёма и в меньшей степени за счёт увеличения темпа выполнения упражнений по мере усвоения ритма движений. Нагрузка увеличивается последовательно на каждом занятии путём выполнения заданий с нарастающей трудностью и от занятия к занятию. Вначале выполняется нагрузка в том направлении, к вращению в котором обучаемый обнаружил наиболее благоприятные вестибулярные реакции.

По Ю.П. Кобякову, последовательность нагрузок следующая:

- при продольной оси вращения направление вращения: 1) налево; 2) направо;
- при сагиттальной оси вращения: 1) влево, 2) вправо;
- при фронтальной оси вращения: 1) вперёд, 2) назад.

Целесообразным считается волнообразное повышение нагрузок с уменьшением объёма или интенсивности через каждые 3-4 недели занятий и последующим её увеличением.

С целью вестибулярной тренировки применяются:

- вращение вокруг вертикальной оси тела;
- фиксация статических положений после вращательных движений;
- ходьба и бег с внезапными ускорениями и резкими остановками с последующей переменной положения тела или изменением направления движения;
- танцевальные шаги и прыжки в движении с поворотами налево и направо на 180-360 градусов;
- поза ласточка;
- кувырки и повороты в различных направлениях с точным выходом в заданное положение тела;
- кувырки в сочетаниях с прыжками с поворотами;
- плавание с элементами угловых ускорений.

Развитие координационных способностей. Под координационными способностями подразумевается адекватность, точность, своевременность, целесообразность, экономичность и находчивость двигательных действий.

Поскольку координационные способности зависят от качества сенсорного восприятия, дифференциации и точности отражения пространства, для их совершенствования необходимо развивать:

- зрительное, вестибулярное, кинестетическое восприятие;
- зрительную, вестибулярную и кинестетическую точность отражения пространства (в том числе различие направления и расстояния);
- способность оценивать время движения и дифференцировать его;
- моторную память;
- оперативно-тактическое мышление.

В большей мере этому помогают упражнения, развивающие вестибулярную функцию.

Методами развития координационных способностей являются:

- внесение регламентирующих изменений как в упражнения в целом, так и в их отдельные параметры;
- смена исходного положения;
- смена способа выполнения упражнения;
- зеркальное выполнение упражнения.

Ритмико-пластические упражнения. Хорошо зарекомендовало себя на первом этапе АФВ использование элементов современных и народных танцев. Адекватный ритм оказывает благоприятное влияние на ритм сердечных сокращений и координацию моторных рефлексов. Музыкальное сопровождение в данном случае заменяют световыми сигналами. «Световой сигнал», выступая в роли раздражителя, изменяет функциональную подвижность нервных процессов возбуждения и торможения и таким образом влияет также на форму и величину мышечных сокращений.

Обучение навыкам начинают с медленного темпа, постепенно увеличивая его и усложняя задания. При этом многократное выполнение танцевальных движений позволяет развивать точность. Изменение ритма является одним из приёмов развития ловкости.

На втором этапе рекомендуется выполнение ритмико-пластических упражнений с использованием предметов: мячей, обручей, скакалок и др.

Анализ научных исследований выявил значительное отставание в показателях скоростно-силовых качеств и различных проявлениях координационных способностей.

Упражнения скоростно-силового характера (бег, прыжки, метания) занимают большую часть как основные виды движения, относящиеся к разряду жизненно важных двигательных умений и навыков. Необходимо научить неслышащих детей правильно и уверенно выполнять эти движения в изменяющихся условиях повседневной жизни. Целесообразность использования упражнений скоростно-силовой направленности подтверждается двумя теоретическими положениями:

1) к базовым видам координационных способностей относятся те координационные проявления, которые необходимы при выполнении любых действий (ходьба, бег, прыжки, учебные и бытовые действия);

2) повышение уровня одной физической способности влечет позитивные изменения других («положительный перенос»).

Целенаправленное использование упражнений скоростно-силовой направленности создает благоприятные предпосылки как для повышения уровня развития физических качеств, так и для коррекции базовых координационных способностей.

Установлено, что в дошкольном возрасте наибольший прирост по-

казателей физических качеств у неслышащих детей происходит в те же периоды жизни, что и у здоровых детей – с 4 до 6 лет. Это наиболее благоприятный возрастной период для развития всех физических качеств неслышащих детей дошкольного возраста.

Методика скоростно-силовой направленности учебного процесса опирается на принцип сопряженного развития координационных и кондиционных физических способностей. Для усиления коррекционного воздействия методика включает упражнения для развития равновесия, активизации психических процессов и нарушенной слуховой функции упражнения выполняются под ритмичные удары барабана, бубна. Сначала звук воспринимается детьми слухо- зрительно, а потом только на слух. Средствами развития скоростно-силовых качеств в коррекционном процессе на физкультурном занятии являются различные виды бега, прыжки, метания, упражнения с мячами (набивными, волейбольными, теннисными). Основные методы – игровой и соревновательный – включают эстафеты, подвижные игры, повторные задания, сюжетные игровые композиции, круговую форму организации занятий.

Достаточно большой перечень упражнений требует систематизации. Наиболее эффективным и апробированным способом их распределения является использование комплексов упражнений направленного воздействия: из трех занятий в неделю по 30–40 мин (в зависимости от возраста) два отвести развитию преимущественно скоростно-силовых качеств, одно – коррекции вестибулярных нарушений и развитию функции равновесия. Чтобы обеспечить безопасность, прыжковые упражнения проводятся на нестандартном оборудовании – дорожка из 10 цветных поролоновых кирпичиков высотой 12 см, длиной 50 см, свободно передвигаемых на необходимое расстояние.

Прыжковые упражнения выполняются в основной части занятия. Комплекс состоит из прыжков на двух ногах, боком (левым/ правым) на двух ногах, на одной (левой/правой) ноге, на двух ногах с усложнением задания (составление кирпичиков рядом друг с другом или постановка их друг на друга), включения «горячих» кирпичиков, которых нельзя коснуться. Каждое упражнение выполняется после отдыха продолжительностью 20–30 с.

Для развития скоростно-силовых качеств во второй половине основной части занятия лучше использовать комплекс упражнений с набивными мячами весом 0,5–1 кг в парах: броски мяча сверху, снизу, от гру-

ди, стоя спиной к партнеру, из положения сидя, лежа на груди и спине, броски ногами из исходного положения стоя и сидя.

На начальном этапе для развития силы рук, в том числе мелкой моторики, и скоростно-силовых качеств необходимо создать облегченные условия, используя не мячи, а поролоновые кубики. Упражнения с ними весьма разнообразны и с удовольствием воспринимаются детьми: сжатие кубика руками, ногами, прижатие его к полу руками и ногами, поднятие кубика ногами вверх сидя и лежа, броски кубика из исходного положения стоя (лицом, спиной), сидя (лицом, спиной ногами), лежа (на груди и спине), быстрый бег за кубиком из различных исходных положений после броска и другие упражнения, требующие ориентировки в пространстве, точности и координации движений.

Для повышения эмоциональности и поддержания интереса к физкультурным занятиям одно из них проводится с использованием круговой формы организации, которая воспринимается детьми как игра, так как имеет сюжетную основу. Упражнения подбираются для комплексного развития физических качеств. Количество упражнений на станции, их интенсивность и интервалы отдыха регулируются соответственно индивидуальным возможностям ребенка. Время прохождения всех станций 4–5 мин, отдых между кругами 1–1,5 мин, количество кругов 1–3.

Решение задач развития функции равновесия и коррекции вестибулярных нарушений целесообразно решать в одном занятии, отведя каждой из них приблизительно равное время – по 15 мин.

Коррекция функции равновесия проводится с использованием упражнений на уменьшенной площади опоры, поднятой опоре, в балансировке. Время выполнения упражнений на сохранение равновесия у 4–5-летних – 10–15 с, у 6–7-летних – 25–30 с и более, пройденное расстояние для 4–5-летних – 3–4 м, для 6–7-летних – 5–6 м.

Хорошо освоенные и безопасные упражнения (ходьба, стойки) сначала выполняются с открытыми глазами, затем с закрытыми (от 2 до 8–10 шагов). Все упражнения, связанные с коррекцией и развитием равновесия, выполняются со страховкой, поддержкой, помощью.

В комплексе анализаторов, активно участвующих в сенсорной основе физической деятельности, ведущее значение принадлежит двигательной системе, осуществляющей регуляцию выполнения произвольного двигательного акта. Постоянным участником сенсорной основы двигательной деятельности является зрительный анализатор.

Контрольные вопросы

1. Дайте краткую характеристику нарушений слуха.
2. Опишите особенности развития ребенка с нарушением слуха.
3. Опишите особенности организации адаптивной физической культуры лиц с нарушениями слуха.
4. Дайте характеристику средств адаптивной физической культуры лиц с нарушениями слуха.

Глава 3. Методика адаптивной физической культуры лиц с нарушениями речи

3.1 Краткая характеристика нарушений речи

Речевое развитие ребенка предполагает формирование у него языковых, речевых и коммуникативных систем к старшему дошкольному возрасту. Обязательной предпосылкой к развитию детской речи является наличие развивающей речевой среды. В период дошкольного возраста происходят наиболее значимые и важные качественные изменения овладения языковой знаковой системой. Развитие речи оказывает большое влияние на формирование личности ребенка, волевые качества, характер, его взгляды и убеждения. Проявляющееся своеобразие речи отражает социальную среду, социальные факторы, окружающие человека в процессе развития. В дошкольном возрасте нарушения развития речи могут иметь ярко выраженные внешние признаки, такие как несовершенства звуковой системы, отклонения в развитии выразительных средств устной речи; особенности сформированности темпа и ритма речи; лексические недостатки, связанные с недостаточным уровнем сформированности речевой деятельности; отклонения в развитии связного высказывания. В одних случаях эти отклонения являются результатом повреждения определенного отдела речевого анализатора (тяжелые нарушения речи – алалия, дизартрия, ринолалия, афазия, сложная дислалия, заикание), в других – возникают в связи с недоразвитием определенного компонента языковой системы.

Звуковые отклонения (нарушения звукопроизношения) проявляются четко в речи детей, начиная с 5-го года жизни. Они являются наибо-

лее распространенными в детском возрасте. Звуковые недостатки могут проявляться в 4-х основных формах: пропуск звуков, искажение звучания звуков, замена звуков, смешение звуков. Фонетические нарушения могут быть связаны с соматической и физической ослабленностью ребенка; с социальными условиями жизни, с ограничениями социальных контактов и речевого общения; с двуязычием; нарушением строения органов артикуляции и недостатками подвижности органов артикуляции; недостатками уровня фонематического развития.

Признаком фонематического недоразвития звуков является незаконченность процесса формирования звуков, отличающихся тонкими артикуляционными или акустическими признаками (прежде всего свистящих и шипящих фонем, р, л; глухие, звонкие звуки, твердые – мягкие, взрывные и фрикативные реже имеют специфические отклонения). Недостаточность фонематического восприятия проявляется и при выполнении детьми заданий по различению звуков; при повторении слогов спарными звуками; при самостоятельном подборе слов, начинающихся на какой-либо определенный звук; при выделении звука, с которого начинается слово, и.т.п. сложность представляет задание подобрать с помощью картинок слова, начинающиеся на определенный звук. При фонематических нарушениях проявляются разнообразные варианты нестойких звуковых замен, может отмечаться нечеткость, смазанность и поиск правильной артикуляции. При повторении слов, различающихся одной фонемой, действуют по догадке или повторяют с ошибками. В словах могут потерять часть слоговых элементов. У таких детей наблюдается истощаемость слухового внимания – легко отвлекаются, плохо слушают чтение книг, сказок, возникают сложности при удержании длинной инструкции. Во время игры могут «не слышать» обращения. Может наблюдаться ускоренный темп речи, нарушение плавности. На музыкальных занятиях наблюдаются ритмические погрешности.

3.2 Особенности развития детей с нарушением речи

Нарушения в развитии звуковой стороны речи отражаются на формировании речевой системы, проецируются на различные формы продуктивной деятельности. Затруднения проявляются в рисовании, конструировании, игре. Ребенок затрудняется с расположением на плоскости пространственного образа, с конструированием из отдельных

элементов целого. Наибольшие сложности вызывает оречевление выполненного. Достаточно сложно развиваются временные категории, что негативно отражается в речи. Ярко выраженные особенности звуковой стороны речи могут явиться причиной эмоциональных переживаний и стрессов ребенка, отражаться на уровне общения и выборе товарища по общению.

Для детей с нарушением речи типичными являются значительные внутригрупповые различия по уровню речевого развития. Одни расстройства речи могут быть резко выраженными, охватывающими все компоненты языковой системы. Другие проявляются ограниченно и в минимальной степени (например, только в звуковой стороне речи, в недостатках произношения отдельных звуков). Они, как правило, не влияют на речевую деятельность в целом. Однако у значительной части обучающихся отмечаются особенности речевого поведения – незаинтересованность в вербальном контакте, неумение ориентироваться в ситуации общения, а в случае выраженных речевых расстройств – негативизм и значительные трудности речевой коммуникации.

Социальное развитие большинства детей с нарушениями речи полноценно не происходит в связи с недостаточным освоением способов речевого поведения, неумением выбирать коммуникативные стратегии и тактики решения проблемных ситуаций. Несмотря на различную природу, механизм речевого дефекта, отмечаются типичные проявления, свидетельствующие о системном нарушении формирования речевой функциональной системы. Одним из ведущих признаков является более позднее, по сравнению с нормой, развитие речи; выраженное отставание в формировании экспрессивной речи при относительно благополучном понимании обращенной речи. Наблюдается недостаточная речевая активность, которая с возрастом, безспециального обучения, резко снижается. Развивающаяся речь аграмматична, изобилует большим числом разнообразных фонетических недостатков, малопонятна окружающим.

Нарушения в формировании речевой деятельности обучающихся негативно влияют на все психические процессы, протекающие в сенсорной, интеллектуальной, аффективно-волевой и регуляторной сферах. Отмечается недостаточная устойчивость внимания, ограниченные возможности его распределения. При относительно сохранной смысловой, логической памяти у детей снижена вербальная память, страдает продуктивность запоминания. Они забывают сложные инструкции,

элементы и последовательность заданий. У части отмечается низкая активность припоминания может сочетаться с дефицитностью познавательной деятельности.

Связь между речевыми нарушениями и другими сторонами психического развития обуславливает специфические особенности мышления. Обладая в целом полноценными предпосылками для овладения мыслительными операциями, доступными их возрасту, дети отстают в развитии словесно-логического мышления, без специального обучения с трудом овладевают анализом и синтезом, сравнением и обобщением.

Детям с нарушением речи присуще и некоторое отставание в развитии двигательной сферы, проявляющееся плохой координацией движений, неуверенностью в выполнении дозированных движений, снижением скорости и ловкости движений, трудностью реализации сложных двигательных программ, требующих пространственно-временной организации движений (общих, мелких и артикуляторных).

Детей с нарушением речи отличает выраженная диссоциация между речевым и психическим развитием. Психическое развитие этих обучающихся протекает, как правило, более благополучно, чем развитие речи. Для них характерна критичность к речевой недостаточности. Первичная системная речевая недостаточность тормозит формирование потенциально сохранных умственных способностей, препятствуя нормальному функционированию речевого интеллекта. Однако по мере формирования словесной речи и устранения речевого дефекта их интеллектуальное развитие приближается к нормативному.

Наиболее типичные и стойкие проявления общего недоразвития речи наблюдаются при алалии, афазии, дизартрии, реже – при ринолалии и заикании. Нарушения устной речи у детей приводят к возникновению нарушений письменной речи (дисграфии и дислексии), т.к. письмо и чтение осуществляются только на основе достаточно высокогоразвития устной речи. Симптоматика нарушений письма и чтения проявляется в стойких, специфических, повторяющихся ошибках как на уровне текста, предложения, так и слова. Нарушения письма (дисграфия) и чтения (дислексия) могут сопровождаться разнообразными неречевыми расстройствами и в сочетании с ними входят в структуру нервно-психических речевых расстройств (при алалии, афазии, дизартрии, ринолалии и т.д.).

Внешние проявления речевого дефекта характеризуются наличием различных по форме и локализации судорог речевого аппарата, нарушением просодической стороны речи, нарушением речевой и общей моторики, наличием произвольных сопутствующих движений (тела, мимической мускулатуры). Дети начинают затрудняться в построении высказывания, не всегда могут быстро и точно подобрать нужные слова, хотя имеют достаточный по возрасту запас знаний и представлений об окружающем. Самостоятельные высказывания начинают сопровождаться повтором слов, слогов, звуков, паузами при поиске слов. В самостоятельных развернутых высказываниях часто встречаются незавершенные предложения,

Неточные ответы на вопросы.

У заикающихся детей отмечаются специфические особенности общего и речевого поведения: повышенная импульсивность высказывания и в связи с этим искажение точности содержания речи собеседника; слабость волевого напряжения; замедление или опережающее включение в деятельность; неустойчивость внимания; несобранность; сниженная способность регуляции и саморегуляции деятельности. При осознании и переживании своего речевого нарушения у обучающихся могут возникать: логофобии; защитные приемы (уловки) моторного и речевого плана; различная степень фиксированности на заикании (от умеренной до выраженной).

Дифференциация детей с нарушением речи на группы по уровню речевого развития принципиально недостаточна для выбора оптимального образовательного маршрута и определения содержания коррекционно-развивающей области – требуется учет механизма речевого нарушения, определяющего структуру речевого дефекта при разных формах речевой патологии.

Различия механизмов и структуры речевого дефекта у детей с различным уровнем речевого развития определяют необходимость многообразия специальной поддержки в получении образования.

Специфика содержания и методов обучения детей с нарушением речи является особенно существенной в младших классах (на ступени начального общего образования), где формируются предпосылки для овладения программой дальнейшего школьного обучения, в значительной мере обеспечивается коррекция речевого и психофизического развития.

3.3 Особенности организации адаптивной физической культуры лиц с нарушениями речи

Целью физического воспитания в школе для детей с тяжелыми нарушениями речи является содействие всестороннему развитию личности посредством формирования физической культуры. Система физического воспитания, объединяющая урочные, классные и внешкольные формы занятия физическими упражнениями и спортом, создает максимально благоприятные условия для раскрытия и развития не только физических, но и духовных способностей ребенка, его самоопределения. В этой связи в основе принципов дальнейшего развития системы физического воспитания в школе лежат идеи личностного и деятельностного подходов, оптимизации и интенсификации учебно-воспитательного процесса.

В процессе правильно организованных занятий необходимо устранить нескоординированные, скованные, недостаточно ритмические движения детей, научить их дифференцированным навыкам, связанным с употреблением некоторых орудий труда и инструментов (кисточка, ножницы, карандаш и др.).

Обращается специальное внимание на особенности психомоторного развития детей, которые должны учитываться в процессе занятий. Дети с речевой патологией, имеющей органическую природу нарушения, обычно различаются по состоянию двигательной сферы на возбужденных (они легко отвлекаются, нетерпеливы) и заторможенных.

Базовой составляющей коррекционно-педагогического воздействия на детей с нарушением речи является программа АФВ младших школьников, содержит компоненты коррекционной направленности разного педагогического воздействия.

1. Коррекция и развитие мелкой моторики.
2. Коррекция сформированного пространственных представлений.
3. Активизация речевой деятельности.
4. Повышение общефизической подготовленности и профилактика нарушений ОДА.
5. Коррекция расслабления.
6. Развитие дыхательной системы.
7. Повышение адаптационных возможностей организма.
8. Развитие воображения и творческой деятельности.

Отбор средств коррекционного воздействия, используемых в физкультурно-оздоровительных занятиях с дошкольниками должен осуществляться с учетом речевой и психической симптоматики детей с заиканием и включать:

- упражнения на коррекцию и развитие отдельных компонентов в структуре координационных способностей (точного управления движениями по временным параметрам, точности согласования движений различных звеньев тела, способности сохранять равновесие, способности к реагированию, мелкомоторной координации);
- упражнения на развитие функции дыхания;
- упражнения на профилактику и коррекцию нарушений опорно-двигательного аппарата (ОДА);
- упражнения для нормализации психоэмоциональной сферы, коррекция которой осуществлялась в двух направлениях – использование телесно-ориентированных психотехник (упражнения на растягивание, мышечная релаксация) и развитие невербальных и вербальных компонентов общения (мимические и пантомимические упражнения, коммуникативные упражнения и игры).

Средства и методы коррекционного воздействия должны строго соответствовать этапам логопедической коррекции и включать адаптированный речевой материал, учитывающий степень речевой самостоятельности детей в соответствии с текущим этапом логокоррекционной работы.

В группе с общим недоразвитием речи могут быть дети с дизартрией, имеющие, как правило, остаточные проявления органического поражения центральной нервной системы в виде стертых парезов, приводящих к двигательной неловкости, малому объему движений, недостаточному их темпу и переключаемому.

Коррекция особенностей моторного развития детей осуществляется путем специальных упражнений и общепринятых способов физического воспитания. Она направлена на нормализацию мышечного тонуса, исправление неправильных поз, развитие статической выносливости, упорядочение темпа движений, синхронного взаимодействия между движениями и речью, запоминание серии двигательных актов, воспитание быстроты реакции на словесные инструкции, развитие тонких двигательных координации, необходимых для полноценного становления навыков письма.

При коррекции и развитии мелкой моторной координации используются упражнения и игры, направленные на формирование кинетической основы движений пальцев рук, включавшие тренировку последовательно организованных движений (поочередные сгибания, разгибания, отведения, соединения и т. п.) и кинестетической основы движений пальцев рук – т. е. праксиса позы («Коза», «Ежик», «Мышка», «Петушок» и т. д.).

Кроме того, необходимо формировать навык манипуляций с мелкими предметами. Игры и упражнения должны сопровождаться рифмованной речью педагога, а в дальнейшем, и самих детей, что способствовало развитию темпо-ритмических способностей дошкольников.

В специальной группе особое внимание – уделяется развитию мелкой моторики пальцев рук. Этому служат следующие упражнения типа:

- сжимать резиновую грушу или теннисный мячик;
- разгибать и загибать поочередно пальцы из кулака и в кулак;
- отхлопывать ритм ладонями по столу, затем чередовать положение руки: ладонь-ребро (одной и двумя руками);
- поочередно каждым пальцем отстукивать в заданном темпе по поверхности стола;
- перебирать разными пальцами натянутую резинку или шнурок;
- отстреливать каждым пальцем поочередно пинг-понговый шарик;
- тренировать руку в захвате мячей различного диаметра;
- вырабатывать переключение движений правой и левой руки (ладонь-кулак, ладонь-ребро ладони и т. п.);
- воспроизводить различные положения руки (кулак-ладонь-ребро), пальцев (колечко-цепь, щепоть);
- захватывать поочередно мелкие предметы небольшого диаметра различными пальцами.

Ведущее место в системе физического воспитания обучающихся занимает урок. Основное содержание уроков определяется программой, состоящей из следующих разделов: теоретические сведения, гимнастика, подвижные и спортивные игры, плавание, легкая атлетика. Кроме уроков, важную роль для сохранения и укрепления здоровья обучающихся и воспитанников являются физкультурно-оздоровительные мероприятия в режиме учебного и продленного дня. К ним относятся: утренняя гимнастика до учебных занятий, физкультминутки во время уроков, физические упражнения, спортивные и подвижные игры сред-

ней и малой подвижности на переменах, ежедневные физкультурные занятия в группах продленного дня и спортивные мероприятия (проводимые в течение всего учебного года).

Физическое воспитание комплексно осуществляет задачи умственного, нравственного, эстетического и трудового воспитания.

Главной оздоровительной задачей физического воспитания является охрана жизни и укрепление здоровья детей. Хорошее здоровье определяется нормальной работой всех органов и систем организма. Исходя из особенностей развития детского организма, задачи укрепления здоровья определяются в более конкретной форме по каждой системе: правильное и своевременное окостенение, формирование изгибов позвоночника, свода стопы, укрепление связочно-суставного аппарата, правильное соотношение частей тела, регулирование роста и веса костей; развитие всех групп мышц; способствовать углублению дыхания; способствовать уравниванию процессов возбуждения и торможения, совершенствование двигательных анализаторов, органов чувств.

Образовательными задачами физического воспитания являются формирование двигательных навыков, привитие навыков правильной осанки, навыков гигиены, освоение знаний о физическом воспитании.

В процессе физического воспитания не менее важно решать и воспитательные задачи. Необходимо вырабатывать у детей потребность, привычку к ежедневным занятиям, развивать умения самостоятельно заниматься. Необходимо воспитывать у детей умение творчески пользоваться знаниями и навыками в двигательной деятельности, проявляя активность, сообразительность, смекалку, находчивость.

Коррекционно-развивающая среда АФВ включает ряд условий: организационных, психологических и педагогических.

К организационным условиям относятся: обоснованный режим дня, режим речевой и двигательной активности младших школьников, соответствующий возрастным психофизиологическим особенностям, образовательным потребностям и интересам обучающихся, соблюдение санитарно-гигиенических норм. Организационные формы учебной деятельности: фронтальные, подгрупповые (на занятия ЛФК деление класса на 2 подгруппы), индивидуальные занятия, предусматривающие решение задач, направленных на коррекцию психофизических, речевых и др. нарушений, касающихся каждого конкретного ребенка. К организационным условиям АФВ относится также насыщение учебного про-

цесса предметно-развивающей средой: наборы стимульного и дидактического материала, спортивного инвентаря, соответствующего разделам учебной программы, наборы игрового материала для организации сюжетно-ролевых, конструктивных и коррекционных игр, занятий по ЛФК, ритмике, пальчиковой, дыхательной и фонетической гимнастике (музыкальное сопровождение занятий, наличие гимнастического инвентаря и пр.). Создание коррекционно-развивающей среды подразумевает максимальное включение каждого ученика в непосредственную предметно-практическую деятельность. В связи с этим дидактический материал должен находиться в зоне непосредственной доступности каждого занимающегося.

Педагогические условия процесса АФВ не отличаются от общих условий образовательного процесса, но при этом имеют свою специфику, связанную, в частности, с индивидуальным и дифференцированным подходом к каждому ученику, с учетом его образовательных потребностей, т. е. с необходимостью обеспечить соответствие физической подготовленности занимающихся их функциональным возможностям. Наличие этой специфики сказывается на содержании педагогических условий, предусматривающих насыщение учебного процесса специальными методами обучения, заимствованными из специальной педагогики.

Словесные методы обучения носят специфический характер за счет введения специальных требований к предъявлению вербальной информации – это четкая артикуляция, сопровождающаяся демонстрацией движения, образные сравнения с выделением главных элементов техники двигательного действия, что способствует осмысливанию поставленной задачи и сознательному выполнению физических упражнений.

Метод сопряженной речи – это одновременное созвучное произношение несколькими детьми слов или фраз во время выполнения двигательного действия.

Метод наглядности обеспечивает яркость чувственного восприятия и двигательных ощущений.

Методы рекреационного направления АФВ – релаксационные и танцевальные упражнения под музыку, художественно-музыкальные и другие телесно-ориентированные практики, в ходе которых интегрируются движения, образ и музыка, что вызывает у детей интерес к занятиям, положительные психоэмоциональные переживания. Особое место в

АФВ отводится работе над дыханием как составной части звукопроизношения, повышению адаптационных возможностей организма и развитию креативности.

Реализация педагогических условий предусматривает также консультативно-просветительскую работу с родителями, воспитывающими детей с ОНР.

Психологические условия, создание благоприятного психологического климата в классе, коммуникативных условий для взаимодействия со сверстниками, доверительных отношений между учителем и учеником, создание ситуаций успеха, поощрение учеников и пр. Основным принципом общения является уважение, доброжелательное и гуманное отношение, толерантность к ребенку с «особыми образовательными потребностями».

Подбор средств физического воспитания и адаптивного физического воспитания и методов их реализации, адекватных задачам коррекционного воздействия при работе с детьми с заиканием должен осуществляться строго с учетом особенностей этапов логопедической коррекции.

С учетом проявления патологического механизма заикания – нарушения темпа и ритма протекания речевого психомоторного акта, особое внимание в процессе занятий физическими упражнениями необходимо уделять развитию темпо-ритмических характеристик движений (общих и речевых). С этой целью поэтапно формируются эталоны темпа (медленного, среднего и быстрого), различных метро-ритмических структур и умение:

- выполнять упражнение, поддерживая заданный темп;
- выполнять упражнение в различных темпах (что способствует тренировке подвижности нервных процессов);
- выполнять упражнение с ускорением, с замедлением темпа;
- воспроизводить в движениях различные метро-ритмические структуры;
- воспроизводить точную согласованность движений при выполнении физических упражнений с различными видами звукового сопровождения.

Наличие в клинической картине заикания расстройства речевого дыхания требует использования широкого спектра специальных физических упражнений (статических и динамических, звуковой гимнастики),

способствующих коррекции дыхательной функции. Необходимо также при выполнении любых физических упражнений акцентировать внимание детей на строгом соответствии отдельных фаз дыхания определенным двигательным действиям.

При обучении двигательным действиям детей с заиканием, характеризующихся трудностями процесса их автоматизации, переключаемости с одного действия на другое, запоминания последовательности движений, используются приемы расчлененного разучивания двигательных действий: освоение ключевых положений тела и его частей, временная фиксация положения тела в той или иной фазе упражнения, «проводка» по движению в изучаемой фазе, многократное повторение элементов действий и т. п.

Подготовка к освоению детьми комбинированных упражнений осуществляется постепенно и требует интеграции результатов работы логопеда (упражнения артикуляционной, дыхательной гимнастики, упражнения по развитию мелкой моторики) и руководителя физического воспитания (основные виды движений, общеразвивающие упражнения, упражнения, направленные на развитие координации движений).

При общении с ребенком, имеющим нарушения речи важно соблюдать следующие правила:

1. Не перебивать ребенка, испытывающего затруднения в речи.
2. Не пытаться ускорить разговор. Быть готовым к тому, что разговор с ребенком с затрудненной речью займет у вас больше времени, чем вы предполагали.
3. При общении с ребенком с затруднениями в речи поддерживать визуальный контакт. Отдать этой беседе все внимание.
4. Если вы не поняли, что вам сказали, не стесняйтесь получить разъяснения.
5. В учебной деятельности использовать речитативы, сопряженную речь.
6. Не предлагать ребенку, испытывающему затруднения в речи, выполнять задания с речитативами в числе первых.

Контрольные вопросы

1. Дайте краткую характеристику нарушений речи.
2. Опишите особенности развития ребенка с нарушением речи.

3. Опишите особенности организации адаптивной физической культуры лиц с нарушениями речи.

4. Дайте характеристику средств адаптивной физической культуры лиц с нарушениями речи.

Глава 4. Методика адаптивной физической культуры лиц, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата

4.1 Краткая характеристика нарушений опорно-двигательного аппарата

Нарушения опорно-двигательного аппарата (ОДА) занимают ведущее место в заболеваемости и инвалидности у детей. Условно все поражения ОДА можно разделить на 4 основные группы: связанные с последствиями детского церебрального паралича, поражениями спинного мозга, ампутации и недоразвитие конечностей и группа других заболеваний. Для каждой группы характерны свои проявления, которые накладывают отпечаток на функциональное состояние ребенка.

Самая распространенная является группа нарушений, обусловленная последствиями ДЦП. Термин детский церебральный паралич (ДЦП) обозначает группу двигательных расстройств, возникающих при поражении двигательных систем головного мозга и проявляющихся в недостатке или отсутствии контроля со стороны нервной системы за функциями мышц.

При ДЦП имеет место раннее, обычно внутриутробное повреждение или недоразвитие мозга. Причины этих нарушений могут быть разными:

- различные хронические заболевания будущей матери;
- перенесенные матерью инфекционные, особенно вирусные заболевания, интоксикации;
- несовместимость матери и плода по резусфактору или групповой принадлежности;
- ушиба во время беременности и др.

Предрасполагающими факторами могут быть – недоношенность или переношенность плода.

В отдельных случаях причиной ДЦП могут быть:

- акушерский травматизм;
 - затяжные роды с обвитием пуповины вокруг шейки плода, что приводит к повреждению нервных клеток головного мозга ребенка в связи с недостатком кислорода;
 - иногда ДЦП возникает после рождения в возрасте до одного года в результате инфекционных болезней, осложняющихся энцефалитом (воспалением мозгового вещества), после тяжелых ушибов головы.
- ДЦП, как правило, не является наследственным заболеванием.

В современной научно-методической литературе имеется более 20 классификаций синдромов ДЦП. Однако все многообразие клинических проявлений можно определить в 3 группы: спастические формы (спастическая диплегия, гемиплегия), атонические формы и гиперкинетическая форма. Для каждой формы характерны свои особенности состояния опорно-двигательного аппарата. Так, при спастических формах наблюдается повышение мышечного тонуса, формирование контрактур, деформации суставов, парезов и параличей конечностей, наличие тонических рефлексов. При задержке их угасания у ребенка вслед за движениями головы может изменяться положение конечностей и даже туловища. При атонических формах наблюдается снижение мышечного тонуса, за счет чего у ребенка с трудом формируются статические и статодинамические положения тела. Особенностью гиперкинетической формы ДЦП является наличие произвольных движений – гиперкинезов и патологических синкинезий, которые тормозят развитие двигательных умений и навыков. При всех формах ДЦП наблюдается задержка становления навыков как крупной, так и мелкой моторик, нарушение координации движений. Так же могут существенно различаться уровни развития самообслуживания и передвижения: от тотальной помощи до полной независимости от окружающих.

Ко второй группе поражений ОДА относятся последствия, обусловленные травмой или заболеванием спинного мозга. Травмы спинного мозга классифицируются в соответствии с отделом позвоночного столба (шейный, грудной, поясничный и крестцовый) и номером позвонка, на уровне или ниже которого случилось нарушение. Одно из наиболее частых врожденных заболеваний спинного мозга является спиналифид (Spina Bifida). Это заболевание представляет собой порок развития позвоночника, характеризующийся незаращением позвонков и неполным закрытием позвоночного канала, часто сопровождающийся поро-

ком развития спинного мозга. Данное состояние нередко сочетается с дисплазией внутренних органов и других отделов скелета. Несмотря на различную этиологию, основные проявления однотипны: полная или частичная утрата произвольных движений и чувствительности ниже уровня поражения и расстройства функций тазовых органов. В то же время состояние ОДА определяется уровнем поражения. При повреждении шейного отдела на уровне С1-С4 возникают спастические параличи верхних и нижних конечностей, С5-D1-2 – вялые параличи в верхних и спастические – в нижних, D3-12 – спастические, а на уровне L1-5 – вялые в нижних конечностях. Чаще всего такие дети нуждаются в посторонней помощи, как для перемещения, так и для самообслуживания.

Для третьей группы поражений ОДА характерно отсутствие и недоразвитие конечности, которое может быть на разных уровнях. При этом, чем выше уровень недоразвития и ампутации, тем больше будут выражены вторичные нарушения у ребенка. К их числу могут относиться нарушения осанки, сколиоз, атрофия мышц культи, психологические проблемы, связанные с отсутствием части конечности. У детей постепенно, по мере роста кости наступает относительный дефицит мягких тканей, которые нередко оказываются расположенными проксимальнее конца кости. Удлинение мышц происходит за счет интерстициального роста, идущего независимо от эпифизарного роста кости. Мышцы усеченной конечности растут пропорционально их сохранившейся длине: чем короче мышца, тем более она отстает в росте.

К четвертой группе поражений относятся другие заболевания ОДА: мышечная дистрофия, юношеский деформирующий ревматоидный артрит, несовершенный остеогенез, нанизм, артрогрипоз и т.д. Мышечная дистрофия представляет собой сборное название для группы наследственных заболеваний, характеризующихся прогрессирующей диффузной слабостью различных мышечных групп. Юношеский ревматоидный артрит проявляется воспалением суставов и формированием контрактур. При несовершенном остеогенезе происходит нарушение процесса формирования костей, сопровождающиеся их повышенной ломкостью и деформациями скелета. Артрогрипоз представляет собой непрогрессирующее врожденное заболевание неизвестной природы, при котором дети имеют контрактуры суставов и снижение мышечной силы и тонуса.

4.2 Особенности развития детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Контингент детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата крайне неоднороден как в клиническом, так и в психолого-педагогическом отношении. У всех детей ведущими в клинической картине являются двигательные расстройства (задержка формирования, недоразвитие или утрата двигательных функций), которые могут иметь различную степень выраженности: при тяжелой степени двигательных нарушений ребенок не владеет навыками ходьбы и манипулятивной деятельностью, он не может самостоятельно обслуживать себя; при средней (умеренно выраженной) степени двигательных нарушений дети владеют ходьбой, но ходят неуверенно, часто с помощью специальных приспособлений (костылей, канадских палочек и т. д.), т. е. самостоятельное передвижение детей затруднено. Навыки самообслуживания у них развиты не полностью из-за нарушений манипулятивных функций рук; при легкой степени двигательных нарушений дети ходят самостоятельно, уверенно. Они полностью себя обслуживают, достаточно развита манипулятивная деятельность. Однако у них могут наблюдаться неправильные патологические позы и положения, нарушения походки; движения недостаточно ловкие, замедленные. Снижена мышечная сила, имеются недостатки мелкой моторики.

При ДЦП нарушения развития имеют, как правило, сложную структуру, т. е. отмечается сочетание двигательных, психических и речевых нарушений. Степень тяжести психомоторных расстройств варьирует в большом диапазоне, где на одном полюсе находятся грубые нарушения, а на другом – минимальные. У детей может наблюдаться целая гамма различных сочетаний. Например, при легких двигательных расстройствах могут наблюдаться выраженные интеллектуальные и речевые нарушения, а при тяжелой степени двигательной патологии могут быть незначительные отклонения в интеллектуальном и речевом развитии. Нередко у детей с церебральным параличом отмечаются нарушения координации движения: они ходят на широко расставленных ногах, походка их крайне неустойчива, а при испуге или волнении могут упасть.

Двигательные функции при каждой форме церебрального паралича: спастической диплегии, атонической и астатической формах - отличаются своеобразием. Если при спастической диплегии сравнительно лег-

че осваиваются упражнения, требующие непрерывного движения, то при астатической форме более подходящими являются кратковременные упражнения, дающие возможность чаще отдыхать между упражнениями. Если отдых и затрудняет развитие техники упражнений, он одновременно дает возможность предотвратить непроизвольные мышечные спазмы. Атоническая форма выдвигает несколько другую проблему. Больные с этой формой паралича особенно страдают при упражнениях на поддержание равновесия. Основная трудность выполнения упражнений для больных с церебральным параличом заключается в том, что каждый из них имеет свою двигательную силу, что важно учитывать при выборе вида упражнений. Больным с церебральным параличом следует чаще давать возможность отдыхать, продолжительность и частоту отдыха – варьировать, следя за степенью сопротивления при выполнении упражнений.

У детей с церебральным параличом навыки самообслуживания чаще всего недостаточно сформированы, предметно-практическая деятельность крайне ограничена, и они практически не готовы к овладению навыками рисования, письма. Задержка и нарушение формирования всех двигательных функций оказывают неблагоприятное влияние на формирование психики и речи. Для детей с церебральным параличом характерны специфические отклонения в психическом развитии (нарушено формирование познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и личности). Структура нарушений познавательной деятельности при ДЦП имеет ряд специфических особенностей, характерных для всех детей: неравномерный характер нарушений отдельных психических функций; сниженный запас знаний и представлений об окружающем мире; высокая истощаемость; пониженная работоспособность. Чаще всего характерна недостаточность пространственных и временных представлений, тактильного восприятия, конструктивного праксиса. Нарушение координированной деятельности различных анализаторных систем (патология зрения, слуха, мышечно-суставного чувства) существенно сказывается на восприятии в целом, ограничивает объем информации, затрудняет интеллектуальную деятельность детей. У детей отмечается задержка и нарушение формирования всех сторон речи: лексической, грамматической и фонетико-фонематической. Наиболее частая форма речевой патологии при ДЦП – дизартрия, которая редко встречается в изолированном виде, а сочетается с задержкой речевого развития или алалией.

У лиц, с травмами и заболеваниями спинного мозга наблюдается высокий уровень эмоциональных проблем, связанных с большой зависимостью от окружающих людей. При травмах спинного мозга человек гораздо острее переживает утрату функции своих конечностей по сравнению с людьми, имеющими врожденные заболевания спинного мозга. У всех лиц, данной нозологической группы наблюдается подавленность, связанная с использованием инвалидной коляски или костылей, невозможность играть как другие дети. Двигательные нарушения детей ограничивают их жизненное пространство, а также сопровождаются вторичными дефектами, осложняющими их жизнь. Подобного характера инвалидность значительно ограничивает жизнедеятельность и приводит к социальной дезадаптации. Потеря ими контроля за своим поведением, а также неспособность к самообслуживанию, обучению, общению, трудовой деятельности в будущем – всё это усугубляет неумение или нежелание других людей общаться с таким ребёнком, что закономерно приводит к социальной депривации уже в детском возрасте, тормозит выработку навыков, необходимых для общения с окружающими, и возможности применения адаптивных копинг-стратегий в преодолении стрессовой ситуации. На неосознаваемом уровне в картине мира детей с поражениями спинного мозга отмечается эмоциональная напряженность, связанная с учебной деятельностью, перспективами достижения успеха, актуальной ситуацией, а также акцентирование потребностей в здоровье, отдыхе, общении, медицинской помощи.

Ожирение является очень распространенным явлением у лиц с нарушениями функции спинного мозга, главным образом вследствие того, что утрата функции крупных мышечных групп нижних конечностей ограничивает их возможности для расхода энергии, потребляемой с пищей. Контроль массы тела зависит от сбалансированности потребления энергии и энерготрат. Поскольку во многих случаях энерготраты в значительной мере ограничены степенью поражения мышц и возможностями индивидуума для занятий физическими упражнениями, очевидным решением является контроль потребления пищи.

Свои особенности развития возникают и при повреждениях и заболеваниях костно-мышечной системы. Так, например, ампутации выполняются в крайних случаях, когда сохранить конечность не представляется возможным, при этом учитывается, что ампутация может неблагоприятно отразиться на психомоторном развитии ребенка, а также вызвать

вторичные деформации усеченной конечности, позвоночника, грудной клетки.

У детей после ампутации конечностей наблюдаются специфические особенности формирования культи, изменения в ее тканях, других отделах опорно-двигательной системы, обусловленные продолжающимся ростом организма. Для детей характерно отсутствие фантомных болей или их чрезвычайная редкость и нестойкость. Отсутствие фантомных болей у детей находит объяснение в особом состоянии центральной нервной системы, когда прочные ассоциативные связи коры с подкорковыми структурами еще не образовались. У детей наблюдаются местные боли в культе, которые обусловлены её анатомическими недостатками, однако болей центрального происхождения, связанных с очагами ми застойного возбуждения, в центрах отсутствующей конечности не бывает. Редко встречаются у детей и фантомные ощущения, которые до 7 лет вообще не наблюдаются. Они более часты у детей школьного возраста.

В силу особенностей нервной системы детей реакция на ампутацию не сопровождается развитием нервно-психических расстройств. Нарушения психоэмоционального состояния развиваются позднее, когда ребенок возвращается в детский коллектив. В этот период могут возникать невротические реакции, которые встречаются в 16,8% случаев. Дети могут испытывать стыд, чувство неполноценности и тревожности во время пребывания на людях, особенно в детском коллективе.

Уже в первые недели после ампутации восстановительные процессы у детей идут иначе, чем у взрослых. В детской культе с самого начала протекают два противоположных процесса – продолжающееся развитие и рост тканей и атрофия, как следствие трофоневротического влияния ампутации. Разные ткани реагируют на это повреждение по-разному, чем и объясняется диспропорция роста кости и мягких тканей. В костной ткани, наряду с продолжающимся ростом за счет ростковых зон, имеет место процесс костеобразования и остеокластического рассасывания.

Наличие у детей рубцовых пороков культи определяется условием ампутации и характером заживления раны. Однако у детей в процессе роста и формирования культи рубцы размягчаются и растягиваются. Только после электротравмы, заканчивающейся ампутацией верхних

конечностей, часто формируются грубые рубцы, как правило, ограничивающие подвижность в суставах культи.

Особенностью детских культей является так называемая физиологическая, или возрастная, конечность культи, развивающаяся в связи с диспропорцией роста кости и мягких тканей, а также неравномерным ростом костей культей голени и предплечья.

У взрослых наблюдаются ретракция и атрофия пересеченных и потерявших дистальные точки прикрепления мышц. У детей постепенно, по мере роста кости наступает относительный дефицит мягких тканей, которые нередко оказываются расположенными проксимальнее конца кости. Удлинение мышц происходит за счет интерстициального роста, идущего независимо от эпифизарного роста кости. Мышцы усеченной конечности растут пропорционально их сохранившейся длине: чем короче мышца, тем более она отстает в росте.

Процесс формирования детской культи продолжается многие годы, причем в различные возрастные периоды он протекает по-разному. Вследствие этих процессов к окончанию роста детские культи приобретают своеобразную форму с относительно развитым эпифизом и резко заостренной недоразвитой дистальной частью.

Развитие детей, имеющие прочие заболевания костно-мышечной системы, зависит от выраженности клинических проявлений, личностных установок и системы воспитания в семье, возможности получения образования, прохождения курсов реабилитации, коррекционной, медико-психолого-педагогической поддержки и др.

4.3 Особенности организации адаптивной физической культуры лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Нарушения опорно-двигательного аппарата имеют достаточно большое разнообразие клинических проявлений первичного дефекта, которые условно можно разделить на нарушение нервной (ДЦП, заболевания и травмы спинного мозга) и костно-мышечной (ампутации и дефекты конечностей, артрогриппоз, карликовость и др.) систем. В связи с чем, организация и методика АФК будет иметь свои особенности и методические приемы.

4.3.1 Особенности организации адаптивной физической культуры лиц с нарушением нервной системы (ДЦП, травмы и заболевания спинного мозга)

Основными проявлениями поражений нервной системы являются нарушение мышечного тонуса, наличие парезов и/или параличей, контрактуры суставов, что приводит гиподинамии. Малая подвижность в повседневной деятельности замедляет формирование двигательных навыков и умений, значительно обедняет двигательный опыт ребенка. Поэтому создание условий для самостоятельной двигательной активности детей с поражениями нервной системы является важнейшей задачей физического воспитания.

C. Laskas предлагает способ восстановления нервных путей, содержащий два предварительных условия.

1. Принципы физического развития и здорового ребенка, и ребенка с функциональным расстройством одинаковы.

2. Используя запланированный комплекс упражнений, направленных на развитие ощущений, можно улучшить состояние двигательной сферы ребенка с дефектом нервной системы.

Общие принципы построения занятий для детей в любой стадии заболевания, следующие:

1. Обязательная нормализация тонуса мышц, проводимая перед началом занятия.

2. Проведение корректирующих упражнений с учетом поэтапного онтогенетического развития моторики здорового ребенка.

3. Все упражнения, направленные на становление того или иного движения, должны чередоваться с упражнениями дыхательной гимнастики.

4. Педагог должен каждое упражнение сопровождать словами, указывающими ребенку на характер выполняемого движения. Например, «поднимаем руку, опускаем голову, поднимаем голову» и т.д. при соответствующих движениях.

5. При возможности все упражнения следует проводить перед зеркалом, это необходимо для освоения и закрепления чувства схемы тела и чувства позы, а затем и схемы движения с помощью оптикомоторных и слухомоторных связей.

6. После каждого этапа необходимо давать оценку эффективности занятий АФВ.

К общим задачам АФК у детей с нарушением нервной системы относятся:

1. Нормализация мышечного тонуса.
2. Улучшение подвижности в суставах, коррекция порочных установок ОДА (конечностей, отделов позвоночника).
3. Улучшение кинестетической и тактильной чувствительности.
4. Формирование компенсаторной гипертрофии определенной группы мышц (усиление развития той группы мышц, которая взяла на себя функции ослабленных, парализованных);
5. Улучшение сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем организма.
6. Развитие предметно-манипуляционной деятельности рук.
7. Формирование вестибулярных и антигравитационных реакций, равновесия ориентации в пространстве.
8. Коррекция позотонических реакций.
9. Формирование основных двигательных навыков.
10. Упражнения на выносливость, для поддержания эффективности функционирования органов.

Способы и содержание упражнений для работы с детьми, страдающими церебральным параличом:

1. Упражнения для растягивания мышц: снятие напряжения в мышцах, профилактика тератогенеза, расширение диапазона движения.
2. Упражнения для развития чувствительности мышц; для выработки силы, дающей возможность регулировать определенный участок мышцы.
3. Упражнения для улучшения функционального состояния нервной ткани посредством тренировки чувствительности нервов.
4. Упражнения взаимного влияния для укрепления ведущих и антагонистических групп мышц.
5. Тренировка на расслабление, для устранения спазмов, напряженности и судорог.
6. Тренировка ходьбой (для обучения нормальной ходьбе).
7. Тренировка органов чувств: упражнения для стимулирования органов чувств через повышение чувствительности мышц.

8. Упражнения на подъем по наклонной плоскости для улучшения равновесия и двигательной силы.

9. Упражнения на сопротивление: постепенно увеличивающаяся тренировка на сопротивление для развития мышечной силы.

Среди корригирующих упражнений наибольшее значение имеют дыхательные, упражнения на расслабление, на нормализацию положения головы и конечностей, на развитие координации движений, функций равновесия, на коррекцию осанки и ходьбы, развитие ритма и пространственной организации движений. Специальные упражнения, нормализующие мышечный тонус, можно разделить 2 большие группы.

К первой группе относятся упражнения, снижающие мышечный тонус: потряхивание по Фелпсу; покачивание в «позе эмбриона»; прием Фелпса, упражнения на растягивание мышц (стретчинг). Они применяются при спастических параличах в подготовительной части, между упражнениями на развитие двигательных навыков и физических качеств, так же в заключительной части на занятиях у всех детей с нарушением нервной системы. При проведении потряхивания по Фелпсу захватить конечность всей кистью выше того сустава, мышцы которого должны быть расслаблены. Сначала потряхивание выполняется легко и медленно, затем амплитуда и скорость движений постепенно увеличивается. Потряхивание начинается с проксимальных отделов конечностей. При выполнении приема Фелпса необходимо захватить оба плеча с двух сторон четырьмя пальцами, а первые пальцы, поставив симметрично у внутренних краев лопаток, мягко развести ребенку плечи назад с одновременной стимуляцией первыми пальцами мышц, приводящих лопатки к позвоночному столбу. После проведения такого приема у ребенка снижается тонус приводящих мышц бедер и уменьшается или исчезает перекрест ног. Упражнения, снижающие мышечный тонус, применяются на занятии несколько раз по мере необходимости на протяжении всего занятия. Темп выполнения упражнений – медленный.

Ко второй группе относятся упражнения, повышающие мышечный тонус: пассивная, активная, активно-пассивная, динамическая (аэродинамическая) гимнастика, упражнения на фитболе. Пассивные упражнения включаются в подготовительную часть занятия, аэродинамическая и фитбол – гимнастика, активные упражнения – в основную.

Рефлексозапрещающие упражнения проводятся для коррекции позотонических реакций. К ним относятся упражнения на подавление асим-

метричного, симметричного шейного и лабиринного тонических рефлексов.

У многих детей с параличами нарушен ритм выполнения движений, поэтому важно научить их согласовывать свои движения с заданным ритмом; многие движения полезно выполнять под счет, хлопки, музыку. Музыка особенно благоприятно воздействует на развитие движений у детей с церебральным параличом. Так, в ходьбе, проводимой под музыку, у детей легче формируется равномерность длины шага, координация движений.

Музыкальный ритм способствует уменьшению насильственных движений, регулирует амплитуду и темп движений. Выполнение движений в заданном ритме тренирует функцию активного внимания. Музыка повышает эмоциональный тонус детей, создает у них бодрое, радостное настроение.

У детей с нарушением нервной системы на всех возрастных этапах отмечается снижение таких физических качеств, как ловкость, скорость, сила, гибкость и выносливость. Поэтому для них крайне важно выполнение специальных, прикладных упражнений, формирующих основные двигательные навыки и умения и способствующих развитию физических качеств. К таким упражнениям относятся ходьба, бег, прыжки, лазанье и перелезание, а также различные действия с предметами (игрушками, гимнастическими палками, мячами, обручами). Детей учат правильно захватывать различные по форме, объему и весу предметы, манипулировать ими.

В ходе выполнения движений у детей не должно быть длительной задержки дыхания. При выполнении упражнений в первую очередь надо обращать внимание на выдох, а не на вдох. Если дети начинают дышать через рот, необходимо снизить дозировку упражнений. При этом следует исключить случаи постоянного ротового дыхания у некоторых детей вследствие заболеваний носовой полости (аденоиды, полипы, искривления носовой перегородки, хронический ринит и т. д.).

Кроме того, при проведении фронтальных занятий по развитию движений и подвижных игр следует избегать длительного пребывания детей в одних и тех же позах, не допускать долгих объяснений заданий, так как это утомляет детей и снижает их двигательную активность. Не следует также чрезмерно возбуждать детей, потому что возбуждение обычно усиливает мышечное напряжение и насильственные движения.

В ходе физкультурных занятий нельзя использовать упражнения, которые могут вызвать приведение и внутреннюю ротацию бедер, сгибательно-приводящую установку верхних конечностей, асимметричное положение головы и конечностей.

При выполнении упражнений, направленных на развитие силы, важно помнить, что у детей часто наблюдается дисбаланс мышечного тонуса между сгибателями и разгибателями. У больных со склонностью к спастичности мышцы-сгибатели могут быть непропорционально более сильными по сравнению с разгибателями, поэтому тренировка силы должна быть направлена на укрепление мышц-разгибателей. Например, несмотря на то, что у ребенка может быть повышен тонус мышц-сгибателей предплечья, он все равно будет плохо подтягиваться. В такой ситуации не следует продолжать развивать сгибатели предплечья в ущерб разгибателям. Целью должно быть формирование и поддержание равновесия между мышцами-сгибателями и разгибателями во всех областях тела. В случае наличия у лиц с нарушением нервной системы дисбаланса мышечной силы в различных областях тела предлагается для создания необходимой нагрузки на определенный участок или область тела использовать удерживаемые руками отягощения (гантели) или эспандеры.

Во время силовой тренировки у некоторых детей может наблюдаться возрастание спастичности пораженной конечности или участка тела при нагрузке на контралатеральную неспастическую конечность. Для снижения спастичности предлагается выполнять силовые упражнения не быстро, а со средней скоростью. Предполагается, что повышенная спастичность представляет собой временное явление и должна затихать вскоре после завершения занятия. Как бы то ни было, не следует подвергать спастические мышцы нагрузке величиной более 60% максимальной.

Интенсивные программы силовой тренировки могут принести пользу детям и подросткам с нарушением нервной системы. Искоинетические силовые упражнения особенно полезны для развития силы, возможно потому, что они обеспечивают постоянную нагрузку во всем диапазоне подвижности и помогают подавлению резких движений, которые, как правило, избыточны и неконтролируемы. Выполнение конечностями движений по диагонали (например, движение руки через все тело по диагонали) стимулирует согласованную работу мышц. Такие движения

являются элементами ряда упражнений на развитие грубой моторики, таких, как выполнение бросков, ударов руками и ногами.

Следствием недостаточной эластичности мышц верхних и нижних конечностей, а также области бедра, является снижение гибкости. Если это явление оставить без внимания, ограниченный диапазон подвижности может стать причиной контрактур и деформаций костей, поэтому упражнения для развития гибкости должны быть неотъемлемой частью программ занятий физическими упражнениями и спортом. Лицам со спастическим параличами будет полезной продолжительная (15–20 мин) разминка, состоящая из статических растягиваний. Инструктор может начать занятие по программе тренировки гибкости с релаксации целевых мышечных групп. Для этого необходимо обучить детей упражнениям для релаксации, которые они впоследствии смогут выполнять самостоятельно. В качестве упражнений для развития гибкости следует использовать статические, а не баллистические растягивания, которые нужно выполнять до и после тренировки на силу и выносливость. Кроме того, при выполнении упражнений на гибкость для наиболее сильно затронутых частей тела желательно заниматься ими регулярно. После выполнения упражнений для развития гибкости рекомендуется увеличить продолжительность растягиваний и уменьшить количество их повторений.

По возможности учащиеся должны делать упражнения для развития гибкости самостоятельно. Этот тип растягиваний (выполняемый без посторонней помощи) называется активным диапазоном подвижности. Если же при выполнении упражнений на гибкость ребенку со спастическими парезами и/или параличами требуется помощь инструктора или учителя (активные растягивания с посторонней помощью), руки при этом следует располагать на мышце-разгибателе, а не на сгибателе – спастической мышце. В случае, когда больные вследствие выраженной спастичности или ограниченного моторного контроля не способны выполнять произвольные движения, упражнения для развития пассивного диапазона подвижности (движения, выполняемые полностью учителем или тренером без помощи ученика) могут осуществляться при наличии общего врачебного контроля.

Многие дети с нарушением нервной системы сталкиваются с трудностями во время занятий играми и видами спорта. В спортивных играх необходимо применять игры, соответствующие их двигательной силе,

или упрощать правила общеизвестных игр и условия их проведения. Например, если больные с церебральным параличом играют в футбол, следует отрегулировать величину ворот или расставить детей на местах игрового поля, где требуется меньше движений. Многие виды спорта предъявляют, различные требования к степени двигательной активности, поэтому следует пересмотреть правила и используемый инвентарь. Важно тщательно учитывать индивидуальную двигательную активность каждого больного с нарушением нервной системы. Упражнения со скоростным компонентом могут активировать рефлекс растяжения.

В число упражнений, включающих скоростной компонент, входят выполнение бросков и ударов мяча ногой на дальность, бег и прыжки. Сначала ребенок должен сконцентрироваться на точности выполнения двигательного паттерна, а затем постепенно увеличивать скорость его выполнения. Для развития скорости движения рук и ног ученику можно предложить выполнять броски мяча (или другого предмета) или удары ногой по мячу по мишени, такие упражнения позволяют развивать скоростные показатели.

У детей часто наблюдается нарушение координации движений (диспраксия), которое может проявляться в различной степени и стать причиной задержки формирования двигательного контроля и двигательного развития. Значительные нарушения координации движений могут приводить к нарушениям способности передвигаться самостоятельно или с помощью вспомогательных устройств, а также потребовать ношения защитного шлема. Поскольку такие дети часто падают, необходимо научить их падать, предохраняя себя от травм. Вследствие нарушения двигательных паттернов и осанки детям часто не удается контролировать равновесие и координацию тела. Научиться этому помогут занятия на полосе препятствий, верховая езда, езда на двух- и трехколесном велосипеде, упражнения на бревне и качающейся доске.

Поскольку детям с поражениями нервной системы бывает трудно спланировать выполнение точных движений, следует предоставить им больше времени для подготовки к их выполнению. Во многих случаях использование утяжеленного мяча, биты, другого инвентаря помогает избавиться или ослабить тремор, или неконтролируемые периодические движения. Дети, которые вследствие атетоза, тремора или атаксии характеризуются дефицитом двигательного контроля, могут обладать более высокими показателями при выполнении бросков или ударов мя-

ча на дальность, а также проявлять более свободный паттерн движений во время бега по сравнению с другими учениками, у которых из-за спастичности или ригидности наблюдается ограничение диапазона подвижности.

Громкие звуки или стрессовые ситуации повышают уровень электрической стимуляции мышц со стороны головного мозга, что может приводить к увеличению количества аномальных или избыточных движений и, в свою очередь, затруднять выполнение упражнений. Чтобы избавиться от таких явлений, следует научить детей концентрировать внимание на своих действиях.

Условия соревнований, когда требуется достичь победы любой ценой, могут стимулировать аномальные движения, поэтому детей следует готовить к этому постепенно. Установлено, что значительную пользу может принести обучение школьников методикам релаксации, позволяющим им сознательно снизить мышечное напряжение и подготовиться к двигательной активности и соревнованиям. Еще один способ помочь детям с нарушением нервной системы улучшить двигательный контроль и координацию заключается в создании мысленного образа движений или упражнения перед его выполнением. Этот способ называется образным представлением и способствует интеграции мыслей и действий.

Программы физической подготовки для лиц с нарушениями функции спинного мозга должны быть направлены на развитие всех компонентов физической подготовленности. Несмотря на то, что подвижность всех суставов должна быть одной из основных целей программы, особое внимание следует уделять предотвращению или ограничению контрактур суставов, мышцы которых утратили иннервацию. Для этого необходимы регулярные занятия упражнениями на растягивание, в ходе которых выполняются движения во всем диапазоне подвижности суставов.

Силовая тренировка должна быть нацелена на восстановление или увеличение силы мышц, сохранивших иннервацию. Необходимо проявлять особую осторожность, чтобы не создать мышечного дисбаланса в ситуациях, когда нарушения затронули мышцы-антагонисты тех мышечных групп, которые подвергаются тренировке. При выполнении силовых упражнений следует обращать внимание на правильную осанку и механику тела.

Одним из наиболее проблематичных аспектов физической подготовки лиц с нарушениями функции спинного мозга является тренировка кардиореспираторной выносливости. Для этого используются небольшие мышечные группы пояса верхних конечностей. Во время занятий АФВ основное внимание следует уделять безопасности. У лиц с травмой спинного мозга, особенно при ее локализации выше уровня TVI, наблюдаются различные особые проблемы, такие, как гипотензия, нарушения терморегуляции и ограничения их максимальной тренировочной ЧСС. Во время аэробных упражнений работа кровеносной системы зависит от крупных мышц ног, которые в процессе сокращений помогают проталкивать кровь к сердцу. Если мышцы ног не работают, кровь может застаиваться в кровеносных сосудах, вследствие чего происходит снижение количества крови, возвращающейся к сердцу, и соответственно снижается ударный объем сердца. Для уменьшения гипотензии можно воспользоваться, в частности, выполнением физических упражнений в горизонтальном положении, а также включением в программу занятия правильно подобранных упражнений для разминочной и завершающей частей, чтобы организм мог постепенно адаптироваться к возрастающей нагрузке. Так же необходимо следить, чтобы занятия АФВ не проходили при чрезмерно высокой или низкой температуре воздуха или воды. Необходимо проследить за тем, чтобы занимающиеся опорожнили кишечник и мочевой пузырь до начала выполнения упражнений, и контролировать их ЧСС и АД во время занятия. Отсутствие контроля этих показателей и своевременной помощи в критической ситуации может привести к возникновению угрозы для жизни таких инвалидов. Следствием нарушения нормального взаимодействия симпатической и парасимпатической нервных систем является также ограничение максимальной ЧСС у лиц с травмой спинного мозга выше уровня TVI примерно до 120 уд-мин⁻¹, что ограничивает потенциальные эффекты аэробной тренировки.

При двигательной подготовке изучаемые действия для всех детей с поражениями нервной системы следует разделять на базовые составные элементы и осваивать их последовательно. Такой подход особенно полезен для детей с нарушениями координации, которые хотят научиться более сложным моторным навыкам. Вместе с тем ввиду общего отсутствия координации начинать занятия необходимо с изучения простых повторяющихся движений, а не с более сложных, требующих частой

смены направления движения. Таким образом, обучение следует начинать с упражнений, которые помогают развивать базовые фундаментальные двигательные навыки и паттерны, такие, как ходьба, бег, прыжки, броски, ловля и др.

Важны также порядок и степень трудности упражнений. Программа упражнений с постепенным возрастанием степени сложности дает возможность выбрать движения, соответствующие силе больного ребенка.

Для выполнения на первой стадии занятий, в начальных классах школы, предусмотрены ходьба, подскоки, перепрыгивания, прыжки, броски, удары ногой, прием мяча и др.

В средних классах школы в программу занятий по физической культуре входят движения, дающие возможность оптимально разработать физическую силу.

В старших классах предусматривается овладение техникой разных видов спорта, эффективно поддерживающих достаточный уровень развития силы: ручного мяча, стрельбы из лука, бадминтона, плавания, гольфа, а также вольные упражнения. Это дает возможность встречаться со многими людьми, расширять социальные контакты и по окончании школы с пользой проводить свободное время.

Больным с церебральным параличом после выпуска из школы должна быть предоставлена возможность продолжить освоение техники того или иного вида спорта, так как людям с затруднением в движениях для освоения техники требуется больше времени, чем всем остальным. С 1978 г. проводятся спортивные состязания по таким видам спорта, как кегли, бильярд, настольный теннис, стрельба из лука, поднятие штанги, плавание, велосипедный спорт, слалом на колясках, позволяющим больным с церебральным параличом соревноваться и участвовать в общественной жизни. Функциональные возможности каждого участника состязаний уравниваются.

В Казахстане в качестве одной из форм реабилитации применяется иппотерапия, которая, по-сути, является особой формой лечебной физкультуры, т.к. в ее основе лежит движение живого существа как спортивного снаряда. В 2016 году под эгидой Федерации конного спорта РК в программу адаптивного конного спорта по паралимпийской программе в дисциплине выездка были вовлечены 16 человек с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Действенность ипотерапии заключается в одновременном включении в процесс двух живых существ, максимально взаимодействующих между собой. Вырабатывается интерес к лечебно-верховой езде и желание участвовать в реабилитационных мероприятиях, что является колоссальной движущей силой в вопросе достижения положительного результата.

Механизм воздействия ипотерапии на организм больного основан на концепции лечебно-профилактического влияния двух мощных факторов: психогенного и биомеханического.

Под психогенным фактором подразумеваются две высокоценные мотивации – очень желаемое с очень опасным (страх и неуверенность в себе). Это помогает, во-первых, раскрыть потенциальные возможности больного активно вовлекая его в лечебный процесс с преодолением страха и неуверенности и, во-вторых, помогает вести борьбу с имеющимися нарушениями с помощью эмоционально стимулирующего прекрасного животного – лошади.

Под биомеханическим фактором подразумевается влияние колебаний, возникающих и идущих от спины движущейся лошади в трех взаимно перпендикулярных плоскостях. Эти колебания вызывают поочередное напряжение и относительное расслабление почти всех групп мышц, с большим акцентом на мышцы туловища. Это обуславливает частичную (а в некоторых случаях необходимую) нормализацию мышечного тонуса, снижение спастичности, уменьшения объема и амплитуды произвольных движений, улучшение координации, что в свою очередь улучшает статико-локомоторные функции.

Рассматривая ипотерапию как особую форму ЛФК, при ее использовании необходимо соблюдать те же принципы, которые характерны для ЛФК, а именно:

1. Индивидуализация в методике и дозировке нагрузки в зависимости от особенностей заболевания и общего состояния организма.
2. Регулярность воздействия, так, как только регулярные занятия обеспечивают развитие функциональных возможностей организма.
3. Длительность применения метода, так как восстановление нарушенных функций основных систем организма возможно лишь при условии длительного и упорного повторения занятий.
4. Постепенное нарастание нагрузки в процессе курса.

5. Разнообразие и новизна в проведении занятий (10-15% упражнений обновляются, а 85–90% повторяются для закрепления достигнутых успехов).

6. Умеренность воздействия, т.е. умеренная, но более продолжительная или дробная нагрузка более оправдана, чем усиленная и концентрированная.

7. Соблюдение цикличности – чередование более интенсивных нагрузок с относительным отдыхом.

8. Учет возрастных особенностей.

4.3.2 Особенности организации адаптивной физической культуры лиц с дефектами конечностей (ампутации и недоразвитие) и другими заболеваниями костно-мышечной системы

Занятия физическими упражнениями и спортом могут принести пользу людям с ампутированными конечностями, нанизмом и другими нарушениями, при этом следует учитывать тип и степень вовлеченности индивидуума в двигательную активность, способность к двигательному обучению, уровень заинтересованности и общие цели обучения. В индивидуализации и персонализации физического воспитания нуждаются главным образом лица с особыми физическими и двигательными потребностями.

Дети с односторонней ампутацией нижней или верхней конечности могут достаточно интенсивно использовать двигательную активность и участвовать в соревнованиях, а те, у кого удалены обе верхние или нижние конечности, значительно ограничены в своих возможностях для занятий. Дети с отсутствующими обеими верхними конечностями могут успешно заниматься видами двигательной активности, которые требуют использования преимущественно нижних конечностей, например, конькобежный спорт, футбол или бег.

Лица с ампутацией одной нижней конечности выше колена могут активно заниматься такими видами двигательной активности, как плавание, лыжный спорт, тяжелая атлетика, и отдельными видами легкой атлетики, не требующими значительной подвижности и ловкости (например, толкание ядра и метание копья). Лица с двусторонней ампутацией нижних конечностей ниже колена ограничены в своих возможностях для занятий легкой атлетикой, футболом или баскетболом, где требу-

ется бегать и прыгать. Лица с отсутствием обеих нижних конечностей выше колена сильно ограничены в выборе двигательной активности, и обычно проводят часть времени в инвалидных колясках, а в остальное время перемещаются с помощью костылей. В данном случае могут быть использованы такие виды, как стрельба из лука, бадминтон и стрельба пулевой, которыми можно заниматься в положении сидя.

В целом применение физических упражнений направлено на решение следующих задач:

- 1) уменьшение выраженности и предупреждение прогрессирования вторичных деформаций и атрофии со стороны опорно-двигательной системы;
- 2) уменьшение отставания в психомоторном развитии по сравнению со здоровыми детьми соответствующего возраста;
- 3) формирование фонда двигательных умений и навыков в соответствии с возрастными нормами;
- 4) подготовка к протезированию и обучение пользованию протезно-ортопедическими изделиями.

При врожденных и ампутационных дефектах верхних конечностей физические упражнения используются с целью увеличения объема движений в сохранившихся суставах пораженной конечности, укрепления мышц плечевого пояса, максимального вовлечения культи в различные движения; формирования компенсаторных захватов и перемещения различных предметов и игрушек с помощью культи; совершенствования ползания, изменения положения тела в пространстве.

При дефектах верхних конечностей наибольшее внимание уделяется решению следующих задач:

- 1) мобилизации подвижности в плечевых суставах и движений плечевым поясом, развитию силы мышц плечевого пояса и культи;
- 2) расширению и совершенствованию имеющихся у ребенка компенсаций, необходимых для возможно лучшего самообслуживания, в том числе с использованием простейших приспособлений;
- 3) развитию координационных способностей, помогающих более быстрому освоению управления протезами;
- 4) совершенствованию осанки и коррекции ее дефектов;
- 5) уменьшению отставания в развитии основных движений ребенка (метаний, лазания, подскоков, прыжков, ходьбы, бега) и т.д.;

Используются также упражнения в ходьбе, беге, прыжках. Большинство основных движений выполняется в игровой форме и в соревновательных условиях. Из упражнений, требующих проявления ловкости, используются простейшие акробатические упражнения, обучение падениям и вставанию.

После ампутации нижних конечностей наиболее важными является решение следующих задач:

- 1) развитие силы усеченных или недоразвитых мышц нижних конечностей;
- 2) профилактика и устранение контрактур и ограничений подвижности в суставах пораженной конечности;
- 3) подготовка кожи культы к использованию протеза;
- 4) коррекция дефектов осанки;
- 5) совершенствование координации движений культей и общей координации движений, совершенствование равновесия;
- 6) профилактика плоскостопия при односторонних дефектах.

Дети с ампутационными дефектами требуют длительной и разносторонней подготовки культы. Особенно после ампутаций, произведенных в школьном возрасте, они легко осваивают передвижение на протезах на фоне сформированного у них к моменту усечения локомоторного акта ходьбы.

Для развития силы мышц, усеченных и недоразвитых конечностей применяются упражнения с сопротивлением в виде небольших грузов (1–3 кг), выполняемые на блочном устройстве, не допуская статических напряжений мышц. При дефектах бедер внимание уделяется развитию силы разгибателей и приводящих мышц бедра, после ампутаций голеней – разгибателей голеней.

Для развития силы мышц культей используется фантомно-импульсивная гимнастика, содержанием которой является изометрическое напряжение мышц. Она назначается к выполнению 3–4 раза в день по 20–50 повторений. В первые дни необходимо контролировать правильность их выполнения, так как дети младшего школьного возраста при врожденных дефектах с трудом осваивают технику этих упражнений.

Упражнения для устранения контрактур суставов следует применять в сочетании с использованием укладок мешочками теплого песка (3–4 раза в день, длительностью 20–30 мин). При сгибательно-отводящих контрактурах тазобедренных суставов наиболее эффективны укладки в

положении лежа на животе при максимально возможном разгибании и приведении культи. При сгибательных контрактурах коленных суставов используются как положения лежа на животе, так и на спине (при максимальном разгибании в коленном суставе).

Для развития координационных способностей движения культей выполняются в сочетании с движениями туловища, таза и верхних конечностей. Большое внимание уделяется формированию навыка правильной осанки и коррекции ее дефектов. Кроме овладения ощущениями правильной осанки и умением удерживать ее, используются упражнения, направленные на развитие силы мышц туловища и формирование «мышечного корсета». Одним из методических приемов формирования навыков осанки является осуществление самоконтроля при выполнении упражнений перед зеркалом, а также постоянное напоминание о необходимости сохранять правильное положение тела. При односторонних дефектах применяются упражнения с целью профилактики плоскостопия здоровой конечности.

Кроме коррекционно-компенсаторных упражнений, дети должны освоить доступные им основные движения (лазание, перелезание, прыжки, метание и др.), а также простейшие построения и перестроения, повороты, выполнение различных команд.

Из общеразвивающих применяются упражнения без предметов и с предметами (мячами, гантелями, гимнастическими палками) для мышц верхних конечностей, туловища и здоровой ноги.

Большинство людей с ампутациями на занятиях физического воспитания обычно пользуются протезирующими устройствами. Лица с односторонней ампутацией нижней конечности используют протез во время игр в футбол, баскетбол, волейбол, а также во время большинства видов досуговой активности. В настоящее время спортсмены с одной ампутированной нижней конечностью применяют все более эффективные с точки зрения механики протезы. В некоторых ситуациях спортсмен с ампутированной верхней конечностью может рассматривать протез как помеху для успешного выступления и не использовать его во время спортивных соревнований, а при некоторых видах двигательной активности (например, занятия плаванием) протезирующее устройство обязательно следует снимать.

Учитывая характерные морфофункциональные изменения, развивающиеся вследствие ампутации и влияния гипокинезии, неизмеримо

возрастает роль физических упражнений циклического характера как эффективного средства нормализации обменных процессов, развития двигательных способностей и повышения функциональных возможностей организма.

Для выполнения физических упражнений циклического характера детьми среднего и старшего школьного возраста могут использоваться тренажеры и нестационарные виды отягощений, предназначенные для комплексного воздействия на опорно-двигательный аппарат. Преимущество занятий с отягощениями в реабилитационном процессе детей определяется их большей доступностью по сравнению с другими видами двигательной активности, а также физиологичностью и адекватностью воздействия в плане восстановления функциональных возможностей организма.

Педагогические воздействия в процессе занятий с отягощениями направлены на повышение адаптационно-компенсаторных возможностей организма, максимальную активизацию сохраненных функций и мобилизацию физиологических резервов организма. Занятия на тренажерах после ампутации нижних конечностей проводятся с акцентом на преимущественное развитие мышц верхних конечностей, плечевого пояса, мышц спины и живота; после ампутации верхних конечностей – на развитие мышц нижних конечностей, мышц живота и спины. Такой методический подход при построении занятий позволяет повысить эффективность педагогического воздействия с учетом уровня ампутации и изменений функционального состояния организма.

Важным аспектом организации занятий с отягощениями является регулирование нагрузки в соответствии с возможностями подростков. Выполнение упражнений силового характера является наиболее некомфортным, поскольку требует проявления максимальных мышечных усилий, поэтому наиболее оптимальным является режим нагрузки со следующими параметрами:

- количество занятий в недельном цикле – 2–3;
- количество упражнений в одном занятии – 6–8;
- количество подходов – 3–4;
- количество повторений – 10–12;
- интервалы отдыха – 2–3 мин.

В случае если не удастся добиться выполнения 12 повторений в каждом из трех подходов, то в каждом последующем снижается величина

отягощения. Объем недельной нагрузки занятий с отягощениями определяется состоянием и подготовленностью занимающихся, а также их субъективными ощущениями.

В процессе занятий со свободными отягощениями и на тренажерах необходимо соблюдать некоторые наиболее важные методические требования выполнения упражнений.

1. Необходимо исключить возможность промедления между повторениями в подходе.

2. Между концентрическим и эксцентрическим сокращениями следует выполнять непродолжительную паузу.

3. Следует осуществлять контроль за пассивной фазой выполнения упражнения, не допуская резкого уступающего движения.

4. При выполнении всех упражнений пассивную и активную фазы действия необходимо выполнять с одинаковой скоростью.

5. В процессе выполнении упражнений следует избегать задержки дыхания.

Интересные и увлекательные занятия разными видами двигательной активности повышают вероятность того, что дети будут принимать активное участие. Для детей младшего возраста занятия следует делать менее продолжительными и включать в них ритмические виды активности, подвижные игры, преодоление полосы препятствий. На уроках с подростками основное внимание следует уделять видам двигательной активности, занятия которыми необходимо продолжать и после окончания школьного обучения, например, теннисом, бадминтоном, катанием на коньках, ездой на велосипеде, туризме плаванием. Учащиеся, которые пользуются инвалидными колясками, могут заниматься хоккеем на санях, регби, аэробикой для сидячих и теннисом на колясках. Занятия аэробикой, ездой на велосипеде, ходьба на протяжении длительного времени позволяют повысить аэробную подготовленность лиц с нарушениями функции опорно-двигательного аппарата. Поддержание удовлетворительного уровня физической подготовленности снижает риск других опасных сопутствующих заболеваний, таких, остеопороз.

Независимо от того, что является целью занятий физическими упражнениями – общая физическая подготовка или формирование определенных двигательных навыков, они обязательно должны включать продуманную подготовительную и заключительную части, которые направлены на развитие гибкости.

Допуск детей поражениями опорно-двигательного аппарата к занятиям на тренажерах основывается на результатах тщательного медицинского осмотра, оценки физического состояния, выполнения функциональных проб и других критериях врачебно-педагогического контроля.

Контрольные вопросы

1. Дайте краткую характеристику нарушений опорно-двигательного аппарата.
2. Опишите особенности развития ребенка с нарушением опорно-двигательного аппарата.
3. Опишите особенности организации адаптивной физической культуры лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата.
4. Дайте характеристику средств адаптивной физической культуры лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Глава 5. Методика адаптивной физической культуры лиц с ментальными нарушениями

5.1 Краткая характеристика ментальных нарушений

Ментальные нарушения представляют собой тяжелые отклонения психического развития, при котором, прежде всего, страдает способность к социальному взаимодействию и поведению. Психические расстройства и расстройства поведения описываются в разделе V Международного классификатора болезней 10-го пересмотра (F00-F99), разработанного Всемирной организацией здравоохранения и включает в себя обширный спектр заболеваний, такие как нарушения психического развития, умственную отсталость, аутизм, и т.д.

5.2 Характеристика нарушений психологического развития

Нарушение психологического развития (НПР) – нарушение нормального темпа психического развития, когда отдельные психические функции (память, внимание, мышление, эмоционально-волевая сфера)

отстают в своём развитии от принятых психологических норм для данного возраста. ННР, как психолого-педагогический диагноз ставится только в дошкольном и младшем школьном возрасте, если к окончанию этого периода остаются признаки недоразвития психических функций, то речь идёт уже о конституциональном инфантилизме или о стойкой интеллектуальной недостаточности.

Согласно Международной классификации болезней (МКБ) 9 пересмотра нарушение психологического развития трактовалось как «задержка психического развития (ЗПР)», но, учитывая тот факт, что в республике специалисты работают по МКБ – 10, то определение ЗПР сменилось на определение ННР. Последние несколько лет к проблеме ННР наблюдается повышенный интерес, вокруг нее ведется множество споров. Все это связано с тем, что само по себе такое отклонение в психическом развитии очень неоднозначно, может иметь множество различных предпосылок, причин и следствий. Явление, сложное по своей структуре, требует пристального и тщательного анализа, индивидуального подхода к каждому конкретному случаю. ННР относится к разряду слабовыраженных отклонений в психическом развитии и занимает промежуточное место между нормой и патологией. Дети с нарушением психологического развития не имеют таких тяжелых отклонений в развитии, как интеллектуальная недостаточность, первичное недоразвитие речи, слуха, зрения, двигательной системы. Основные трудности, которые они испытывают, связаны, прежде всего, с социальной адаптацией и обучением. Объяснением этому служит замедление темпов созревания психики. Нужно также отметить, что у каждого отдельно взятого ребенка нарушение психологического развития может проявляться по-разному и отличаться и по времени, и по степени проявления.

Типы ННР принято делить на четыре группы. Каждый из этих типов обусловлен определенными причинами, имеет свои особенности эмоциональной незрелости и нарушений познавательной деятельности. Первый тип – ННР конституционального происхождения. Для этого типа характерна ярко выраженная незрелость эмоционально-волевой сферы, которая находится как бы на более ранней ступени развития. Здесь речь идет о так называемом психическом инфантилизме. Нужно понимать, что психический инфантилизм – это не болезнь, а скорее некоторый комплекс заостренных черт характера и особенностей поведения, который, однако, может существенно отразиться на деятельности ребенка,

в первую очередь – учебной, его адаптационных способностях к новой ситуации. Такой ребенок часто несамостоятелен, тяжело приспосабливается к новым для него условиям, часто сильно привязан к маме и в ее отсутствие чувствует себя беспомощным; для него характерен повышенный фон настроения, бурное проявление эмоций, которые при этом весьма неустойчивы. К школьному возрасту у такого ребенка на первом плане все еще стоят игровые интересы, тогда как в норме им на смену должна прийти учебная мотивация. Ему трудно принять какое-либо решение без посторонней помощи, сделать выбор либо совершить над собой любое другое волевое усилие. Такой малыш может вести себя весело и непосредственно, его отставание в развитии не бросается в глаза, однако при сравнении со сверстниками он всегда кажется чуть младше.

Ко второй группе – соматогенного происхождения – относятся ослабленные, часто болеющие дети. В результате длительной болезни, хронических инфекций, аллергий, врожденных пороков развития может проявиться задержка или нарушение психологического развития. Это объясняется тем, что на протяжении долгой болезни, на фоне общей слабости организма психическое состояние малыша тоже страдает, а, следовательно, не может полноценно развиваться. Низкая познавательная активность, повышенная утомляемость, притупление внимания – все это создает благоприятную ситуацию для замедления темпов развития психики. Сюда же относят детей из семей с гиперопекой – чрезмерно повышенным вниманием к воспитанию малыша. Когда родители чересчур заботятся о своем ненаглядном чаде, не отпускают его ни на шаг, все делают за него, опасаясь, что ребенок может себе навредить, что он еще мал. В такой ситуации близкие, считая свое поведение образцом родительской заботы и опеки, тем самым препятствуют проявлению у ребенка самостоятельности, а значит – и познанию окружающего мира, формированию полноценной личности. Необходимо заметить, что ситуация гиперопеки как раз весьма распространена в семьях с больным ребенком, где жалость к малышу и постоянная тревога за его состояние, стремление якобы облегчить ему жизнь в итоге оказываются плохими помощниками.

Следующая группа – это НПП психогенного происхождения. Основная роль отводится социальной ситуации развития малыша. Причиной этого типа НПП становятся неблагоприятные ситуации в семье, проблемное воспитание, психические травмы. Если в семье имеет место

агрессия и насилие по отношению к ребенку или другим членам семьи, это может повлечь за собой преобладание в характере малыша таких черт, как нерешительность, несамостоятельность, отсутствие инициативы, боязливость и патологическая застенчивость. Здесь, в отличие от предыдущего типа НПП, имеет место явление гипоопеки, или недостаточного внимания к воспитанию ребенка. Ребенок растет в ситуации безнадзорности, педагогической запущенности. Следствием этого является отсутствие представлений о моральных нормах поведения в обществе, неумение контролировать собственное поведение, безответственность и неспособность отвечать за свои поступки, недостаточный уровень знаний об окружающем мире.

Четвертый и последний тип НПП – церебрально-органического происхождения. Он встречается чаще остальных, и прогноз дальнейшего развития для детей с этим типом НПП по сравнению с предыдущими тремя, как правило, наименее благоприятен. Как следует из названия, основой для выделения этой группы НПП являются органические нарушения, а именно – недостаточность нервной системы, причинами которой могут стать: патология беременности (токсикозы, инфекции, интоксикации и травмы, резус-конфликт и др.), недоношенность, асфиксия, родовая травма, нейроинфекции. При этой форме НПП имеет место так называемая минимальная мозговая дисфункция (ММД), под которой понимается комплекс легких нарушений развития, проявляющих себя, в зависимости от конкретного случая, весьма разнообразно в различных областях психической деятельности.

В 1915 г. немецкий психиатр Э.Крепелин назвал врожденное слабоумие олигофренией (от греч. «*oligos*» – «мало», «*phren*» – «ум»). До сих пор наука, изучающая проблемы воспитания и обучения детей с умственной отсталостью, называется олигофренопедагогикой (раздел специальной педагогики). Олигофрения включает многообразную и многочисленную группу отклонений, в основе которых лежит недоразвитие головного мозга и всего организма. Это понятие столь обширно, что не имеет четких границ, поэтому в разных странах появились новые термины, заменяющие «олигофрения». В англоязычной литературе этому термину соответствует «*mentalretardation*» – «отставание в интеллектуальном развитии». Употребляются и другие названия: «психическая отсталость», «психический дефицит», «психическая субнормальность», «умственная недостаточность», «умственный дефицит» и др. Из этиче-

ский соображений к данной категории детей используются определения: «особые», «особенные», «проблемные», «с особыми нуждами» и др.

В 1994 г. по предложению Всемирной организации здравоохранения Международная классификация психических и поведенческих расстройств рассматривающая различные проявления врожденного слабоумия под единым названием «Умственная отсталость».

Умственная отсталость (УО) – это стойкое необратимое нарушение познавательной сферы, возникающее вследствие органического поражения коры головного мозга. Особенностью при умственной отсталости является нарушение высших психических функций – отражения и регуляции поведения и деятельности. Это выражается в нарушении познавательных процессов (ощущений, восприятия, памяти, мышления, воображения, речи, внимания), страдают эмоционально-волевая сфера и личность в целом. Значительную часть умственно отсталых детей составляют те дети, у которых поражение мозга возникло во внутриутробный период, во время родов или после родов в период до 3-х лет.

Из функциональных отклонений в состоянии здоровья человека, по социальным последствиям умственная отсталость является наиболее распространённым и тяжёлым дефектом развития человека. В мире насчитывается более 300 млн. человек с умственной отсталостью.

Под понятием «умственная отсталость» объединены многочисленные и разнообразные формы патологии, различающиеся по этиологии, патогенезу, клиническим проявлениям, времени возникновения и по особенностям течения. Общий объединяющий их признак состоит в недоразвитии познавательной сферы, абстрактного мышления, процессов обобщения в сочетании с инертностью психических процессов.

Специалисты, занимающиеся изучением данной категории людей, определяют умственную отсталость не как болезнь, а как состояние психического недоразвития, характеризующиеся многообразными признаками, как в клинической картине, так и в комплексном проявлении физических, психических, интеллектуальных, эмоциональных качеств.

Согласно принятой в настоящее время международной классификации умственная отсталость подразделяют по степени интеллектуального (IQ) дефекта и по этиологии. Степень умственной отсталости определяется интеллектуальным коэффициентом IQ (отношение психо-

логического возраста к паспортному) В соответствие с МБК-10 приняты следующие виды и условные показатели IQ представлены в таблице 9.

Таблица 9
Степени умственной отсталости

| Степень умственной отсталости | IQ | Характеристика детей |
|---------------------------------|-----------|---|
| Психическая норма | 70-100 | Нет нарушений |
| Легкая умственная отсталость | 50-69 | Дети обучаемы и воспитуемы, испытывают трудности формирования представлений и усвоения знаний и навыков, задержку в развитии разных видов деятельности. У них сохранны конкретное мышление, они способны ориентироваться в практических ситуациях, у большинства эмоционально-волевая сфера более сохранна, чем познавательная, они охотно включаются в трудовую деятельность. Они благополучно трудоустраиваются, вливаются в производственные коллективы, создают семьи, имеют детей. |
| Умеренная умственная отсталость | 35-49 | Дети достаточно мобильны, физически активны и большинство из них обнаруживает признаки социального развития, что заключается в способности к установлению контактов, общению с другими людьми и участию в элементарных социальных занятиях. В то же время они не могут вести самостоятельный образ жизни, нуждаются в опеке. |
| Тяжелая умственная отсталость | 20-34 | Дети имеют грубые дефекты восприятия, памяти, мышления, коммуникативной функции речи, моторики и эмоционально-волевой сферы делает этих детей практически необучаемыми. У большинства детей наблюдаются моторные нарушения, выражающиеся не только в запаздывании актов прямохождения, ходьбы и бега, но и в качественном своеобразии и недоразвитии всех движений. Недееспособными и над ними устанавливается опека родителей или заменяющих их лиц. |
| Глубокая умственная отсталость | 19 и ниже | Среди многочисленных признаков выделяются нарушения статических и моторных функций: задержка в проявлении дифференцированной эмоциональной реакции, неадекватная реакция на окружение, позднее появление стояния, ходьбы, лепета и первых слов, слабый интерес к окружающим объектам. Недееспособными и над ними устанавливается опека родителей или заменяющих их лиц. |

По глубине интеллектуального дефекта выделяют три степени умственного недоразвития – дебильность, имбецильность и идиотию. М.Г. Блюмина, указывает, что из всех случаев умственной отсталости дебильность составляет 70-80 %, имбецильность – 20-25%, идиотия – 5%. В среднем, 7-10 из 1000 детей имеют интеллектуальную недостаточность и нуждаются в специальном обучении.

В настоящее время в практике специалистов, работающих с детьми, имеющими отклонения в состоянии здоровья, значительно возросло количество детей с общими расстройствами поведения. Такие дети характеризуются качественными отклонениями в социальных взаимодействиях и показателях коммуникабельности, а также ограниченным, стереотипным, повторяющимся комплексом интересов и действий. Эти качественные отклонения являются общей характерной чертой деятельности индивида во всех ситуациях. Сюда отнесены такие заболевания как детский и атипичный аутизм, синдром Ретта, гиперактивное расстройство, синдром Аспергера и др.

Аутизм – экстремальное одиночество ребенка, эгоцентризм, стремящийся к абсурду, нежелание индивида стать личностью. Данное определение наиболее полно определяет симптомокомплекс, присущий детскому аутизму. Основными признаками заболевания являются выраженная недостаточность или полное отсутствие стремления к контактам с окружающими, отгороженность от внешнего мира, слабость эмоциональных реакций к близким, вплоть до полного безразличия к ним, недостаточная способность дифференцировать людей, животных и неодушевленные предметы (протодиакризис), недостаточная реакция на слуховые и зрительные раздражители, придающие детям внешнее сходство со слепыми и глухими, боязнь всего нового (неофобия), однообразное поведение со склонностью к стереотипным регрессивным движениям (атетозоподобное движение пальцев рук, потряхивания и вращение кистями рук, подпрыгивание, ходьба и бег на кончиках пальцев).

Синдром Ретта в типичных случаях за нормальным ранним развитием следует парциальная или полная потеря приобретенных двигательных навыков и речи с замедлением роста головы обычно с началом в возрасте между 7 и 24 мес. Синдром Аспергера основывается на отсутствии значимой задержки речи или когнитивного развития и наличия качественных нарушений в социальном взаимодействии и ограниченных повторяющихся и стереотипных особенностей поведения, интересов и занятий.

Наиболее существенные проявления аутизма и синдрома Аспергера: одиночество ребенка, его изолированность от внешнего мира, отсутствие стремления к общению; консерватизм – сопротивление любым переменам обстановки, однообразие интересов и пристрастий, склонность к повторяющимся, стереотипным занятиям; речевые нарушения вплоть до полного отказа от активной речи (так называемый мутизм - немота при сохранной способности говорить). Эти симптомы могут парадоксальным образом сочетаться с необычайно хорошим двигательным развитием, точной памятью, высокими достижениями в развитии некоторых специальных интересов (счет, танец, конструирование и т.п.).

Ориентировочные реакции на световые и звуковые раздражители сглажены или отсутствуют, что нередко служит поводом подозревать глухоту или слепоту. Эмоциональные реакции могут быть неадекватны ситуации, приглушены или чрезмерно выражены.

Поведение и игру характеризуют косные стереотипы, что приводит к нарушению социальной адаптации. При смене привычного стереотипа возникают реакции страха с агрессией, затруднен переход к новым видам пищи. В игровой деятельности преобладают манипуляции предметами, отсутствует подражание. В моторной сфере длительно сохраняются стереоподобные движения (атетозоподобные движения в кистях рук, ходьба на цыпочках). В речи присутствуют эхолалии, штампы.

Становление речи протекает также с рядом особенностей. Экспрессивная речь формируется с большим отставанием, преобладает эгоцентрическая, невнятная, интонационно вычурная, временами бессвязная речь, нарушен как синтаксический, так и грамматический строй. Типично неправильное использование личных глагольных форм и местоимений. Задерживается формирование самосознания. Развитие импрессивной речи ограничивается преимущественно пониманием бытовых инструкций.

Лица с синдромом Аспергера могут быть не столь замкнутыми, как при других, более тяжёлых формах аутизма; они, хотя и неуклюже, взаимодействуют с другими. Неспособность правильно реагировать на социальные взаимодействия может выглядеть как бесчувственность, игнорирование чувств других людей. Не все лица с синдромом Аспергера взаимодействуют с другими людьми. Отсутствие демонстрируемой эмпатии оказывает значительное влияние на социальную жизнь лиц с синдромом Аспергера. Они испытывают трудности в базовых элемен-

тах социального взаимодействия. Эти трудности могут включать неспособность создавать дружеские связи, отсутствие стремления разделять с другими удовольствия или достижения (например, показывать другим объекты, вызывающие интерес), отсутствие социальной или эмоциональной взаимности и нарушение невербального поведения в таких областях, как глазной контакт, выражение лица, язык тела и жестикуляция.

Когнитивные способности детей с синдромом Аспергера часто позволяют им озвучить социальные нормы в лабораторных условиях. Они могут быть способны продемонстрировать теоретическое понимание эмоций других людей, но им обычно трудно реализовать эти знания в жизни. Лица с синдромом Аспергера могут анализировать увиденные ими социальные взаимодействия, формулировать негибкие правила поведения и применять эти правила неуклюжим образом, например, заставляя себя вступать в глазной контакт, в результате их манеры выглядят негибкими или социально наивными. Детское желание иметь друзей может ослабнуть под влиянием многочисленных неудачных социальных взаимодействий.

На физическое развитие, двигательные способности, обучаемость и приспособляемость к физической нагрузке оказывает влияние тяжесть интеллектуального дефекта, сопутствующие заболевания, вторичные нарушения, особенности психической и эмоционально-волевой сферы детей

Психомоторное недоразвитие детей с легкой умственной отсталостью и нарушением психического развития проявляется в замедленном темпе развития локомоторных функций, непродуктивности движений, двигательном беспокойстве и суетливости. Движения бедны, угловаты, недостаточно плавны. Особенно плохо сформированы тонкие и точные движения рук, предметная манипуляция, жестикуляция и мимика.

Двигательная сфера детей с аутизмом характеризуется наличием стереотипных движений, трудностями формирования предметных действий и бытовых навыков, нарушениями мелкой и крупной моторики. Детям свойственны, в частности, нарушения в основных движениях: тяжелая, порывистая походка, импульсивный бег с искаженным ритмом, лишние движения руками или нелепо растопыренные руки, не принимающие участия в процессе двигательной деятельности, одноопорное отталкивание при прыжке с двух ног. Движения детей могут быть вялы

или, наоборот, напряженно скованны и механистичны, с отсутствием пластичности. Для детей являются трудными упражнения и действия с мячом, что связано с нарушениями сенсомоторной координации и мелкой моторики рук. Разница моторной ловкости в привычной обстановке и вне ее. Дефицитарность элементарной мелкой моторики. Отсутствие указательных жестов, движения, означающих либо отрицание, либо утверждение, приветствия или прощания. Затруднения в имитации движений взрослого. Соппротивление в принятии помощи при обучении двигательным навыкам.

Практически у всех детей с ментальными нарушениями отмечается отставание в массе и длине тела; нарушения осанки; нарушения в развитии стопы; нарушения в развитии грудной клетки и снижение ее окружности; парезы верхних конечностей; парезы нижних конечностей; отставания в показателях объема жизненной емкости легких; деформации черепа; дисплазии; аномалии лицевого скелета; нарушение координационных способностей – точности движений в пространстве; координации движений; ритма движений; дифференцировки мышечных усилий; пространственной ориентировки; точности движений во времени; равновесия; отставания от здоровых сверстников в развитии физических качеств – силы основных групп мышц рук, ног, спины, живота на 15–30%; быстроты реакции, частоты движений рук, ног, скорости одиночного движения на 10–15%; выносливости к повторению быстрой динамической работы, к работе субмаксимальной мощности, к работе большой мощности, к работе умеренной мощности, к статическим усилиям различных мышечных групп на 20–40%; скоростно-силовых качеств в прыжках и метаниях на 15–30%; гибкости и подвижности в суставах на 10–20%. К нарушениям основных движений относятся неточность движений в пространстве и времени; грубые ошибки при дифференцировании мышечных усилий; отсутствие ловкости и плавности движений; излишняя скованность и напряженность; ограничение амплитуды движений в ходьбе, беге, прыжках, метаниях.

5.3 Особенности организации адаптивной физической культуры лиц с ментальными нарушениями развития.

Задачи АФК лиц с ментальными нарушениями. Шапкова Л.В. (2014) выделяет несколько видов специальных задач для детей с умственной

отсталостью. Наш взгляд, они актуальны для всех детей, имеющих ментальные нарушения.

К первой группе задач относится коррекция основных движений в ходьбе, беге, плавании, метании, прыжках, лазании, упражнениях с предметами и др.: согласованности движений отдельных звеньев тела (рук, ног, туловища, головы); согласованности выполнения симметричных и асимметричных движений; согласованности движений и дыхания; компенсация утраченных или нарушенных двигательных функций; формирование движений за счет сохранных функций.

Вторая группа задач направлена на коррекцию и развитие координационных способностей: ориентировки в пространстве; дифференцировки усилий, времени и пространства; расслабления; быстроты реагирования на изменяющиеся условия; статического и динамического равновесия; ритмичности движений; точности мелких движений кисти и пальцев.

Третья группа задач посвящается коррекции и развития физической подготовленности: целенаправленное «подтягивание» отстающих в развитии физических качеств; развитие мышечной силы, элементарных форм скоростных способностей, ловкости, выносливости, подвижности в суставах.

Четвертая включает коррекцию и профилактику соматических нарушений: формирование и коррекция осанки; профилактика и коррекция плоскостопия, коррекция массы тела, речевого дыхания; укрепление сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

К пятой относится коррекция и развитие психических и сенсорно-перцептивных способностей: развитие зрительно-предметного, зрительно-пространственного и слухового восприятия; дифференцировка зрительных и слуховых сигналов по силе, расстоянию, направлению, зрительной и слуховой памяти, зрительного и слухового внимания; дифференцировка зрительных, слуховых, тактильных ощущений; развитие воображения; коррекция и развитие эмоционально-волевой сферы.

Шестая группа специальных задач АФК посвящена развитию познавательной деятельности: формированию представлений об элементарных движениях, частях тела, суставах (название, понятие, роль в движении), об упражнениях, их технике и влиянии на организм, требованиях к осанке, дыханию, питанию, режиму дня, гигиене тела и одежды, закаливанию, значению движений в жизни человека и самостоятельных

занятий; расширению и закреплению знаний, основанных на межпредметных связях, являющихся составной частью физических упражнений (формирование пространственных представлений, речевой и коммуникативной деятельности, знакомство с животным миром ит.п.).

Седьмая включает воспитание личности ребенка с ментальными нарушениями.

К дополнительным специальным задачам обучения аутичных детей на уроках адаптивной физической культуры являются: развитие имитационных способностей (умения подражать); стимулирование к выполнению инструкций; формирование навыков произвольной организации движений (в пространстве собственного тела и во внешнем пространстве); воспитание коммуникационных функций и способности взаимодействовать в коллективе.

По наблюдениям учёных, успешное коррекционно-компенсаторное воздействие на детей с умственной отсталостью оказывают физические упражнения циклического характера. Под действием систематически повторяемых активных движений стимулируется деятельность соответствующих отделов нервной системы, вовлекаются в работу ранее бездействовавшие нервные механизмы, за счёт условнорефлекторных связей образуются новые нервные пути. Имеет значение также, тот факт, что состояние напряжения нервной системы тем больше, чем выше стресс и ниже энергетический потенциал организма. Физические упражнения через оптимизацию двигательных режимов усиливают энергетический потенциал саморегуляции организма, повышает его устойчивость. Так, применение в оптимальной дозировке адекватных средств и методов физического воспитания в течение одного года значительно сокращает разрыв в уровне развития быстроты у умственно отсталых и здоровых школьников.

Методы формирования знаний. В работе с людьми, страдающими умственной отсталостью, эффективно использовать:

- наглядно-предметное;
- и наглядно-образное мышление и зрительную память;
- показ с объяснением и имитацию; показывая правильные движения, следует время от времени выполнять их с обучаемыми, но не делать постоянно;
- движения и объяснения должны быть простыми и понятными;
- постепенно вводить упражнения, требующие от обучаемого кратковременного усилия, доступного его возможностям;

- постепенно приучать к движениям по описанию, слову; не фиксировать внимание на ошибках;
- не доводить обучаемого до утомления;
- постоянно разнообразить занятия.

Методы формирования знаний делятся на две группы: методы слова и методы наглядности.

Основная задача обучения и воспитания лиц с умственной отсталостью это максимальное преодоление недостатков познавательной, эмоционально-волевой и двигательной сфер, нарушенных дефектами коры головного мозга. Поэтому методы и приёмы должны активизировать все функции, участвующие в двигательной деятельности:

- одновременное сочетание показа физических упражнений, словесного объяснения и выполнения;
- рисование фигуры человека для понимания структуры тела, функций суставов и основных мышечных групп;
- рассказ – описание двигательного действия по картинке с последующей демонстрацией и выполнением его;
- письменное описание одного упражнения с последующим разбором;
- выполнение упражнения только по словесной инструкции, только по показу.

Требования предъявляются к непосредственному показу упражнений, он должен быть чётким, грамотным и методически правильно организованным:

- упражнения, выполняемые во фронтальной плоскости, необходимо показывать, встав лицом к учащимся;
- упражнения, выполняемые в сагитальной плоскости, необходимо демонстрировать, стоя боком;
- упражнения, выполняемые и во фронтальной, и в сагитальной плоскости, целесообразно показывать дважды, стоя лицом, боком или полубоком;
- зеркальный показ необходим в тех случаях, когда упражнение содержит ассиметричные движения.

Методические приемы организации занятий АФК у детей с общими расстройствами поведения такими как аутизм, относится выделение времени для знакомства с инструктором и видом двигательной активности; налаживание зрительного контакта, насколько это возможно; ис-

пользование четких и последовательных команд и стимулов, а также использование эффективного подкрепления и обратной связи.

Порядок действий, содержащих набор начальных и конечных точек, обеспечивает большую предсказуемость событий и благодаря этому ослабляет сенсорную перегрузку. Кроме того, порядок действий может быть использован для ознакомления детей с новыми знаниями или поведением. Дети будут усваивать новые знания лучше, если подавать их вместе с информацией, уже знакомой детям. Порядок действий также позволяет уменьшить количество вербальных указаний, предоставить детям возможность заниматься самостоятельно. При формировании порядка действий полезно использовать расписания занятий и календари. У детей с общими расстройствами развития часто наблюдается неадекватная поведенческая реакция, если им предлагают для изучения новую или разнородную информацию в неупорядоченном виде. Календарь, где указаны даты проведения важных мероприятий, в сочетании с расписанием занятий на день поможет ослабить стресс, обусловленный неизвестностью предстоящих событий.

Методы развития физических качеств и способностей

В целях направленного развития физических качеств у лиц с умственной отсталостью используются те же методы, что и для здоровых людей. Все физические качества, связанные с подвижностью нервных процессов (координация, сила, быстрота) у умственно отсталых детей отстают в развитии по сравнению с нормой прямопорционально возрасту. Все физические качества, не тесно связанные с подвижностью нервных процессов (гибкость, выносливость) развиваются с ростом ребёнка и приближаются к норме. Уровень развития физических качеств тесно связан со степенью умственной работоспособности.

Развитие быстроты. Среди всех физических качеств труднее поддаются совершенствованию скоростных качеств. Низкая степень координации, скованность движений, малая подвижность, замедленное время двигательной реакции ведут к понижению скорости выполнения спортивных и трудовых движений, к нерациональному распределению усилий. В связи с этим следует использовать общеизвестные методы развития быстроты у умственно отсталых детей и подростков, учитывая особенности их двигательной сферы и функционального состояния организма. Для развития скоростных качеств применяются: повторный, соревновательный, игровой, вариативный, сенсорный методы.

Для развития быстроты необходимо, чтобы частота сердечных сокращений при выполнении упражнений составляла 150- 180 ударов в минуту, а продолжительность упражнений – 2-4 минуты.

В качестве основных средств развития быстроты применяются упражнения, которые можно выполнять с около максимальной интенсивностью. Преимущественным методом при развитии скоростных качеств является повторный. Он предусматривает оптимальную реализацию основных компонентов нагрузки: интенсивности упражнения, длительности его воздействия, характера отдыха и количества повторений.

Упражнения должны быть простыми, уже хорошо освоенными. Прежде чем выполнять их с максимальной скоростью, нужно повторить на средних и субмаксимальных скоростях, чтобы избежать излишнего напряжения. Это будет способствовать развитию быстроты на первых этапах обучения. В дальнейшем наибольший эффект в приросте показателей быстроты дают упражнения, выполняемые при максимальной и нарастающей интенсивности, например, бег на месте и в упоре, работа рук с нарастающей частотой движений, ускорения. При первых же признаках утомления выполнение упражнений прекращается. При развитии скоростных качеств у аномальных детей длительность упражнений на быстроту не должна превышать 2-3 секунд в одном повторении. На эффективность развития быстроты очень влияет плотность воздействия - интервалы отдыха. Интервалы между повторными нагрузками должны обеспечить оптимальное восстановление работоспособности. Чем существеннее глубина отклонений в развитии двигательного анализатора у аномальных детей, тем больше требуется интервалов отдыха.

При повторной скоростной работе в зависимости от степени физической подготовленности аномального ребёнка наступает утомление, которое выражается в снижении интенсивности выполнения упражнений. Это говорит о том, что работу над развитием скорости надо прекратить. Опыт работы и научные исследования позволяют констатировать, что объём повторной работы с высокой интенсивностью можно увеличивать, если её проводить серийно: 2-3 упражнения в серии с отдыхом 1-3 минуты между выполнением упражнений и 3-5 минут между сериями. Количество выполнения скоростных упражнений в одном занятии не должно превышать 5-10 раз. Учитывая, что скоростные раздражители наиболее эффективны при оптимальном возбуждении нервной системы, занятия надо строить так, чтобы упражнениям по быстроте на

отдельном занятии не предшествовала утомительная работа, поэтому упражнения на быстроту проводятся в начале урока после хорошей разминки. Развитие быстроты проводится и при выполнении домашних заданий по физической культуре.

Развитие силы. Для развития мышечной силы применяются методы максимальных усилий, повторных усилий, изокинетических усилий, «ударный» метод и метод электростимуляции. Основной организационно-методической формой занятий, направленных на развитие силы, является «круговая тренировка».

Умственно отсталые школьники по показателям силовой подготовленности отстают от нормы. Основным фактором развития силы мышц аномальных детей является их деятельность при значительных и постоянно возрастающих напряжениях. Эти условия на уроках физической культуры создаются с помощью специальных средств и методов.

Основными средствами силовой подготовки умственно отсталых детей являются:

- упражнения с преодолением собственного веса тела;
- упражнения с преодолением сопротивления и веса партнёра;
- упражнения с различными отягощениями;
- упражнения с использованием сопротивления упругих предметов;
- упражнения с использованием сопротивления внешней среды;
- упражнения в само сопротивлений.

Для развития силы можно выполнять упражнения в статическом и динамическом режиме мышечной деятельности. При статическом режиме нагрузка создаётся сопротивлением динамометра, посторонним весом, удержанием определённой позы туловища. При динамическом режиме различают преодолевающую и уступающую формы работы. При этом скорость движения в тренировке максимальной силы относительно равномерная, плавная. Целесообразно применять на уроках физической культуры комплексы упражнений для развития силы, состоящие из 5- 6 упр.

В течение 10-12 мин. Применение упражнений преодолевающего, уступающего и статистического характера стимулирует возрастное совершенствование функций организма детей и повышает их адаптационные возможности. Всё это определяет силовые упражнения как вполне адекватные для организма умственно отсталых детей.

В целях эффективного развития мышечной силы специальные упражнения следует выполнять как в быстром, так и в медленном темпе. Между сериями в силовых упражнениях нужно обеспечить оптимальный отдых. В среднем длительность интервала между сериями должна составлять 2-4 минуты. Она зависит от интенсивности нагрузки, характера мышечной деятельности, глубины отклонений и уровня физической подготовленности конкретного школьника.

Развитие выносливости. Для развития выносливости применяются - равномерный, переменный, интервальный, соревновательный, игровой методы.

Главная задача при развитии выносливости заключается в обеспечении её проявления в разнообразных видах двигательной деятельности.

Частными задачами будут:

- ликвидация отставания от нормы в показателях выносливости умственно отсталых школьников;
- развитие аэробных возможностей организма;
- развитие анаэробных возможностей организма;
- развитие возможности рационально пользоваться выносливостью в разнообразных условиях.

Для того чтобы решать все эти задачи, применяются разнообразные упражнения.

Упражнения на выносливость характеризуются умеренной мощностью, значительной продолжительностью, непрерывностью и вовлечением в активную работу всех органов и систем организма, особенно дыхательной, сердечно-сосудистой и нервной. Наиболее доступными и универсальными средствами по развитию выносливости у умственно отсталых школьников, являются: ходьба, бег на дистанции, бег с ходьбой, бег на месте, плавание, передвижение на лыжах, кроссы, катание на коньках, «многоскоки», подвижные и спортивные игры.

При планировании нагрузок на выносливость рекомендуется учитывать следующие пять компонентов: интенсивность упражнения, его продолжительность, количество повторений, интервалы отдыха, характер отдыха. Скоростная выносливость у школьников эффективно развивается при выполнении работы с интенсивностью 90 % и выше от максимальной выполнять работу с меньшей интенсивностью нецелесообразно.

Развитие общей выносливости эффективно происходит при выполнении работы с интенсивностью от 60-90% от максимальной. Для развития выносливости необходимо, чтобы частота сердечных сокращений составляла 110-140 ударов в минуту, а продолжительность упражнений 4-6 минут. Работа такой интенсивности сопровождается оптимальными сдвигами в показателях сердечно-сосудистой и дыхательной систем. На начальных этапах занятий по развитию выносливости целесообразно использовать работу меньшей интенсивности: 30-50% от максимальной. Общая выносливость эффективно развивается только при выполнении длительной работы. Однако на уроках физической культуры с аномальными детьми такие нагрузки часто не планируются, что является одной из причин низкого уровня развития общей выносливости умственно отсталых детей в сравнении с нормой. Поскольку выносливость можно рассматривать, как способность преодолевать утомление, то основным фактором, определяющим развитие выносливости, следует считать утомление. Только работа, которая выполняется до утомления, и последующие попытки преодолеть его могут заметно повысить выносливость организма.

Развитие ловкости. Одной из наиболее уязвимых сторон физической подготовленности учащихся специальных школ является ловкость - комплексное физическое качество человека, компонентами которого являются точность движений в пространстве и времени, способность оптимально координировать движения в зависимости от внезапной смены внешних условий. Специалисты выделяют три вида ловкости: пространственную точность движений, временную точность, точность и быстроту двигательных решений в ответ на внезапные сигналы.

Развитие ловкости как комплексного качества складывается из:

- развития способности к освоению простых и затем сложных координационных действий;
- развития способности перестраивать двигательную деятельность в соответствии с требованиями меняющейся обстановки;
- развития ощущений дифференцирования усилий, восприятия чувства времени и пространства.

Главное в развитии ловкости аномального ребёнка – овладение новыми, разнообразными двигательными умениями и навыками и их закрепление. Для этих целей применяются упражнения, связанные с мгновенным реагированием на внезапно меняющуюся обстановку, и

методические приёмы, которые способствуют успешному решению задач развития ловкости у школьников.

Программа по физической культуре в достаточной степени насыщена материалом по развитию ловкости. Это разделы гимнастики, лёгкой атлетики, игр, лыжной подготовки. При этом следует помнить, что упражнения на развитие ловкости быстро утомляют школьников, так как создаётся большое напряжение в деятельности анализаторов. Рекомендуются упражнения на развитие ловкости выполнять повторным методом, интервал между упражнениями должен составлять 2-3 мин. В момент отдыха учащимся можно предложить упражнения на расслабление, восстановление дыхания. Упражнения на развитие ловкости нужно выполнять в конце подготовительной или начале основной части урока.

Гибкость. Для развития гибкости применяют следующие методические приёмы: Динамические активные и пассивные упражнения, статические упражнения и комбинированные упражнения. Все они направлены на обеспечение необходимой амплитуды движений, а также восстановление утраченной подвижности в суставах в результате заболеваний, травм и т. п. Упражнения на растягивание направлены главным образом на соединительные ткани – сухожилия, фасции, связки, поскольку именно они препятствуют развитию гибкости, не обладая свойством расслабления.

Практически во всех разделах программы по физической культуре есть упражнения на растягивания суставов, развития их гибкости и подвижности. Особенно нужны они в начале каждого занятия – чтобы подготовить суставно-связочный аппарат школьника к основной части урока. Подвижность в суставах – необходимое качество для нормального функционирования опорно-двигательного аппарата. Подвижность в суставах проявляется в двух формах: подвижность в пассивных движениях и пассивность в активных движениях.

Пассивные движения осуществляются с посторонней помощью или с помощью собственной силы. Активное движение выполняется за счёт сокращения мышц, участвующих в движении. При этом надо учитывать, что степень активной подвижности всегда меньше пассивной. Разница между показателями пассивной и активной подвижности является запасом подвижности. При выполнении упражнений на развитие подвижности в суставах нагрузка определяется в основном следующими компонентами: амплитуда выполняемого движения, характер упражне-

ния, количество повторений, продолжительность выполнения упражнений.

Средствами развития подвижности в суставах являются упражнения, выполняемые с максимальной амплитудой, – махи, рывки, наклоны, шпагаты, сгибания, разгибания, пронация, супинация конечностей, пассивные движения с использованием собственной силы, с отягощениями в уступающем режиме, выполняемые с помощью партнёра. Оптимальной нагрузкой в упражнениях на развитие подвижности в суставах является 8-15 движений.

Коррекция нарушений осанки. В специальных школах около 70% школьников подвержены различным нарушениям осанки. Неправильная осанка влияет не только на эстетическую сторону телосложения, но и влечёт за собой множество различных заболеваний. В программе упражнения на формирование осанки построены так, что одни ориентированы на развитие крупных мышц спины, живота, плеч, рук, ног и других частей туловища, другие на развитие ощущений правильной осанки.

Материал программы для формирования осанки необходимо расщепить на уроках физкультуры в течение всего учебного года, включая его в каждый урок и выполняя упражнения в течение от 2-3 до 8-10 мин. При этом учителю надо знать, каковы у каждого школьника дефекты осанки, и уже в соответствии с этим использовать упражнения. С формированием осанки связаны построения, перестроения, ходьба в строю, выполнение различных гимнастических упражнений, а также включение упражнений на осанку в подвижные игры, в разные части урока, проводимые групповым, фронтальным, индивидуальными методами, использование их в малых формах физического воспитания в школе, во внеклассной работе.

Нередко нарушение осанки связано с деформацией стопы – плоскостопием, которое возникает, в результате переутомления и ослабления мышц голени и стопы, что отрицательно сказывается на положении таза и позвоночника; при ходьбе, беге и прыжках появляются боли в ногах и спине, это ведёт к ухудшению осанки и физического развития в целом, ослабляет опорную функцию ног, затрудняет движения.

При коррекции плоскостопия используют средства, способствующие укреплению мышечного и суставно-мышечного аппарата:

- упражнения, направленные на «приведение» и «отведение» стоп;
- сгибание и разгибание стоп, в положении стоя, сидя, лёжа;

- поднимание и опускание стопами набивного мяча;
- захватывание стопами матерчатого коврика;
- захватывание пальцами ног различных предметов;
- ходьба на носках и на внешней стороне стоп;
- сгибание и разгибание пальцев ног;
- вращение стопами влево, вправо;
- ходьба и бег босиком по песку, земле.

Средства АФК для лиц с ментальными нарушениями

Общеразвивающие движения:

– физические упражнения, в которых все фазы движения равноценны. Как правило, эти упражнения на силу: сгибания и разгибания рук в упоре, приседания, наклоны.

– в занятиях по ритмике эффективно применение музыки танцевального характера: вальс, полька, мазурка, кадрили. Адаптированные к занятиям АФВ элементы народного танца развивают чувства ритма, пластику, проприоцепцию, способность дифференциации времени и пространства, произвольное управление мускулатурой, образное мышление. При всех многочисленных национальных различиях основные движения в народных танцах у многих народов общие. Как правило, это выполняемые ритмично на опорные доли такта: – наклоны головой; – легкие движения плечами; – хлопки в ладоши; – притоптывания; – переступания с ноги на ногу; – отбивания такта рукой.

Общий характер также носят и основные положения рук в народных танцах: – скрещены на груди; – на поясе; – сложены за спиной; – одна на поясе, другая за спиной; – одна за спиной, другая отведена в сторону ладонью вверх; – обе руки разведены в стороны.

Упражнения с предметами. В АФВ необходимо в полной мере учитывать значение предметной деятельности в развитии интеллекта. Поэтому следует максимально использовать физические упражнения с предметами: мячами, обручами, лентами, игрушками. Упражнения с мячом начинаются с освоения приёмов удержания мяча:

- двумя руками;
- тыльной стороной кисти;
- между кистями;
- скрестным хватом.

Одним из основных упражнений с мячом, базовым для многих игр, являются отбивы мяча. Сначала осваиваются вертикальные отбивы и

ловля мяча двумя руками, стоя на коленях. Освоив это упражнение, стоя в полный рост, отбивают мяч поочередно правой и левой рукой. Затем отбивают поочередно разными руками в выпаде, в наклоне. При этом пружинистое движение выполняется как целостное всем телом. Кисть провожает мяч как можно дальше, обеспечивая точность движений.

Ещё один из видов упражнений – перекаты мяча. Сидя на пятках, правая рука отведена в сторону, левая на полу. Лёгким толчком левой руки мяч перекатывают к правой руке и обратно. Освоив этот перекат, переходят к следующему: стоя на коленях, руки вперёд. Мяч на тыльной стороне ладоней, плавно поднимают руки вверх, при этом перекатывая мяч на грудь. Плавно опускают руки вниз, перекатывая мяч на ладони.

Броски мяча в корзину. На первом этапе целью является освоение техники броска мяча в упрощённых условиях. После разминки осуществляют метания мяча с одного места на среднюю дистанцию отдельными (до 10 бросков) с интервалами отдыха 1,5-2 мин. Для развития навыка выполняют по 2- 3 серии бросков утром и вечером, добиваясь результативности 70-75%.

На втором этапе увеличивается расстояние до мишени и количество бросков в серии. С целью автоматизации навыка применяются: варьирование дистанции (использование контрастных расстояний), метод сопряжённых воздействий, стандартно-повторного упражнения, повторно-переменного упражнения, соревновательный метод.

В упражнениях с обручем отрабатывают хваты одной или двумя руками сверху, снизу, смешанный, скрестный, снаружи, изнутри, развивая этим тонкую моторику кисти. Маховые движения обручем осуществляются одной или двумя руками в различных плоскостях и направлениях, следует добиваться, чтобы обруч был как бы продолжением руки. Освоив махи, их сочетают с шагами в сторону, с подскоками, наклонами.

Упражнения с лентой эстетичны, эмоциональны. Выполняются за счёт движений кисти слегка согнутой рукой при минимальном мышечном напряжении, что хорошо развивает тонкую моторику. Выполняются вертикальные (восходящие и нисходящие) и горизонтальные змейки, спирали, восьмёрки. По освоении сочетаются с приседами, наклонами, прыжками.

Построения и перестроения. В физическом воспитании людей с умственной отсталостью особенно популярны построения и перестроения в шеренги и колонны, развивающие процессы торможения нервной

системы. При этом рекомендуются с самых первых занятий стремиться к строгому соблюдению чёткой геометрии построений: интервалов и дистанций между обучаемыми. При выполнении упражнений используют образные сравнения и решение лёгких математических задач, адекватных выполняемому в данный момент физическому упражнению. Эффективно сочетание построений и перестроений с логопедическими заданиями.

– Передвижения по залу или площадке: в обход, противходом, змейкой, по спирали, по диагонали.

– Фигурные построения: ряды, двойные ряды, колонны, круги, двойные круги, перестроения колонн по диагонали.

При передвижении используют: маршевый шаг, различные виды ходьбы и бега под музыку с переменной темпа, ритма и скорости движения.

Ритмика. Музыка имеет большое значение в физическом воспитании человека: развивает эмоциональность, внимание, восприятие, память, повышает работоспособность. Занятия под музыку формирует умение дифференцировать временные параметры, что способствует развитию умения дифференцировать пространственные и динамические параметры движений. Чувство ритма является базой для занятий физическими упражнениями и развития других двигательных качеств. Ряд авторов указывали, что ритм имеет первостепенное значение для освоения двигательных действий. Ритм лежит в основе циклических локомаций таких, как ходьба, бег, плавание. Выполняемые в правильном ритме движения легче автоматизируются, благодаря чему экономится нервная энергия и физические силы. Влияя на моторику, ритмика занимает важное место в общей системе логопедической работы, в том числе, в формировании логопедической ритмики. Музыкальное сопровождение облегчает работу преподавателя, освобождая его от необходимости счёта – обучаемые подчиняют свои действия характеру музыки.

Исходя из вышеизложенного следует уделять должное внимание занятиям ритмикой. **Цели занятий ритмикой:** - научить слушать и правильно понимать музыку;

– научить выполнять движения в соответствии с музыкой;

– воспитать комплекс музыкально-двигательных качеств, обеспечивающих базу для последующего физического воспитания;

Поставленные цели достигаются следующими методами:

- точной и доступной формулировкой музыкально-двигательной задачи на занятии;
- воспитанием образного мышления;
- привлечением обучаемых к наблюдению и анализу действий с применением срочной информации

Для проведения музыкальных занятий преподаватель сам должен иметь различать такие параметры звука, как высота, тембр, громкость, длительность; разбираться в структуре музыкальных произведений; уметь на слух определять начало и конец музыкальных периодов, предложений, фраз; уметь составлять упражнения, вести счёт, подавать команды в полном соответствии с музыкой.

Задачами преподавателя являются:

- ясная (доступная обучаемым) формулировка задачи;
- выделение связи нового движения с ранее изученными;
- создание представления о движениях во взаимосвязи с музыкой;
- объяснение и показ нового движения, соответствующего музыке.

Средства развития чувства ритма:

- Передвижения: ходьба, марши, маршевые песни;
- ходьба с подскоками;
- бег, галопы, польки, песни;
- подскоки, прыжки (на одной двух ногах, на месте, с передвижением вперёд, назад, в стороны) – тот же размер. При ходьбе, подскоках, беге подсчёт по четвертям, реже – по восьмым.

Занятия в воде. При обучении плаванию людей с умственной отсталостью распределяют пловцов по уровню психомоторных возможностей на следующие три группы: - пловцы с умственной отсталостью средней степени, с ограничением физических возможностей; - пловцы с умственной отсталостью средней и лёгкой степени; - пловцы с умственной отсталостью лёгкой степени и пограничных состояний.

Каждую группу в свою очередь делят на подгруппы: начинающих; продолжающих занятия; результативных пловцов.

Дифференцирующими критериями выбраны такие умения и навыки, как:

- вхождение в воду; соскальзывание с края бассейна в воду;
- удары по воде ногами, в положении сидя на краю бассейна; переход через бассейн по мелкой воде;
- погружение лица в воду; выдох в воду;

- движения ногами, в положении лёжа на животе;
- лежание на поверхности воды; отталкивание от бортика и скольжение;
- плавание на животе; плавание на спине. Каждый из показателей оценивается по пятибалльной шкале (от 0 – до 5 баллов).

Контрольные вопросы

1. Дайте краткую характеристику ментальным нарушениям.
2. Опишите особенности развития ребенка с ментальными нарушениями.
3. Опишите особенности организации адаптивной физической культуры лиц с ментальными нарушениями.
4. Дайте характеристику средств адаптивной физической культуры лиц с ментальными нарушениями.

Глава 6. Особенности семейного воспитания и работы с родителями детей с особыми образовательными потребностями

Особенности воспитания в семье. Семья всегда была, есть и будет главным университетом воспитания, с окончанием обучения в котором человек, хоть и маленький, получает звание «индивида». А каким получится этот индивид, зависит от стараний и умений самих родителей. Родители в лице ребенка и есть его первые педагоги.

Семья является тем фактором, который влияет на ребенка как положительно, так и отрицательно в плане воспитания. Она призвана развивать, укреплять чувство самореализации человека как индивидуальной самодостаточной личности. Роль семьи в формировании личности ребенка не стоит преуменьшать, это то место, откуда берут начало все достижения или промахи любого человека.

Воспитание здорового ребенка – достаточно сложный и трудоемкий процесс, воспитание ребенка с особыми потребностями – вдвойне сложный процесс для семьи, – это трудно и ответственно.

Ключевая роль в воспитании и обучении «особенного ребенка» отводится родителям и только потом лечащему врачу, социальным педа-

гогам, психологам, реабилитологам, инструкторам АФК и т.д. Именно с родителями он проводит большую часть личного времени.

Цель воспитания в семье состоит в том, чтобы помочь ребенку самоутвердиться и социально интегрироваться, насколько позволяют его возможности, ограниченные теми или иными нарушениями или дефектами.

Главное для детей с особыми потребностями – максимально овладеть навыками самообслуживания, научиться ориентироваться в окружающем мире и жить самостоятельно, насколько это возможно. Поэтому родителям, педагогам и другим специалистам необходимо выбрать наиболее оптимальные условия и формы обучения, воспитания, физического развития, обеспечивающие нормальную жизнь таких детей в обществе.

Основными задачами семейного воспитания детей с особыми образовательными потребностями являются:

- создание максимально благоприятных условий для всестороннего развития ребенка: умственного, физического и психического;
- передача знаний и жизненного опыта, систем ценностей;
- формирование основ нравственного поведения;
- обучение детей с ООП базовым навыкам и умениям, привитие интереса к знаниям и познанию;
- привитие интереса к занятиям физическими упражнениями, к спорту;
- воспитание чувства собственного достоинства, ценности собственного «я»;
- максимальное вовлечение и участие ребенка в жизни семьи.

Основные принципы семейного воспитания детей с ООП сводятся к следующим положениям:

- признание ребенка равноправным членом семьи, уважительное отношение к его личности, интересам, потребностям;
- восприятие своего ребенка таким, каким он есть, не предъявляя завышенных требований к его деятельности и достижениям;
- гуманное и милосердное отношение к ребенку;
- создание благоприятных, эмоционально-комфортных, доверительных и открытых отношений с ребенком;
- оптимизм и позитивный настрой всех членов семьи;
- оказание необходимой помощи ребенку с отклонениями в развитии, избегая при этом гиперопеки;

- последовательность в своих действиях и требованиях, как в воспитательном процессе, так и в повседневной жизни;
- родители никогда не должны требовать от ребенка слишком много, особенно того, что ему в данный момент не по силам;
- построение воспитательных стратегий с учетом возрастных, гендерных, личностных особенностей и потребностей ребенка.

Основными методами реализации семейного воспитания детей с ООП являются:

- убеждение (беседы, советы, внушение);
- личный положительный пример;
- поощрение и развитие в ребенке чувства удовлетворенности своими успехами.

Роль **семьи воспитывающей ребенка с особыми потребностями** в его становлении просто огромна. От того каков микроклимат в семье, какова моральная база, каков уровень психологической и педагогической культуры внутри семьи, какова жизненная позиция и отношение к ребенку родителей, в соответствии с его состоянием, и родительское участие в его развитии, будет зависеть и успех работы над ребенком. Главное равноправное, уважительное отношение к своему особенному ребенку и, конечно же, любовь, несмотря ни на что.

Совместная работа родителей и педагогов в адаптивной физической культуре

Одним из принципов реализации АФК является совместная работа родителей и педагогов (учителей, тренеров, инструкторов). Ни одна физкультурно-оздоровительная программа или спортивная деятельность не сможет дать хороших результатов, если она не решается совместно с семьей. Ведь семья является средой жизни ребенка с самого рождения, которая во многом определяет его физическое развитие.

Одним из приоритетных направлений деятельности дошкольных учреждений, учреждений основного среднего образования, учреждений дополнительного образования является развитие разнообразных форм взаимодействия родителей и педагогов в процессе реализации адаптивной физической культуры, реабилитации, оздоровления и воспитания ребенка. Тесное сотрудничество педагогов с родителями «особенного ребенка» позволит предотвратить торможение в развитии ребенка, как в физическом, так и в психическом отношении, приведет к положительной динамике в развитии двигательных функций, улучшению общего

самочувствия и исключит дефицит общения прежде всего со сверстниками и другими людьми.

Совместная работа педагогов с родителями позволит повысить компетенции родителей в физическом развитии ребенка, преимуществах средств адаптивной физической культуры в реабилитации, положительного влияния АФК в становлении ребенка как личности.

В работе с родителями необходимо соблюдать ряд принципов, которые позволят более последовательно реализовать содержание и методику совместной с семьей работы в процессе адаптивной физической культуры:

- единство целей и задач воспитания и обучения ребенка в учреждениях образования с семьей;

- индивидуальный и дифференцированный подход (личностно - ориентированный) к каждому ребенку и каждой семье;

- систематичность и последовательность совместной работы в течение всего периода пребывания ребенка в том или ином учреждении образования;

- взаимное доверие и взаимопомощь педагогов и родителей, основанная на укреплении авторитета педагога в семье, а родителей – в учреждении образования, формирование отношения к родителям как к равноправным партнерам в учебно-образовательном и воспитательном процессе.

Сущность личностно-ориентированного подхода состоит в том, чтобы поднять на более высокий уровень все потенциальные возможности ребенка: психические, физические, интеллектуальные, т. е. те возможности, которые обеспечат ему самостоятельную жизнедеятельность в будущем.

Соблюдение данных принципов поможет приобщить родителей к активной работе по адаптивной физической культуре детей с ООП, пополнить их знания об особенностях физического развития их детей, особенностях использования коррекционных, общеукрепляющих и других физических упражнениях, подвижных и спортивных игр, а также поможет создать условия для развития двигательных умений ребенка в домашних условиях.

Для достижения положительного результата в работе с родителями рекомендуются следующие традиционные формы работы с семьей:

1. Беседы – индивидуальные групповые. Индивидуальные беседы лаконичны и понятны для родителя. Могут носить характер «разговора по душам». Обсуждаются индивидуальные особенности ребенка, поведенческие особенности, особенности в обучении, решение ситуационных задач, рекомендации родителям по работе с ребенком дома. Групповые беседы содержательны, значимы, обсуждаются общие вопросы, рекомендуется литература по развитию движений у детей.

2. Открытые физкультурно - спортивные занятия для родителей – позволяют наглядно увидеть и ощутить состояние физического развития детей и их физическую подготовленность. Родители знакомятся с перечнем доступных упражнений и подвижных игр, способствующих развитию у детей двигательных умений и навыков. Осваивают методику обучения тем или иным упражнениям.

3. Дни открытых дверей в спортивном зале – помогают детям совместно с родителями удовлетворять потребности в двигательной активности по своему выбору, получить положительные эмоции при совместной двигательной деятельности (в программе могут быть включены: консультации с педагогами, викторины, совместные детей с родителями спортивные соревнования, лотерия, фотосессия, конкурсы, открытое занятие и др.).

4. Физкультурные праздники, фестивали и развлечения – способствуют приобщению детей и родителей к физической культуре и спорту, родители принимают активное участие. Также воспитывают у детей ответственность, дисциплинированность, «чувство команды». Положительно влияют на эмоциональную сферу детей, что особенно важно для детей с особыми потребностями.

5. Спортивные соревнования – позволяют и родителям, и детям ощутить целостность семьи, почувствовать детям поддержку родителей во время соревнований, а родителям острую необходимость для своего ребенка. Соревнования поднимают настроение и приносят положительные эмоции.

6. Консультации – предполагают усвоение родителями определенных знаний, умений, помощь им в разрешении проблемных вопросов.

7. Разработка и оформление стендовой информации – позволяет познакомиться всем родителям с задачами адаптивной физической культуры, с основами здорового образа жизни, с прошедшими и предстоя-

щими мероприятиями, проводимыми в учреждении, учебными и спортивными достижениями детей.

8. Родительские собрания – позволяют обсудить интересующие вопросы, наметить дальнейшие планы, ознакомиться с результатами контрольных испытаний по видам спорта.

9. Анкетирование – средство получения обратной связи и мониторинг текущей ситуации, позволяет достичь взаимопонимания между педагогами и родителями в вопросах обучения и воспитания ребенка.

10. Создание родительского клуба – помогает сплотить родительский коллектив и настроить их на дальнейшее сотрудничество, помогает активизировать и транслировать личный опыт каждой семьи.

Из предложенных форм работы центральное место занимают **практические занятия детей вместе с родителями**. Совместные занятия родителей и детей организуются таким образом, чтобы в поле зрения родителей были не только свои дети, но и «чужие». Такое переключение внимания кардинально меняет психологию родителей. Они начинают понимать, сравнивать, участвовать, помогать другим детям. При этом формируется новое – коллективное – мышление, основанное на общей цели, взаимопонимании, установлении контактов между детьми, родителями, семьями, обмен опытом, знакомство родителей и детей между собой. Видимые результаты этого процесса создают положительный эмоциональный сдвиг, заинтересованность, уверенность в полезности этой деятельности и для себя, и для детей. Таким образом, постепенно осваивая все новые и новые движения, родители самостоятельно приходят к осознанию того, что двигательная активность расширяет возможности ребенка, обогащает его двигательными умениями, играми, в которые можно играть дома и на улице с другими членами семьи, другими детьми.

Установлено, что совместные занятия изменяют психологию и ребенка, и родителей. Они начинают лучше понимать друг друга, снижается напряжение, тревожность, стабилизируется психологический климат в семье, что рождает надежду, веру, уверенность, оптимизм на будущее.

Разнообразные формы работы педагогов с семьей позволяют взаимодействовать с большим количеством родителей. Каждая семья получает информацию о своем ребенке наиболее доступным для нее образом, выбирая те формы, которые были предложены выше.

Целенаправленная система взаимодействия учреждения, педагогов и семьи формирует основы адаптивной физической культуры детей, культуры здоровья, также способствует самореализации родительского потенциала. Только совместными усилиями и желаниями помочь «особенному ребенку» можно достичь казалось бы «невозможного».

Контрольные вопросы

1. Опишите особенности воспитания в семье.
2. Дайте характеристику совместной работы родителей и педагогов в адаптивной физической культуре.
3. Опишите роль семьи воспитывающей ребенка с особыми потребностями.
4. Дайте характеристику практическим занятиям детей вместе с родителями.

РАЗДЕЛ 5. ВРАЧЕБНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ В АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ

Глава 1. Общие понятия о врачебно-педагогическом контроле и самоконтроле

Применение средств адаптивной физической культуры у лиц, имеющих ограничения в состоянии здоровья, в том числе с инвалидностью, неразрывно связано с медико-педагогическим наблюдением, в частности с врачебно-педагогическим контролем.

1.1 Цель и задачи врачебного контроля в адаптивной физической культуре

Врачебно-педагогический контроль (ВПК) представляет собой систему медицинских и педагогических наблюдений, обеспечивающих эффективное использование средств и методов физической культуры для укрепления здоровья и совершенствования физического развития. Цели и задачи врачебно-педагогического контроля весьма разнообразны и определяются причиной, вызвавшей наступление инвалидности, лимитирующей двигательные возможности человека, степень ее нарушения. Не менее значимым является определение показаний и противопоказаний к физическим нагрузкам, отдельным видам спорта, физическим упражнениям.

Основная цель врачебного контроля – это определение состояния здоровья занимающегося, оценка уровня его физического развития и функциональных возможностей с целью его допущения к занятиям адаптивной физической культурой, содействие эффективному использованию средств и методов физического воспитания для укрепления здоровья, повышения физического развития, физической работоспособности и достижения высоких спортивных результатов.

В основном врачебно-педагогический контроль решает следующие задачи:

1. Определение состояния здоровья и функционального состояния организма
2. Оценка динамики состояния здоровья
3. Оценка и выбор наиболее эффективных средств и методов

4. Оценка гигиенических условий проведения занятий (температура воздуха, влажность, освещенность, вентиляция и т.п.)
5. Определение соответствия режима нагрузок возможностям организма через оценку общей напряженности функционального состояния организма
6. Оценку соответствия тренировочного эффекта текущих нагрузок физиологической предрасположенности человека, имеющего ограничения в состоянии здоровья.
7. Оценку соответствия тренировочного эффекта текущих нагрузок их планируемой направленности
8. Определение адаптационного потенциала организма человека на момент исследования: оценка резерва тренируемости, истощенность резерва, прироста разных сторон функциональных возможностей
9. Соблюдения техники безопасности
10. Соответствие, спортивного инвентаря (размер, масса, состояние)
11. Соответствие одежды и обуви, организация учебно-тренировочного процесса.

В связи с решаемыми задачами, содержанием врачебно-педагогического контроля, является:

- Врачебное освидетельствование
- Врачебно-педагогическое наблюдение непосредственно в процессе занятия
- Врачебно-спортивное консультирование
- Санитарно-гигиенический надзор за местами занятий
- Санитарно-просветительская работа среди спортсменов и их родственников
- Медико-санитарное обеспечение спортивных соревнований.

Современный ВПК включает также физиологический контроль двигательных качеств, а также морфофункциональных, патофизиологических перестроек, вторичных изменений и влияния других осложняющих факторов, развивающихся в результате тяжелой травмы или длительного заболевания. При этом по этапам оценивается динамика физиологических процессов, функциональных свойств, регуляции физиологических функций. С этой целью определяются показатели, которые характеризуют физиологические параметры, обеспечивающие устойчивое поддержание метаболизма и высокую работоспособность при нагрузке, факторы преодоления утомления, компенсации гипоксии и метаболических процессов.

В мероприятиях ВПК определяется состояние организма, занимающегося адаптивной физической культурой или спортом в настоящий момент (текущее состояние), учитывается состояние, в котором он находился ранее и делаются предположения о его вероятном состоянии в будущем.

Врачебная часть контроля определяет выбор средств АФК и видов адаптивного спорта с учетом индивидуальных нарушений, определяет объем занятий, специальные мероприятия, которые необходимо провести до и после занятий, проводят классификацию спортсмена и медицинское освидетельствование, выделяют противопоказания, оценивает степень воздействия процесса физических упражнений на организм занимающегося. Педагогическая часть осуществляется непосредственно на занятиях АФК тренером или педагогом и включает в себя оценку текущего состояния занимающегося, его реакцию на физическую нагрузку, оценку степени утомляемости и реакции на различные виды физических упражнений. Так же педагогический контроль подразумевает контроль соотношения динамики воздействия (преподавателя и других внешних факторов – семья, близкого окружения, общественного мнения, общечеловеческих ценностей) на обучаемого и его «отклик» на эти воздействия.

Медицинское обеспечение тренировочного процесса предполагает проведение следующих видов обследований: первичного, ежегодных углубленных, дополнительных, а также оперативного, текущего и этапного контроля. Первичное обследование проводится перед началом занятий, в дальнейшем – перед началом каждого спортивного сезона. Его задачи наиболее обширны (определение состояния здоровья с выявлением всех имеющихся нарушений, уровня физического развития и функционального состояния с тем, чтобы решить вопросы допуска, спортивной ориентации или выбора адекватных форм занятий, наметить план лечебно-профилактической работы с каждым обследуемым, определить индивидуальные особенности режима и методики тренировки), а потому оно должно быть наиболее полным, что в наибольшей степени может быть обеспечено в условиях врачебно-физкультурного диспансера или другого лечебно-профилактического учреждения (поликлиника, медсанчасть и др.). Углубленное медицинское обследование занимающегося проводится в целях получения наиболее полной и всесторонней информации о физическом развитии, оценке состояния здоровья, функ-

циональном состоянии его организма и показателях физической работоспособности, для чего составляется программа обследования. Дополнительное врачебное обследование проводится перед возобновлением занятий после перенесенных заболеваний, травм, перенапряжения, а также по направлению педагогов и тренеров при появлении признаков снижения работоспособности, переутомления или заболевания. Объем и методика такого обследования обусловлены конкретными задачами. К этапному контролю относится оценка кумулятивного (срочный и отставленного тренировочных эффектов) тренировочного эффекта за определенный период (например, в течение подготовительного периода). Он проводится каждые 3 месяца во врачебно-физкультурном диспансере. Данные исследования проводятся после дня отдыха, утром через 1,5-2 часа после легкого завтрака, в день исследования спортсмен не должен делать зарядку. Под *текущим контролем* понимается оценка отставленного тренировочного эффекта, т.е. эффекта на поздних стадиях восстановления (через день после тренировки и в последующие дни). Он проводится в условиях учебно-тренировочных сборов. Данные исследования могут быть проведены: ежедневно утром в условиях тренировочного сбора; ежедневно утром и вечером в микроцикле; в начале и в конце микроцикла; на следующий день после тренировки; исследования после дня отдыха. *Оперативный контроль* – это оценка срочного тренировочного эффекта, т.е. изменений, происходящих в организме занимающегося во время тренировки и в ближайший восстановительный период. Он проводится на занятиях АФК. Данные исследования могут быть проведены: непосредственно на занятии (в течение всего занятия, после отдельных упражнений или после различных частей занятия); до тренировочного занятия и через 20-30 минут после него (в состоянии покоя или с применением дополнительной нагрузки); в день занятия: утром и вечером.

Педагогический контроль – планомерный процесс получения информации о физическом состоянии занимающихся физической культурой и спортом. Проводится для того, чтобы проверить, насколько соответствует педагогическое воздействие повышению эффективности учебно-тренировочных занятий.

Задачи педагогического контроля:

1. оценить эффективность применяемых средств и методов тренировки;

2. выполнить план тренировки;
3. установить контрольные нормативы, оценивающие физическую, техническую, тактическую, теоретическую подготовленность спортсменов;
4. выявить динамику развития спортивных результатов и спрогнозировать достижения отдельных спортсменов;
5. отобрать талантливых спортсменов.

Содержание педагогического контроля включается в себя контроль за посещаемостью занятий, тренировочными нагрузками, состоянием занимающихся, техникой упражнений, поведением во время соревнований, учет спортивных результатов.

К видам педагогического контроля относятся поэтапный, текущий и оперативный. На поэтапном контроле оценивается состояние спортивно-технической и тактической подготовки занимающихся на конкретном этапе. Текущий позволяет определять повседневные изменения в подготовке занимающихся. Основой оперативного контроля служит экспресс-оценка того состояния, в котором находится занимающийся в данный момент.

Главное в педагогическом контроле – оценить психофизическое состояние занимающихся физической культурой. Специалисты различают три типа состояний:

1. Перманентные, сохраняющиеся в течение длительного периода времени (состояние спортивной формы организма, уровня его тренированности).
2. Текущие, с изменениями в процессе одного или нескольких занятий (состояние повышенной или пониженной работоспособности).
3. Оперативные, изменяющиеся под влиянием конкретных физических упражнений (утомление после однократного пробегания дистанции или повышение работоспособности после разминки и т.п.).

К методам педагогического контроля относятся: анкетирование занимающихся и тренеров-преподавателей; анализ рабочей документации учебно-тренировочного процесса; педагогические наблюдения во время занятий, регистрация функциональных и других показателей, характеризующих деятельность занимающегося физическими упражнениями непосредственно на занятиях; тестирование различных сторон подготовленности; обоснованное прогнозирование спортивной работоспособности.

Положительное влияние систематических занятий физической культурой и спортом на организм человека, его физическую подготовленность, моральные качества хорошо изучено и отражено в литературе. У инвалидов, занимающихся спортивной и физической культурной деятельностью, это влияние дополняется социальным аспектом, помогает преодолеть социальную дезадаптацию, а также стресс, психологический кризис и достичь определенной социальной реинтеграции в обществе. Однако достижение высоких результатов физической реабилитации, физической и спортивной деятельности возможно только при строгом соблюдении медицинских показаний и рекомендаций, а также систематическом врачебном контроле. Физические упражнения в той или иной мере показаны всем людям. Длительная гиподинамия и ограничения в двигательной активности приводят к ухудшению здоровья и снижению физической работоспособности. В то же время на занятиях с лицами, имеющими ограничения в состоянии здоровья, в том числе инвалидность, необходимо строго соблюдать методические приемы работы для конкретной нозологической группы. Данные особенности проведения занятий по АФК подробно описаны в разделе IV «Частные методики адаптивной физической культуры». Абсолютными противопоказаниями к занятиям адаптивной физической культурой являются (Курдыбайло С.Ф., 2004):

- лихорадящие состояния, гнойные и воспалительные процессы, хронические заболевания в стадии обострения, острые инфекционные заболевания;
- ишемическая болезнь сердца с выраженными нарушениями коронарного кровообращения, стенокардия покоя и напряжения, постинфарктный и атеросклеротический кардиосклероз с хронической коронарной недостаточностью; аневризма сердца или аорты; миокардиты любой этиологии; декомпенсированные пороки сердца; тяжелые нарушения ритма сердца и проводимости; гипертоническая болезнь II и III стадии;
- хронические неспецифические заболевания легких с дыхательной недостаточностью II–III степени, хроническое легочное сердце, декомпенсированное с недостаточностью кровообращения; бронхиальная астма тяжелой формы; угроза кровотечения (кавернозный туберкулез, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки с склонностью к кровотечению); угроза тромбоэмболии;

- последствия перенесенных черепно-мозговых травм со склонностью к повышению внутричерепного давления с угрозой эпилептических припадков с выраженным вестибулярным синдромом, паркинсонизмом и др.;
- сосудистые заболевания (атеросклероз, церебральные васкулиты) с хронической недостаточностью мозгового кровообращения;
- рассеянный склероз с умеренными и выраженными двигательными, координационными нарушениями без четких и длительных ремиссий;
- злокачественные новообразования;
- циррозы печени с недостаточностью функции печени, желчно-каменная болезнь с частыми приступами печеночной колики и недостаточностью функции печени;
- мочекаменная болезнь с частыми приступами, хронический диффузный нефрит с хронической почечной недостаточностью;
- хронический гепатит любой этиологии; хронический панкреатит в стадии декомпенсации, тяжелая форма;
- близорукость высокой степени с изменениями на глазном дне, состояние после отслойки сетчатки, глаукома любой степени;
- сахарный диабет тяжелой формы, осложненный ретинопатией, нефропатией, ангиопатией и др.;
- эпилепсия со средней частотой и частыми судорожными припадками;
- остеохондроз позвоночника, осложненный грыжами дисков, миелопатией, болевым синдромом, вертебробазиллярной недостаточностью;
- психические заболевания (шизофрения, депрессивно-маниакальные состояния, острые психозы и прочие).

Эффективность занятий адаптивной физической культурой во многом зависит от степени соответствия используемых средств и методов тренировки индивидуальным функциональным возможностям каждого занимающегося. Только при таком соответствии может быть достигнут оздоровительный эффект тренировки. Проведение функционального контроля находится в неразрывной связи с изучением морфофункциональных, патофизиологических перестроек, вторичных изменений и влияния других осложняющих факторов, развивающихся в организме человека вследствие тяжелой травмы или заболевания. Без знания этих

процессов невозможны объективная оценка состояния инвалида и обоснованный выбор двигательных режимов, допустимых физических нагрузок. Игнорирование этих важных аспектов, их недостаточный учет могут стать причиной серьезных осложнений, нарушений сложившихся компенсаций, недопустимого напряжения организма.

1.2 Понятие о самоконтроле. Дневник самоконтроля

Врачебный контроль и врачебно-педагогические наблюдения не дадут желаемого результата, если они не будут дополнены самоконтролем. Самоконтроль – самостоятельные регулярные наблюдения занимающегося с помощью простых доступных приемов за состоянием своего здоровья, физическим развитием, влиянием на организм занятий физическими упражнениями, спортом.

Свои наблюдения занимающийся может фиксировать в дневнике самоконтроля. Для ведения дневника самоконтроля достаточно подготовить небольшую тетрадь и разграфить ее по показателям самоконтроля и датам.

В дневнике в первую очередь должны найти отражение субъективные данные о переносимости выполненных физических нагрузок: степень утомления после работы, желание заниматься, чувство удовлетворения после нее. Во время физической нагрузки или после нее, не появляются ли болевые ощущения (в области сердца, правого подреберья, поясницы, живота, головные боли и т.д.)? Если да, то следует обратить внимание на их характер (тупая боль, острая и т.п.) и длительность. Ответы на эти вопросы, фиксируемые через определенные промежутки времени, помогут вовремя заметить отклонения в состоянии здоровья и своевременно обратиться к врачу за консультацией.

Отставленные эффекты переносимости нагрузок отражаются на характере и глубине сна, аппетита, настроении. Появление негативных оценок субъективных данных самоконтроля говорит о чрезмерности физических нагрузок, неправильном распределении их в недельном микроцикле, неоптимальном соотношении объема и интенсивности.

Некоторые субъективные показатели самоконтроля удобно оценивать по пятибалльной системе: хорошо, удовлетворительно, плохо и т.д. Достоверность субъективных оценок переносимости нагрузок повышается при подкреплении их данными объективных показателей самокон-

троля. К числу объективных показателей самоконтроля, которые можно измерить и выразить количественно, относятся показатели физического развития и физической подготовленности, функционального состояния. Это частота сердечных сокращений (ЧСС), масса тела, жизненная емкость легких (ЖЕЛ), результаты функциональных проб, характер физических нагрузок, спортивные результаты и др. Количество показателей самонаблюдения должно быть оптимальными – не более 20 и не менее 5–8. В целом анализ данных самоконтроля за длительный период будет способствовать совершенствованию применяемых на занятиях средств и методов АФК в сторону повышения уровня умственной и физической работоспособности занимающихся.

Контрольные вопросы

1. Опишите цель и задачи врачебного контроля в адаптивной физической культуре.
2. Опишите виды врачебно-педагогического контроля в адаптивной физической культуре.
3. Дайте характеристику понятию «самоконтроль».
4. Опишите необходимость ведения дневника самоконтроля.

Глава 2. Функциональная диагностика физического развития и систем организма

2.1 Особенности проведения опроса. Сбор анамнеза

Сбор анамнеза, или опрос – важнейший метод медицинского исследования. Медицинское исследование больного человека, исследование любой системы организма начинается с анамнеза. Анамнез, собранный по определенному плану, позволяет познакомиться с человеком, сделать предварительное заключение о состоянии его здоровья, функциональном состоянии организма и наметить план дальнейшего исследования, что очень важно не только для врача, но и для преподавателя и тренера, работающих в области адаптивной физической культуры. Знание методики сбора анамнеза и умение использовать полученные при этом данные необходимы каждому тренеру и преподавателю физиче-

ского воспитания для планирования учебно-тренировочного процесса, выбора и применения различных восстановительных средств.

Анамнез разделяется на следующие части:

- 1) паспортные и общие данные;
- 2) анамнез жизни;
- 3) спортивный анамнез.

Часть анамнеза «паспортные и общие данные» позволяет познакомиться с обследуемым, составить о нем общее представление. Большое значение имеет возраст человека, определяющий состояние и развитие организма. Возраст необходимо всегда учитывать при выборе физических упражнений и применяемых педагогических приемов.

Сведения об образовании и профессии дают представление об общем интеллектуальном уровне и возможном воздействии профессии на организм спортсмена. Эти данные особенно важны для преподавателя и тренера. При разном уровне интеллектуального развития одинаковые педагогические приемы недопустимы. Так, в одних случаях можно ограничиться объяснением, в других – обязательно необходим показ.

Особенности профессиональной деятельности должны учитываться при выборе вида спорта и планировании учебно-тренировочного процесса. Семейное положение спортсмена – также важная его характеристика. Женитьба, замужество, отцовство, материнство накладывают на спортсмена дополнительные обязанности по содержанию семьи, уходу за детьми, изменяют в целом привычный ритм жизни. Эти данные записываются кратко и учитываются при планировании тренировки. Прежде чем перейти к анамнезу жизни, необходимо выяснить два вопроса: 1) самочувствие, 2) жалобы.

Самочувствие. Оно может быть определено как хорошее, удовлетворительное или плохое. Не следует путать самочувствие с настроением, определяющим психическое состояние человека.

Жалобы. Необходимо не только выяснить и перечислить жалобы, но и записать, когда они появились, связывает ли обследуемый с чем-нибудь их появление или нет, обращался ли он ранее к врачу в связи с их появлением, лечился или нет. Анализ жалоб спортсмена так же имеет важное значение в процессе тренировочных занятий, поскольку с помощью их можно выявить симптомы физической перегрузки. Так Н.Гордон выделяет следующие симптомы перегрузки:

- Боль или чувства дискомфорта в области живота, шеи, челюсти или рук
- Тошнота вовремя или после ФУ
- Проявление непривычной отдышки во время выполнения ФУ
- Головокружение или обморок
- Нарушение ритма сердечной деятельности
- Высокий показатель ЧСС сохраняется спустя 5 мин. отдыха и дальше.

Анамнез жизни включает в себя: 1) перенесенные заболевания; 2) спортивные травмы; 3) наследственность; 4) условия жизни в прошлом; 5) условия жизни в настоящее время; 6) вредные привычки.

При опросе очень важно выяснить, не совмещает ли спортсмен учебу с работой. А если работает, то где, в какое время (дневное или ночное), успевает ли отдохнуть после работы, каковы гигиенические условия работы (например, тяжелая работа в кочегарке или дежурство у пульта и т. п.). Важно выяснить, тренируется спортсмен в дни работы или нет, какие выполняет тренировочные нагрузки и т. п. Так же выясняется, придерживается спортсмен определенного режима дня или нет, сколько часов он трудится, учится, тренируется, отдыхает. Указывается, проводит ли обследуемый утреннюю гимнастику и какой она интенсивности и длительности, пользуется ли какими-либо закалявающими процедурами.

2.2 Исследование показателей физического развития

Под физическим развитием человека понимается комплекс морфологических и функциональных свойств организма, определяющих запас его физических сил. Из этого определения очевидно, насколько важно преподавателю физического воспитания и тренеру уметь исследовать занимающихся и оценивать их физическое развитие. Состояние здоровья и уровень физического развития человека – факторы, определяющие возможность и характер занятий физическими упражнениями и предопределяющие особенности спортивной тренировки.

Телосложение и состояние опорно-двигательного аппарата – важные критерии при спортивной ориентации и последующем отборе кандидатов в сборные команды.

У детей и подростков нередко возникают различные нарушения осанки, являющиеся не только косметическим дефектом, но и ухудшающие деятельность внутренних органов. Некоторые виды двигательной деятельности (бокс, гребля на каное и др.) могут способствовать возникновению определенных нарушений осанки. Поэтому преподаватели и тренеры должны уметь выявлять нарушения осанки и применять соответствующие педагогические меры для их устранения и профилактики.

2.2.1 Проведение соматоскопии

Соматоскопия, или внешний осмотр, позволяет изучить особенности осанки и телосложения, состояния опорно-двигательного аппарата. Для проведения осмотра большое значение имеет правильное и равномерное освещение. Исследователь должен стоять между источником света и обследуемым, который находится в 2–3 шагах от производящего осмотр. Осматривать нужно спереди, сзади и в профиль. Наряду с осмотром в необходимых случаях прибегают к пальпации.

Внешний осмотр начинается с оценки положения тела и конечностей, а также передвижения испытуемого. Различают три основных положения: активное, пассивное и вынужденное. Чаще всего наблюдаются два последних. Пассивное положение характерно для тяжелых повреждений, например, параличей. Оно может касаться всего тела или какой-либо конечности. Пассивное положение отмечается, например, при переломах шейки бедра, когда поврежденная конечность пассивно ротирована наружу; при параличе малоберцового нерва – пассивное положение стопы и т. д. Вынужденное положение также может касаться всего тела или какого-либо одного сегмента. Оно может быть вызвано болью, и в этом случае говорят о щадящей установке. Так, если отсутствует стабильность позвоночника, пострадавший старается разгрузить его, опираясь руками о сиденье стула. Вынужденное положение конечности бывает связано с вывихами.

После того как установлено положение больного, переходят к осмотру кожи и видимых слизистых оболочек. При осмотре кожи надо обращать внимание не только на наличие кровоподтеков (их распространенность, окраска и т. д.), но и на ее сухость (трофические изменения). Отдельные участки кровоподтеков разной давности на различных частях тела позволяют предположить у больного гемофилию. Необходимо

также обращать внимание на участки воспаления и их расположение на теле (флебиты, лимфангиты). При выявлении патологических установок стремятся уточнить их причину. Патологические установки в суставах возникают вследствие различных патологических процессов как в суставе, так и вне его.

Передвижение оценивается в тот момент, когда испытуемый заходит в кабинет, если этого недостаточно, можно попросить его пройти несколько метров по кабинету или коридору. Передвижение может быть самостоятельным и характеризоваться как физиологическая ходьба или патологическая походка, последняя уточняется как утиная, мозжечковая, петушиная, спастическая, с помощью трости, костылей, ходунков, инвалидной коляски, другое. Кроме того, самостоятельное передвижение может быть невозможным.

У лиц с поражением нервной системы дополнительно отмечается наличие или отсутствие синкинезий, гиперкинезов, аттоза, тика, тремора и т.д.

Особенности осанки. Осанка – это привычная поза человека, манера держаться стоя и сидя. Осанка обычно оценивается в положении стоя. При правильной осанке голова и туловище находятся на одной вертикальной линии, плечи развернуты, слегка опущены на одном уровне, лопатки прижаты, физиологические кривизны позвоночника выражены нормально, грудь слегка выпукла, живот втянут, ноги выпрямлены в коленных и тазобедренных суставах.

При исследовании осанки необходимо определить положение головы, плечевого пояса, выраженность физиологических кривизн позвоночника, форму грудной клетки, живота, ног. Для того чтобы правильно оценить положение головы, нужно встать лицом к обследуемому, осмотреть его, а затем повернуть в профиль. Голова может быть на одной вертикали с туловищем или наклонена вправо, влево, откинута назад или подана вперед. При резкой подаче головы вперед значительно нарушается осанка, что нередко можно наблюдать у спортсменов. При осмотре спереди определяют, на одном ли уровне находятся плечи. Иногда сделать это нелегко, так как неравномерное развитие мышц плечевого пояса на правой и левой половине тела скрывает истинное расположение плеч. В этих случаях необходимо повернуть обследуемого спиной к себе, подойти к нему и поставить большие пальцы под углы лопаток, при этом руки исследователя должны быть выпрямлены в локтях. С по-

мощью этого приема отчетливо определяют, какая лопатка и, соответственно, какое плечо выше или ниже другого. При осмотре со стороны спины одновременно определяют, нет ли крыловидности лопаток, т. е. такого их положения, при котором угол лопатки настолько отстает от грудной клетки, что под него можно подвести кончики пальцев или даже ладонь. Отставание угла лопатки обычно наблюдается у людей со слабой мускулатурой спины. От истинной крыловидности лопаток нужно уметь отличать ложную, когда впечатление о крыловидности создается за счет сильного развития мускулатуры, например, у гимнастов. В этом случае под угол лопаток пальцы провести нельзя.

При осмотре в профиль отмечается, развернуты плечи или поданы вперед. Правое и левое плечи могут быть поданы вперед неодинаково. Чтобы это определить, нужно встать лицом к обследуемому на расстоянии своих вытянутых рук и положить большие пальцы под его ключицы в области ключично-акромиальных сочленений. По положению больших пальцев исследователь отчетливо видит, одинаково расположены плечи или одно из них несколько выдвинуто вперед. Такое отклонение нередко можно встретить у метателей, боксеров и др.

Осанка зависит от состояния позвоночника – выраженности его физиологических изгибов в переднезадней (сагиттальной) плоскости. Он имеет четыре изгиба: два выпуклостью вперед – шейный и поясничный лордозы и два выпуклостью назад – грудной и крестцово-копчиковый кифозы. При исследовании позвоночника, обследуемого нужно поставить боком к себе в половину оборота так, чтобы была видна спина.

При нормально выраженных физиологических изгибах позвоночника линия спины имеет красивую волнистую форму. Наиболее выступающие точки грудного и крестцово-копчикового кифозов обычно располагаются на одной вертикали. Глубина шейного и поясничного лордозов не должна превышать 4-6 см. Глубину лордозов измеряют при помощи кифосколиометров.

Для этой цели используется ростомер (линейкой измеряют глубину лордозов от вертикальной стойки) или свинцовая линейка, которая моделируется по остистым отросткам позвонков, а затем накладывается на специальную сантиметровую сетку. При определении формы спины можно прибегнуть к пальпации, проводя пальцами по остистым отросткам.

Форма спины может быть нормальной при умеренно выраженной кривизне позвоночника; кругло-вогнутой (седловидной), если грудной кифоз и поясничный лордоз резко выражены; круглой – при увеличении грудного кифоза, захватывающего часть поясничного отдела позвоночника, и плоской, когда физиологическая кривизна сглажена или совсем отсутствует. Встречаются различные степени уплощения спины. Она может быть уплощенной, плоской или плоско-вогнутой, когда грудной кифоз отсутствует и выражен поясничный лордоз. При исследовании позвоночника надо также определить, нет ли боковых искривлений – сколиозов. Для этого исследователь становится сзади обследуемого и предлагает ему наклонить голову впереди свести плечи. Остистые отростки позвонков при этом как бы приподнимают кожу. Затем исследователь прикладывает концевые фаланги указательного и среднего пальцев по обе стороны остистого отростка седьмого шейного позвонка и, сильно прижимая их к телу обследуемого, проводит ими сверху вниз вдоль остистых отростков от шеи до крестца. От давления на остистые отростки на фоне двух розовых полос получается белая полоса, которая дает четкое представление о возможных искривлениях. При сколиозе изменяется также величина так называемых «треугольников талии» – щелевидных просветов треугольной формы, расположенных между тазовищем и внутренней поверхностью свободновисающих рук с вершиной треугольников на уровне талии. Для определения «треугольников талии» нужно повернуть обследуемого спиной и проверить, расслаблены ли у него руки. После этого определяют симметричность «треугольников талии». При сколиозе на выпуклой его стороне «треугольник» уменьшается вплоть до его исчезновения, а на вогнутой – увеличивается. Сколиозы могут быть правосторонние и левосторонние. Это значит, что дуга сколиоза своей выпуклостью направлена вправо или влево. Кроме того, отмечается, в каком отделе позвоночника определяется сколиоз – в грудном или поясничном. Искривление позвоночника в грудной части влево или вправо часто вызывает компенсаторное его искривление в поясничном отделе соответственно вправо или влево, так называемые S-образные сколиозы. При сколиозе нужно определить, нет ли скручивания (торзии) позвонков по оси, когда остистые отростки уходят в сторону от вертикальной линии и поэтому смещаются поперечные отростки позвонков, к которым прикрепляются ребра. В результате этого ребра на стороне выпуклой дуги сколиоза западают, а на вогнутой стороне

– приподнимаются. При резко выраженном скручивании возникает так называемый реберный горб.

Для того чтобы определить, имеется скручивание позвонков или нет, необходимо сесть на стул, предложить обследуемому подойти, повернуться спиной и слегка наклонить голову и верхнюю часть туловища вперед. Смотря снизу-вверх на спину, можно хорошо видеть, имеются-западения или выпячивания ребер или же спина симметричная, ровная.

Грудная клетка в норме она может иметь цилиндрическую, коническую или плоскую форму. Для определения формы грудной клетки исследователь садится на стул и располагает большие пальцы вдоль реберных дуг обследуемого таким образом, чтобы кончики пальцев соприкасались в области вершины межреберного угла. Если при этом большие пальцы образуют угол, равный 90° , то грудная клетка имеет цилиндрическую форму, если же угол больше 90° – коническую, а при угле меньше 90° – плоскую. Следует также помнить, что в результате различных заболеваний могут образоваться патологические формы грудной клетки. К ним относятся рахитическая (асимметричная, куриная, воронкообразная), эмфизематозная (бочкообразная) и др.

Осмотр положения конечностей исследуемого так же необходим, особенно при поражениях опорно-двигательного аппарата. Руки называются прямыми, если предплечья расположены на одной оси с плечом. При определении формы рук нужно, чтобы обследуемый вытянул их, не напрягая, вперед (ладонями вверх) и соединил кистями (со стороны мизинца). Если руки прямые, то они не соприкасаются в области локтей, при Х-образной форме – соприкасаются. Ноги могут быть прямыми, Х-образной и О-образной формы. Для определения формы ног нужно, чтобы обследуемый поставил пятки вместе и слегка развел носки. Мышцы ног при этом не должны быть напряжены. Ноги называются прямыми, если продольные оси голени совпадают с продольными осями бедра. При этом ноги соприкасаются в области внутренних лодыжек и внутренних мыщелков бедра. Ноги О-образной формы соприкасаются только в области внутренних лодыжек, Х-образной – в области внутренних мыщелков бедра. Степень О- и Х-образной формы измеряется расстоянием в сантиметрах между внутренними мыщелками бедра или между внутренними лодыжками.

При осмотре ног отмечается также, разогнуты ли они в коленных и тазобедренных суставах, что важно для общей оценки осанки.

Опорная и рессорная функция стопы обеспечиваются её сводчатым строением – продольными и поперечными сводами. При исследовании стоп обследуемый становится босыми ногами на твердую площадку опоры (пол, скамью, табурет) и устанавливает стопы параллельно на расстоянии 10–15 см. Определяется положение пяточной кости по отношению к голени (вид сзади). При нормальной стопе оси голени пятки совпадают, при продольном плоскостопии – образуют угол, открытый кнаружи, так называемая вальгусная установка пятки. Нормальный продольный внутренний свод в таком положении хорошо просматривается в виде ниши от конца первой плюсневой кости до пятки. В эту нишу можно свободно ввести концы пальцев. В случае выраженного плоскостопия внутренний свод прижат к площадке опоры. Далее осматривается подошвенная поверхность стопы. Для этого обследуемому предлагают встать коленями на стул лицом к спинке. В таком положении хорошо видна опорная часть стопы, отличающаяся от неопорной более интенсивной окраской. В норме опорная часть стопы имеет более темную окраску и занимает $1/3$ – $1/2$ поперечника стопы.

Если опорная часть стопы увеличивается и занимает более $1/2$ поперечника, то стопа считается уплощенной, более $2/3$ поперечника – плоской. Определение поперечного свода также осуществляется в двух приведенных положениях. Признак поперечного плоскостопия – широкая стопа («лапоть») с веерообразно развернутыми пальцами (пальцы ног как бы раздвинуты). В положении на коленях осматривается опорная часть стопы в области головок плюсневых костей. Намины и омозолелость в середине этого участка свидетельствуют о поперечном плоскостопии. Нередко при этом имеются и жалобы на боли в стопе после больших физических нагрузок. Для более точного определения формы стопы необходимо сделать её отпечаток (плантограмму).

Общая характеристика телосложения. При осмотре необходимо решить, к какому конституциональному типу телосложения (астеническому, гиперстеническому или нормостеническому) относится обследуемый. Нужно учитывать, что среди спортсменов редко встречаются крайние конституциональные типы телосложения (астеники и гиперстеники), чаще бывают так называемые промежуточные типы: нормостеники с элементами астенического или гиперстенического телосложения. Астенический тип (узко-длинный) характеризуется преобладанием длинных размеров над широкими: конечности длинные

и тонкие, туловище короткое, грудная клетка длинная и узкая, уплощенная, эпигастральный угол острый, голова узкая или яйцеобразная, лицо вытянутое, шея тонкая и длинная, мышцы развиты слабо, длинные, тонкие; упитанность пониженная, кожа бледная, сухая; нередконаблюдаются нарушения осанки (сутуловатость, круглая спина).

Гиперстенический тип (коротко-широкий) характеризуется преобладанием широтных размеров; конечности короткие, толстые, тело длинное, плотное, шея короткая, плечи широкие; грудная клетка короткая, широкая, эпигастральный угол тупой; живот длинный и хорошо выражен; таз широкий, подкожная жировая клетчатка сильно развита; мускулатура хорошо развита, но вследствие хорошей упитанности мало рельефна; мышцы короткие и толстые, костяк широкий, позвоночник часто имеет усиленный поясничный лордоз.

Нормостенический тип представляет собой вариант пропорционального атлетического телосложения. У нормостеников длиннотные и широтные размеры пропорциональны; плечи достаточно широкие, тазузкий; грудная клетка хорошо развита, эпигастральный угол около 90° , мускулатура хорошо развита и рельефна, упитанность умеренная.

2.2.2. Антропометрические измерения

Антропометрия – измерение человеческого тела. Для получения данных, пригодных для последующей оценки и сравнения при антропометрии, необходимо выполнять следующие правила: антропометрические измерения производятся утром (натощак) в одни и те же часы стандартными проверенными инструментами по общепринятой методике.

Рост стоя и сидя определяют с помощью ростомера (рис. 1). При измерении роста стоя занимающийся становится спиной к вертикальной планке ростомера, прикасаясь к ней пятками сомкнутых ног, ягодицами и межлопаточным пространством. Затылок обычно не прикасается к планке, ориентиром для положения головы служит линия, проходящая через нижний край глазницы и козелок уха, которая должна быть горизонтальной. Планшетку опускают до соприкосновения с головой. При измерении роста сидя занимающийся должен касаться планки нижней части спины и межлопаточной пространством. Измерение роста в положении сидя при сопоставлении с другими продольными размерами дает представление о пропорциях тела.

С помощью антропометра определяют длину отдельных частей тела: верхней и нижней конечностей, длину туловища. Для определения любого продольного размера нужно знать расположение верхней и нижней антропометрических точек, ограничивающих данный размер. Разность между их высотой и составляет искомую величину.

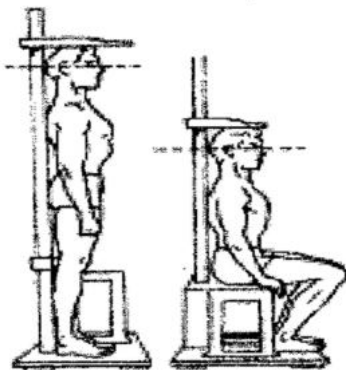


Рисунок 9. Антропометрические точки

Измерение окружности шеи – голова измеряемого находится в положении, описанном при измерении длины тела. Сантиметровая лента накладывается так, чтобы сзади она располагалась в наиболее глубоком месте вогнутости шеи, впереди – над щитовидным хрящом.

Обхват талии – измеряется строго горизонтально в самом узком месте, примерно, на середине расстояния между 10-м ребром и подвздошным гребнем.

Обхват грудной клетки – лента проходит сзади под нижними углами лопаток, спереди у мужчин и детей на уровне сосков, у женщин по верхнему краю грудных желез. Обхват груди измеряется при трех состояниях – при глубоком вдохе, глубоком выдохе и в промежуточном состоянии.

Обхват живота – измеряется на уровне пупочной точки в момент паузы между вдохом и выдохом.

Обхват плеча в проксимальном отделе измеряется при опущенной руке на уровне прикрепления дельтовидной мышцы, обхват плеча в дистальном отделе – при таком же положении руки на 4-5 см выше надмышелков плеча.

Обхват предплечья – измеряется при опущенной руке в месте наибольшего развития мышц, минимальный в нижней трети предплечья, проксимальнее шиловидных отростков.

Обхват запястья – измеряется в самом узком месте.

Обхват бедра – исходное положение измеряемого: ноги на ширине плеч, вес тела равномерно распределён на обе ноги. Лента накладывается на бедро под ягодичной складкой.

Обхват голени – измеряется в месте наибольшего развития икроножной мышцы. Положение испытуемого такое же, как и при измерении обхвата бедер.

Масса тела определяется взвешиванием медицинских весов. Измерение необходимо проводить утром, натощак, в одни и те же часы, после опорожнения мочевого пузыря и освобождения кишечника, в нательном белье. Вес инвалидов – колясочников определяют на специальных медицинских весах, предназначенных для определения веса человека стоя или в инвалидном кресле и выводе информации о весе на дисплей (рис.2).



Рисунок 10. Весы для инвалидов на колясках (медицинские)

Индекс массы тела (ИМТ) – величина, позволяющая оценить степень соответствия массы человека и его роста и тем самым косвенно оценить, является ли масса недостаточной, нормальной или избыточной. Это параметр, отражает степень соответствия веса и роста человека.

Индекс массы тела можно вычислить по формуле: $\text{ИМТ} = \frac{\text{вес (кг)}}{\{\text{рост (м)}\}^2}$

Например, вес человека = 85 кг, рост = 164 см, следовательно, ИМТ в этом случае равен: $\text{ИМТ} = 85 : (1,64 \times 1,64) = 31,6$.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ (Всемирной Организации Здравоохранения) разработана следующая интерпретация показателей ИМТ (Таблица 10)

Таблица 10

Показатели индекса массы тела

| Индекс массы тела | Соответствие между массой человека и его ростом |
|--------------------------|--|
| 16 и менее | Выраженный дефицит массы |
| 16–18,5 | Недостаточная (дефицит) масса тела |
| 18,5–25 | Норма |
| 25–30 | Избыточная масса тела (предожирение) |
| 30–35 | Ожирение первой степени |
| 35–40 | Ожирение второй степени |
| 40 и более | Ожирение третьей степени (морбидное) |

2.3 Исследование функционального состояния кардиореспираторной системы

Кардиореспираторная система – это система, состоящая из сердечно-сосудистой системы и системы дыхания. Данная система является наиболее чутким индикатором физиологического состояния организма и с её изучения обычно начинаются исследования различных форм и методов профилактики. Кардиореспираторная система определяет физическую работоспособность, её состояние, поскольку обычные физические нагрузки имеют аэробный характер и зависят от функционирования системы транспорта кислорода. Регулярные занятия физическими упражнениями оказывают значительное влияние на морфологические и функциональные изменения сердечно-сосудистой и дыхательной систем человека, чтобы занятия не вредили здоровью, необходимо проводить систематический контроль состояния организма с помощью тестов, дозированных нагрузок и функциональных проб, многие из них доступны самим занимающимся.

2.3.1 Исследование функционального состояния дыхательной системы

Исследование функционального состояния системы внешнего дыхания представляет собой важный раздел изучения функционального состояния организма в целом. Такое исследование является неотъемлемой частью как первичного обследования спортсмена с целью установления уровня его функциональных возможностей и способностей, так и средством оценки рациональности дозирования нагрузки, воздействующей на спортсмена в течение отдельной тренировки и на протяжении более длительного времени (микро- и макроциклы, годовые циклы и т. д.).

Дыхательная экскурсия грудной клетки. Для определения данного показателя производится измерение окружности грудной клетки на максимальном вдохе и на максимальном выдохе. Разница между этими измерениями равна дыхательной экскурсии грудной клетки (ЭГК), вычисляется по формуле: $ЭГК = \text{макс. вдох} - \text{макс. выдох} = \dots$

Она в среднем равна у мужчин 8 см, у женщин 6 см. Измерение производится сантиметровой лентой при максимальном вдохе и выдохе. Ленту накладывают сзади под нижними углами лопаток. Спереди по нижнему краю околососковых кружков у мужчин и детей. У женщин – у основания молочных желез, на уровне верхнего края IV ребра. В результате занятием спортом ЭГК может увеличиваться.

Частота дыхательных движений – число дыхательных движений (циклов вдох-выдох) за единицу времени (обычно минуту). Подсчёт числа дыхательных движений осуществляется по числу перемещений грудной клетки и передней брюшной стенки. Возрастные нормы частоты дыхательных движений представлены в таблице 11.

Таблица 11

Возрастные нормы частоты дыхательных движений

| Возраст | ЧДД, в минуту |
|---------------|---------------|
| Новорожденный | 40-60 |
| 1 год | 30-35 |
| 5-6 лет | 20-25 |
| 10 лет | 18-20 |
| Взрослый | 16-18 |

Жизненную емкость легких регистрируют при помощи водяного или портативного сухо-воздушного спирометра. После подготовительного вдоха и выдоха спортсмен делает максимальный вдох и полностью, сколько возможно, выдыхает воздух в трубку спирометра. В таблице 3 представлены показатели ЖЕЛ у детей и подростков.

Таблица 12

Показатели жизненной емкости легких (в мл) у школьников

| Возраст в годах | мальчики | | девочки | |
|-----------------|----------|-----|---------|-----|
| | М | σ | М | σ |
| 8 | 1676 | 301 | 1474 | 280 |
| 9 | 1802 | 374 | 1632 | 359 |
| 10 | 2000 | 360 | 1903 | 409 |
| 11 | 2230 | 410 | 2120 | 384 |
| 12 | 2480 | 380 | 2223 | 435 |
| 13 | 2620 | 550 | 2606 | 423 |
| 14 | 3250 | 677 | 2730 | 496 |
| 15 | 3670 | 729 | 3022 | 433 |
| 16 | 4170 | 630 | 3051 | 458 |
| 17 | 4153 | 614 | 3064 | 403 |

Следует иметь в виду, что многие показатели функции внешнего дыхания существенно зависят от конституции обследуемого, размеров тела (масса, рост), возраста, пола, физической подготовки и даже характера профессиональной деятельности. Поэтому при анализе полученных данных фактические значения следует сопоставлять с должными величинами, рассчитанными с учетом этих показателей и коэффициентов. В норме отклонения фактических значений дыхательных показателей от должных, колеблются в пределах 10–15 %.

Определение должной ЖЕЛ (ДЖЕЛ).

Должную величину ЖЕЛ можно также рассчитать по соответствующей формуле:

мужчины: ДЖЕЛ (л) = $P(27.63 - 0.112 A)$,

женщины: ДЖЕЛ (л) = $P(21.78 - 0.101 A)$,

где: P – рост, см, A – возраст, годы.

Дыхательный объем (ДО) или глубина дыхания, – объем вдыхаемого и выдыхаемого в покое воздуха. Взяв в рот мундштук спирометра,

сделайте несколько (5–7) спокойных выдохов, вдыхая через нос. Суммарный результат разделите на количество дыхательных движений. У взрослых людей $ДО = 400–500$ мл, у детей 11–12 лет – около 200 мл, у новорожденных – 20–30 мл.

Резервный объем выдоха ($РО_{\text{выд}}$) – максимальный объем, который можно с усилием выдохнуть после спокойного выдоха. Через 20–30 с свободного дыхания в момент спокойного выдоха быстро возьмите в рот мундштук аппарата и сделайте максимально возможный выдох.

Резервный объем вдоха ($РО_{\text{вд}}$) – максимальный объем воздуха, который можно дополнительно вдохнуть после спокойного вдоха.

$$РОВД = ЖЕЛ - (ДО + РО_{\text{выд}}).$$

Остаточный объем (ОО) – объем воздуха, остающийся в легких даже после максимального выдоха. Прямым способом определить ОО невозможно. Принимают $ОО = 500–1000$ мл.

Общая емкость легких (ОЕЛ) – количество воздуха, находящееся в легких после максимального вдоха. Рассчитывается по формуле: $ОЕЛ = ЖЕЛ + ОО$.

Емкость вдоха (Евд) – максимальный объем воздуха, который можно вдохнуть после спокойного выдоха. Рассчитывается по формуле: $Евд = ДО + РОВД$.

Функциональная остаточная емкость легких (ФОЕЛ) – количество воздуха, остающегося в легких после спокойного выдоха. Рассчитывается по формуле: $ФОЕЛ = ОЕЛ - РОВД$.

Расчет динамических показателей внешнего дыхания

Кроме статических показателей, характеризующих степень физического развития дыхательного аппарата, существуют и дополнительные – динамические показатели, дающие информацию об эффективности вентиляции легких и функциональном состоянии дыхательных путей.

Форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ) – количество воздуха, которое может быть выдохнуто при форсированном выдохе после максимального вдоха.

Определение фактической ФЖЕЛ. После максимального, медленно вдоха из атмосферы необходимо сделать возможно быстрый максимальный выдох в спирометр. В норме разница между ЖЕЛ и ФЖЕЛ равна 100–300 мл. Увеличение этой разницы до 1500 мл и более указывает на сопротивление току воздуха вследствие сужения просвета мелких бронхов. Продолжительность максимально быстрого выдоха колеблется от 1,5 до 2,5 с.

Функциональные пробы для дыхательной системы

Проба Штанге характеризует состояние кровеносной и дыхательной систем организма при задержке дыхания на фоне глубокого вдоха.

Методика выполнения. В положении сидя (спина прямая, мышцы живота расслаблены) выполняются последовательно 3 обычных (немаксимальных) вдоха и выдоха. После третьего неполного вдоха зажимают нос пальцами и задерживают дыхание на время, которое фиксируется по секундомеру. Длительность времени задержки дыхания определяется периодом, в течение которого получается спокойно, без волевых усилий воздержаться от вентиляции легких.

Оценка. Юноши: отлично – 50 сек., хорошо – 40 сек., удовлетворительно – 30 сек. Девушки: отлично – 40 сек., хорошо – 30 сек., удовлетворительно – 20 сек.

Проба Генчи характеризует состояние кровеносной и дыхательной систем организма при задержке дыхания на фоне глубокого выдоха.

Методика выполнения. В положении сидя (спина прямая, мышцы живота расслаблены) выполняются последовательно 3 обычных (немаксимальных) вдоха и выдоха. После третьего неполного выдоха зажимают нос пальцами и задерживают дыхание на время, которое фиксируется по секундомеру. Длительность времени задержки дыхания определяется периодом, в течение которого получается спокойно, без волевых усилий воздержаться от вентиляции легких.

Оценка. Юноши: отлично – 40 сек., хорошо – 30 сек., удовлетворительно – 20 сек. Девушки: отлично – 30 сек., хорошо – 20 сек., удовлетворительно – 15 сек..

2.3.2 Исследование функционального состояния сердечно-сосудистой системы

Исследование функционального состояния сердечно – сосудистой системы позволяют судить об адаптации к выполненной нагрузке и об уровне функционального состояния сердечно-сосудистой системы. В зависимости от этого уровня тренер должен индивидуализировать тренировочную нагрузку каждого спортсмена.

Частота сердечных сокращений(ЧСС) подсчитывается на лучевой артерии по десятисекундным отрезкам времени 6 раз для того, чтобы определить его частоту за 1 минуту и ритмичность. Ритмичным считает-

ся пульс в том случае если количество ударов за 10-секундные промежутки не отличается больше чем на 1 удар (например, пульс, 10, 10, 11, 10, 10, 10 ударов). Аритмичность пульса – значительные колебания числа сердечных сокращений за 10 секундные отрезки времени (например, 9,12,10,13,11,8 ударов). Помимо частоты и ритмичности пульса учитываются его напряжение и наполнение. Возрастные показатели ЧСС представлены в таблице 13.

Таблица 13

Показатели ЧСС в зависимости от возраста

| Возраст | ЧСС в минуту | Возраст | Частота сердечных сокращений в минуту |
|---------|--------------|---------|---------------------------------------|
| 5 лет | 93-100 | 11 лет | 78-84 |
| 6 лет | 90-95 | 12 лет | 75-82 |
| 7 лет | 85-90 | 13 лет | 72-80 |
| 8 лет | 80-85 | 15 лет | 72-78 |
| 9 лет | 80-85 | 16 лет | 70-76 |
| 10 лет | 78-85 | 16 лет | 68-72 |

Артериальное давление (АД) измеряется механическим прибором для измерения давления. Полученные цифры максимального и минимального давления записываются в виде дроби: в числителе мах (максимальное), в знаменателе – мин (минимальное) и регистрируются в соответствующей графе задания так: артериальное давление в покое – 120-170 мм. рт.ст. (ртутного столба).

При первичном исследовании необходимо измерение артериального давления на обеих руках, так как оно может быть разным из-за патологии сосудистой системы (сужение дуги аорты, подключичной артерии и др.). Если артериальное давление на одной руке отличается больше чем на 10 мм.рт.ст, это необходимо учитывать при последующих исследованиях, измеряя давление на той руке, где определялись большие цифры АД.

В течение суток АД изменяется в зависимости от различных факторов: физическая нагрузка, эмоциональные воздействия, прием пищи, биологические ритмы и т.д. Возрастные показатели ЧСС представлены в таблице 14.

Таблица 14

Показатели артериального давления в зависимости от возраста

| Возрастные границы | Уровень, мм.рт.ст. | |
|--------------------|--------------------|----------------|
| | Систолическое | Диастолическое |
| От 5 до 6 лет | 100–116 | 60–76 |
| От 6 до 9 лет | 100–122 | 60–78 |
| От 9 до 12 | 110–126 | 70–82 |
| От 12 до 15–17 | 110–136 | 70–86 |

Пульсовое давление (ПД) определяется разницей между систолическим артериальным давлением и диастолическим артериальным давлением.

Пульсовое давление = систолическое – диастолическое.

Пример: АД 120/80 ПД = 120 - 80 = 40. В норме пульсовое давление 40-50 мм.рт.ст.

Минутный объем (МОК) (количество крови, выбрасываемое сердцем за 1 минуту) определяет функциональные возможности сердца, и находят его умножением систолического объема (СО) на частоту сердечных сокращений (ЧСС): $МОК = СО \cdot ЧСС$.

Систолический или ударный объем (СО) (количество крови, выбрасываемое при каждом сокращении сердца), характеризует силу и эффективность сердечных сокращений.

Существуют прямые и косвенные методы их определения. Прямое измерение ударного и минутного объемов, связанное с катетеризацией сердца, возможно только в клинических условиях. В лабораторной практике используют метод реографии, основанный на изменении сопротивления данного участка тела, вызванного сдвигами в кровенаполнении его сосудов. Возможно определение показателей работы сердца расчетным способом.

Для определения сердечного выброса у взрослых пользуются формулой Старра:

$СО = [101 + 0,5 \cdot (СД - ДД) - (0,6 \cdot ДД)] - 0,6 \cdot А$, где пульсовое (ПД) и диастолическое (ДД) – давление в мм рт. ст., А - возраст в годах.

Адаптационный потенциал рассчитывается по формуле:

$АП = 0,011(ЧП) + 0,14(САД) + 0,008(ДАД) + 0,009(МТ) - 0,009(ДТ) + 0,14(В) - 0,27$, где АП – адаптационный потенциал системы кровообращения (в баллах); ЧП – частота пульса (ударов в минуту); САД и ДАД

– систолическое и диастолическое артериальное давление (в мм рт. ст.); Р – рост; МТ – масса тела; В – возраст (в годах). Чем выше величина, тем слабее адаптационные возможности.

Оценка адаптационного потенциала осуществляется при сравнении полученных результатов с данными таблицы 15.

Таблица 15

Показатели адаптационного потенциала

| Адаптационный потенциал в условных баллах | Группы по АП | Оценка адаптационного потенциала |
|---|--------------|----------------------------------|
| Ниже 2,6 | 1 | Удовлетворительная адаптация |
| 2,60-3,09 | 2 | Напряжение механизмов адаптации |
| 3,10-3,49 | 3 | Неудовлетворительная адаптация |
| 3,50 и выше | 4 | Срыв адаптации |

Индекс физического состояния (ИФС) рассчитывается по формуле:

$$\text{ИФС} = \frac{700 - 3 \times \text{ЧСС п} - 2,5 \times \text{АД ср.п} - 2,7 \times \text{возраст} + 0,28/\text{масса тела}}{350 - 2,6 \times \text{возраст (лет)} + 0,21 \times \text{рост (см)}}$$

где ЧСС – частота сердечных сокращений в покое, АД ср.п – среднее артериальное давление в покое, АД пульсовое = АД систолическое – АД диастолическое, АД пульсовое = 120-70=50, АД ср.в покое = 70+1/3 x 50 = 87

Оценка: ИФС <0,375 – низкий; 0,376-0,525 – ниже среднего; 0,526 – 0,675 – средний; 0,676 – 0,825 – выше среднего; ИФС > 0,825 – высокий.

Функциональные пробы для сердечно-сосудистой системы

Использование физической нагрузки в качестве возмущающего действия позволяет достаточно объективно и надежно оценить функциональное состояние организма занимающегося физическими упражнениями, его адаптационные возможности.

Проба Мартинэ-Кушелевского

При обследовании людей с низким уровнем физической подготовки рекомендуют использовать пробу Мартинэ-Кушелевского.

Методика выполнения. Перед регистрацией исходных данных испытуемый должен в течение 3–5 минут находиться в состоянии покоя в положении сидя на стуле. Необходимо чтобы его поза была удобной, а мышцы максимально расслабленными. Не следует также разговаривать и двигаться. Измерения пульса (за 10 секунд) и АД проводят минимум по 3 раза, после этого выбирают наиболее достоверные показатели и заносят их в протокол. Затем обследуемый выполняет 20 глубоких приседаний за 30 секунд в равномерном темпе (2 приседания за 3 секунды). Сразу после последнего приседания испытуемый садится на стул, а врач (преподаватель) измеряет ЧП за первые 10 секунд первой минуты восстановления. Следующие 40 секунд изменяется АД, и за последние 10 секунд первой минуты снова подсчитывается пульс. Данная схема измерений повторяется до тех пор, пока все изучаемые величины не вернуться к показателям покоя. Оценка пробы начинается с расчета прироста пульса (в %) и вычисления разницы по систолическому и диастолическому давлению (в мм рт.ст.) между показателями покоя и первыми максимальными значениями, измеренными сразу после нагрузки. На основе этих данных, определяют тип реакции сердечно-сосудистой системы на нагрузочную пробу. Выделяют 5 типов реакции сердечно-сосудистой системы: нормотонический, гипотонический, гипертонический, дистонический и ступенчатый

Изменения, которые характерны для нормотонического типа реакции, показывают, что в ответ на дозированную физическую нагрузку минутный объем крови увеличивается не только за счет прироста частоты сердечных сокращений (ЧСС), но и в связи с увеличением ударного объема. На это указывает выраженное повышение пульсового давления.

Количественный показатель взаимосвязи данных изменений можно рассчитать по формуле, предложенной Кушелевским Б.П.: $ПКР = (ПД_2 - ПД_1) / (f_2 - f_1)$, где: $ПД_1$ – пульсовое давление в покое; $ПД_2$ – пульсовое давление после нагрузки; f_1 – пульс в покое; f_2 – пульс после нагрузки.

Оценка. Если ПКР находится в диапазоне от 0,5 до 1 усл.ед., то реакция на физическую нагрузку считается нормотонической. На практике часто применяют и более дифференцированную оценку ПКР: 0,1–0,2 нерациональная реакция, 0,3–0,4 – удовлетворительная реакция, 0,5–1,0 хорошая реакция, более 1,0 нерациональная реакция. Кроме оценки изменений, которые наблюдались сразу после нагрузки, важным показателем является время восстановления. Период восстановления – это время

в минутах, в течение которого показатели гемодинамики возвращаются к исходному уровню. При нормотоническом типе реакции время восстановления не должно превышать 3-х минут. Нормотонический тип реакции сердечно-сосудистой системы на дозированную физическую нагрузку наблюдается у здоровых людей с достаточным уровнем физической подготовленности. Чем меньше сдвиги изучаемых показателей и короче восстановительный период, тем выше уровень тренированности человека. Следующие 4 типа реакций считаются атипическими (неадекватными).

1. Гипотонический (астенический) тип реакции обусловлен слабостью сердечной мышцы, которая может быть вызвана разными причинами. Увеличение систолического объема невелико и рост минутного объема крови происходит в основном за счет повышения ЧСС. Работа сердца малоэффективна при значительных энергетических затратах. Чаще всего такая реакция встречается у людей с низким уровнем физической подготовки (нетренированных), при недостаточной функциональной способности сердца. Гипотонический тип реакции ССС на нагрузку может наблюдаться в период выздоровления, при дистрофии миокарда, при хроническом тонзиллите, при диффузном увеличении щитовидной железы и др. У спортсменов подобные изменения будут указывать на состояние перетренированности, а также могут быть выявлены при различных предпатологических состояниях и при изменениях со стороны ССС. ПКР при астенической реакции – меньше 0,5.

2. При гипертоническом типе реакции на физическую нагрузку происходит повышение периферического сопротивления артериол: вместо необходимого расширения возникает их спазм. Значительно возрастает работа сердечной мышцы. Пульсовое давление и ударный объем изменяется менее выражено, чем при нормотоническом типе реакции. ПКР – ниже 0,5. Этот тип реакции может быть признаком предгипертонического состояния, выявляться при начальных и симптоматических гипертониях, при вегетосудистых дистониях по гипертоническому типу, при атеросклерозе сосудов, вызываться нервно-психическими стрессами, а также регистрироваться у больных гипертонической болезнью. Интенсивные физические нагрузки могут способствовать развитию гипертонического криза, инсульта, инфаркта и т.п. Во время медицинских осмотров данный тип реакции ССС чаще всего выявляют у лиц среднего и пожилого возраста, а также у спортсменов при переутомлении и пе-

ретренированности. Гипертоническая реакция достаточно часто бывает не выраженной и оценивается как пограничная. Например, если диастолическое давление повышается до 90 мм рт.ст. и выше при незначительном увеличении систолического давления. Лицам с гипертоническим типом реакции ССС для решения о допуске к занятиям физкультурой и спортом необходимо дополнительное обследование: оценка состояния сосудов, глазного дна, ЭКГ и др.

3. Дистонический типа реакции - «феномен бесконечного тона» – характеризуется снижением диастолического давления до 0 мм.рт.ст. Сделать подобное заключение можно только, если данный феномен наблюдается в течение нескольких минут после выполненной нагрузки. У спортсменов (особенно стайеров) снижение ДАД до 0 мм рт.ст. в первые 1–2 минуты после интенсивной работы (и при быстром восстановлении) не рассматривается как патология. Это объясняется высокими сократительными возможностями миокарда, способного к значительному увеличению сердечного выброса. Раздражение рецепторов дуги аорты и каротидного синуса рефлекторно вызывает снижение тонуса периферических сосудов. Таким образом, у спортсменов феномен бесконечного тона связан с особенностями механической работы сердца (а быстрое восстановление гемодинамики указывает на высокие функциональные возможности ССС), в то время как у нетренированных он выявляется при нарушениях регуляции сосудистого русла. Дистонический тип реакции может быть установлен при вегетоневрозах, нейроциркуляторной дистонии, пороках сердца по типу недостаточности аортальных клапанов, у подростков, при переутомлении и перетренированности, а также у лиц, перенесших инфекционные заболевания. ПКР обычно не рассчитывается.

4. Ступенчатый тип реакции указывает на инертность систем, регулирующих кровообращение. Сердечно-сосудистая система не справляется со своевременной доставкой кислорода работающим мышцам. ПКР – менее 0,5. Часто такая реакция появляется при заболеваниях сердца (особенно у лиц старших возрастных групп), при переутомлении, перетренированности и ухудшении функционального состояния организма спортсмена. Наряду с этим ступенчатый тип реакции ССС может наблюдаться у лиц, перенесших инфекционные заболевания, а также при хронических очагах инфекции (отит, тонзиллит, кариоз и др.). Кроме приведенных выше 5 типов реакции ССС на физическую нагрузку ряд

авторов рекомендуют использовать лишь 3 их вида: «хорошая», «удовлетворительная» и «неудовлетворительная». В таблицах 3 и 4 представлены возможные варианты сочетаний показателей, полученные после проведения разных функциональных проб.

6-моментная функциональная проба. Для контроля и самоконтроля сердечно - сосудистой системы применяется 6-моментная функциональная проба. Она дает представление об уровне работоспособности. Ее необходимо проводить утром, после сна, до приема пищи.

Методика выполнения. После 5-минутного отдыха лежа необходимо сосчитать пульс в течении 1 минуты (на сонной артерии или на груди). Далее испытуемый должен спокойно подняться простоять 1 минуту и подсчитать пульс в течении 1 минуты. Затем вычисляется разница (между стоя и лежа), которую необходимо умножить эту цифру на 10. Далее нужно сделать 20 глубоких полных приседаний в течение 40 сек. При этом руки поднимать энергично вперед, а при вставании опускать вниз. Сразу после приседаний сесты подсчитать пульс в течение 1 минуты. Далее сосчитать пульс в течение 2-й, затем на 3-й минутах после приседаний. Все полученные цифры сложить. После значительных физических нагрузок этот суммарный показатель повышается. Через 16-24 часа возвращается к исходным величинам. Чем меньше суммарный показатель, тем выше работоспособность. Уровень работоспособности оценивается согласно данным таблице 16.

Таблица 16

Оценка уровня работоспособности в 6-моментной пробе

| Уровень работоспособности | Суммарный показатель 6-моментной пробы (20 приседаний) |
|---------------------------|--|
| Высокий | 340 и ниже |
| Выше среднего | 350-400 |
| Средний | 400-450 |
| Низкий | 460 и выше |

Модифицированная проба Рюффье

В настоящее время при проведении текущего контроля за спортсменами наиболее широко используют одномоментную пробу с физической нагрузкой, предложенную Рюффье. В её основе лежит количественная оценка реакции пульса на кратковременную нагрузку и скорости его срочного восстановления.

Методика выполнения. В исходном положении сидя, у испытуемого измеряют АД₀ и подсчитывают ЧСС за 10 с (P₀), переводят испытуемого в положение лежа на животе и он выполняет 30 отжиманий от кушетки за 30 с, затем переводят испытуемого в положение сидя и в период восстановления подсчитывают ЧСС в течение первых 10 с восстановления (P_{1а}), с 20-ой по 40-ю секунды первой минуты восстановления измеряют АД₁, в последние 10 с первой минуты восстановления вновь измеряют ЧСС (P_{1б}), аналогичные замеры проводят на второй-пятой минутах восстановления.

Рассчитывают индекс Руффье (ИР) по формуле: $ИР = [6 \times (P_0 + P_{1а} + P_{1б}) - 200] : 10$, где ИР – индекс Руффье; P₀ – ЧСС в исходном положении сидя за 10 сек, уд.; P_{1а} – ЧСС в первые 10 сек восстановления, уд.; P_{1б} – ЧСС в течение последних 10 сек первой минуты восстановления, уд.

Оценка. Оценивается реакция сердечно-сосудистой системы при значениях ИР менее 0 – отлично, при ИР от 0 до 5 – хорошо, при ИР от 6 до 10 – посредственно, при ИР от 11 до 15 – слабо, при ИР более 15 – неудовлетворительно, по изменению АД оценивают тип реакции сердечно-сосудистой системы (ССС) как нормотонический, дистонический, гипертонический.

Определяют индекс ИР в динамике тренировочного процесса и при уменьшении ИР судят о повышении тренированности испытуемого.

2.4 Исследование функционального состояния вегетативной нервной системы

Исследование вегетативной нервной системы может дать надежную информацию об адаптации организма к различным внешним условиям и его способности к сохранению гомеостаза.

Индекс Кердо – показатель, использующийся для оценки деятельности вегетативной нервной системы. Индекс вычисляется по формуле: $ИК = Д$ деленное на $П$,

где $Д$ – диастолическое давление, $П$ – пульс.

У здоровых людей этот индекс равен единице к 1. При нарушении нервной регуляции – сосудистой системы он становится больше или меньше единицы. Если значение этого индекса больше нуля, то говорят о преобладании симпатических влияний в деятельности вегетативной

нервной системы, если меньше нуля, то о преобладании парасимпатических влияний, если равен нулю, то это говорит о функциональном равновесии.

Ортостатическая проба исследует возбудимость симпатического отдела вегетативной нервной системы. Полученные данные характеризуют восстановление изменившегося при перемене положения тела тонуса вегетативной нервной системы. Оптимальной реакцией на ортостатическую пробу являются небольшие колебания частоты пульса.

Методика выполнения. При проведении ортостатической пробы испытуемый должен в течение 3-5 минут находиться в положении лежа в состоянии покоя. После этого три раза измеряют ЧП по 15 секунд. Затем обследуемый встает и у него в течение первых 15 секунд вновь подсчитывают пульс. Полученные значения переводят в удары за минуту (умножают на 4). Определяется разность между показателями стоя и лежа. В связи с тем, что данное изменение положения тела вызывает депонирование большого количества крови в нижних его отделах, ухудшается венозный возврат и снижается сердечный выброс. Поэтому, в качестве 17 компенсации, возрастает ЧСС, что отражает увеличение тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы. Если увеличение ЧСС составило 12-18 ударов, то возбудимость и тонус симпатического отдела вегетативной нервной системы считаются в пределах нормы. Кроме представленной выше методики проведения ортостатической пробы используют и другие ее модификации. Например, ведут регистрацию ЧСС и АД не только в положении лежа и сразу после вертикализации, но и в течение 10 минут восстановительного периода. Другой вариант: переход в вертикальное положение выполняют не активно, а пассивно с помощью поворотного стола. Признаками неудовлетворительной реакции на ортостатическую пробу является значительное снижение АД и резкий прирост ЧСС. При наблюдении за спортсменами с брадикардией оценка пробы по разнице между положениями стоя и лёжа может оказаться неверной, т.к. вполне ожидаем прирост ЧСС до 25 и более ударов в минуту. Поэтому в данном случае рекомендуют учитывать лишь показатели после вертикализации. Так при ЧСС стоя равной 89 уд/мин и ниже реакция на ортостатическую пробу считается нормальной, при 90-95 уд/мин устойчивость к изменению положения тела в пространстве признаётся сниженной, а свыше 95 уд/мин низкой.

Клиностатическая проба. При проведении клиностатической пробы обследуемый должен в течение 3-5 минут находиться в вертикальном положении, после этого у него три раза измеряют ЧСС по 15 секунд. Затем обследуемый переходит в положение лёжа и за первые 15 секунд вновь подсчитывают ЧСС. Полученные данные переводят в удары за одну минуту и вычисляют разницу между ортостатическим (вертикальным) и клиностатическим (горизонтальным) положениями. Снижение ЧСС на 4-12 ударов в минуту указывает на нормальный тонус и возбудимость парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. Если снижение ЧСС составит больше или меньше значений данного диапазона, то реактивность парасимпатического отдела вегетативной нервной системы признаётся соответственно повышенной или сниженной.

2.5 Оценка функционального состояния нервно-мышечного аппарата

Функциональное состояние нервно-мышечного аппарата исследуются клиническими и электрофизиологическими методами. К клиническим методам помимо анамнеза относится проводимое невропатологом объективное неврологическое исследование, при котором определяется состояние черепно-мозговых нервов, анализаторов (кожного, двигательного, вестибулярного и др.), координации движений, безусловных рефлексов. Всестороннее исследование проводит врач-невропатолог. Однако это не исключает того, что тренер и преподаватель могут самостоятельно исследовать и оценить некоторые существенные стороны деятельности нервной и нервно-мышечной системы доступными им методами. Это позволяет тренеру и преподавателю более рационально дозировать спортивные нагрузки, а следовательно, повышать эффективность тренировочного процесса.

Статическая устойчивость в позе Ромберга.

Методика выполнения. Поза может быть представлена в трех позициях. В первом положении ступни ставятся вместе параллельно друг другу, во втором ступни находятся одна за другой на одной линии так, чтобы большой палец одной ноги касался пятки другой, в третьем – стоят на одной ноге, а пятка другой приставляется к коленной чашечке опорной ноги. Постановка стоп зависит от уровня развития двигатель-

ных навыков крупной моторики и физической подготовленности занимающихся.

Оценка «хорошо» – если в каждой позиции учащийся сохраняет равновесие в течение 15 секунд, при этом не наблюдается пошатывание тела, дрожание рук или век (тремор). При пошатывании и треморе оценка «удовлетворительно». Если равновесие в течение 15 секунд нарушается «неудовлетворительно».

Теппинг-тест является основой определения мобильности двигательной сферы нервной системы.

Методика выполнения. Приготовить лист бумаги размером 20x20 см и разделить его карандашом на 4 равных пронумерованных квадрата. По сигналу проводящего испытуемый, сидя за столом, в течение 10 сек. ставит карандашом точки в одном из квадратов. По следующему сигналу он ставит точки в другом квадрате и т.д. Всего на 4 квадрата отводится 40 сек.

Оценка: 70 точек за 10 сек. характеризует хорошее функциональное состояние двигательной сферы нервной системы, ступенчатое возрастание говорит о недостаточной мобильности, постепенное снижение частоты указывает на недостаточную функциональную устойчивость.

Теппинг-тест Е.П. Ильина служит экспресс-диагностикой свойств нервной системы по психомоторным показателям.

Тест обычно используется в комплексе с другими, измеряющими равноуровневые характеристики личности. Особенно полезен при профориентации и для психологического консультирования по совершенствованию индивидуального стиля деятельности.

Методика выполнения: Методика основана на определении динамики максимального темпа движения рук. Опыт проводится последовательно сначала правой, а затем левой рукой. Тестирование осуществляется индивидуально, занимает не менее 2 мин.

Оборудование: стандартные бланки, представляющие собой листы бумаги (203x283 мм), разделенные на шесть расположенных по три в ряд равных прямоугольника, секундомер, карандаш.

Инструкция. По сигналу экспериментатора вы должны начать проставлять точки в каждом квадрате бланка. В течение 5 с необходимо поставить как можно больше точек. Переход с одного квадрата на другой осуществляется по команде экспериментатора, не прерывая работы и только по направлению часовой стрелки. Все время работайте в макси-

мальном для себя темпе. Возьмите в правую (или левую руку) карандаш и поставьте его перед первым квадратом стандартного бланка.

Экспериментатор подает сигнал: «Начали», а затем через каждые 5 секунд дает команду: «Перейти на другой квадрат». По истечении 5 секунд работы в шестом квадрате экспериментатор подает команду: «Стоп».

Обработка результатов включает следующие процедуры:

- 1) подсчитать количество точек в каждом квадрате;
- 2) построить график работоспособности, для чего отложить на оси абсцисс 5-секундные промежутки времени, а на оси ординат – количество точек в каждом квадрате.

Оценка. Сила нервных процессов является показателем работоспособности нервных клеток и нервной системы в целом. Сильная нервная система выдерживает большую по величине и длительности нагрузку, чем слабая. Полученные в результате варианты динамики максимально-го темпа могут быть условно разделены на пять типов:

1. Выпуклый тип. Темп нарастает до максимального в первые 10–15 с работы; впоследствии, к 25–30 с, он может снизиться ниже исходного уровня (т. е. наблюдавшегося в первые 5 секунд работы). Этот тип кривой свидетельствует о наличии у испытуемого сильной нервной системы.

2. Ровный тип. Максимальный темп удерживается примерно на одном уровне в течение всего времени работы. Этот тип кривой характеризует нервную систему испытуемого как нервную систему средней силы.

3. Нисходящий тип. Максимальный темп снижается уже со второго 5-секундного отрезка и остается на сниженном уровне в течение всей работы. Этот тип кривой свидетельствует о слабости нервной системы испытуемого.

4. Промежуточный тип. Темп работы снижается после первых 10–15 с. Этот тип расценивается как промежуточный между средней и слабой силой нервной системы – среднеслабая нервная система.

5. Вогнутый тип. Первоначальное снижение максимального темпа сменяется затем кратковременным возрастанием темпа до исходного уровня. Вследствие способности к кратковременной мобилизации такие испытуемые также относятся к группе лиц со среднеслабой нервной системой.

У занимающихся, имеющих поражение нервной системы (парезы и параличи различной этиологии), формируется своеобразное состояние нервно-мышечного аппарата в связи с чем, возникает необходимость применения дополнительных методов его исследования, поскольку игнорирование этих особенностей на занятиях АФК может привести к отрицательному эффекту.

В выполнении любого двигательного акта тонус и сила мышц играют важную роль, в связи с чем, их оценка является обязательной.

Исследование мышечного тонуса.

Методика выполнения. При исследовании мышечного тонуса необходимо, взяв конечность занимающегося в руки, произвести ее пассивное сгибание и разгибание, отведение и приведение в суставе в среднем темпе, приблизительно в такт часовому маятнику. Оценивается ощущение произвольного сопротивления со стороны исследуемых мышц, их в той или иной степени выраженное напряжение. При снижении мышечного тонуса это напряжение и сопротивление уменьшается, а при повышении тонуса - увеличивается по сравнению с нормальным вплоть до значительного сопротивления. При наличии спастичности мышца дается ее характеристика: спонтанная или провоцируемая, частота возникновения, преобладание сгибательной, разгибательной либо смешанной.

Оценки гипертонуса конечностей проводится по 6-бальной шкалой.

0 - динамическая контрактура: сопротивление мышц-антагонистов так велико, что исследующему не удается изменить положение сегмента конечности;

1 - резкое повышение тонуса: прилагая максимальное усилие, исследующий добивается лишь незначительного объема пассивного движения (не более 10% нормального объема данного движения);

2 - значительное повышение тонуса мышц: при большом усилии исследующему удается достичь не более половины объема нормального пассивного движения в данном суставе;

3 - умеренная мышечная гипертония: сопротивление мышц-антагонистов позволяет осуществить лишь около 75% полного объема данного пассивного движения в норме;

4 - небольшое увеличение сопротивления пассивному движению по сравнению с нормой и с аналогичным сопротивлением на противоположной (симметричной) конечности того же больного. Возможен полный объем пассивного движения;

5 - нормальное сопротивление мышечной ткани при пассивном движении, отсутствие «разболтанности» в суставе.

Исследование мышечной силы

Методика выполнения. При проведении тестирования необходимо выполнить активные движения в исследуемых группах мышц. Мышечная сила оценивается по 6-балльной шкале.

5 баллов (нормальная сила мышц). Данная степень соответствует полному сокращению, на которое способна данная мышца. Возможно полное мышечное сокращение в пределах всей амплитуды движений с преодолением субмаксимального сопротивления, выполняемое исследователем.

4 балла (хорошая сила мышц). Данная степень соответствует приблизительно 75% нормальной способности к сокращению. При этом, как для нормальной силы мышц, необходима полная амплитуда движений в суставе. Так же, как и для степени V, возможно преодоление собственного веса и сопротивления, однако в этот раз умеренного.

3 балла (слабая сила мышц). Данная степень соответствует приблизительно 50% нормальной способности к сокращению. Демонстрируется полная амплитуда движений с преодолением собственного веса, однако, без внешнего сопротивления.

2 балла (очень слабая сила мышц). Соответствует приблизительно 25% нормальной способности к сокращению. Полная амплитуда движений возможна только при внешней поддержке для уменьшения собственного веса конечности, т.е. мышцы не могут преодолеть силу тяжести.

1 балл (едва видимое сокращение). Данная степень указывает на то, что мышца способна на сокращение, соответствующее только на 10% нормальной способности к сокращению.

0 баллов (отсутствуют функции). Отсутствие видимых или пальпируемых мышечных сокращений.

2.6 Оценка функционального состояния опорно-двигательного аппарата

В исследовании опорно-двигательного аппарата у лиц с ограничениями в состоянии здоровья включаются тесты на оценку подвижности суставов, исследование двигательных функций крупной и мелкой мото-

рик, основных физических качеств, а также мануальное мышечное тестирование.

2.6.1 Исследование подвижности в суставах

Методика выполнения. Исследование наличия контрактур в суставах конечностей проводится при выполнении пассивных движений в физиологических направлениях изолированно в каждом отдельном суставе, а также с помощью угломера. Степень ограничения движения можно оценить по таблице 17.

Таблица 17

Амплитуда подвижности суставов (в угловых градусах)

| Сустав | Движение (до предельно возможного угла) | Норма | Ограничение движения | | |
|---------------------------------|---|------------|----------------------|----------------|-------------------|
| | | | Незначи- тельное | Уме- ренное | Значи- тельное |
| Плечевой с пле- чевым поясом | сгибание | 180 - 121 | 120 - 101 | 100 - 81 | 80 и < |
| | разгибание | больше 30 | 30 - 21 | 20 - 16 | 15 и < |
| | отведение | 180 - 116 | 115 - 101 | 100 - 81 | 80 и < |
| Локтевой | сгибание | 30 - 79 | 80 - 89 | 90 - 99 | 100 и > |
| | разгибание | 180 - 149 | 150 - 141 | 140 - 121 | 120 и < |
| | пронация | 180 - 136 | 135 - 91 | 90 - 61 | 60 и < |
| | супинация | 180 - 136 | 135 - 91 | 90 - 61 | 60 и < |
| Луче-запяст- ный (кистевой) | сгибание | 80 - 36 | 35 - 26 | 25 - 16 | 15 и < |
| | разгибание | 95 - 31 | 30 - 26 | 25 - 16 | 15 и < |
| | отведение: радиальное | 30 - 11 | 10 - 6 | 5 - 4 | 3 и < |
| | ульнарное | 45 - 26 | 25 - 16 | 15 - 11 | 10 и < |
| Тазобедренный | сгибание | меньше 100 | 100 - 109 | 110 - 119 | 120 и > |
| | разгибание | 180 - 171 | 170 - 161 | 160 - 151 | 150 и < |
| | отведение | 50 - 26 | 25 - 21 | 20 - 16 | 15 и < |
| Коленный | сгибание | 30 - 59 | 60 - 89 | 90 - 109 | 110 и > |
| | разгибание | 180 - 176 | 175 - 171 | 170 - 161 | 160 и < |
| Голенисто- пный | подошвен- ное сгибание | 150 - 121 | 120 - 111 | 110 - 101 | 100 и < |
| | тыльное сгибание | 70 - 74 | 75 - 79 | 80 - 84 | 85 и > |

Так же возможную амплитуду движений в суставах можно оценить с помощью балльной системы:

- 0 баллов – отсутствие движения;
- 1 балл – минимальная амплитуда движений;
- 2 балла – до 25% нормальной амплитуды движений;
- 3 балла – до 50% нормальной амплитуды движений;
- 4 балла – до 75% нормальной амплитуды движений;
- 5 баллов – полная амплитуда движений;

2.6.2 Исследование двигательных навыков

В исследование двигательных навыков входит тестирование крупной и мелкой моторики. Это исследование особенно необходимо у детей раннего возраста и лиц, имеющих поражение нервной системы.

Методика выполнения. Для их исследования предлагается использовать тесты, описанные в таблице 18.

Таблица 18

Тесты для оценки навыков крупной и мелкой моторик

| Двигательные навыки крупной моторики | Двигательные навыки мелкой моторики |
|--|--|
| Поднимает голову лежа на животе | Сжимает кисть в кулак |
| Удерживает голову лежа на животе | Разжимает кулак |
| Лежит на животе на предплечья согнутых рук | Противопоставляет первый и второй палец |
| Поворачивается через правый бок | Противопоставляет первый и третий, четвертый, пятый пальцы |
| Поворачивается через левый бок | Имеет щипковый захват |
| Поворачивается через правый/левый бок | Противопоставляет первый и третий, четвертый, пятый пальцы |
| Самостоятельно садится/ сидит без опоры | Имеет щипковый захват |
| Встает в колено-кистевое положение | Держит ложку |
| Стоит в колено-кистевом положении | Застегивает пуговицы |
| Встает | Удерживает карандаш |
| Ходит | Рисует линии |

Оценка. Предложенные тесты оцениваются по 4 бальной шкале: 0 – не выполняет действие; 1 – выполняет действие с помощью волонтера;

2 – выполняет действие самостоятельно, но с помощью вспомогательных средств; 3 – выполняет действие самостоятельно.

2.6.3 Исследование физических качеств

Тестирование, позволяющее определить уровень развития физических качеств лиц с ограниченными возможностями здоровья, включают оценку скоростных возможностей, силы, гибкости, скоростно-силовых возможностей, координационных способностей, выносливости.

Тесты для определения развития физических качеств:

1) Скоростные возможности – бег на 30 м или 60, 100 м, бег на 40 м или 50 м или 70 м или 80 м или 90 м (с), бег в коляске 60 м или 100 м (с), бег с лидером или на третбане с максимальной интенсивностью (с);

2) Сила – подтягивание из вися на высокой перекладине или на низкой перекладине 90 см (количество раз) или сгибание и разгибание рук в упоре лежа на полу или в упоре на гимнастическую скамейку или о сиденье стула (количество раз) или рывок гири 16 кг (количество раз), приседание (количество раз) или поднятие туловища из положения лежа на спине без учета времени (количество раз) или динамометрия кистей.

3) Гибкость – наклон вперед из положения сидя с прямыми ногами (см);

4) Скоростно-силовые возможности – прыжок в длину с места толчком двух ног или с разбега (см), метание мяча весом 150 г. или 500 г. или 700 г. (м) или поднятие туловища из положения лежа на спине (количество раз за 1 мин) или плавание 25 м (мин, с), приседание (количество раз за 30 с) или прыжок в высоту с места толчком двух ног (см) или метания из коляски (м);

5) Координационные способности – метание теннисного мяча в цель, дистанция 6 м (количество попаданий) или плавание 10 м или 15 м или 25 м (без учета времени) или стрельба из электронного оружия из положения сидя с опорой локтей о стол из упора для винтовки на дистанции 10 м или стоя с опорой локтей о стол или стойку (количество раз) или самозащита без оружия (количество очков), метание из коляски (количество попаданий).

6) Выносливость – бег на 1 км или 1,5 км или 2 км или 3 км (мин, с) или смешанное передвижение на 1 км или 3 км или 4 км (мин, с) или 3

км (без учета времени) или скандинавская ходьба 3 км или 4 км (мин, с), бег на лыжах на 1 км или 2 км или 3 км или 5 км (мин, с) или 2 км или 3 км (без учета времени) или передвижение на лыжах 2 км или 3 км или 4 км (мин, с) или смешанное передвижение по пересеченной местности на 1,5 км или 2 км или 3 км (без учета времени) или кросс на 2 км, 3 км, 5 км (по пересеченной местности) (без учета времени) или плавание 50 м (мин, с) или 50 м (без учета времени) или туристический поход с проверкой туристических навыков (не менее 6 км) или туристический поход (не менее 8 км), бег в коляске на дистанции в зависимости от спортивно-функционального класса, бег с лидером или на тротуаре с умеренной интенсивностью;

Предлагаемые тесты подбираются от возраста, а так же физической подготовленности занимающихся. Во время проведения тестирования обеспечиваются необходимые меры техники безопасности и сохранения здоровья участников.

Одним из простых и доступных методов оценки силовых способностей у лиц с ограничениями в состоянии здоровья является кистевая динамометрия.

Кистевая динамометрия – измерение силы мышц-сгибателей пальцев.

Методика выполнения. Динамометрия кисти выглядит как одномоментное максимальное воздействие на прибор мышечных волокон. Для определения абсолютного показателя силы мышц-сгибателей кисти испытуемый в положении стоя отводит вытянутую руку с динамометром (подвижной частью к пальцам) под прямым углом к туловищу (на уровне плеча). Вторая, свободная рука, опущена и расслаблена. По сигналу экспериментатора испытуемый дважды выполняет максимальное усилие на динамометре (максимально его сжимает) на каждой руке. Фиксируется лучший результат.

Оценка. Разработаны различные шкалы оценки показателей динамометрии. Существуют усредненные величины результатов динамометрии, которые принимаются за норму. Сила правой кисти (если человек правша) составляет у мужчин в среднем 35-50 кг, у женщин – 25- 33 кг. Сила левой кисти обычно на 5-10 кг меньше. Возрастные показатели силы мышц кисти правой руки представлены в таблице 19.

Таблица 19

Возрастные показатели силы мышц кисти правой руки

| Возраст (в г.) | Сила мышц кисти правой руки (в кг) | |
|----------------|------------------------------------|---------|
| | Мальчики | Девочки |
| 3 | 4 | 3,8 |
| 4 | 5,1 | 4,6 |
| 5 | 6,8 | 6,1 |
| 6 | 7,7 | 6,9 |
| 7 | 9,3 | 8,6 |
| 8 | 11,1 | 9,5 |
| 10 | 14,7 | 11,8 |
| 12 | 18,4 | 15,7 |
| 14 | 26,5 | 23,5 |
| 17 | 40,3 | 27,3 |

Силовой индекс позволяет оценить уровень здоровья рассчитывается по формуле:

Силовой индекс (%) = Мышечная сила ведущей кисти (кг) / Вес тела (кг) * 100.

Оценка представлена в таблице 20.

Таблица 20

Оценка уровня физического здоровья по силовому индексу

| уровень | низкий | ниже среднего | средний | выше среднего | высокий |
|---------|------------|---------------|-----------|---------------|--------------|
| мужчины | 60 и менее | 61 – 65 % | 66 – 70 % | 71 – 80 % | 81 % и более |
| женщины | менее 40 | 41 – 50 % | 51 – 55 % | 56 – 60 % | 61 % и более |

2.6.4 Мануальное мышечное тестирование

Мануальное мышечное тестирование (ММТ) – ручной метод диагностики активности миотатического рефлекса мышцы в процессе выполняемой ею изометрической нагрузки (рефлекса движения). Цель – оценить адаптационные возможности мышцы в процессе движения посредством анализа возможности поддержания активности рефлекса не только в покое, но и при наличии выполняемой изометрической нагрузки. Подготовка к тестированию имеет несколько пунктов: исходное поло-

жение испытуемого (его тела и тестируемой конечности); исходное положение специалиста, место контакта; направление движения. Исходное положение испытуемого: сидя, стоя или лежа, в паттерне ходьбы и других провокационных пробах, дыхание свободное. Исходное положение специалиста: одной рукой (или телом) стабилизируется одно место прикрепления тестируемой мышцы, другой рукой проводится тестирование. Исходное положение тестируемого сегмента опорно-двигательного аппарата испытуемого: придание положения тестируемой мышце такое, чтобы её места начала и прикрепления сближались и находились по линии сокращения мышечных волокон. При этом, одно место прикрепления мышцы стабилизировано рукой или телом специалиста, в то время как рядом с другим местом её прикрепления находится кисть тестируемой руки специалиста. Для того, чтобы уменьшить влияние мышц синергистов необходимо контролировать сохранение нейтрального положения других суставов.

Методика выполнения. Методика мануально-мышечного тестирования предполагает для каждой мышцы или мышечной группы определение специфического движения, которое называется «тестовым движением».

По команде специалиста, испытуемый оказывает давление против адекватного сопротивления руки или туловища специалиста (рука специалиста – барьер для движения) в направлении сближения места её прикрепления. Таким образом, выполняется изометрическое сокращение только исследуемой мышцы, без активации синергистов. Тестирование должно проводиться весом тела, а не за счет силы мышц кистей рук и предплечий. Сила, прилагаемая при выполнении мышечного теста, зависит от относительной силы и состояния здоровья спортсмена. Через 2,5–3 сек, почувствовав, что испытуемый совершает давление на его руку в правильном направлении, специалист командует увеличить силу сопротивления движению, атлет пытается увеличить силу изометрического напряжения; а специалист оценивает его способность к увеличению сопротивления. В этот момент диагностируется возможность адекватности возрастания мышечного тонуса соответственно предъявляемой изометрической нагрузке. Не упуская выполненное изометрическое сокращение необходимо произвести кратковременное пассивное растяжение мышцы, против сопротивления спортсмена (активизируя возникновение миотатического рефлекса – рефлекса на растяжение).

Растяжение мышцы осуществляется быстро аналогично растяжению сухожилия при ударе неврологического молоточка. Последовательность диагностики рефлекторных реакции различных групп мышц: дельтовидная мышца и мышцы плечевого пояса; сгибатели и разгибатели плеча; сгибатели предплечья; разгибатели предплечья; сгибатели кисти; разгибатели кисти, сгибатели бедра; разгибатели голени; разгибатели стопы; сгибатели стопы; разгибатели бедра; сгибатели бедра; мышцы спины; мышцы брюшного пресса.

Оценка. Варианты рефлекторной реакции мышцы на проводимое исследование: А) нормотоничность, нормальная активность рефлекса; Б) гипотоничность, гипорефлексия; В) гипертоничность, гиперрефлексия.

Так же оценка проводится по шестиразрядной международной системе:

0 баллов – отсутствие признаков напряжения при попытке произвольного движения;

1 балл – отсутствие напряжения мышц при попытке произвольного движения;

2 балла – выполнение движения в полном объеме в условиях разгрузки (пассивное движение);

3 балла – выполнение движения в полном объеме в условиях действия силы тяжести части тела, которая тестируется;

4 балла – выполнение движения в полном объеме в условиях действия силы тяжести части тела, которая тестируется, и умеренного противодействия;

5 баллов – выполнение движения в полном объеме в условиях действия силы тяжести части тела, которая тестируется, максимальным противодействием;

Общая максимальная оценка силы ног составляет 80 баллов, рук – 140 баллов.

Пробы Мингаццини-Барре используются для выявления слабости мышц конечностей.

Методика выполнения и оценка. Верхняя проба: инвалиду предлагаю вытянуть руки вперед. Рука со стороны пареза опускается быстрее, чем здоровая. Нижняя проба: инвалид, лежа на спине, сгибает ноги в коленях под тупым углом, при этом со стороны пареза нога опускается быстрее.

Выбор методов и критерии врачебно-педагогического контроля во многом зависит от клинического состояния, формы заболевания, выраженности патологической симптоматики, степени нарушения основных жизнеобеспечивающих систем организма и других критериев, в целом определяющих тактику занятий АФК и, соответственно требующих объективного контроля. Применение физиологических методов оценки функционального состояния организма занимающегося и как результат, достижение определенного уровня социальной адаптации.

Контрольные вопросы

1. Опишите особенности проведения опроса. Сбор анамнеза.
2. Дайте краткую характеристику исследованию показателей физического развития.
3. Дайте краткую характеристику исследованию функционального состояния кардиореспираторной системы.
4. Дайте краткую характеристику оценке функционального состояния нервно-мышечного аппарата.
5. Дайте краткую характеристику исследованию функционального состояния вегетативной нервной системы.
6. Дайте краткую характеристику оценке функционального состояния опорно-двигательного аппарата.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Неуклонный рост числа людей с инвалидностью во всем мире актуализирует применение средств адаптивной физической культуры и спорта для этой категории населения. Отсутствие необходимого уровня физической активности является одним из факторов, влияющих на качество и уровень продолжительности их жизни.

В последние годы мы наблюдаем динамичное развитие адаптивного спорта в Казахстане. Об этом свидетельствуют мировые достижения наших паралимпийских спортсменов, благодаря которым в области спорта высших достижений по формированию правового пространства Казахстан сделал значительные шаги. Спортсменам обеспечены равные права и возможности в реализации тренировочного и соревновательных процессов, включая подготовку и участие в крупнейших международных соревнованиях – Паралимпийских, Сурдлимпийских и Специальных Олимпийских играх, чемпионатах и первенствах мира, Европы и Азии.

Однако, несмотря на это продвижение, необходимо констатировать, что мы находимся в самом начале пути поистине массового внедрения адаптивной физической культуры и спорта в жизнь людей с инвалидностью.

Увеличение числа государственных и общественных организаций, занимающихся проблемами людей с инвалидностью свидетельствует о том, что общество начинает понимать необходимость развития и внедрения в жизнь адаптивной физической культуры.

В Казахстане в среде специалистов физической культуры, и особенно в массовом сознании, адаптивную физическую культуру до сих пор отождествляют с лечебной физической культурой, которая применяется исключительно в реабилитационных центрах.

Данное учебное пособие базируется на фундаментальных научных и прикладных трудах зарубежных коллег и раскрывает понятие об адаптивной физической культуре, как средство не только для лечения и профилактики конкретных болезней, а как средство, направленное на максимальное развитие жизнеспособности человека, его адаптации к состоянию инвалидности и полноценной жизни.

В связи с актуализацией инклюзивного образования в Казахстане, педагоги образовательных учреждений в абсолютном большинстве

своим указывают на потребность в учебно-методических материалах и практических руководствах по проведению адаптивной физической культуры с примерами постановки и решения конкретных задач учебного процесса, с предоставлением рекомендуемых средств и методов. На сегодняшний день отсутствуют учебно-методические и практические материалы, централизованно рекомендуемые для использования в массовой практике физического воспитания детей с особыми образовательными потребностями.

Включение в систему высшего образования Казахстана адаптивной физической культуры в качестве элективного курса дает возможность студентам расширить свои знания в этой области. Учебное пособие «Адаптивная физическая культура и спорт» является первым казахстанским учебным изданием, составленное на государственном и русском языках, что тем самым актуализирует его применение.

Большая работа предстоит в дальнейшем развитии и внедрении в практику рассмотренных видов адаптивной физической культуры. Необходимо значительно расширить представление об этом виде социальной активности как у людей с инвалидностью, так и у широких слоев населения. Тем самым, это безусловно, будет способствовать повышению уровня качества жизни каждого человека нашей страны.

ГЛОССАРИЙ

| | |
|---------------------------------------|--|
| АНТРОПОМЕ-ТРИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ | графическое изображение результатов оценки показателей физического развития по стандартам. |
| АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ СТАНДАРТЫ | средние величины признаков физического развития, полученные путем статистической обработки большого количества измерений лиц одного пола, возраста, рода деятельности. |
| АНТРОПОМЕТРИЯ | совокупность методов и приемов измерения человеческого тела. |
| ВЫНОСЛИВОСТЬ | способность противостоять утомлению; включает мышечную и кардиореспираторную выносливость. |
| ДИАГНОСТИКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ | краткое заключение о состоянии здоровья занимающегося по результатам врачебного контроля после диспансеризации. |
| ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМЫЕ УМЕНИЯ | естественные формы проявления двигательной активности в ходьбе, передвижении на лыжах, плавании, метании предметов и т.д., обеспечивающие целенаправленную активную деятельность человека в природной среде. |
| КОНСТИТУЦИЯ | совокупность функциональных и морфологических особенностей организма, сложившихся на основе наследственных и приобретенных свойств организма. |
| КРИТЕРИЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ | сравнительная оценка физического развития индивида с помощью средних величин, зафиксированных у близких по возрасту, полу, социальному составу людей. |
| МЕТОДИКА ТРЕНИРОВКИ | система методов, методических приемов, упражнений, направленных на достижение наибольшего эффекта в процессе спортивного совершенствования. |
| ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ | процесс получения информации о физическом состоянии занимающихся физкультурой и спортом с целью повышения эффективности учебно-тренировочного процесса. |
| АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ | степень выраженности антропометрических признаков: <ul style="list-style-type: none"> • соматометрические – длина и масса тела, диаметры, окружности (грудной клетки и др.); • физиометрические показатели – жизненная емкость легких, ручная и стационарная динамометрия и др.; |

| | |
|--------------------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • соматоскопические – состояние опорно-двигательного аппарата (форма грудной клетки, позвоночника, ног, спины, развитие мускулатуры), степень жировых отложений и др. |
| ДИНАМОМЕТРИЯ | метод измерения силы сокращения различных мышечных групп. |
| ДИНАМИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ | мышечное сокращение, вызывающее движение сустава. |
| ТЕХНИКА ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ | способы выполнения двигательных действий, с помощью которых двигательная задача решается с большей эффективностью. |
| КОНТРАКТУРА | стойкое ограничение движений в суставе. |
| ЛАКТАТ (молочная кислота) | побочный продукт окисления глюкозы при недостаточном снабжении мышц кислородом. |
| МЕТАБОЛИЗМ | <p>– (изменение, превращение) – обмен веществ в организме, совокупность процессов анаболизма;</p> <p>– создания и превращения живой материи, и катаболизма – процессов распада тканевых, клеточных структур и сложных соединений для энергетического и пластического обеспечения процессов жизнедеятельности. В более узком смысле метаболизм;</p> <p>– это промежуточные превращения определенных веществ (белков, жиров, углеводов и др.) внутри клеток с момента их поступления до образования конечных продуктов обмена веществ.</p> |
| ПУЛЬС | толчкообразные колебания стенки кровеносных сосудов, вызываемые движением крови, выбрасываемой в сосуды левым желудочком сердца при его сокращении (систоле). |
| РЕАБИЛИТАЦИЯ | комплекс медицинских, общественных и государственных мероприятий с целью максимально возможной компенсации (или восстановления) нарушенных или утраченных функций организма, а также социальной адаптации больных и инвалидов; в спорте – восстановление спортивной работоспособности. |
| СРОЧНАЯ АДАПТАЦИЯ | ответ организма на однократное воздействие физической нагрузки. |
| ТРЕМОР | дрожание. |

| | |
|---|--|
| ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ШОК | грозный симптомо комплекс, возникающий при тяжелых травмах, сопровождается критическим снижением кровотока, нарушением кровообращения, дыхания, обмена веществ. |
| АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА (АФК) | часть физической культуры для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья функций опорно-двигательного аппарата, зрения, интеллекта, слуха и других функций, содержащая в себе комплекс эффективных средств их физической реабилитации, социальной адаптации и интеграции. |
| АДАПТИВНЫЙ СПОРТ (СПОРТ ИНВАЛИДОВ) | вид адаптивной физической культуры, удовлетворяющий потребности личности в самоактуализации, в максимально возможной самореализации своих способностей, сопоставлении их со способностями других людей; потребности в коммуникативной деятельности и в социализации. |
| ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ | восстановление (в том числе коррекция и компенсация) нарушенных или временно утраченных функций организма человека и способностей к общественной и профессиональной деятельности инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья с использованием средств и методов адаптивной физической культуры и адаптивного спорта, которые направлены на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья, в том числе Паралимпийских игр, Сурдлимпийских игр и Всемирных специальных олимпийских игр. |
| ПАРАЛИМПИЙСКИЕ ИГРЫ | высший международный спортивный форум спортсменов с ограниченными возможностями функций опорно-двигательного аппарата, зрения и интеллекта, которых представляют национальные паралимпийские комитеты, признанные Международным паралимпийским комитетом. |
| СУРДЛИМПИЙСКИЕ ИГРЫ | высший международный спортивный форум спортсменов с нарушением слуха, которых представляют национальные паралимпийские комитеты, признанные Международным паралимпийским комитетом. |

| | |
|---|--|
| ВСЕМИРНЫЕ СПЕЦИАЛЬНЫЕ ОЛИМПИЙСКИЕ ИГРЫ | международные соревнования среди людей с проблемами в психо-интеллектуальном развитии. |
| ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ | Термином «церебральные параличи» объединяются синдромы, возникшие в результате повреждения мозга на ранних этапах онтогенеза и проявляющиеся неспособностью сохранять нормальную позу и выполнять произвольные движения. |
| ПАРАЛИЧ | Полное отсутствие активных движений. |
| ПАРЕЗ | Ограничение же движений или ослабление силы их. |
| МОНОПЛЕГИЯ | Отсутствие движений в одной конечности или в отдельной группе мышц. |
| ГЕМИПЛЕГИЯ | Отсутствие движений в мышцах половины лица, туловища и конечностей на одной стороне. |
| ПАРАПЛЕГИЯ (ДИПЛЕГИЯ) | Отсутствие движений в мышцах верхних или нижних конечностей. |
| ТЕТРАПЛЕГИЯ (КВАДРИПЛЕГИЯ) | Отсутствие движений во всех конечностях. |
| ГИПЕРКИНЕЗЫ | Автоматические насильственные движения. |
| АТЕТОЗ | Медленные судорожные, так называемые «червеобразные», движения пальцев. |
| НЕЙРОСЕНСОРНОЕ НАРУШЕНИЕ СЛУХА | Потеря чувствительности спирального органа улитки внутреннего уха или нарушений в работе слуховых нервов. |
| СЛАБОСЛЫШАЩИЕ (ТУГОУХИЕ) | Дети с частичной слуховой недостаточностью, затрудняющей речевое развитие, но с сохранной способностью к самостоятельному накоплению речевого запаса при помощи остаточного слуха. |
| КОХЛЕАРНЫЙ-ИМПЛАНТАТ | Медицинский прибор, протез, позволяющий компенсировать потерю слуха некоторым пациентам с выраженной или тяжелой степенью нейросенсорной (сенсоневральной) тугоухости. |
| БЕЗРЕЧЕВЫЕ ДЕТИ | Характеризуется отсутствием речи. |
| ДЕТСКИЙ АУТИЗМ | Общее расстройство развития, определяется наличием аномального или нарушенного развития, которое проявляется в возрасте до трех лет, и аномальным функцио- |

| | |
|-------------------------------|--|
| | нированием во всех трех сферах социального общения и ограниченного, повторяющегося поведения. |
| АТИПИЧНЫЙ АУТИЗМ | Тип общего расстройства развития, который отличается от аутизма либо возрастом начала, либо отсутствием хотя бы одного из трех диагностических критериев. |
| АСТИГМАТИЗМ | Аномалия рефракции, при которой преломляющая сила оптической системы глаза отличается в различных меридианах, вследствие чего лучи, исходящие из любой точки пространства, не дают на сетчатке точечного фокусного изображения. |
| ДАЛЬТОНИЗМ | Цветовая слепота, – наследственная, реже приобретённая, особенность зрения человека и приматов, выражающаяся в сниженной способности или полной неспособности различать все или некоторые цвета. |
| РЕТИНОПАТИЯ | Поражение сетчатой оболочки глазного яблока любого происхождения. Основной причиной являются сосудистые нарушения, которые приводят к расстройству кровоснабжения сетчатки. |
| СЛЕПОТА | Патологическое состояние, при котором острота зрения резко снижена или полностью отсутствует. |
| АЛАЛИЯ. «СЛУ-ХОНЕМОТА» | отсутствие или недоразвитие речи у детей при нормальном слухе и сохранении возможности умственного развития. Чаще всего причинами А. являются повреждения речевых зон коры головного мозга во время родов, кровоизлияния или травмы, перенесенные ребенком до наступления сенситивного периода для развития речи. |
| АМНЕЗИЯ | Полная или частичная потеря памяти. |
| АМПУТАЦИЯ | Отсечение (полное или частичное) конечности (верхней или нижней). А. выполняется хирургически в результате полученных травм или при заболеваниях, связанных с резким нарушением кровообращения. Обычно А. выполняют в пределах сегмента конечности: верхней, средней или нижней трети – бедра, голени, плеча или предплечья. |
| АНАМНЕЗ | История жизни, совокупность сведений о пациенте, общих с ним самим или знающими его людьми. Один из важнейших методов исследования, позволяющий построить оптимальный режим жизнедеятельности, сделать прогноз состояния здоровья и поставить диагноз. |

| | |
|------------------------------|--|
| | Различают А. общий (возраст, пол, национальность и др.), образа жизни (условия быта, семейное положение, профессия, двигательная активность, питание и т.д.), медицинский (условия внутриутробного развития, наследственные предпосылки, перенесенные заболевания и др.), спортивный (для спортсменов) и т.д. |
| АНАЭРОБНЫЙ | Процесс, протекающий без участия кислорода. |
| АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ | Давление крови на стенки артерий. Зависит от силы сокращений сердца, эластичности сосудов, вязкости крови и др. факторов. Различают А. д. систолическое (максимальное, верхнее) и диастолическое (минимальное, нижнее). Нормальным считают А. д. в пределах 100–139/60–89 мм рт. ст. Более высокие значения определяют, как гипертонию, низкие – как гипотонию. При здоровом образе жизни с возрастом А. д. не меняется. |
| АСТИГМАТИЗМ ГЛАЗА | Сочетание в одном глазу различных видов или различных степеней рефракций. Имеет роговичное происхождение, связанное с нарушением преломляющей силы различных участков роговицы. |
| АТЕТОЗ | Медленные волнообразные движения пальцев, кисти, туловища (когда человек как бы скручивается при ходьбе). А., как правило, является следствием поражения подкорковых узлов головного мозга. |
| АТРОФИЯ | Снижение функции и уменьшение массы и объема органа или ткани, связанное с длительным неактивным состоянием, снижением кровоснабжения, нарушением связи органа с ЦНС и др. В основе лежат снижение активности ДНК в ткани, ведущее к подавлению процессов синтеза белка и нарушения в ней метаболизма. |
| АУТИЗМ | Форма нарушения контактов личности с окружающим миром, ухода от реальности в мир собственных переживаний, где мышление подчинено аффективным потребностям, а произвольное поведение нарушено. |
| АУТОГЕННАЯ ТРЕНИРОВКА | Психотерапевтический метод воздействия, основанный на приемах самовнушения, элементах медитации и релаксации. |
| АФАЗИЯ | Нарушение речи, возникающее при локальных поражениях коры левого полушария мозга (у правойшей) и представляющее собой системное расстройство различных |

| | |
|---|--|
| | проявлений речи. Может возникать как при травме мозга, так и в результате нарушений мозгового кровообращения (при инсульте). |
| АЦИДОЗ | Повышение кислотности внутренней среды организма с нарушением кислотно-щелочного равновесия; сопровождается возрастанием количества свободных радикалов с повышением напряженности физиологических процессов. |
| ВНУШЕНИЕ | Процесс вербального (речевого) или невербального эмоционально окрашенного воздействия на психику человека с целью создания у него определенной установки на фоне снижения осознанности восприятия содержания внушаемого материала. Путем В. могут быть вызваны ощущения, представления, волевые побуждения и вегетосоматические реакции. |
| ГУМОРАЛЬНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ | Регуляция функций организма или отдельного органа или ткани при участии различных химических веществ (медиаторов, гормонов, метаболитов и других биологически активных веществ), содержащихся в жидких средах организма (в крови, лимфе, межтканевой жидкости и др.). |
| ДАЛЬНОЗОР-КОСТЬ (ГИПЕР-МЕТРОПИЯ) | Нарушение свойств рефракции глаза, при котором изображение близкорасположенных предметов фокусируется за сетчаткой. |
| ДАЛЬТОНИЗМ | Врожденное отклонение от нормального цветового зрения, заключающееся в неспособности различать некоторые цвета, чаще всего красный и зеленый. Д. является противопоказанием к определенным видам профессиональной деятельности, в частности для работы на транспорте. |
| ДЕБИЛЬНОСТЬ | Начальная степень психического и интеллектуального недоразвития (IQ = 50–70). |
| ДЕТИ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В ПСИХИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ | Дети с сенсорными нарушениями (зрения, слуха), поражениями ЦНС (умственная отсталость, задержка психического развития, двигательные нарушения, нарушения речи) или с сочетаниями различных нарушений. |
| ДИСТРОФИЯ | Нарушение обменных процессов в сторону преобладания какой-либо стороны обмена (жирового, белкового или др.) с накоплением в организме или ткани (органе) соответствующих промежуточных продуктов. |

| | |
|---------------------------------------|--|
| ЖИЗНЕННАЯ ЕМКОСТЬ ЛЕГКИХ (ЖЕЛ) | Максимальный объем воздуха, который можно выдохнуть после максимального вдоха. |
| ЖИЗНЕННЫЙ ТОНУС | Эмоциональное отношение, интерес к жизни, проявляющиеся в активности участия в ней индивида. |
| ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ | Особый вид нарушения психического развития ребенка, при котором, в отличие от олигофрении, отмечается частичное недоразвитие высших психических функций, носящее временный характер и преодолеваемое в детском или подростковом возрасте. |
| ЗАДЕРЖКА РАЗВИТИЯ | Синдром незрелости (соответствие более раннему возрасту) психических и психомоторных функций под влиянием тех или иных неблагоприятных факторов наследственного характера или образа жизни. |
| ЗРЕЛОСТЬ (ВЗРОСЛОСТЬ) | Наиболее продолжительный период онтогенеза, характеризующийся достижением наивысшего развития духовных, интеллектуальных и физических возможностей человеческой личности. |
| ИМБЕЦИЛЬНОСТЬ | Выраженное психическое недоразвитие (IQ = 20—50). Словарный запас достигает 200—300 слов. Развитие моторики задержано, но больные способны к обучению элементарным операциям. |
| ИШЕМИЯ | Резкое уменьшение кровоснабжения участка тела или ткани, органа вследствие ослабления или прекращения кровотока в соответствующих артериальных сосудах. |
| КОРРЕКЦИОННАЯ ФУНКЦИЯ АФК | Целенаправленное использование физических упражнений для коррекции соматопсихологических нарушений у инвалидов. Корректируются, в частности, телосложение, осанка, двигательные действия, психические и психомоторные качества, психическое состояние и поведение. |
| КОСНОЯЗЫЧИЕ | Расстройство речи, проявляющееся в неправильном произношении отдельных звуков или в недостаточном словарном запасе. |
| КОСОГЛАЗИЕ (СТРАБИЗМ) | Отклонение зрительной линии одного глаза от совместной точки фиксации. |
| КОСОЛАПОСТЬ | Деформация стопы с ее супинацией, подошвенным сгибанием и приведением. |

| | |
|---|--|
| КУМУЛЯЦИЯ | Накопление (суммирование) повторных доз (концентраций) вредных веществ или последствий физиологических процессов с постепенным переходом ткани или организма в новое качественное состояние. |
| ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА (ЛФК) | Медико-педагогическая дисциплина, изучающая возможности использования физических упражнений для профилактики обострения и лечения различных заболеваний и повреждений и восстановления трудоспособности. |
| ЛОГОПЕДИЯ | Отрасль специальной педагогики, изучающая принципы и методы предупреждения и преодоления недостатков речи. |
| МЕТЕОЛАБИЛЬНОСТЬ | Повышенная чувствительность организма к изменениям климата и погоды, чаще наблюдаемая у лиц с хроническими заболеваниями, при переутомлении. |
| НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПИТАНИЯ | Несоответствие физиологической ценности пищи (по содержанию основных пищевых веществ и энергетической их стоимости) индивидуально-типологическим особенностям и образу жизни данного человека. |
| ОСТЕОХОНДРОЗ | Комплекс изменений в костной и хрящевой ткани позвоночника дегенеративного характера. |
| ОСТРОЕ РЕСПИРАТОРНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ (ОРЗ) | Общее название инфекционных преимущественно вирусных заболеваний, характеризующихся воспалением слизистой дыхательных путей, повышением температуры, умеренной интоксикацией и др. симптомами. |
| ПАРАНОЯ | Психическое заболевание, характеризующееся навязчивыми систематизированными бредовыми идеями и маниями, овладевающими сознанием больного и обуславливающими его поведение. Является разновидностью шизофрении. |
| ПРОТЕЗИРОВАНИЕ | Замещение утраченных или резко функционально нарушенных органов или частей тела с помощью протезов. |
| РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ | Физиологически полноценное питание человека с учетом его индивидуально-типологических качеств (пола, возраста, преобладающего типа нервной регуляции и т.д.), климатических условий, трудовой деятельности и др. |

| | |
|------------------------------|---|
| РЕБЕФИНГ | Дыхательная методика психологической коррекции, самоисследования и духовной трансформации (Л. Орт и С. Рэй). Р. заключается в применении интенсивного дыхания для индуцирования измененного состояния сознания и изменения внутренних установок. |
| РЕВМАТИЗМ | Инфекционно-аллергическое заболевание соединительной ткани с поражением преимущественно сердца (ревмокардиты) и суставов (ревматоидные артриты). |
| СИНДРОМ | Сочетание нарушений в определенной системе организма (симптомов), возникающее в результате воздействия патогенного фактора, объединенных единым механизмом развития. |
| СЛАБОУМИЕ (ДЕМЕНЦИЯ) | Стойкое снижение психической деятельности с ослаблением познавательных процессов, обеднением эмоций и нарушением поведения. |
| ТРАВМА ПСИХИЧЕСКАЯ | Психогенное расстройство психического состояния и поведения человека при переживании им экстремальных ситуаций (несчастье, насилие, катастрофа и др.). |
| ТРАВМА | Нарушение структурной целостности тканей или органов с ограничением или прекращением их функций. |
| УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ | Стойкое необратимое, обусловленное недостаточностью ЦНС нарушение психического развития, в первую очередь интеллектуального. |
| УРОДСТВО | Тяжелый порок телесного развития, обезображивающий внешний облик человека и иногда несовместимый с жизнью. |
| ФИЗКУЛЬТ-МИНУТКА | Кратковременные перерывы в работе (учебе) для проведения комплекса упражнений (преимущественно физических), направленных на предупреждение выраженного утомления и устранение неблагоприятных для здоровья последствий трудовой (учебной) деятельности. Обычно проводится примерно каждые 1,5–2 часа в течение 2–3 минут. |
| ШИЗОФРЕНИЯ | Психическое заболевание с непрерывным или приступообразным течением, проявляющееся в резких изменениях личности и без своевременного и эффективного лечения приводящее к нарушению психической деятельности, извращению черт личности, нарушению адаптации к социальным условиям, потере трудоспособности и т.д. |

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

РАЗДЕЛ I. МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ РАЗВИТИЯ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

Глава 1. История и современное состояние адаптивной физической культуры

1.1 История развития адаптивной физической культуры

Тестовые задания к п. 1.1

- 1) В 1948 г. Л. Гутман провёл соревнования в Сток-Мандевилле
 - A) для спортсменов с дефектами слуха
 - B) для спортсменов с дефектами зрения
 - C) & для спортсменов с нарушениями функций спинного мозга
 - D) для спортсменов с дефектами речи
 - E) для спортсменов с нарушениями интеллекта

- 2) I-ые международные соревнования для спортсменов с нарушениями опорно-двигательного аппарата
 - A) Специальные Олимпийские игры
 - B) Объединённые Игры
 - C) & Сток-Мандевильские игры
 - D) Олимпийские Игры
 - E) Всемирные Тихие Игры

- 3) Основатель международного спортивного движения инвалидов
 - A) Пьер де Кубертен
 - B) Х.А. Самаранч
 - C) & Л. Гутман
 - D) Викелас
 - E) Юнис Кеннеди-Шрайвер

- 4) Период становления коррекционного физического воспитания
 - A) XVII-XVIII вв.
 - B) XVIII в.
 - C) & XIX-XX вв.
 - D) XX-XXI вв.
 - E) XVI-XVII вв.

5) Автором первого учебника по теории и организации адаптивной физической культуры является профессор...

- A) & Евсеев С.П.
- B) Бирюков А.А.
- C) Лубышева Л.И.
- D) Чесноков Н.Н.
- E) Викелас

1.2 Современное состояние адаптивной физической культуры за рубежом

Тестовые задания к п. 1.2

1) Курирующая АФК и адаптивный спорт организация в Англии

- A) Australian Athletes with a Disability Limited
- B) Irish Sports Council
- C) Tianjin Sport Institution
- D) & English Federation of Disability Sport
- E) National Sports Festival of Japan

2) Ведущая организация в области АФК и адаптивного спорта в Австралии

- A) & Australian Athletes with a Disability Limited
- B) Irish Sports Council
- C) Tianjin Sport Institution
- D) English Federation of Disability Sport
- E) National Sports Festival of Japan

3) Курирующая АФК и адаптивный спорт организация в Японии

- A) Australian Athletes with a Disability Limited
- B) Irish Sports Council
- C) Tianjin Sport Institution
- D) & Japanese sport association for the disabled persons
- E) National Sports Festival of Japan

4) Ведущая организация в области АФК и адаптивного спорта в Китае

- A) Australian Athletes with a Disability Limited
- B) Irish Sports Council

- C) Tianjin Sport Institution
- D) & China Disabled Persons' Federation
- E) National Sports Festival of Japan

1.3 Адаптивная физическая культура в рамках Всемирной организации Здравоохранения (ВОЗ)

Тестовые задания к п. 1.3

- 1) Какой процент населения в мире имеет инвалидность
- A) & 15%
- B) 7%
- C) 9%
- D) 12%
- E) 11%

Глава 2. Становление и развитие международного олимпийского движения в адаптивном спорте

2.1 Паралимпийский спорт

Тестовые задания к п. 2.1

- 1) Официальная эмблема Паралимпийских Игр являются
- A) пять переплетённых колец синего, жёлтого, чёрного, зелёного и красного цветов
- B) изображения Вестминстерского дворца с часовой башней «Биг-Бен»
- C) & три полусферы красного, синего и зеленого цветов
- D) изображён факел
- E) венок из ветвей оливкового дерева или «котинос»

- 2) Девиз Паралимпийских игр
- A) «Быстрее, выше, сильнее!»
- B) «Зажги огонь внутри»
- C) & «Дух в движении»
- D) «Вдохновляя поколение»
- E) «Быстрее, выше, храбрее!»

- 3) С какого года начали проводить Паралимпийские Игры
- A) 1948
 - B) 1950
 - C) 1955
 - D) & 1960
 - E) 1962
- 4) Основатель международного спортивного движения инвалидов
- A) Пьер де Кубертен
 - B) Х.А. Самаранч
 - C) & Л. Гутман
 - D) Викелас
 - E) Юнис Кеннеди-Шрайвер
- 5) Какое государство в 1980 году отказалось проводить Паралимпийские игры, заявив: «В нашем государстве нет инвалидов»
- A) США
 - B) & СССР
 - C) Германия
 - D) Великобритания
 - E) Франция
- 6) Основатель паралимпийского спорта
- A) Пьер де Кубертен
 - B) Х.А. Самаранч
 - C) & Л. Гутман
 - D) Викелас
 - E) Юнис Кеннеди-Шрайвер

2.2 Сурдлимпийский спорт

Тестовые задания к п. 2.2

- 1) Первые «Олимпийские игры версии для глухих» были проведены
- A) & 1924
 - B) 1925
 - C) 1930
 - D) 1935
 - E) 1920

2) Вид спорта, относящийся к летним Сурдлимпийским играм

- A) & каратэ
- B) хоккей с шайбой
- C) кёрлинг
- D) сноуборд
- E) горнолыжный спорт

3) Вид спорта, относящийся к зимним Сурдлимпийским играм

- A) & кёрлинг
- B) гандбол
- C) таэквондо
- D) бадминтон
- E) стрельба

4) «Равенство через спортивные состязания» – девиз

- A) & Всемирных Тихих Игр
- B) Паралимпийских игр
- C) Специальной Олимпиады
- D) Сток-Мандевильских игры
- E) Олимпийских игр

5) С какого года CISS был признан Международной федерацией глухих с олимпийским положением

- A) 1950
- B) & 1955
- C) 1956
- D) 1957
- E) 1958

2.3 Специальная Олимпиада

Тестовые задания к п. 2.3

1) Основатель международного спортивного движения инвалидов в США

- A) Пьер де Кубертен
- B) Х.А. Самаранч
- C) Л. Гутман

- D) Викелас
- E) & Юнис Кеннеди-Шрайвер

2) «Позволь мне победить, но если я победить не смогу, позволь мне проявить смелость в этой попытке» – клятва

- A) Паралимпийского движения
- B) & Специальной Олимпиады
- C) Всемирных Тихих игр
- D) Сток-Мандевильских игр
- E) Олимпийских игр

3) В каком году Международный олимпийский комитет (МОК) присвоил статус Олимпийских игр международному спортивному движению лиц с нарушением интеллекта

- A) 1980
- B) 1982
- C) 1984
- D) & 1988
- E) 1990

РАЗДЕЛ II. МЕЖДУНАРОДНЫЕ СТАНДАРТЫ И ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

Глава 1. Зарубежные стандарты Страны Запада

Тестовые задания к п. 1.1

1) Проект «Национальные стандарты адаптированного физического воспитания» США разработан с целью повышения квалификации педагогов в этом направлении и включает....

- A) 10 стандартов
- B) 20 стандартов
- C) 25 стандартов
- D) & 15 стандартов
- E) 12 стандартов

2) К основным направлениям EUSAPA относятся:

A) & адаптивная физическая культура в образовании, адаптивные виды спорта и отдыха, адаптивная физическая культура в реабилитации

В) адаптивная физическая культура в науке, адаптивные виды спорта, адаптивная физическая реабилитации

С) адаптивная физическая культура, адаптивные виды спорта, реабилитация

Д) адаптивная физическая культура и реабилитация

Е) адаптивные виды спорта, реабилитация

1.2 Страны СНГ

Тестовые задания к п.п. 1.2

1) Год принятия Межпарламентской Ассамблеей государств-участниц Содружества Независимых Государств (МПА СНГ) модельного закона «О паралимпийском спорте»

А) & 2008 г.

В) 2002 г.

С) 2005 г.

Д) 2001 г.

Е) 2000 г.

2) В каком году Межпарламентской Ассамблеей государств-участниц Содружества Независимых Государств (МПА СНГ) был принят модельный закон «О физической культуре и спорте»

А) & 2009 г.

В) 2002 г.

С) 2005 г.

Д) 2001 г.

Е) 2000 г.

Глава 2. Современное состояние адаптивной физической культуры в Республике Казахстан

2.1 Нормативно-правовые основы адаптивной физической культуры в Казахстане

Тестовые задания к п. 2.1

1) Международный документ «Конвенция ООН о правах инвалидов» ратифицирована Республикой Казахстан в

А) & 2015 г.

- В) 2002 г.
- С) 2005 г.
- Д) 2001 г.
- Е) 2000 г.

2) Год принятия Генеральной Ассамблеи ООН первого специального международного акта по вопросам соблюдения прав личности – «Всеобщая декларация прав человека»

- А) & 1948 г.
- В) 1950 г.
- С) 1970 г.
- Д) 1980 г.
- Е) 1960 г.

3) В каком году Генеральной Ассамблеи ООН была принята «Декларация о правах умственно отсталых лиц»

- А) & 1971 г.
- В) 1959 г.
- С) 1970 г.
- Д) 1980 г.
- Е) 1960 г.

4) «Саламанкская декларация» и «Рамки действий по образованию лиц с особыми потребностями» были приняты

- А) & 1994 г.
- В) 1959 г.
- С) 1970 г.
- Д) 1990 г.
- Е) 1960 г.

2.2 Развитие спорта людей с инвалидностью в Казахстане

Тестовые задания к п. 2.2

- 1) В каком году в Казахстане прошли 1-ые Паралимпийские игры
- А) 1999
 - В) 2000
 - С) 2002

- D) & 2001
- E) 2003

2) Год создания Ассоциации физической культуры и спорта инвалидов Республики Казахстан

- A) & 1991 г.
- B) 2002 г.
- C) 2005 г.
- D) 1999 г.
- E) 1997 г.

3) В каком виде спорта казахстанские спортсмены успешно выступают на паралимпийских играх

- A) настольный теннис
- B) лёгкая атлетика
- C) & плавание
- D) теннис
- E) стрельба из лука

4) Первая золотая медаль на XV-летних Паралимпийских играх РК была завоевана (или получена)

- A) Дмитрий Боландин
- B) Ахметов Ануар
- C) & Зульфия Габидулина
- D) Койшыбаева Раушан
- E) Воробьева Любовь

5) Первая золотая медаль на XII-зимних Паралимпийских играх РК была завоевана (или получена)

- A) Герлиц Александр
- B) Ложкин Сергей
- C) & Александр Колядин
- D) Зульфия Габидулина
- E) Койшыбаева Раушан

6) Серебряная медаль на XV-летних Паралимпийских играх РК была завоевана (или получена)

- A) Герлиц Александр

- В) Ложкин Сергей
- С) Александр Колядин
- Д) Зульфия Габидулина
- Е) & Койшыбаева Раушан

2.3 Физкультурно-спортивные организации для лиц с ограниченными возможностями здоровья

Тестовые задания к п. 2.3

- 1) Курирующая организация паралимпийское движение в Казахстане
 - А) & Национальный Паралимпийский комитет
 - В) Республиканский комитет Special Olympics
 - С) Специализированные детско-юношеские школы олимпийского резерва
 - Д) Координационный Совет по АФК
 - Е) Спортивные школы олимпийского резерва

- 2) Год создания Национального Паралимпийского комитета РК
 - А) 1999 г.
 - В) 2001 г.
 - С) 2005 г.
 - Д) & 2002 г.
 - Е) 2000 г.

- 3) «Ассоциация Федераций Спортивного танца Республики Казахстан» была создана в
 - А) 1999 г.
 - В) 2001 г.
 - С) 2005 г.
 - Д) & 1989 г.
 - Е) 2000 г.

- 4) «Паралимпийская федерация дзюдо» был создан в
 - А) 1999 г.
 - В) 2001 г.
 - С) 2005 г.
 - Д) & 2015 г.
 - Е) 2000 г.

5) «Центр спортивной подготовки для лиц с ограниченными физическими возможностями» был создан в

- А) 1999 г.
- В) 2001 г.
- С) 2005 г.
- Д) & 2014 г.
- Е) 2000 г.

РАЗДЕЛ III. ТЕОРИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

Глава 1. Основные положения, виды адаптивной физической культуры

1.1 Понятие, объект, предмет, цели и задачи адаптивной физической культуры

Тестовые задания к п. 1.1

1) Адаптивная физическая культура – это:

- А) & часть физической культуры предназначенная для людей со стойкими нарушениями функции организма
- В) часть физической культуры предназначенная для людей, ежедневно занимающихся физической культурой и спортом
- С) часть физического воспитания
- Д) часть спортивной подготовки
- Е) досуг инвалидов

2) Объект деятельности в адаптивной физической культуры

- А) & люди с ограниченными функциональными возможностями
- В) пенсионеры
- С) лица, перенесшие травму или операцию
- Д) школьники
- Е) студенты

3) К специфической задаче адаптивной физической культуры относится

- А) оздоровительная
- В) & профилактическая
- С) образовательная

- D) воспитательная
 - E) творческая
- 4) Адаптивная физическая реабилитация – это
- A) физическое образование
 - B) соревновательная деятельность
 - C) & восстановление организма после заболевания, травмы с помощью средств ФК
 - D) развитие физических качеств
 - E) добровольная форма физкультурной деятельности
- 5) Отличие адаптивной физической культуры от физической культуры заключается в
- A) & объекте деятельности
 - B) средствах
 - C) методах
 - D) функциях
 - E) принципах

1.2 Принципы и функции адаптивной физической культуры

Тестовые задания к п. 1.2

- 1) Общеметодические принципы адаптивной физической культуры относятся:
- A) гуманистический, непрерывного физкультурного образования, социализации, интеграции, приоритетная роль микросоциума
 - B) & научности, сознательности и активности, наглядности, прочности
 - C) диагностирования, дифференциации и индивидуализации, коррекционно-развивающий, адекватности, оптимальности, вариативности
 - D) гуманистический, непрерывного физкультурного образования, сознательности и активности
 - E) диагностирования, дифференциации и индивидуализации, интеграции, приоритетная роль микросоциума
- 2) Что не относится к педагогическим функциям адаптивной физической культуры
- A) образовательная
 - B) гедонистическая

- С) развивающая
- Д) лечебно-восстановительная
- Е) & гуманистическая

3) Принцип адекватности в адаптивной физической культуре заключается в

А) & учете тяжести основного дефекта, характера сопутствующих заболеваний и вторичных нарушений, возрастные особенности

В) многообразии содержания и возможностей движения в адаптивной физической культуре

С) учитывать индивидуальные особенности инвалида

Д) осознанное и активное использование физических упражнений в жизни ребенка

Е) обеспечение полноценного физического развития, повышение двигательной активности

4) Принцип коррекционно-развивающей направленности заключается в

А) & обеспечение полноценного физического развития, повышение двигательной активности

В) многообразии содержания и возможностей движения в адаптивной физической культуре

С) осознанное и активное использование физических упражнений в жизни ребенка

Д) поддержание «остаточного» здоровья

Е) учет индивидуальных особенностей инвалида

5) Специфическая педагогическая функция адаптивной физической культуры это

А) образовательная

В) воспитательная

С) творческая

Д) & коррекционно-развивающая

Е) гедоническая

6) Принцип индивидуализации и дифференциации заключается в

А) поддержания «остаточного» здоровья

В) & учет индивидуальных особенностей инвалида, разработка алгоритмов обучения, воспитания, коррекции, развития

С) знание теорий, концепций, основных законов, стратегических идей и тенденций, методологии адаптивной физической культуры

Д) усвоение манер поведения

Е) многообразии содержания и возможностей движения в адаптивной физической культуре

7) Гуманистическая функция адаптивной физической культуры - это

А) & ориентация на личностное развитие

В) закаливание

С) коррекция телосложения

Д) оздоровление организма

Е) активный отдых

8) Принцип социализации в адаптивной физической культуре предусматривает

А) многообразии содержания и возможностей движения в адаптивной физической культуре

В) комплексное использование всех органов чувств и активизацию сохранных функций в процессе выполнения физических упражнений

С) & подготовку к самостоятельной жизни в обществе, активное участие в различных видах полезной деятельности

Д) усвоение манер поведения, общения, установки, привычки в соответствии с представлениями и ценностными ориентациями родителей и близких.

Е) учет основного дефекта

9) Принцип научности в адаптивной физической культуре предполагает

А) поддержание «остаточного» здоровья

В) усвоение манер поведения

С) многообразии содержания и возможностей движения в адаптивной физической культуре

Д) разумно сбалансированные величины психофизической нагрузки, целесообразная стимуляция адаптационных процессов

Е) & знание теорий, концепций, основных законов, стратегических идей и тенденций, методологии адаптивной физической культуры

10) Какие три уровня принципов адаптивной физической культуры разработаны в настоящее время?

А) научности, наглядности, доступности

- Б) & социальные, общеметодические, социально-методические
- В) систематичности, прочности, диагностирования
- Г) социализации, приоритетной роли микросоциума, сознательности

Глава 2. Средства, методы и формы адаптивной физической культуры

2.1 Средства адаптивной физической культуры

Тестовые задания к п. 2.1

- 1) К естественно-средовым факторам относится
 - А) & использование воды, воздушных и солнечных ванн
 - В) спортивный инвентарь
 - С) правила личной гигиены
 - Д) физические упражнения
 - Е) соревновательная деятельность

- 2) Компенсация в АФК – это
 - А) приспособление организма к окружающей среде
 - В) & выполнение функций организма другими (неповреждёнными) органами за счёт физических упражнений и реабилитации
 - С) причинная внутренняя основа, свойственная любой болезни
 - Д) физическое развитие
 - Е) функциональное состояние организма

- 3) К средствам АФК относятся
 - А) & физические упражнения, естественно-средовые, гигиенические факторы
 - В) плавание, режим дня, правила личной гигиены
 - С) туризм, питание, спортивный инвентарь и оборудование
 - Д) правила личной гигиены, физические упражнения
 - Е) спортивный инвентарь и оборудование

2.2 Формы и методы адаптивной физической культуры

Тестовые задания к п. 2.2

- 1) Форма адаптивной физической рекреации:
 - А) внеклассные занятия в секциях по избранному виду спорта

- В) урок физической культуры
 - С) спорт высших достижений
 - Д) занятия в специальных медицинских группах
 - Е) & туристические походы
- 2) Вербальный метод передачи знаний в адаптивной физической культуре
- А) & устная передача информации с помощью объяснения, описания
 - В) передача информации с помощью мимики, жестов
 - С) пальцевая азбука
 - Д) одновременное созвучное произнесение несколькими людьми слов, фраз
 - Е) самостоятельное мысленное проговаривание «про себя» отдельных слов
- 3) Форма занятий физических рекреативных занятий в специальных (коррекционных) школах
- А) & спортивный час
 - В) спортивная секция
 - С) соревнования
 - Д) занятия в семье
 - Е) уроки ф.к.
- 4) Форма занятий рекреационно-оздоровительного спорта
- А) & внеклассные занятия в секциях по избранному виду спорта
 - В) урок физической культуры
 - С) спорт высших достижений
 - Д) специальные медицинские группы
 - Е) туристические походы
- 5) Комплексный метод развития физических качеств в адаптивной физической культуре – это
- А) & игровой метод
 - В) метод максимальных усилий
 - С) равномерный
 - Д) соревновательный
 - Е) интервальный

6) Метод наглядности в адаптивной физической культуре относится

- А) & к методам формирования знаний
- В) к методам обучения двигательных действий
- С) к методам развития физических качеств
- Д) к методам воспитания личности
- Е) к методам развития двигательных способностей

7) Цель неурочных форм занятий в адаптивной физической культуре

- А) & приобщение к доступной спортивной деятельности, интересному досугу, формирование здорового образа жизни
- В) формирование двигательных навыков и умений
- С) закаливание организма
- Д) воспитание морально-волевых качеств
- Е) подготовка к соревнованиям

8) Метод невербальной передачи (неречевой) информации в адаптивной физической культуре

- А) устная передача информации в виде объяснения, описания
- В) & передача информации с помощью мимики, жестов
- С) пальцевая азбука
- Д) одновременное созвучное произнесение несколькими людьми слов, фраз
- Е) самостоятельное мысленное проговаривание «про себя» отдельных слов

9) Основная форма физкультурных занятий в специальных коррекционных школах

- А) физкультурные праздники
- В) спортивные соревнования
- С) & урочная форма занятий
- Д) внеурочная форма занятий
- Е) физкультурно-оздоровительные мероприятия в режиме школьного дня

2.3 Виды адаптивной физической культуры

Тестовые задания к п. 2.3

1) В каком виде адаптивной физической культуры преимущественно реализуется лечебно-восстановительная функция

- A) в адаптивном спорте
- B) в адаптивном физическом воспитании
- C) в адаптивной физической рекреации
- D) & в физической реабилитации
- E) в креативных (художественно-музыкальных) телесно-ориентированных практиках адаптивной физической культуры

2) Компоненты, входящие в структуру адаптивной физической культуры

- A) спорт, физический отдых
- B) физическое воспитание, спорт, физическая реабилитация и рекреация
- C) адаптивный спорт, адаптивная физическая реабилитация
- D) адаптивное физическое воспитание и адаптивная физическая рекреация
- E) & адаптивный спорт, адаптивное физическое воспитание, адаптивная физическая реабилитация, адаптивная физическая рекреация

3) К какому виду адаптивной физической культуры относится задача – рациональная организация отдыха

- A) адаптивное физическое воспитание
- B) адаптивный спорт
- C) & адаптивная физическая рекреация
- D) адаптивная реабилитация
- E) лечебная физическая культура

4) Физическая реабилитация в условиях специальной (коррекционной) школы реализуется в форме

- A) утренней гимнастики
- B) & уроки ЛФК
- C) в спортивной секции
- D) урока ритмики
- E) спортивного часа

5) Педагогический процесс, направленный на формирование жизненно необходимых знаний и умений, развитие физических и психических способностей, лимитированных дефектами, повышение работоспособности и укрепление остаточного здоровья за счет сохранных функций организма называется:

- А) адаптивная физическая культура
- В) & адаптивное физическое воспитание
- С) адаптивный спорт
- Д) физическая рекреация
- Е) двигательная реабилитация

6) К какому виду адаптивной физической культуры относится «туризм»

- А) адаптивное физическое воспитание
- В) лечебная физическая культура
- С) адаптивный спорт
- Д) & адаптивная физическая рекреация
- Е) адаптивная физическая реабилитация

2.4 Адаптивный спорт

Тестовые задания к п. 2.4

1) Вид АФК, удовлетворяющий потребности личности в самоактуализации, в максимально возможной самореализации своих способностей, сопоставлении их со способностями других людей; потребности в коммуникативной деятельности и вообще в социализации

- А) адаптивное физическое воспитание
- В) экстремальные виды двигательной активности
- С) & адаптивный спорт
- Д) адаптивная физическая рекреация
- Е) адаптивная физическая реабилитация

2) Специфическая особенность организации и проведения соревнований в адаптивном спорте

- А) & спортивно-медицинская классификация
- В) тренировочный процесс
- С) состав судейской коллегии и ее обязанности
- Д) регламентация деятельности участников соревнований
- Е) медицинское обеспечение спортивных соревнований

3) Направление адаптивного спорта, предусматривающее спортивную и соревновательную деятельность спортсменов-инвалидов с нарушениями интеллекта

- A) Сурдлимпийское движение
- B) Паралимпийское движение
- C) Олимпийское движение
- D) другие направления адаптивного спорта
- E) & Специальное Олимпийское движение

4) В каком году был образован Международный паралимпийский комитет (IPC)

- A) 1999 г.
- B) 2000 г.
- C) 1980 г.
- D) & 1989 г.
- E) 1986 г.

5) Этап спортивной подготовки, предполагающий привлечение максимально возможного числа инвалидов и лиц с отклонениями в развитии или состоянии здоровья без ограничения возраста к систематическим занятиям адаптивной физической культурой и спортом

- A) высшего спортивного мастерства
- B) спортивного совершенствования
- C) учебно-тренировочный
- D) начальной подготовки
- E) & физкультурно-оздоровительный

6) Какой этап спортивной подготовки формируется из спортсменов, прошедших учебно-тренировочный этап и выполнивших контрольные нормативы с целью пополнения молодежных сборных команд

- A) высшего спортивного мастерства
- B) & спортивного совершенствования
- C) учебно-тренировочный
- D) начальной подготовки
- E) физкультурно-оздоровительный

7) Три основных направления адаптивного спорта

- A) Соревнование, спартакиада, чемпионат

В) лечебная физическая культура, адаптивное физическое воспитание, физическая реабилитация

С) лечебная физическая культура, адаптивное физическое воспитание, адаптивный спорт

Д) & Паралимпийский спорт, Сурдлимпийский спорт, Специальная олимпиада

Е) физическая реабилитация, физическая рекреация, лечебная физическая культура

8) Термин «реабилитация» означает

А) & восстановление

В) приспособление

С) исправление

Д) замещение

Е) развитие

9) Специфическая особенность подготовки и проведения соревнований в адаптивном спорте заключается в:

А) & спортивно-медицинской классификации

В) тренировочном процессе

С) средствах спортивной подготовки

Д) методах спортивной тренировки

Е) материально-технической базе

РАЗДЕЛ IV. ЧАСТНЫЕ МЕТОДИКИ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

Глава 1. Методика адаптивной физической культуры лиц с нарушениями зрения

1.1 Краткая характеристика нарушений зрения

Тестовые задания к п. 1.1

Нарушение зрения могут быть

А) коррекционным

В) остаточным

С) рефлексивным

- D) абсолютная (тотальной) слепота
- E) & врожденными и приобретенными

1.2 Особенности развития ребенка с нарушением зрения

Тестовые задания к п. 1.2

1) Объект изучения тифлопедагогики – лица с нарушениями

- A) & зрения
- B) слуха
- C) речи
- D) интеллекта
- E) опорно-двигательного аппарата

2) Катаракта это...

- A) & помутнение хрусталика глаза
- B) снижение функции зрения
- C) нарушение речи
- D) нарушение интеллекта
- E) нарушение опорно-двигательного аппарата

3) Глаукома это...

- A) & повышение внутриглазного давления
- B) помутнение хрусталика глаза
- C) нарушение речи
- D) нарушение интеллекта
- E) нарушение опорно-двигательного аппарата

1.3 Особенности организации адаптивной физической культуры лиц с нарушениями зрения

Тестовые задания к п. 1.3

1) Физические упражнения, противопоказанные лицам с нарушением зрения

- A) общеразвивающие упражнения в движении
- B) & резкие наклоны, повороты
- C) упражнения на растяжение

- D) плавание
- E) бег

2) К общим задачам адаптивного физического воспитания у детей с нарушением зрения относится

- A) охрана и развитие остаточного зрения
- B) & обучение жизненно важным двигательным умениям, навыкам
- C) развитие и использование сохранных анализаторов
- D) укрепление мышечной системы глаза
- E) бег активизация функций сердечно-сосудистой системы

4) К специальным (коррекционным) задачам АФВ у детей с нарушением зрения относятся:

- A) укрепление здоровья;
- B) & охрана и развитие остаточного зрения
- C) воспитание волевых качеств
- D) обучение жизненно важным двигательным умениям, навыкам
- E) развитие физических качеств: быстроты, силы, ловкости, гибкости, выносливости.

Глава 2. Методика адаптивной физической культуры лиц с нарушением слуха

2.1 Краткая характеристика нарушений слуха

Тестовые задания к п. 2.1

1) В каком году разработан Международный пальцевый алфавит

- A) 1975
- B) 1970
- C) 1965
- D) & 1963
- E) 1980

2) Год принятия международного словаря для глухих «Джестуно» Всемирной федерацией глухих

- A) & 1975
- B) 1970
- C) 1965

- D) 1963
- E) 1980

3) Сколько степени потери слуха по классификации Л.В. Неймана (1977)

- A) & 3 степени
- B) 4 степени
- C) 6 степени
- D) 8 степени
- E) 10 степени

2.2 Особенности развития детей с нарушением слуха

Тестовые задания к п. 2.2

1) Сурдопедагогика изучает особенности лиц с нарушениями

- A) зрения
- B) & слуха
- C) интеллекта
- D) опорно-двигательного аппарата
- E) с нарушениями речи

2) Специфические изменения в физическом развитии, вызываемые нарушениями слуха

- A) увеличение массы тела
- B) нарушение осанки
- C) нарушение вертикальной позы
- D) & нарушение координации движений, равновесия, отклонения в развитии моторной сферы
- E) нарушение опороспособности

2.3 Особенности организации адаптивной физической культуры лиц с нарушениями слуха

Тестовые задания к п. 2.3

1) Какие виды спорта не рекомендуются для инвалидов, имеющих нарушения органов слуха

- A) спортивные игры
- B) & прыжки воду, поднятие тяжестей, бокс

- С) легкая атлетика, кросс
 - Д) бокс, футбол
 - Е) единоборства
- 2) Какой вид спорта противопоказан спортсменам с нарушениями речи
- А) бег по дистанции
 - В) настольный теннис
 - С) & тяжёлая атлетика
 - Д) велоспорт
 - Е) волейбол

Глава 3. Методика адаптивной физической культуры лиц с нарушениями речи

3.1 Краткая характеристика нарушений речи

Тестовые задания к п. 3.1

- 1) К обязательной предпосылке развития детской речи
- А) развитие движений
 - В) наличие в доме книг
 - С) & наличие развивающей речевой среды
 - Д) развитие художественно-творческих способностей
 - Е) наличие в доме музыкальных инструментов
- 2) Под фонетическим нарушением речи у детей понимают
- А) нарушение темпа и ритма речи
 - В) отклонения в развитии связного высказывания
 - С) отклонения в развитии ЦНС
 - Д) & нарушение произношения отдельных звуков, одной или нескольких групп звуков при нормальном физическом слухе
 - Е) нарушение психических процессов
- 3) Специалист, исправляющий нарушения речи у детей и взрослых
- А) педиатр
 - В) травматолог
 - С) психолог
 - Д) невропатолог
 - Е) & логопед

3.2 Особенности развития детей с нарушением речи

Тестовые задания к п. 3.2

1) Детям с нарушением речи присущи некоторые отставания в развитии двигательной сферы, выражающиеся в:

- A) & плохой координацией движений, неуверенностью в выполнении дозированных движений, снижением скорости
- B) недостаточной подвижности суставов
- C) плохой гибкости
- D) трудностях выполнения движения
- E) замедленном темпе выполнения двигательных действий

2) Нарушения устной речи у детей приводят к возникновению нарушений письменной речи. Нарушение письменной речи – ...

- A) дислексия
- B) алалия
- C) дизартрия
- D) & дисграфия
- E) дисплазия

3) Нарушение речи, которое характеризуется частым повторением или пролонгацией звуков или слогов, или слов; или частыми остановками или нерешительностью в речи, разрывающей её ритмическое течение

- A) дислексия
- B) алалия
- C) дизартрия
- D) & заикание
- E) афазия

3.3 Особенности организации адаптивной физической культуры лиц с нарушениями речи

Тестовые задания к п. 3.3

1) Метод невербальной передачи (неречевой) информации в адаптивной физической культуре

- A) устная передача информации в виде объяснения, описания
- B) & передача информации с помощью мимики, жестов
- C) пальцевая азбука

- D) одновременное созвучное произнесение несколькими людьми слов, фраз
- E) самостоятельное мысленное проговаривание «про себя» отдельных слов

2) К средствам коррекционного воздействия, используемых в физкультурно-оздоровительных занятиях с дошкольниками, имеющими нарушения речи, относятся:

- A) & упражнения на коррекцию и развитие отдельных компонентов в структуре координационных способностей
- B) упражнения на развитие функции дыхания
- C) упражнения и игры на нормализацию психоэмоционального состояния
- D) упражнения на профилактику и коррекцию нарушений опорно-двигательного аппарата
- E) упражнения на развитие физических качеств

Глава 4. Методика адаптивной физической культуры лиц, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата

4.1 Краткая характеристика нарушений опорно-двигательного аппарата

Тестовые задания к п. 4.1

- 1) Заболевание, объединяющее группу двигательных расстройств, возникающих вследствие повреждения различных мозговых структур в перинатальном периоде
 - A) & детский церебральный паралич
 - B) иммунные болезни
 - C) системные поражения соединительной ткани
 - D) аутизм
 - E) хромосомные нарушения

4.2 Особенности развития детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Тестовые задания к п. 4.2

- 1) Паралич – это
 - A) ограничение движений или ослабление их силы

- В) & полное отсутствие активных движений
- С) недоразвитие опорно-двигательного аппарата
- Д) деформация позвоночника
- Е) недоразвитие нижних конечностей.

2) Парез – это

- А) & ограничение движений или ослабление их силы
- В) полное отсутствие активных движений
- С) недоразвитие опорно-двигательного аппарата
- Д) деформация позвоночника
- Е) недоразвитие нижних конечностей

4.3 Особенности организации адаптивной физической культуры лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Тестовые задания к п. 4.3

- 1) Паралимпийские игры предназначены для спортсменов с нарушениями...
- А) & опорно-двигательного аппарата
 - В) слуха
 - С) речи
 - Д) интеллекта и слуха
 - Е) внутренних органов
- 2) Адаптивное физическое воспитание для лиц с ДЦП осуществляется
- А) в общеобразовательной школе
 - В) & в школе-интернате для детей с нарушениями ОДА
 - С) в реабилитационных центрах
 - Д) в специальных коррекционных школах
 - Е) во вспомогательной школе
- 3) Международные соревнования для спортсменов с поражением опорно-двигательного аппарата (ПОДА)
- А) Специальные Олимпийские игры
 - В) & Паралимпийские игры
 - С) Всемирные Тихие игры
 - Д) Сток-Мандевильские игры
 - Е) Олимпийские игры

Глава 5. Методика адаптивной физической культуры лиц с ментальными нарушениями

5.1 Краткая характеристика ментальных нарушений

Тестовые задания к п. 5.1

- 1) международный классификатор болезней (МКБ) – это
 - А) международное положение о лечебные физкультуры
 - В) международный антидопинговый контроль у спортсменов
 - С) & единый нормативный документ для учета заболеваемости, причин обращений населения в медицинские учреждения всех ведомств, причин смерти
 - Д) реабилитация спортсменов после травм и заболеваний
 - Е) профилактические мероприятия заболеваемости и травматизма у спортсменов

5.2 Характеристика нарушений психологического развития

Тестовые задания к п. 5.2

- 1) Приобретённое слабоумие – это
 - А) & деменция
 - В) дебильность
 - С) имбецильность
 - Д) идиотия
 - Е) кретинизм
- 2) Олигофрен – это человек с отклонениями
 - А) в опорно-двигательном аппарате
 - В) & в интеллектуальной сфере
 - С) в органах речи
 - Д) в органах зрения
 - Е) в органах слуха
- 3) Адаптивное физическое воспитание лиц с олигофренией осуществляется
 - А) в общеобразовательных школах
 - В) в школах-интернатах для лиц с нарушениями ОДА
 - С) & во вспомогательной школе

- D) в реабилитационных центрах
 - E) в домах инвалидов
- 4) Умственная отсталость как результат педагогической запущенности – это проблема...
- A) медицинская
 - B) & социальная
 - C) естественно-биологическая
 - D) правовая
 - E) хирургическая
- 5) Лёгкая степень умственной отсталости
- A) идиотия
 - B) имбецильность
 - C) & кретинизм (дебильность)
 - D) ДЦП
 - E) миопатия

5.3 Особенности организации адаптивной физической культуры лиц с ментальными нарушениями развития

Тестовые задания к п. 5.3

- 1) Какие упражнения вызывают наибольшие затруднения у лиц с олигофренией
- A) циклические
 - B) гимнастические
 - C) & упражнения связанные с мелкой моторикой
 - D) футбол
 - E) общеразвивающие
- 2) Каким видом спорта не рекомендуется заниматься лицам с олигофренией
- A) гимнастикой
 - B) лёгкой атлетикой
 - C) & боксом
 - D) плаванием
 - E) лыжами

Глава 6. Особенности семейного воспитания и работы с родителями детей с особыми образовательными потребностями

Тестовые задания к 6

1) Цель воспитания в семье

А) всесторонняя физическая подготовка

В) воспитание в детях способности воспринимать и понимать (в доступном объеме) произведения искусства: словесного, изобразительного и музыкального

С) & помочь ребенку самоутвердиться и социально интегрироваться, насколько позволяют его возможности

Д) формирование эстетической культуры личности

Е) формирование нравственной и культурной личности

2) Традиционная форма работы педагога с семьей, которая носит характер «разговора по душам» называется

А) открытое физкультурно-спортивное занятие

В) & беседа

С) анкетирование

Д) физкультурный праздник

Е) спортивный фестиваль

3) Один из принципов в совместной работе педагога с родителями, который позволит поднять на более высокий уровень все потенциальные возможности ребенка является

А) единство целей и задач воспитания и обучения ребенка в учреждениях образования с семьей

В) & личностно-ориентированный подход

С) принцип сознательности и активности

Д) принцип компенсаторной направленности педагогических воздействий

Е) принцип наглядности

РАЗДЕЛ 5. ВРАЧЕБНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ В АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ

Глава 1. Общие понятия о врачебно-педагогическом контроле и самоконтроле

1.1 Цель и задачи врачебного контроля в адаптивной физической культуре

Тестовые задания к п. 1.1

- 1) Врачебно-педагогический контроль в АФК – это....
- А) регулярные наблюдения за состоянием своего здоровья, физическим развитием и физической подготовкой
 - В) процесс, направленный на воспитание физических качеств и развитие функциональных возможностей, создающих благоприятные условия обеспечения жизнедеятельности человека
 - С) & система медицинских и педагогических наблюдений, обеспечивающих использование средств и методов физической культуры для укрепления здоровья
 - Д) оценка педагогических сторон физического воспитания
 - Е) применение с лечебной и профилактической целью физических упражнений и естественных факторов в комплексном процессе восстановления здоровья, физического состояния и работоспособности больных
- 2) Виды медицинского обследования в АФК
- А) первичное, вторичное, дополнительное
 - В) & первичное, ежегодное углубленное, дополнительное
 - С) первичное, углубленное, этапное
 - Д) текущее, оперативное, этапное
 - Е) первое, повторное, дополнительное
- 3) Педагогический контроль в АФК представляет
- А) систему медицинских и педагогических наблюдений, обеспечивающих использование средств и методов физической культуры для укрепления здоровья
 - В) регулярные наблюдения за состоянием своего здоровья, физическим развитием и физической подготовкой
 - С) процедуру тестирования физической подготовленности
 - Д) & планомерный процесс получения информации о физическом состоянии занимающихся физической культурой и спортом

- Е) процесс измерения антропометрических показателей
- 4) Метод педагогического контроля позволяющий, получить информацию об уровне развития физических качеств занимающегося АФК
- А) анкетирование
 - В) анализ рабочей документации
 - С) & тестирование
 - Д) педагогическое наблюдение
 - Е) прогнозирование спортивных результатов
- 5) Объектом педагогического наблюдения могут выступать:
- А) средства, методы ФВ
 - В) формы организации занятий спортом
 - С) & учащиеся, спортсмены
 - Д) задачи обучения и воспитания
 - Е) технические и тактические действия
- 6) Содержание педагогического наблюдения определяется:
- А) объектом наблюдения
 - В) методами наблюдения
 - С) видом наблюдения
 - Д) & целью и задачами наблюдения
 - Е) условиями наблюдения
- 7) Целенаправленное восприятие какого-либо педагогического явления без вмешательства извне, с помощью которого исследователь вооружается фактическим материалом, называется:
- А) экспертной оценкой
 - В) педагогическим анализом
 - С) & педагогическим наблюдением
 - Д) анкетированием
 - Е) ранжированием

1.2 Понятие о самоконтроле. Дневник самоконтроля

Тестовые задания к п. 1.2

- 1) Под самоконтролем в АФК понимают
- А) планомерный процесс получения информации о физическом состоянии занимающихся физической культурой и спортом

- В) оценку педагогических сторон физического воспитания
- С) & регулярные наблюдения за состоянием своего здоровья, физическим развитием и физической подготовкой
- Д) постоянные врачебные наблюдения
- Е) педагогические наблюдения

2) Субъективные показатели самоконтроля:

- А) артериальное давление
- В) рост
- С) & аппетит, сон, настроение и др.
- Д) пульс
- Е) вес

3) Один из объективных показателей самоконтроля:

- А) & пульс
- В) аппетит
- С) настроение
- Д) сон
- Е) болевые ощущения

Глава 2. Функциональная диагностика физического развития и систем организма

2.1 Особенности проведения опроса. Сбор анамнеза

Тестовые задания к п. 2.1

- 1) Основной субъективный метод исследования, позволяющий получить информацию о больном и его болезни путем расспроса
 - А) антропометрия
 - В) & анамнез
 - С) рентгенография
 - Д) соматоскопия
 - Е) физиометрия

- 2) Форма анамнеза, отражающая вопросы физической подготовленности спортсмена
 - А) анамнез болезни
 - В) & спортивный анамнез
 - С) анамнез жизни

- D) профессиональный анамнез
- E) психологический анамнез

2.2 Исследование показателей физического развития

Тестовые задания к п. 2.2

1) Метод исследования, позволяющий изучить особенности осанки и телосложения, состояния опорно-двигательного аппарата

- A) антропометрия
- B) анамнез
- C) рентгенография
- D) & соматоскопия
- E) физиометрия

2) Изучение человека, основанное на измерении морфологических и функциональных признаках его тела

- A) физиометрия
- B) анамнез
- C) рентгенография
- D) соматоскопия
- E) & антропометрия

3) Показатели роста, массы тела, жизненной емкости легких характеризуют:

- A) дыхательную систему
- B) & физическое развитие
- C) физическую подготовленность
- D) опорно-двигательный аппарат
- E) техническую подготовку

4) Индекс, позволяющий оценить степень соответствия массы человека и его роста

- A) индекс пропорциональности
- B) индекс Брокка
- C) индекс физического состояния (ИФС)
- D) индекс Кердо
- E) & индекс массы тела (ИМТ)

2.3 Исследование функционального состояния кардиореспираторной системы

Тестовые задания к п. 2.3

- 1) Дыхательная экскурсия грудной клетки это – ...
 - A) разница окружности грудной клетки на обычном вдохе и обычном выдохе
 - B) & разница окружности грудной клетки на максимальном вдохе и на максимальном выдохе
 - C) окружность грудной клетки
 - D) разница между окружностью грудной клетки и ее величиной на вдохе
 - E) показатель окружности грудной клетки на вдохе

- 2) Норма частоты дыхательных движений взрослого человека в минуту
 - A) 12-14
 - B) 14-16
 - C) 18-20
 - D) & 16-18
 - E) 20-22

- 3) Функциональная проба на сердечно-сосудистую систему
 - A) & проба Мартинэ-Кушелевского
 - B) проба Штанге
 - C) проба Генчи
 - D) теппинг-тест
 - E) поза Ромберга

- 4) Показатель тренированности и функционального состояния сердечно-сосудистой системы
 - A) ЧДД
 - B) МПК
 - C) МОК
 - D) АД
 - E) & ЧСС

- 5) Норма АД взрослого человека
 - A) & 120/80
 - B) 130/80

- C) 110/70
- D) 120/90
- E) 150/100

2.4 Исследование функционального состояния вегетативной нервной системы

Тестовые задания к п. 2.4

1) Ортостатическая проба позволяет исследовать функциональное состояние:

- A) дыхательной системы
- B) & сердечно-сосудистой системы
- C) центральной нервной системы
- D) опорно-двигательного аппарата
- E) кардиореспираторной системы

2) Показатель, использующийся для оценки деятельности вегетативной нервной системы

- A) индекс Рюффье
- B) АД
- C) индекс массы тела
- D) & индекс Кердо
- E) ЧСС

2.5 Оценка функционального состояния нервно-мышечного аппарата

Тестовые задания к п. 2.5

1) Проба для определения статической устойчивости у лиц с ограниченными возможностями здоровья

- A) Проба Мартинэ-Кушелевского
- B) индекс Рюффье
- C) проба Штанге
- D) проба Генчи
- E) & поза Ромберга

- 2) Теппинг-тест позволяет диагностировать
- A) & свойства нервной системы по психомоторным показателям
 - B) состояние опорно-двигательного аппарата
 - C) функциональное состояние сердечно-сосудистой системы
 - D) функциональное состояние дыхательной системы
 - E) свойства психических процессов

2.6 Оценка функционального состояния опорно-двигательного аппарата

Тестовые задания к п. 2.6

- 1) Метод исследования, определяющий уровень развития физических качеств лиц с ограниченными возможностями здоровья
- A) соматоскопия
 - B) физиометрия
 - C) антропометрия
 - D) & тестирование
 - E) анамнез
- 2) Прибор, при помощи которого можно исследовать наличие контрактур в суставах конечностей, измерить амплитуду движений в суставе
- A) весы
 - B) & угломер
 - C) линейка
 - D) ростомер
 - E) сантиметровая рулетка
- 3) Для определения абсолютного показателя силы мышц-сгибателей кисти используют метод –
- A) соматоскопии
 - B) спирометрии
 - C) антропометрии
 - D) & динамометрии
 - E) анамнеза

СПИСОК ЦИТИРОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Buell, Ch. E. (1966). *Physical education for blind children*. Springfield, IL: Thomas Books.
2. Committee of the American Physical Education Association (1931a). Symposium of preventive and corrective physical education; part I. *Journal of Health and Physical Education*, 2(4), 11–14.
3. Committee of the American Physical Education Association (1931b). Symposium of preventive and corrective physical education; part II & III. *Journal of Health and Physical Education*, 2(5), 23–25.
4. Committee of the American Physical Education Association (1931c). Symposium of preventive and corrective physical education; part IV. *Journal of Health and Physical Education*, 2(7), 18–22.
5. Committee of the American Physical Education Association (1931d). Symposium of preventive and corrective physical education; part V. *Journal of Health and Physical Education*, 2(8), 22–25.
6. Committee of the American Physical Education Association (1931e). Symposium of preventive and corrective physical education; part VI. *Journal of Health and Physical Education*, 2(9), 32–33.
7. Daniels, A. S., & Davies, E. A. (1965). *Adapted physical education*. New York: Harper & Row.
8. Drew, L. C. (1926). *Individual gymnastics: A handbook of corrective and remedial gymnastics*. Philadelphia, PA: Lea & Febiger.
9. European Standards in Adapted Physical Activity (2010). Olomouc: Jitka Ješínová.
10. Fait, H. (1960). *Adapted physical education*. Philadelphia, PA: W. B. Sanders Company.
11. Grigson, W. H. (1931a). Physical and health education in special classes I. *Journal of Health and Physical Education*, 2(3), 3–7, 54–55.
12. Grigson, W. H. (1931b). Physical and health education in special classes II. *Journal of Health and Physical Education*, 2(4), 15–17, 54–59.
13. Grigson, W. H. (1931c). Physical and health education in special classes III. *Journal of Health and Physical Education*, 2(9), 26–29.
14. Grigson, W. H. (1931d). Physical and health education in special classes IV. *Journal of Health and Physical Education*, 2(10), 27–30.
15. Jansma, P., & French, R. (1994). *Special physical education: Physical activity, sports, and recreation*. Engelwood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

16. Kelly, L.E. (1995). *Adapted Physical Education National Standards*. Champaign: Human Kinetics.
17. Kudlaček, M. (2006). American adapted physical education in the first half of the 20th century. *Acta Univ. Palacki. Olomuc., Gymn.1* (36), 23 – 28.
18. Rathbone, J. L. (1944). *Corrective physical education*. Philadelphia, PA: W. B. Saunders Company.
19. Seaman, J. A., & DePauw, K. D. (1982). *The new adapted physical education*. Palo Alto, CA: Mayfield Publishing Company.
20. Sherrill, C. (Ed.). (1988). *Leadership training in adapted physical education*. Champaign, IL: Human Kinetics.
21. Sherrill, C. (1993). *Adapted physical activity, recreation and sport: Crossdisciplinary and lifespan*. Dubuque, IA: Brown & Benchmark.
22. Sherrill, C., & DePauw, K. P. (1997). Adapted physical activity and education. In J. D. Massengale & R. A. Swanson, (Eds.), *The history of exercise and sport science* (pp. 39–108). Champaign, IL: Human Kinetics.
23. Skarstrom, W. (1913). *Gymnastic kinesiology*. Springfield, MA: American Physical Education Association Distributing Agent.
24. Stafford, G. T. (1943). *Sports for the handicapped*. New York: Prentice Hall.
25. Stafford, G. T., & Tappan, E. A. (1927). *Practical corrective exercises*. Champaign, IL: Bailey and Himes.
26. Winnick, J. P. (Ed.). (1990). *Adapted physical education and sport*. Champaign, IL: Human Kinetics.

Электронные ресурсы

27. Евсеев С.П. Адаптивный спорт / С.П. Евсеев, Ю.А. Бриский, А.В. Передерий. – М.: Сов. спорт, 2010. – 316 с.
28. Евсеев С.П. Мировое Паралимпийское движение и социальные процессы. Журнал «Адаптивная физическая культура» № 4, 2006. – С. 3-6.
29. Методические рекомендации по выполнению нормативов испытаний (тестов) всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «готов к труду и обороне» для инвалидов.
30. Налобина А.Н. Физическая реабилитация в детской неврологии [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Налобина А.Н., Стоцкая Е.С. – Электрон. текстовые данные. – Саратов: Ай Пи Ар Медиа, 2019. –

189 с. – Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/82675.html>. – ЭБС «IPRbooks».

31. <http://www.whogis.com/mediacentre/factsheets/fs352/ru/>

32. Auxter, D. Principles and Methods of Adapted Physical Education and Recreation / D. Auxter, J. Pyfer, L. Zittel, K. Roth (11th Ed.). – New York: McGraw-Hill, 2010.

33. The University of Alabama at Birmingham [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.uab.edu>

34. Lakeshore Foundation [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.lakeshore.org>

35. American Association on Health and Disability [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.aahd.us>

36. Easter Seals and its affiliate organizations are 501(c)(3) nonprofit organizations [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.easterseals.com>

37. English Federation of Disability Sport [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.efds.co.uk>

38. British Paralympic Association [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.paralympics.org.uk>

39. The Australian Sports Commission [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.ausport.gov.au/participating/disability>

40. Active Pictou County. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.activepictoucounty.ca>

41. CARA, National Adapted Physical Activity Centre [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.caraapacentre.ie>

42. Disability Sports Australia – DSA [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.sports.org.au>

43. Province of Nova Scotia [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.activepictoucounty.ca/assets/Downloads/1.strategicpl.pdf>

44. CARA, National Adapted Physical Activity Centre [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.caraapacentre.ie.op>

45. Ireland’s Department of Transport, Tourism and Sport [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.dttas.ie>

46. CARA, National Adapted Physical Activity Centre [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.caraapacentre.ie/xcessible-leisure-centre-training-launched-by-minister-kathleen-lynch-td/#\\$thash.T0FGpKKk.dpuf](http://www.caraapacentre.ie/xcessible-leisure-centre-training-launched-by-minister-kathleen-lynch-td/#$thash.T0FGpKKk.dpuf)

47. L'association JOUVENCE [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.jouvenceapa.fr>
48. Le groupe Macif [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.aveclesaidants.fr>
49. Lille Universite Club [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.lucaccueil.fr>
50. Resantevous groupe [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.resantevous.fr/nos-prestations/accompagnement/activite-physique-adaptee>
51. Conseil Departemental du Rhone [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://rhone.ordremk.fr>
52. Белтелерадиокомпания. Агентство новостей [Электронный ресурс]. – Режим доступа.: www.tvr.by.
53. Комитет по делам спорта и физической культуры // <https://sport.gov.kz/ru/>
54. Министерства культуры и спорта Республики Казахстан // <https://www.mks.gov.kz/rus/>
55. Национальный Олимпийский комитет // <http://olympic.kz/>
56. Национальный Паралимпийский комитет Казахстана // <http://www.paralympic.kz/index.php>
57. Объединение индивидуальных предпринимателей и юридических лиц «Республиканская Ассоциация «Асыл бала» <http://asylbala.org/index.php/ru/>.
58. Координационный Центр Добровольцев «Команда SOS» <http://volunteer.kz/o-nas/>.
59. Центр «Независимая жизнь «ДОС» http://dos.com.kz/?page_id=2
60. Республиканский детский реабилитационный центр «Балбулак» <https://company.medelement.com>.
61. Медицинский реабилитационный центр «Жулдызай» <http://centr.juldizai.com/>.
62. Управление социального благосостояния г. Алматы <http://uzsp.almaty.kz>.
63. Реабилитационный Центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Мейірім» <http://www.rcmeirim.kz/>.
64. Центр интенсивной реабилитации и раннего вмешательства для детей с ДЦП «АРДИ» <http://ardi.kz/rehabilitation/>.

Литература

65. Давиденко Е.В., Вржесневский И.И., Сесюнин С.Г. Адаптивное физическое воспитание в системе специального отделения вуза//Физическое воспитание студентов. – 2009 , №1. – С. 90-94.

66. Магомедов Р.Р., Щупленков Н.О., Щупленков О.В. и др. Физическая культура и спорт с элементами адаптивной физической культуры. Уч.пособ. – Казань, 2017. – 476 с.

67. Закон України про фізичну культуру і спорт (10 лютого 2000 р. № 1453-III) /Державний комітет України з фізичної культури і спорту. – К., 2000. – 65 с.

68. Конвенція про права дитини (Ратифікована Постановою Верховної ради № 789 XII від 27.02. 1991) – Книга вчителя фізичної культури: Довідково-метод. вид. /упоряд. С.І. Операйло, А.І. Єльченко, В.М. Єрмолаєва, Л.І. Іванова. – Харків: ТОРСІНГ ПЛЮС, 2005. – С. 11–31.

69. Державна програма розвитку фізичної культури і спорту в Україні /Державний комітет України з фізичної культури і спорту. – К., 1996. – 26 с.

70. Гигоренко, В.Г. Теория дифференциально-интегральных оптимумов педагогических факторов физической реабилитации человека /В.Г. Григоренко. – М.: Фонд социальных изобретений России, 1993. – 182 с.

71. Григоренко, В.Г. Педагогические основы физической реабилитации инвалидов с нарушениями функций спинного мозга /В.Г. Григоренко. – М.: Советский спорт, 1991. – 410 с.

72. Правила соревнований по паралимпийским видам спорта: сборник / сост. А.В. Цирик; Паралимпийский комитет России. – М.: Сов. Спорт, 2009. – 560 с.

73. Об обеспечении спортивной одеждой, обувью общего и специального назначения и инвентарём индивидуального пользования в средних школах – училищах олимпийского резерва, специализированных учебно-спортивных учреждениях: постановлением М-ва спорта и туризма Респ. Беларусь, 12 сент. 2008 г., № 20: в ред. от 02.02.2010 г. // Консультант Плюс : Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2010.

74. Адаптивное физическое воспитание и спорт/ под ред. Джозефа П. Винника. – Киев: Олимп. лит., 2010. – 608 с.

75. Батоцыренова, Т.Е. Самоконтроль студентов при занятиях спортом: учеб. Пособие / Т. Е. Батоцыренова, В. В. Пулина; Владим. гос. ун-т. – Владимир: Ред.-издат. комплекс ВлГУ, 2005. – 64 с.

76. Васильева Л.Ф. Прикладная кинезиология в спорте высших достижений. Методические рекомендации. – М.: ООО «Скайпринт», 2013. – 104 с.

77. Власов, В.Н. Врачебный контроль в адаптивной физической культуре: практикум для студентов, обучающихся по специальности 032102 «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура)» / В.Н. Власов. – Тольятти: ТГУ, 2010. – 170 с.

78. Динаев Б.М. Врачебный контроль и самоконтроль в процессе занятий физическими упражнениями и спортом: Учебно-методическое пособие. – М.: Академия ГПС МЧС России, 2009. – 25 с.

79. Дубровский В.И. Физическая реабилитация инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья: учеб. для студентов вузов и ссузов по специальностям: 022500 – «Физ. культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья», 0323 – «Адапт. физ. культура»/ В. И. Дубровский, А. В. Дубровская. – М.: БИНОМ, 2010. – 448 с. – (Учеб. для вузов)

80. Глухов В.П., Ковшиков В.А. Психолингвистика. Теория речевой деятельности / В.П. Глухов, В.А. Ковшиков. – М.: Изд-во: АСТ, 2007. – 318 с.

81. Добрынина Ю.А. Содержание и направленность методики коррекции дизартрии у детей 4-5 лет средствами адаптивной физической культуры: автореф. дис. ... канд. пед. наук/ Ю. А. Добрынина. – Смоленск, 2012. – 22 с.

82. Дудьев В.П. Взаимосвязь развития двигательной и речевой функциональных систем / В.П. Дудьев. // Вестник ТПУ/У. – 2006. – Выпуск 10 (61). – С. 79-83.

83. Евсеева О. Э. Адаптивная физическая культура в геронтологии [Текст] : учеб. пособие / О. Э. Евсеева, Е. Б. Ладыгина, А. В. Антонова. – М.: Советский спорт, 2010. – 164 с.: ил.

84. Заходякина К.Ю. Адаптивное физическое воспитание младших школьников с общим недоразвитием речи в условиях коррекционно-развивающей среды: автореф. дис. ... канд. пед. наук/ К. Ю. Заходякина. – СПб., 2012. – 24 с.

85. Исаков Эдуард Развитие адаптивного спорта: организация, экономика, управление. Практикум / Э.Исаков. – М.: Издательское ПИ-АР-агентство М-ОСТ, 2010. – 148 с.

86. Картавцева А.И. Комплексная программа адаптивного физического воспитания незлышащих детей в дошкольных образовательных учреждениях: учеб. пособие для образоват. учреждений высш. проф. образования по направлению 032100 – Физ. культура (по магистр. программе «Физ. реабилитация»)/ А. И. Картавцева, О.Э. Евсева. – М.: Сов. спорт, 2011. – 156 с.

87. Клемешева Ю.Н. Реабилитационный потенциал и его оценка при заболеваниях нервной системы/ Ю.Н. Клемешева // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2009. – Т5. – №1. – С. 120-123.

88. Курдыбайло С.Ф., Евсеев С.П., Герасимова Г.В. Врачебный контроль в адаптивной физической культуре: Учебное пособие Москва. – «Советский спорт». – 2004. – 184 с.

89. Лильин Е.Т., Доскин В.А. Детская реабилитология / Е.Т. Лильин, В.А. Доскин. – М.: Литтерра, 2011. – 640 с.

90. Литош Н.Л. Адаптивная физическая культура: психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями в развитии (Учебное пособие) / Н.Л. Литош. – М.: СпортАкадемПресс, 2002. – 140 с.

91. Методы мануальной медицины в спортивной реабилитологии: учебно-методическое пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей. – М.: Издательство Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова, 2015. – 82 с.

92. Мозговой В.М. Основы олигофренопедагогики: учеб. пособие для студ. образоват. учреждений сред. проф. образования/ В. М. Мозговой, И. М. Яковлева, А. А. Еремина. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Академия, 2008. – 224 с. – (Сред. проф. образование)

93. Патология: учеб. для студентов мед. вузов: в 2 т./ под ред.: М. А. Пальцева, В. С. Паукова. – М.: ГЭОТАР-Медиа Т. 2. – 2010. – 488 с. + Прил.1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

94. Плаксунова Э.В. Влияние занятий по программе адаптивного физического воспитания «Моторная азбука» на двигательное и психомоторное развитие детей с расстройствами аутистического спектра // Аутизм и нарушения развития. – 2009. – № 4. – С. 67-72.

95. Ростомашвили Л.Н. Адаптивное физическое воспитание детей со сложными нарушениями развития: учеб. пособие для вузов по направлению 032100 – «Физ. культура»/ Л. Н. Ростомашвили. – М.: Сов. спорт, 2009. – 224 с.

96. Хода Л.Д. Адаптивная физическая культура незлышащих детей дошкольного возраста. – Нерюнгри, 2003

97. Технологии физкультурно-спортивной деятельности в адаптивной физической культуре: учеб.-метод. пособие/ авт.-сост.: В. И. Жулепов, О. В. Булгакова, А. И. Глотов. – Сургут: Изд-во СурГУ, 2009. – 57 с.

98. Теория и организация адаптивной физической культуры: учеб. для студентов вузов, обучающихся по специальности 032102 – Физ. культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адапт. физ. культура) и студентов техникумов и колледжей, обучающихся по специальности 050721 – Адапт. физ. культура/ под общ. ред. С. П. Евсеева. – М.: Сов. спорт. – (Физ. культура и спорт инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья) Т. 2: Содержание и методики адаптивной физической культуры и характеристика ее основных видов. – 2009. – 446 с.

99. Технологии физкультурно-спортивной деятельности в адаптивной физической культуре: учеб. для учреждений высш. проф. образования по направлению 034300 – Физ. культура и 034400 – Физ. культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья» (адаптив. физ. культура)/ авт.-сост.: О. Э. Евсеева, С. П. Евсеев; под ред. С. П. Евсеева. – М.: Сов. спорт, 2013. – 388 с.

100. Физиологические методы контроля в спорте / Л.В.Капилевич, К.В.Давлетьярова, Е.В.Кошельская, Ю.П.Бредихина, В.И.Андреев – Томск: Изд-во Томского политехнического уни-верситета, 2009. – 172 с.

101. Частные методики адаптивной физической культуры: учеб. для студентов высш. и сред. проф. учеб. заведений / под ред. Л.В. Шапковой. – М.: Сов. спорт, 2007. – 608 с.

102. Шапкова Л.В. Средства адаптивной физической культуры: Методические рекомендации по физкультурно-оздоровительным и развивающим занятиям детей с отклонениями в интеллектуальном развитии / Под ред. С.П. Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 152 с.

103. Польшина М. А., Сулова Н. М. Актуальные проблемы современной логопедии// Концепт. – 2015. – No 08 (август). – ART15271. – 0,4 п.л. – URL:

104. О.С. Никольская Специальный федеральный государственный стандарт начального образования детей с расстройствами аутистического спектра (основные положения) // Альманах №14 «Разработка и внедрение дифференцированных образовательных стандартов для детей с ограниченными возможностями здоровья» <https://alldf.ru/ru/articles/almanah-14/specialnyj-federalnyj-gosudarstvennyj-standart-nachalnogo>.

105. Граевская, Н.Д. Спортивная медицина: курс лекций и практические занятия : учеб. пособие: в 2 ч. / Н.Д. Граевская, Т.И. Долматова. – М.: Советский спорт, 2004. – Ч. 1. – 304 с.

106. Граевская, Н.Д. Спортивная медицина: курс лекций и практические занятия : учеб. пособие: в 2 ч. / Н.Д. Граевская, Т.И. Долматова. – М.: Советский спорт, 2004. – Ч. 2. – 360 с. 3. Дубровский, В.И. Спортивная медицина: учеб. для студентов вузов / В.И. Дубровский. – М.: ВЛАДОС, 1998. – 480 с.

107. Курдыбайло, С.Ф. Врачебный контроль в адаптивной физической культуре: учеб. пособие / С.Ф. Курдыбайло, С.П. Евсеев, Г.В. Герасимова. – М.: Советский спорт, 2004. – 188 с.

108. Макарова, Г.А. Спортивная медицина: учеб. / Г.А. Макарова. – М.: Советский спорт, 2004. – 480 с. Практические занятия по врачебному контролю / под ред. А.Г. Дембо. – Изд. 2-е, перераб. и доп. – М.: Физкультура и спорт, 1976. – 128 с.

109. Спортивная медицина: руководство для врачей / под ред. А.В. Чоговадзе, Л.А. Бутченко. – М.: Медицина, 1984. – 384 с.

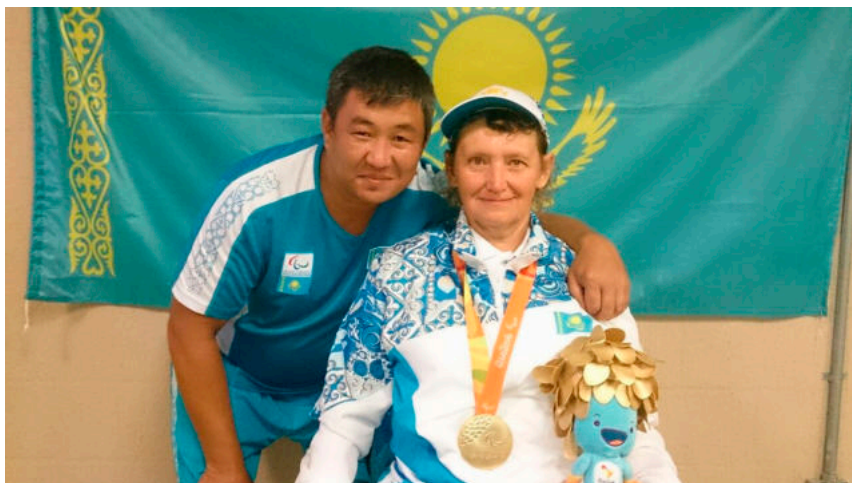
110. Спортивная медицина: учеб. для ин-тов физической культуры / под ред. В.Л. Карпмана. – М.: ФиС. – 1987. – 304 с.

111. Чоговадзе А.В. Врачебный контроль в физическом воспитании и спорте / А.В. Чоговадзе, М.М. Круглый. – М.: Медицина, 1977. – 175 с.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ СОКРАЩЕНИЙ

- АОП – адаптированная образовательная программа
АФВ – адаптивное физическое воспитание
АФК – адаптивная физическая культура
ГМНР – глухотой и множественные нарушения развития
ДОУ – дошкольное образовательное учреждение
ДЦП – детский церебральный паралич
ЖКТ – желудочно-кишечный тракт
ЖЕЛ – жизненная емкость легких
ИПР – индивидуальная программа реабилитации
ЛФК – лечебная физическая культура
МКБ – международная классификация болезней
ОДА – опорно-двигательный аппарат
ОНР – общее нарушение речи
ПМПК – психолого-медико-педагогическая комиссия
РДА – ранний детский аутизм
СМ – спинной мозг
ЦНС – центральная нервная система
ФН – фонетическое недоразвитие
ФУ – физическое упражнение
ФФН – фонетико-фонематическое недоразвитие
ЧСС – частота сердечных сокращений
ЭМГ – электромиограмма
НОК – Национальный олимпийский комитет
НПК – Национальный Паралимпийский комитет
МПК – Международный Паралимпийский комитет

СПОРТИВНЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ
СИЛЬНЫХ ДУХОМ
КАЗАХСТАНЦЕВ



*На фото: Заслуженный тренер Республики Казахстан
Саттар Бейсембаев и Чемпион Летних Паралимпийских игр
Зульфия Габидуллина*

Зульфия Габидуллина – Первая в истории Казахстана спортсменка, завоевавшая Паралимпийское золото Летних Паралимпийских игр. В 2016 году на XV Летних Паралимпийских играх в Рио-де-Жанейро она **побила мировой рекорд в 100-метровом заплыве в свободном стиле среди спортсменов с нарушением опорно-двигательного аппарата (класс S3).**

Зульфия Габидуллина – капитан паралимпийской сборной Казахстана, серебряный и трехкратный бронзовый призер чемпионатов мира 2013-2015 годов, победитель Пара Азиатских игр 2014 и 2018, 14-кратная рекордсменка мира, неоднократный победитель Всемирных игр, золотой призер чемпионата мира 2017 года в Мексике, обладательница специальной награды за Всемирную серию побед 2017 года от Международного Паралимпийского Комитета, спортсменка года казахстанской премии «Народный любимец – 2018».

*Ссылка на официальное видео мирового рекорда спортсменки:
<https://www.youtube.com/watch?v=CbTDfwTpEGk>*



На фото: Серебряный призер Летних Паралимпийских игр Раушан Койшибаева

Раушан Койшибаева в 2016 году на XV Летних Паралимпийских играх в Рио-де-Жанейро завоевала серебро в пауэрлифтинге в весовой категории до 67 килограммов.

Ссылка на официальное видео выступления спортсменки:
<https://www.youtube.com/watch?v=SPcYzmNe1Cc>



На фото: Чемпион Зимних Паралимпийских игр Александр Колядин

Александр Колядин – Первый в истории Казахстана спортсмен, завоевавший золотую медаль Зимних Паралимпийских игр, мастер спорта РК, чемпион РК, участник восьми этапов Кубка мира и одного Чемпионата мира, **спортсмен года казахстанской премии «Народный любимец – 2018».**

В 2018 году в г. Пхенчхан (Южная Корея) на XII Зимних Паралимпийских играх Александр Колядин занял первое место по лыжным гонкам в дисциплине спринт 1,5 км.

Ссылка на официальное видео победы спортсмена:
<https://www.youtube.com/watch?v=ZxmbHdo16yE>



На фото: Чемпион XXIII Сурдлимпийских летних игр Абдраш Аян

Абдраш Аян – Чемпион XXIII Сурдлимпийских летних игр 2017 года в г. Самсун (Турция) по таеквондо в весовой категории до 58 кг.

Ссылка на официальное видео выступления спортсмена:

<https://www.youtube.com/watch?v=pImMfLJ6CRM&feature=youtu.be>



На фото: Чемпион XXII Сурдлимпийских летних игр Есжанов Габит

Есжанов Габит – Заслуженный мастер спорта Республики Казахстан, Чемпион XXII Летних Сурдлимпийских играх 2013 года в г. София (Болгарии) по вольной борьбе в весовой категории до 60 кг.



*На фото: Чемпионы II Азиатских Пара Игр по плаванию
Дмитрий Ли и Ануар Ахметов*



*На фото: 2-х кратный Чемпион Пара Азиатских игр по пара
плаванию, 8-ми кратный чемпион Кубка мира, 9-ти кратный
чемпион Республики Казахстан – Ержан Салимгереев*

<https://www.instagram.com/p/BrifVI8HarK/?igshid=cxj9o8lyj07j>



На фото: 2-х кратный Чемпион Пара Азиатских игр по пара плаванию, 8-ми кратный чемпион Кубка мира, 9-ти кратный чемпион Республики Казахстан – Сиязбек Далиев

В 2018 году на III Пара Азиатских играх в г. Джакарта (Индонезия) **Сиязбек Далиев** преодолел дистанцию в 50 метров баттерфляем за 37.40 секунд, установив рекорд Пара Азиатских игр.



На фото: Национальная паралимпийская сборная команда Республики Казахстан по волейболу сидя на Чемпионате Азии и Океании

Команда волейболистов в 1994 году стала победительницей Азиатских игр в Пекине, в 1998 году – в Таиланде. В 2002 году стала серебряным призером Азиатских игр в Пусане.

В 2019 году сборная Казахстана завоевала бронзовые медали на Чемпионате Азии и Океании, прошедших с 10 по 15 июля 2019 года в городе Бангкок (Таиланд).

В составе команды 12 спортсменов: Тайжиков К., Имангалиев Р., Сартаев Б., Намуратов П., Шикибаев А., Муканбеткалиев Н., Измаганбетов Б., Суйеуов Ж., Демеуов А., Битемиров Е., Медеуов Ш., Каскабаев Э.

Тренер сборной – мастер спорт международного класса **Бауыржан Тахауов**.



*На фото: Обладатель золотой медали Чемпионата Мира по паре дзюдо – **Олжас Оразалыулы**. Город Одивелаш (Португалия). 2018 г.*



На фото: Сборная команда Специал Олимпикс Казахстан на Всемирных Специальных 2019 г., Абу-Даби, Дубай – ОАЭ.

В составе сборной Казахстана выступали 98 человек, из них 67 спортсменов в 15 видах спорта. Это настольный теннис, теннис, дзюдо, плавание, пауэрлифтинг, легкая атлетика, волейбол, баскетбол, мини-футбол, гольф, бочче, гимнастика, боулинг, бег на роликах и бадминтон.

По итогам соревнований казахстанцы завоевали 12 золотых, 12 серебряных и 10 бронзовых медалей.



На фото: Первый Президент Республики Казахстан – Назарбаев Нурсултан Абишевич и Национальная паралимпийская сборная Республики Казахстан



На фото: Президент Международного Паралимпийского комитета – Эндрю Парсонс и Президент Национального Паралимпийского комитета Республики Казахстан – Боранбаев Кайрат Советавевич



На фото: Паралимпийский тренировочный центр в г. Нур-Султан



На фото: III Чемпионат Республики Казахстан по гольболу 2019 г., г. Нур-Султан

В турнире принимало участие 7 команд Первое место на чемпионате заняла сборная команда по гольболу г. Алматы.



На фото: Участники проекта «Спорт без границ» – первого международного веломарафона «Blind Race 2018 Astana – Paris»

Всего в веломарафоне приняли участие 15 велосипедистов. В частности, Бахтияр Базарбеков, Кенжегул Сейтжан, Мусрыт Елибакиев, Данияр Базарбек, Мурат Айтжанов, Канат Ермек-улы, Ильяс Фаткулин.

Фото взято из источника :<https://ca-news.org/print:1468961>



Отпечатано в ТОО «Шаңырақ-Медиа»
г. Нур-Султан, ул. Кокарал, 2/1
тел.: +7 (7172) 62 66 42, 57 99 06

Подписано в печать __.08.19 г.
Формат 60x84/16. Заказ №1501.
Тираж 150 экз.