МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Адаптивна фізична культура і спорт

Конспект лекцій
для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти
освітньої програми «Середня освіта (фізична культура)»
галузі знань 01 - Освіта/педагогіка
спеціальності 014.11 - Середня освіта(фізична культура)
денної та заочної форм навчання

Луцьк 2021

УДК 674 (07)
А-51

До друку
Голова вченої ради факультету цифрових, освітніх та соціальних технологій Луцького НТУ_____Г.А. Герасимчук

Затверджено вченою радою факультету цифрових, освітніх та соціальних технологій Луцького НТУ, протокол №_____від «____»_____2021 року.

Електронна копія друкованого видання передана для внесення в репозитарій Луцького НТУ.
Директор бібліотеки_____С.С. Бакуменко

Рекомендовано до видання на засіданні кафедри фізичної культури, спорту та здоров'я Луцького НТУ, протокол №_____від «_____»____2021 року.
В.о. завідувача кафедри ФКСЗ_____В.Я. Ковальчук

Укладач:_____О.В. Гребік, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри фізичної культури, спорту та здоров'я Луцького НТУ.

Рецензент:_____А.В. Хомич, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри фізичної культури, спорту та здоров'я Луцького НТУ.

Відповідальний за випуск:_____В.Я. Ковальчук, кандидат педагогічних наук, доцент, в.о. завідувача кафедри фізичної культури, спорту та здоров'я Луцького НТУ.

А-51 **Адаптивна фізична культура і спорт** [Текст] : конспект лекцій для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти освітньої програми «Середня освіта (фізична культура)», галузі знань 01 - Освіта/педагогіка, спеціальності 014.11 - Середня освіта (фізична культура) денної та заочної форм навчання/уклад. О.В. Гребік– Луцьк: Відділ іміджу та промоції Луцького НТУ, 2021. – 106 с.

Конспект лекцій складено відповідно до діючої програми курсу «Адаптивна фізична культура і спорт».

© Гребік О.В., 2021

Зміст

Лекція№1 ІСТОРІЯ АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ 4
Лекція№2 ТЕОРІЯ АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ..... 13
Лекція№3 МЕТОДИ ТА ФОРМИ ОРГАНІЗАЦІЇ АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ 20
Лекція№4 ОСНОВНІ ЗАКОНОМІРНОСТІ АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ 32
Лекція№5 МЕТОДИКА АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ 37
Лекція №6 ФІЗИЧНІ ЗДІБНОСТІ АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ..... 52
Лекція№7 ХАРАКТЕРИСТИКА ЗМІСТУ ЗАНЯТЬ З АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ 72
Лекція №8 80КОНТРОЛЬ В АДАПТИВНІЙ ФІЗИЧНІЙ КУЛЬТУРІ 80
Лекція №9 КЛАСИФІКАЦІЯ СПОРТСМЕНІВ В АДАПТИВНІЙ ФІЗИЧНІЙ КУЛЬТУРІ..... 91
РЕКОМЕНДОВАНІ ДЖЕРЕЛА ІНФОРМАЦІЇ..... 100

Лекція№1

ІСТОРІЯ АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

План

1.Основні поняття адаптивна фізична культура.

2. Історія адаптивної фізичної культури.

3. Характеристика адаптивної фізичної культури в Україні.

4. Мета і завдання адаптивної фізичної культури.

1. Основні поняття адаптивної фізичної культури. Адаптивна фізична культура (АФК) – це наука, що вивчає різні аспекти фізичного виховання людей, які втратили на тривалий час або назавжди будь-які функціональні можливості, в тому числі рухові. За визначенням сучасного законодавства, інвалід – це особа зі стійким порушенням функцій організму, яке є наслідком захворювань, травм або вроджених дефектів, засвідчених у встановленому порядку органами охорони здоров'я, що призводить до обмеження її життєдіяльності та потреби в соціальній допомозі та захисті. Сьогодні у більшості розвинутих країн відмовилися від застосування слова інваліду зв'язку з його негативним психологічним навантаженням. Замість цього використовують такі визначення, як недієздатні особи, люди з фізичними вадами, люди з функціональними (фізичними) обмеженнями (порушеннями), люди з особливими потребами, аномальні особистості (діти). Причини інвалідизації – це екологічні катастрофи, війни, криміногенні ситуації, спадковість, інфекційні захворювання, травми, каліцтва, отримані на виробництві, в побуті, на транспорті тощо.

Інвалідність – це повна або часткова втрата внаслідок захворювання, травм і вроджених дефектів здатності до самообслуговування, самостійного пересування, спілкування, контролю власної поведінки, навчання і заняття трудовою діяльністю, тобто стійке порушення (зниження або втрата) загальної або професійної працездатності. Це поняття є одночасно медичним, соціальним і юридичним, оскільки пов'язане зі станом здоров'я людини та її трудовою діяльністю. Інвалідність визначається медикосоціальною експертизою в результаті обстеження органами охорони здоров'я осіб, які частково або повністю втратили здоров'я внаслідок захворювання, травм та вроджених дефектів, що обмежують їхню життєдіяльність, а також осіб, які мають відповідно до законодавства право на соціальну допомогу, компенсацію втраченого заробітку або звільнення від виконання відповідних обов'язків. При цьому встановлюють ступінь обмеження життєдіяльності, працездатності, 10

групу інвалідності, визначають для кожного інваліда відповідно до стану здоров'я вид трудової діяльності та умови праці, які сприяли б відновленню порушених функцій організму. Для кожного інваліда розробляють індивідуальну програму адаптаційно-реабілітаційних заходів.

Соціальний захист інвалідів – це система правових, економічних і соціально-побутових заходів, спрямованих на забезпечення потреб людей з обмеженими фізичними можливостями у відновленні здоров'я, матеріальному забезпеченні, посильній професійній та громадській діяльності та реалізації ними прав і свобод на рівні з усіма громадянами держави. Реабілітація інвалідів – система медичних, професійних і соціальних заходів, спрямованих на відновлення порушених функцій організму людей з обмеженими фізичними можливостями, компенсацію обмежень їхньої життєдіяльності, соціально-професійну адаптацію та інтеграцію їх до суспільства. Адаптивна рухова реабілітація спрямована на відновлення у людей з обмеженими фізичними можливостями тимчасово втрачених або порушених функцій (крім втрачених або порушених на тривалий час у зв'язку з основним захворюванням — причиною інвалідності) після перенесених захворювань, травм, фізичних і психічних перенапружень, які виникли у процесі будь-якого виду діяльності або будь-яких життєвих обставин.

Реалізується з метою формування у людини адекватних психомоторних реакцій на те чи інше захворювання, її орієнтації на використання природних, екологічно виправданих засобів, які стимулювали б швидку нормалізацію функцій організму; навчання її вміння самостійно застосовувати відповідні комплекси фізичних вправ, прийоми самомасажу, загартовуючі процедури, фізіотерапевтичні методи та ін. Індивідуальна програма реабілітації й адаптації інваліда – це комплекс оптимальних для конкретної людини видів, форм, об'єктів, термінів і порядку проведення реабілітаційних заходів. Дефектологія – це система наук, яка вивчає психофізичні особливості розвитку осіб із фізичними та психічними вадами, закономірності їх виховання, освіти, навчання. Дефектологія поєднує ряд спеціальних напрямів: Олігофренопедагогіка – розвиває виховання розумово відсталих осіб; Сурдопедагогіка – педагогіку глухих і тих, хто слабко чує; 11 Логопедія – корекцію мовних порушень; Тифлопедагогіка – педагогіку сліпих і тих, хто слабко бачить; Тифлосурдопедагогіка – виховання, розвиток, адаптацію й реабілітацію сліпоглухонімих людей.

Адаптивна фізична культура – це соціальний феномен, головною метою якого є соціалізація людей з обмеженими фізичними можливостями, та їх лікування за допомогою фізичних вправ і фізіотерапевтичних процедур. Досить «молоде» на сьогодні поняття – адаптивна фізична рекреація. Її зміст

спрямований на активізацію, підтримання й відновлення фізичних сил, які витрачаються людьми з обмеженими фізичними можливостями за час будь-якої діяльності: роботи, навчання, спорту і на профілактику стомлення, на розваги, цікаве проведення вільного часу, оздоровлення, «підвищення рівня життєздатності через задоволення». Основна ідея адаптивної фізичної рекреації полягає в забезпеченні психологічного комфорту й зацікавленості людей, які беруть в ній участь, за рахунок повної свободи вибору засобів, методів і форм занять.

Спорт інвалідів, або адаптивний спорт, переслідує мету – формувати у людей з обмеженими фізичними можливостями високу спортивну майстерність і досягнення ними найвищих результатів у різних видах змагальної діяльності людей, які мають аналогічні проблеми зі здоров'ям. Містить у собі три головних напрями: параолімпійський рух, Спеціальну олімпіаду та Всесвітні ігри глухих («Тихі ігри»), які охоплюють інвалідів практично всіх нозологій. Значення адаптивного спорту полягає в тому, що психологічна дія спортивних тренувань і змагань полегшує компенсацію фізичних, психічних і соціальних змін особистості інваліда; підвищує психоемоційну стійкість, нормалізує соціальну значущість в умовах стресу. Дозоване застосування підвищених фізичних навантажень під час занять спортом виявляє резервні можливості організму, підвищує комунікативну активність. АФВ відрізняється від фізичної реабілітації наявністю в його змісті значного обсягу спортивних ігор і рекреативних заходів, цілеспрямованості для заохочення до спортивних занять, по можливості, найбільшої кількості учасників — як інвалідів, так і здорових осіб. Від спорту АФВ відрізняє адаптаційно-оздоровча спрямованість та орієнтація на досягнення, насамперед, взаєморозуміння, співпереживання, взаємодопомоги та дружніх відносин, які забезпечують об'єднання людей з різними фізичними можливостями.

2. Історія адаптивної фізичної культури. Проблема ставлення суспільства до людей зі стійкими порушеннями здоров'я проходить через усю історію людства і свідчить про жорстоке знищення тих, хто хворіє тривалий час, або, у кращому разі, безжалісну байдужість до них. Навмисне відсторонення від людей із фізичними вадами має як психологічні, так і соціальні корені. Це і свідомий страх перед хворобою, каліцтвом і смертю, і проблеми життєзабезпечення людей з особливими потребами, які вимагають більших зусиль, ресурсів тощо. Принципові зміни у ставленні до людей з обмеженими фізичними можливостями приходять із християнством, із закликом Ісуса Христа про милосердя і любов до ближнього. Проте тільки в епоху Відродження намітилося подолання ізоляції «аномальних» людей від соціуму та зміна

ставлення до них. Одна з перших наукових праць, присвячених вихованню інвалідів – книга видатного вченого епохи Відродження Дж. Кардано «Paralipomena». На території України у давнину людей із фізичними вадами опікували центри духовного життя того часу – монастирі.

У процесі розвитку суспільства починають з'являтися притулки для знедолених людей. Із XIV ст. у притулках і церквах вводять спільне виховання здорових і хворих дітей. У середині XVIII ст. у виховних домах виділилися спеціальні групи для дітей з особливими потребами. На початку XIX ст. виникають перші спеціалізовані установи для глухонімих і сліпих дітей, а трохи пізніше і для дітей із відхиленнями у розумовому розвитку. В Україні на приватні пожертвування існувала зовсім невелика кількість навчальних закладів типу «притулків», які охоплювали не більше 5— 6 % дітей-інвалідів, що потребували допомоги. Перша світова війна, численні жертви змінили ставлення світової спільноти до проблем інвалідності. Зростання суспільної свідомості перетворилося у громадський рух на захист рівних прав людей незалежно від їхніх фізичних можливостей.

Сьогодні в усьому світі відмічається великий прогрес у сфері 13 соціальної і фізичної реабілітації інвалідів, розробці педагогікореабілітаційних методів. В Україні кардинальні зміни у реабілітаційній роботі з інвалідами відбулися у пореволюційний період. Законодавство 1918 р. визначило статус інвалідів у суспільстві, заснувало виховно-корекційні установи для дітей із особливими потребами і ввело їх до загальнодержавної системи народної освіти. Цей крок дозволив консолідувати сили освіти, охорони здоров'я та юстиції у сфері реабілітації. До розробки системи колекційної педагогіки у 20—30-ті роки XX ст. були залучені кращі сили того часу: В. Бехтерев, Л. Виготський, В. М'ясищев, Г. Россолімо, Ф. Рау, В. Кащенко, М. Лаговський, М. Грабов. У Радянському Союзі 1929 р. було організовано перший науковий центр із розробки проблем вивчення, освіти, виховання і професійної підготовки дітей із особливими потребами – Експериментально-дефектологічний інститут. Одним із найвідоміших методів корекційної педагогіки став метод, розроблений на початку XX ст. педагогом М. Монтессорі.

Заснований на сенсуалістичних принципах він ставить за мету розумового розвитку дитини цілеспрямоване збагачення її сенсорного досвіду. Завдяки цьому методу діти із затримкою психомоторного розвитку, особливо у разі педагогічної занедбаності, за рік-другий наздоганяють і навіть випереджають у розумовому розвитку своїх здорових однолітків. Педагогіка М. Монтессорі стала популярною як у роботі з дітьми з особливими потребами, так і здоровими дітьми. Нині 80% загальноосвітніх шкіл у Нідерландах працюють за цим методом. Розвинув метод Монтессорі та розробив три етапну систему

корекційного виховання відомий дослідник О. Декролі, який стверджує що на першому етапі відбувається виховання сприйняття і здатності до спостереження, на другому – здатності утворювати асоціації (мислення), на третьому – забезпечення реалізації особистості. На початку 30-х років XX ст. Л. Виготський висунув ідею активно-діяльного навчання, що йде попереду розвитку дитини. Його ідеї були розроблені та обґрунтовані в межах теорії діяльності А. Леонтьева, П. Гальперина та ін. Реалізуючи ці ідеї, Л. Занков у 50- 60-х роках XX ст. розробив систему інтенсивного всебічного розвитку для початкової школи.

Поряд із розвитком дефектології відбувалося становлення і розвиток фізичної культури і спорту інвалідів. У 20-ті роки XX ст. почався спортивний рух людей із вадами слуху. Вже 1924 р. у Парижі відбулися перші Олімпійські ігри глухих. З того часу Всесвітні ігри глухих регулярно надають можливості на рівних змагатися і спілкуватися глухим спортсменам усього світу. У роки Другої світової війни у Великій Британії почав розвиватися спорт на візках, який за півтора десятиліття переріс у всесвітній спортивний рух «Параолімпійські ігри». У Параолімпійських іграх 2000 р. у Сіднеї брали участь 4 тис. спортсменів із 125 країн. У 1968 р. поширився рух, метою якого було інтегрувати людей із відхиленнями розумового розвитку до суспільства засобами фізичної культури і спорту, так звані «Спеціальні Олімпіади».

До кінця XX ст. Спеціальні Олімпіади залучили понад 1 млн. учасників із 150 країн. Характерно, що починалися усі спортивно-громадські явища, які змінили життя мільйонів людей-інвалідів, їхніх близьких і життя світової спільноти у цілому, в кожному випадку з ініціативи окремих особистостей. Так, організатором Олімпійських ігор глухих став Е. Рубен-Алке, Паралімпійських ігор – Л. Гуттманн, Спеціальних Олімпіад – Ю. Кеннеді-Шрайвер. Сьогодні міжнародний фізкультурний рух людей з обмеженими фізичними можливостями успішно розвивається завдяки активній роботі численних громадських організацій, таких, як Міжнародна спортивна і рекреаційна асоціація осіб з церебральним паралічем, Міжнародна спортивна асоціація сліпих, Міжнародна спортивна асоціація для осіб з вадами інтелекту, Міжнародна федерація СтокМандевільських ігор, Міжнародна спортивна організація інвалідів, Міжнародна Сток-Мандевільська федерація спорту на візках. Наприкінці XX ст. з метою розвитку нових видів спорту для залучення ще більшої кількості людей із фізичними вадами була створена Міжнародна спортивна і рекреаційна асоціація осіб з церебральним паралічем, розвитку і стимуляції інвалідів. Адаптивне фізичне виховання виділилося у самостійний напрям фізичного спортивного руху і представлене численними організаціями. Великий внесок у розвиток АФВ Спеціальної Олімпіади, яка здійснює фінансове й інформаційне

забезпечення конкретних програм з адаптивного фізичного виховання у країнах Європи та СНД.

3. Характеристика адаптивної фізичної культури в Україн. Сучасна АФК в Україні має юридичне забезпечення і належить до державної системи реабілітації інвалідів. У світовій спільноті Україна вигідно відрізняється передовою правовою базою, що гарантує державну підтримку та забезпечення фізичного виховання і спорту інвалідів. Державна політика України відносно людей з фізичними обмеженнями базується на принципах гуманності, заборони дискримінації, державних гарантій реалізації їхніх прав (у тому числі пільгових); створення необхідних умов для активної життєдіяльності (враховуючи особливі потреби, доступність до об'єктів соціальної інфраструктури); адресності реабілітаційних заходів; обов'язковості для державних структур фінансування заходів, спрямованих на забезпечення соціального захисту і реабілітації недієздатних громадян. Права інвалідів визначені законом України «Про основи соціального захисту інвалідів».

Державна система реабілітації базується на таких, закладених у вітчизняному законодавстві, принципах, як державний характер, єдність, загальнодоступність, обов'язковість. Сучасна реабілітаційна педагогіка розглядається як особистісне орієнтоване навчання, спрямоване на допомогу дитині у визначенні індивідуальної траєкторії розвитку і самореалізації у різних сферах творчої та соціально-адаптивної діяльності з урахуванням психофізичних особливостей, стану фізичного, психічного і морального здоров'я. Українська реабілітаційна система інвалідів, до якої включено і фізичне виховання, представлена 10 типами навчальних закладів, основну частину яких становлять інтернати, що знаходяться на повному державному забезпеченні. Установи диференціюються за віковими і нозологічними принципами. За віковим принципом система корекційної педагогіки поділяється на IV етапи:

- дошкільні установи: ясла, дитячі садки, спеціальні групи при масових дитячих садках, дошкільні відділення при спеціальних школах;
- спеціальні школи для дітей із різними нозологіями;
- установи спеціальної середньої та професійної освіти;
- середня і вища спеціальна освіта.

За нозологічним принципом організовані спеціальні корекційно-навчальні установи для людей із вадами слуху, зору, мовлення, із відхиленнями у розумовому розвитку . Єдина державна система корекційної педагогіки; Міністерство освіти; Міністерство соціального забезпечення; Міністерство охорони здоров'я. Спеціальні дитячі садки для дітей із вадами зору, слуху, з

відхиленнями у розумовому розвитку. Дошкільні дитячі будинки для дітей у віці 3-7 років із відхиленнями у розумовому розвитку. Будинки дитини (для дітей у віці до 1 року. Спеціальні середні школи для сліпих і тих, які слабко бачать, для глухих і тих, які слабко чують, для дітей, які пізно оглохли, допоміжні школи для дітей із порушенням мовлення. Шкільні дитячі будинки для дітей 7- 18 років із глибокими відхиленнями у розумовому розвитку. Дитячі будинки для сліпоглухонімих. Школи-санаторії для дітей із порушеннями психічного розвитку. Клініки для дітей і дорослих із порушенням мовлення. Спеціальні вечірні середні школи для дорослих сліпих і дорослих глухих .Робочі майстерні для дорослих із відхиленнями у розумовому розвитку. Логопедичні кабінети у поліклініках. Закон України «Про фізичну культуру і спорт» звертається безпосередньо до питань фізичної культури інвалідів: «...Ст. 13. Фізкультурно-оздоровча і спортивна діяльність серед інвалідів. Заняття фізичною культурою і спортом інвалідів є складовою частиною їхнього дозвілля, фізичної реабілітації та соціальнотрудової адаптації. Організація занять фізичною культурою і спортом у системі безперервної реабілітації інвалідів (включаючи дітей із фізичними вадами і відхиленнями у розумовому розвитку), підготовка кадрів, методичне забезпечення, медичний контроль здійснюються органами охорони здоров'я, фізичної культури і спорту, освіти, соціального захисту населення та організаціями інвалідів. Місцеві органи державної виконавчої влади, органи місцевого і регіонального самоврядування, громадські організації фізкультурно-оздоровчого напряму та організації інвалідів створюють спеціалізовані фізкультурно-оздоровчі установи (клуби і центри), забезпечують їх спеціальним обладнанням, сприяють участі інвалідів у спортивних змаганнях».

Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту спільно з Національним олімпійським комітетом України забезпечує підготовку та участь інвалідів у Параолімпійських іграх і міжнародних іграх інвалідів. На фінансування фізкультурно-оздоровчих і спортивних заходів для інвалідів, створення та розширення їхньої спортивної бази виділяються кошти з державного бюджету і бюджетів місцевого самоврядування. Право на заняття спортом людей із обмеженими фізичними можливостями гарантується Законом України «Про підтримку олімпійського, параолімпійського руху і спорту вищих досягнень в Україні». Держава стимулює розвиток параолімпійського руху і спорту вищих досягнень шляхом бюджетного фінансування, зміцнення матеріально-технічної бази, надання пільг на податки і кредитування благодійників та інших суб'єктів фізкультурно-спортивної діяльності, а також морального і матеріального заохочення спортсменів, тренерів і фахівців галузі, які забезпечують підготовку та участь спортсменів у змаганнях спорту вищих досягнен. Олімпійський рух в Україні координується Національним

Олімпійським комітетом України, який є незалежною, неурядовою, громадською організацією і має свої осередки в регіонах. У своїй діяльності Національний Олімпійський комітет України керується законодавством України, Олімпійською хартією та власним статутом.

Національний Олімпійський комітет України має виключне право представляти Україну на Олімпійських іграх, в Міжнародному Олімпійському комітеті, міжнародних спортивних організаціях; має виключні повноваження щодо розвитку та популяризації олімпійського руху в Україні; координує діяльність суб'єктів олімпійського руху, визнає спортивні федерації з олімпійських видів спорту та надає клопотання (пропозиції) колегії Центрального органу виконавчої влади у сфері фізичної культури і спорту щодо присвоєння статусу національної федераціям з олімпійських видів спорту. Національний комітет спорту інвалідів України – всеукраїнська спілка громадських організацій інвалідів фізкультурно-спортивної спрямованості, основними завданнями якої є: координація розвитку параолімпійського та дефолімпійського руху України, діяльності всеукраїнських спортивних федерацій інвалідів з різних нозологій, а також забезпечення підготовки та участі українських спортсменів у Параолімпійських, Дефлімпійських, Глобальних іграх та інших міжнародних спортивних змаганнях, що проводяться під патронатом Міжнародного параолімпійського комітету, Європейського параолімпійського комітету, Міжнародного олімпійського комітету, Міжнародного комітету спорту глухих,Європейської організації спорту глухих та реабілітації інвалідів засобами фізичної культури і спорту.

Національний комітет спорту інвалідів України діє на підставі статуту, який відповідає Конституції Міжнародного параолімпійського комітету, Закону України «Про об'єднання громадян», цьому Закону, іншим нормативно-правовим актам. Національний комітет спорту інвалідів України: має виключне право представляти Україну у міжнародному параолімпійському русі, на Параолімпійських іграх, в Міжнародному параолімпійському комітеті, міжнародних параолімпійських організаціях; представляє громадський фізкультурно-спортивний рух інвалідів України у вищих органах державної влади; має свою символіку, виключне право на її використання та юридичний захист; розвиває матеріально-технічну базу спорту інвалідів України, надає допомогу національним спортивним федераціям інвалідів щодо проведення фізкультурно-реабілітаційної і спортивної роботи серед інвалідів, в установленому порядку бере участь у наданні всеукраїнським спортивним федераціям інвалідів статусу національної спортивної федерації.

З метою забезпечення підготовки національних збірних команд до участі у Параолімпійських, Дефлімпійських, Глобальних іграх, розвитку спорту вищих

досягнень у параолімпійських та дефолімпійських видах спорту, реабілітації інвалідів, їх оздоровлення. Національний комітет спорту інвалідів України разом з центральним органом виконавчої влади з фізичної культури і спорту та центральним органом виконавчої влади у сфері праці та соціальної політики координує та організовує роботу Національного центру параолімпійської і дефолімпійської підготовки та реабілітації інвалідів і Західного спортивно-реабілітаційного центру, створення та діяльність яких фінансується з державного бюджету. Український центр з фізичної культури і спорту інвалідів «Інваспорт» як спеціалізована установа яка забезпечує реалізацію державної політики у сфері фізичної культури і спорту інвалідів підпорядковується Національному комітету спорту інвалідів України та центральному органу виконавчої влади з фізичної культури і спорту.

4. Мета і завдання адаптивної фізичної культури. Мета адаптивної фізичної культури (АФК) – адаптувати людей, які мають функціональні обмеження, до фізичних і соціальних умов навколишнього середовища. У АФК розрізняють завдання загальні та специфічні. До загальних завдань (незалежні від нозології) відносять:

- мобілізація духовних сил, формування свідомого ставлення до реальності і власних можливостей у самореалізації;
- оптимізація функціонального стану організму, підвищення рівня здоров’я;
- профілактика захворювань і ускладнень внаслідок підвищення рівня неспецифічних і специфічних факторів захисту;
- формування позитивних компенсацій та ліквідація негативних;
- ефективний розвиток локомоторно-статичних функцій організму;
- формування життєво необхідних знань, умінь і навичок збереження й підтримання організму в активному функціональному стані, подолання фізичних і психічних перевантажень;
- гармонійний фізичний розвиток;
- формування вмінь і навичок аналізу та реалізації фізичної діяльності.

Специфічні завдання безпосередньо залежать від нозології та обумовлених нею функціональних, в тому числі рухових, порушень. У більшості випадків вони пов’язані з проблемами взаємодії людини з навколишнім середовищем: сприйняттям й оволодінням простору, маніпулятивною діяльністю предметами, подоланням проблемних ситуацій у побуті, на роботі тощо. У процесі АФК вирішуються такі проблеми:

- визначення характерних особливостей розвитку і функціонування організму, пов’язаних із вадою тієї або іншої функціональної системи;

- визначення суттєвості спеціальної організації процесу виховання та навчання при окремих нозологіях;
- розробка принципів і методів подолання наслідків вади, шляхів і способів підготовки дитини з особливими потребами до життєвих ситуацій;
- встановлення взаємозв'язку між вихованням дитини з особливими потребами в умовах сім'ї та спеціально організованого процесу;
- розкриття змісту, засобів, методів та організаційних форм виховання і навчання відповідно до кожного типу спеціальної установи.

У процесі АФК формують схему власного тіла та його сприйняття, просторові уявлення, вербальний аналіз і вербально-логічне мислення, достатній словниковий запас, довільні компоненти діяльності, адекватні механізми емоційної саморегуляції.

Лекція№2

ТЕОРІЯ АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

План.

1. Організація адаптивної фізичної культури в Україні.

2. Матеріально-технічне забезпечення занять.

3. Лікарсько-педагогічний контроль в адаптивній фізичній культурі.

4. Профілактика травматизму в адаптивній фізичній культурі.

1.Організація адаптивної фізичної культури в Україні. Керівництво організаційною і методичною роботою сфери адаптивної фізичної культури і спорту інвалідів в Україні здійснюється системою державних структур, до яких входять: федерації, комітети, комісії, асоціації інвалідів, кафедри профільних вищих навчальних закладів, діагностичні і реабілітаційні центри, корекційні заклади, консультаційні пункти, спеціальні школи-інтернати, клуби, секції, збірні команди по видах спорту.

Національний комітет спорту інвалідів України включає 4 федерації, створені за нозологічним принципом: Спортивна федерація глухих; Спортивна федерація сліпих; Спортивна федерація інвалідів з порушеннями опорно-рухового апарату; Спортивна федерація інвалідів з порушеннями розумового і фізичного розвитку. Проблеми фізичної культури і спорту інвалідів в Україні початку XXI ст. вирішує суспільна організація Український центр фізичної культури інвалідів «Інваспорт» (створена у 1993 році), Центр інвалідного спорту «Інваспорт» є структурою, що об'єднує 27 обласних відділень, 26

спеціалізованих дитячо-юнацьких спортивних шкіл, 24 спеціалізовані відділення підготовки спортивного резерву, 56 відділень регіональних центрів, міських центрів, 163 фізкультурно-оздоровчих клубів. Єдина державна система коректуючої педагогіки Міністерство соціального забезпечення, Міністерство освіти, Міністерство охорони здоров'я, Дошкільні дитячі будинки для дітей у віці 3-7 років з глибокою розумовою відсталістю. Спеціальні дитячі садки для сліпих, глухих і розумово відсталих дітей Будинок дитини (для дітей у віці до 1 року).

Шкільні дитячі будинки для дітей 7-18 років з глибокою розумовою відсталістю Спеціальні середні школи для сліпих і слабовидячих, для глухих, слабочуючих, пізнооглухших дітей, допоміжні школи для дітей з порушенням мови Школи-санаторії для дітей з порушенням психічного розвитку Дитячі будинки для сліпо і глухонімих; Робочі майстерні для дорослих з розумовою відсталістю; Спеціальні вечірні середні школи для дорослих сліпих і дорослих глухих; Клініки для дітей і дорослих з порушенням мови; Логопедичні кабінети в поліклініках . Формування організаційних і нормативно-правових основ становлення і розвитку фізичної культури та спорту інвалідів в Україні підтверджується Указами Президента України: «Про підтримку олімпійського, параолімпійського руху та спорту вищих досягнень в Україні» (2000 р.), «Про розвиток та підтримку параолімпійського руху» (2001 р.), «Про додаткові заходи щодо посилення соціального захисту інвалідів та проведення в Україні у 2003 році Року людей з інвалідністю» (2002 р.), «Про першочергові заходи щодо створення сприятливих умов життєдіяльності осіб з обмеженими фізичними можливостями» (2005 р.), «Про заходи щодо фізкультурно-спортивної реабілітації інвалідів та підтримки параолімпійського і дефлімпійського руху в Україні» (2006 р.).

2.Матеріально-технічне забезпечення занять. У АФК використовують матеріально-технічне забезпечення загального і спеціального призначення (відповідно до нозології). Загальні вимоги до обладнання:

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

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

баскетбольні кошики, сітки, куби, валики, кеглі, іграшки різних розмірів (для вправ із розвитку спритності, тактильної чутливості, дрібних рухів кисті).

Для підвищення ефективності занять рекомендується мати у розпорядженні дзеркала, гімнастичні (шведські) стінки, лавки, тапчани, поверхні з нахилом, столи для настільного тенісу, драбинки, слідові доріжки, рельєфні та ребристі пересувні дошки, дошки з нахилом, міні-батути, гойдалки, каруселі, тренажери, надувні предмети та ін. Окрім того, кожна нозологія потребує специфічного оснащення та інвентарю.

Наприклад, при ураженнях спинного мозку з метою фіксації частин тіла використовуються пояси, полотняні стрічки, лямки, манжети, корсети; при дитячому церебральному паралічі – сучасні пристосування, котрі полегшують пересування, наприклад, антигравітаційні костюми.

У заняттях з учнями, які мають вади зору, користуються м'ячами трохи більшої маси, максимально круглими і рівними; колір інвентарю повинен контрастувати із загальним освітленням і навколишнім середовищем, добре, коли його озвучено (до м'яча кладуть дзвіночки або бубонці).

При глухоті більш активно використовують наочні ознаки: прапорці, кеглі та ін. Критерії вибору спортивної бази для занять АФК:

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

Необхідною вимогою щодо матеріально-технічного забезпечення є його відповідність довго і короткотривалим завданням навчального процесу. Заняття фізичними вправами проводяться у спеціально призначених для цього спортивних приміщеннях відповідних установ. Оскільки кінцевою метою адаптивної фізичної культури є інтеграція інвалідів у суспільство, бажано, по можливості, проводити заняття АФК у громадських спортивних спорудах і на спортивних майданчиках.

3. Лікарсько-педагогічний контроль в адаптивній фізичній культурі. В процесі фізичного виховання людей з порушеннями здоров'я лікарсько-педагогічному контролю відводиться ще більше значення, ніж у роботі зі здоровими. Лікарсько-педагогічний контроль – це система медичних і педагогічних спостережень, які забезпечують ефективне використання засобів і методів фізичного виховання, підвищення рівня здоров'я і вдосконалення фізичного розвитку.

Заходи лікарсько-педагогічного контролю визначають стан організму на даний момент (поточний стан), враховують попередній стан (генез) і прогнозують можливі стани в майбутньому (прогноз). Загальні завдання: - організація учбово-тренувального процесу; - визначення стану здоров'я і функціонального стану організму; - оцінка динаміки стану здоров'я; - оцінка і вибір найбільш ефективних засобів і методів як самого учбового процесу, так і поліпшення відновних процесів після фізичних навантажень; - оцінка гігієнічних умов проведення занять (температура повітря, вологість, освітлення, вентиляція і т.п.); - відповідність спортивного інвентарю (розміри, маса, стан), одягу і взуття темі заняття і погоднім умовам; - планування і контроль забезпечення безпеки занять АФК.

Медичний контроль вирішує наступні задачі: вибір засобів фізичного виховання і видів спорту з урахуванням індивідуальних порушень, визначення об'єму занять, спеціальних заходів, які необхідно провести після закінчення заняття, класифікація спортсменів і медичний огляд, визначення протипоказань, оцінка ступеня впливу процесу фізичного виховання на організм (незначне, помірковане, значне, надмірне). Етапний, поточний і оперативний контроль. В АФВ важливо дотримання етапного, поточного і оперативного контролю. Завдання етапного контролю - оцінка рівня розвитку функціональних можливостей систем і органів, які лежать в основі рухової активності. Проводиться відповідно до етапів учбово-тренувального процесу. Включає медичне обстеження: огляд фахівцями, функціональні проби, лабораторні аналізи і інструментальні дослідження. По етапах оцінюється динаміка фізіологічних процесів, функціональних якостей, регуляція фізіологічних функцій.

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

Завдання поточного контролю: - визначення відповідності режиму навантажень фізіологічним 18 можливостям організму через оцінку загальної напруженості функціонального стану організму; - оцінка відповідності тренувального ефекту поточних навантажень тим, що планувалися; - визначення потенціалу пристосовування організму на момент дослідження: оцінка резервів, зміна функціональних можливостей. Критеріями являються скарги на зміну самопочуття, показники частоти серцевих скорочень, артеріального тиску, зміни

функціональних проб і результатів лабораторних і інструментальних досліджень. Вияви перевантаження: - біль або відчуття дискомфорту в ділянці грудей, живота, шиї, у щелепах або в руках; - відчуття нудоти за годину або зразу ж після виконання фізичних вправ; - поява незвиклої задишки під час виконання фізичних вправ; - втрата свідомості під час заняття; - порушення ритму серцевої діяльності; - збереження високих показників пульсу після навантаження більше ніж за 5 хв відпочинку. Завдання оперативного контролю: - оцінка впливу кожного заняття на організм; - визначення спрямованості і напруженості навантажень; - оцінка ступеня досягнення конкретної мети кожного заняття; - здійснення оперативної корекції тренувального ефекту окремих вправ і заняття в цілому.

В оперативному контролі визначають: - під час навантаження – температуру тіла, ЧСС і частоту дихання, їх співвідношення, легеневу вентиляцію; - після навантажень – характеристики, які відображають втому, зміни електрокардіограми, життєву ємність легень, силу дихальних м'язів, параметри, які характеризують енергозабезпечення навантаження (рівень лактату, кислотно-лужну рівновагу крові), метаболічні показники, що характеризують навантаження (склад лактату, сечовини, фосфору, креатинфосфату, креатину, вільних жирних кислот, кетонових тіл, глюкози). За наслідками лікарсько-педагогічного контролю визначається загальне навантаження на організм учня в процесі занять і будується "фізіологічна крива" навантаженості заняття. Характер фізіологічної кривої залежить від періоду занять, функціонального стану учня і індивідуальної реакції організму на фізичне навантаження.

4. Профілактика травматизму в адаптивній фізичній культурі. В АФК необхідно приділяти особливо значну увагу дотриманню правил безпеки навчально-виховного процесу. Профілактика травматизму є комплексом організаційно-методичних заходів, спрямованих на вдосконалення фізичного виховання. За статистикою основні причини травматизму – недостатня професійна підготовка вчителя і, як результат, погана організація навчального процесу; неправильне комплектування груп; недоліки або помилки в методиці; порушення дисципліни, встановлених правил, вимог лікарсько-педагогічного контролю; невідповідність матеріально-технічного забезпечення методиці занять; погані санітарно-гігієнічні умови, у тому числі незадовільний стан спортивних споруд, інвентарю, одягу, взуття, захисних пристосувань; причинами можуть бути зовнішні перешкоди, у тому числі погані погодні умови, а також надмірне емоційне збудження учнів або їх психологічна непідготовленість до заняття.

Методичні помилки, що призводять до травматизму:

- порушення принципу систематичності, поступовості і послідовності при розвитку рухового вміння (навику

- форсування навантажень; перевантаження;

- недотримання умов забезпечення під час і після занять відновлення функціонального стану організму;

- перевтома, як наслідок: порушення координації, погіршення уваги і захисних реакцій, втрата спритності.

Профілактика травм і підвищення безпеки занять

- підвищення кваліфікації викладача і розширення знань з профілактики травматизму серед учнів;

- правильне комплектування груп;

- науково обгрунтоване планування і контроль навчального процесу;

- дотримання усіх дидактичних принципів;

- повноцінне матеріально-технічне забезпечення занять;

- дотримання методичних рекомендацій;

- виконання вимог лікарсько-педагогічного контролю;

- контроль стану місця занять, м'якого покриття, інвентарю;

- дотримання правил гігієни (у зв'язку з порушенням функціональних можливостей, зниженням захисних сил організму і схильності до простудних захворювань в АФК належить надавати ще більше уваги, ніж на заняттях із здоровими дітьми);

- дотримання режиму: регулярність і своєчасність занять, відпочинку і харчування. Раціональне харчування;

- облік кліматичних і погодніх умов. Вміння швидко перебудовувати методику занять відповідно змінам зовнішніх умов;

- корекція спортивних правил, які, ймовірно, можуть призвести до травм;

- розробка і дотримання правил використання, прибирання і збереження спортивного устаткування, інвентарю і захисних обладнань;

- на перших заняттях рекомендується навчити учнів правилам безпеки і методам самострахування (наприклад, вмінню правильно падати);

- із місцем проведення занять знайомляться завчасно до початку заняття для вирішення питання про степінь безпеки учнів на занятті;

- кількість учнів в групі повинна бути оптимальною;

- заборонено проводити заняття у відсутність викладача;

- перед початком кожного заняття перевіряють стан інвентарю, устаткування, екіпіровку учнів.

Дотримуються відповідності одягу вимогам завдань, які виконуються на занятті, і зовнішнім умовам.

- на початку заняття учням обов'язково повідомляють правила і методи безпеки, страховки, попереджувальні сигнали;

- обов'язкова дисципліна учнів, добровільних помічників і присутність керівника занять з моменту, коли учні починають збиратися в спортивному залі, на майданчику, в басейні;

- викладачу рекомендується контролювати раціональне розміщення і переміщення учасників по спортивному залу, на майданчику, в басейні;

- розминка обов'язкова і включає загальну і спеціальну частини.

Загальна частина направлена на створення оптимального збудження центральної нервової системи і нервово-м'язового апарату вцілому, на підвищення обміну речовин і температури тіла, посилення діяльності серцевосудинної і дихальної систем. Спеціальна частина спрямована на створення оптимального збудження тих ланок нервово-м'язового апарату, які будуть випробовувати найбільше навантаження і тому є найвразливішими. Силові вправи і вправи на гнучкість вимагають розминки, спрямованої на розігрівання м'язів. Підвищення температури, яке відбувається при цьому, рекомендується зберігати протягом всього заняття за допомогою спеціального одягу. Фізичні вправи і їх послідовність старанно підбираються з урахуванням їх раціонального чергування і системи підвідних вправ.

Розраховуються оптимальні проміжки відпочинку між фізичними вправами:

- розминка не повинна викликати зайвого збудження і перевтоми;

- навантаження на кожному занятті визначається виходячи з довгострокового плану і з врахуванням самопочуття учнів безпосередньо під час заняття;

- навантаження збільшуються поступово, перевантаження виключаються;

- для профілактики травм слід розвивати координаційні здібності і гнучкість;

- збільшення швидкості рухів повинно відбуватися одночасно з вдосконаленням техніки рухів;

- виконання оздоровчих вправ є обов'язковим;

- під час виконання вправ, що дають навантаження на хребет, слід утримувати його прямим;

- при наявності великої кількості функціональних порушень слід уникати напруження;

- максимальне зусилля під час вправ рекомендується робити на видиху, не затримуючи дихання;

- при виконанні вправ не слід затримувати дихання. У кожному окремому випадку (при дефекті тієї, або іншої сенсорної системи, порушенні тієї або іншої функції) існує специфічний ризик травматизму. стійної творчості.

Лекція№3

МЕТОДИ ТА ФОРМИ ОРГАНІЗАЦІЇ АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

План

1. Методи формування знань.

2. Методи навчання руховим діям.

3. Методи розвитку фізичних якостей і здібностей.

4. Методи виховання особистості.

5. Форми організації адаптивної фізичної культури.

1. Методи формування знань. В теорії АФК використовуються наступні поняття: «метод» - це спосіб досягнення мети. Він завжди має предметний зміст і застосовується в процесі ціле направленої педагогічної діяльності як шлях досягнення наміченого результату.

Метод – це процес взаємодії педагога і учня, де полем діяльності є удосконалення фізичних, інтелектуальних, психічних, особистих здібностей учня, його тіло будови, емоції, воля, поведінки, і при цьому він сам виступає як об’єкт і суб’єкт педагогічної взаємодії.

«Методика» - являє собою сукупність методів і прийомів направлених на вирішення корекційних, оздоровчих, освітніх і інших завдань адаптивної фізичної культури .

«Методичний напрям» - характеризує основну направленість педагогічного процесу. Домінуючим в АФК і усіх його видах є корекційно-розвиваюче та оздоровче направлення, що обумовлено пріоритетною роллю вирішення основних педагогічних завдань і особливостей контингенту тих, хто займається.

«Методичний підхід» - відображає вибір конкретної концепції у вирішенні завдань АФК. В основі цього вибору лежить науковий пошук, виправдані логічні структури, практичний досвід. Методичний підхід являє собою сукупність

альтернативних варіантів оптимізації засобів і методів. Найбільш поширеними в АФК є наступні групи методів:

- методи формування знань
- методи навчання руховим діям
- методи розвитку фізичних якостей і здібностей
- методи виховання особистості
- методи взаємодії педагога і учня.

Кожна із цих груп методів включає в себе різноманітні методичні прийоми, які відображають специфіку роботи. Саме вибір методичних прийомів реалізує індивідуальний підхід з урахуванням усіх особливостей тих, хто займається: структури та важкості основного дефекту, наявність чи відсутність основних і другорядних порушень, віку, фізичного і психічного розвитку, збереженості чи ураження сенсорних систем, органів опори і руху, інтелекту, здібностей до навчання, медичних показів і протипоказів тощо. Розумне використання комплексу методів і методичних прийомів є інструментом педагогічного впливу і є частиною педагогічної технології. В їх основі лежать закономірності навчання, ціле направленість комплексного вирішення навчально-виховних завдань, загально методичні та спеціально-методичні принципи.

Методи формування знань. Дані методи мають широкий спектр завдань і направлені на:

- засвоєння уявлень, понять, правил, принципів, умов успішного оволодіння різними руховими вміннями, повноцінною технікою рухів, розвиток фізичних і психічних якостей і здібностей, а також досвіду їх практичного застосування;
- створення стимулів, мотивів, цінностей, норм, установок усвідомленого використання фізичних вправ.

Методи формування знань поділяються на 2 групи:

-методи слова (інформація словесного впливу).

До даної групи відносяться:

- метод вербальної передачі інформації здійснюється у вигляді пояснень, описів, суджень, уточнень, аналізу, обговорення, прохання, поради, діалогу тощо;
- метод невербальної передачі інформації здійснюється у вигляді міміки, пластики, артикуляції, жестів, тактильної мови для осіб, що мають відхилення у слухові;
- метод сполученої мови - одночасне співзвучне проголошення двома або декількома людьми слів і словосполучень;

- метод ідеомоторної мови - самостійне уявне приговорювання «про себе» окремих слів, термінів, які спонукають до правильної їх вимови і саморегулюванні рухової діяльності.

-методи наочності (інформація перцептивного впливу). Побудована на основі чуттєвого сприйняття інформації, яка поступає від зорових, слухових, тактильних, кін естетичних, вестибулярних, температурних і інших аналізаторів які створюють сенсорно-перцептивний образ руху.

Відчуття, сприйняття служать орієнтиром для формування рухових умінь, побудови індивідуальної техніки рухових дій з мінімальною кількістю помилок. У інвалідів з різними порушеннями окремих каналів чуттєвого сприйняття мають дефектну основу, методи наочності, демонстрації, показу, носять специфічний характер, розрахований на використання збережених функцій. Методи наочності у сліпих здійснюються через тактильний аналізатор, при якому використовуються збережений зір, слух, нюх. Але найбільш важливу роль відіграє мова, яка виконує настановну, направлену і регулюючу функцію.

Для формування уявлень про рух використовуються:

- об’ємні і плоскі макети тіла з рухомими суглобами

- рельєфне зображення положень, постави, положень окремих частин тіла в просторі;

- дрібний і крупний інвентар з різної фактури: м’ячі гладенькі, м’ячики-йожики, пластмасові, металічні, резинові, різні за об’ємом, вагою, кольору, запаху тощо;

- звукові сигнали, які замінюють зорове сприйняття: апаратура звукозапису, метроном, звукові сигналізатори, дзвіночки, що задають темп, ритм, швидкість, напрям орієнтування в просторі;

- тренажери для корекції точності рухів, запам’ятовування та відтворення деталей техніки, що дозволяє регулювати м’язове сприйняття, силу і швидкість скорочення м’язів, положення тіла в просторі;

- оптичні засоби (корекційні окуляри, контактні лінзи тощо) для слабозорих людей дозволяють отримувати додаткову інформацію про дію, яку необхідно виконати. Методи наочності у глухих і слабочуючих людей засновані на комплексному включенні усіх збережених видів відчуттів при провідній ролі словесної мови. Найбільш типовими методами і методичними прийомами є:

- плакати із зображенням тіла людини з назвами його частин, суглобів тощо – для формування знань, наочно-образних уявлень про будову тіла людини;

- карточки з малюнками і схемами рухів, із завданнями, покажчиком, орієнтирами – для формування наглядно-образних уявлень про фізичну вправу, яку вивчають;

- показ рухів в різних експозиціях із словесним супроводом педагога і одночасним виконанням вправ по наслідуванню і сполученої мови;

- показ рухів з одночасною словесною інструкцією (описом, поясненням) і уточнюючої мімікою, жестами тощо;

- звукові сигнали музикальних інструментів для диференціації і використання остаточного слухового сприйняття при виконанні ритмічних рухів.

Вибір методів і прийомів навчання і формування знань обумовлено збереженістю сенсорних систем, мови, інтелекту, але компенсація слухового дефекту здійснюватиметься за рахунок зорового сприйняття, кінестетичної та вібраційної чутливості. Основне завдання навчання і виховання осіб з відхиленням у розумовому розвитку це максимальне подолання недоліків пізнавальної, емоційно-вольової і рухової сфер, порушених дефектів кори головного мозку. Навчання проходить швидко, якщо інформація поступає одночасно з рецепторів зорового, слухового і рухового аналізаторів. Тому методи і прийоми повинні активізувати усі функції, які задіяні у руховій діяльності:

- одночасне поєднання показу фізичних вправ, словесного пояснення і виконання;

- малювання фігур людини для розуміння структури тіла, функцій суглобів і основних м’язових груп;

- письмовий опис одної вправи з наступним її розбором;

- виконання вправ лише за словесною інструкцією або лише за показом.

2. Методи навчання руховим діям. Словесні та наочні методи тісно пов’язані з виконанням фізичних вправ і відображають інформаційну сторону навчання. Методами, спрямованими на формування рухових дій традиційно вважаються метод розчленованого і метод цілісного навчання. Ще Л. Виготський в 30-ті роки одним з провідних принципів навчання дітей з порушеннями у розвитку вважав «принцип дроблення». Дроблення і послідовне освоєння частин цілісного вправи являється характерною рисою навчання у різних видах адаптивної фізичної культури, що обумовлено наступними обставинами:

- фізичні вправи мають досить складну структуру координаційну і вимагають від займаються орієнтування і просторі, узгодженості рухів, рівноваги, точного відтворення силових, тимчасових, просторових характеристик руху, але саме ці здібності найменш розвинені у людей із сенсорними, інтелектуальними, руховими порушеннями;

- вивчення складних по своїй структурі фізичних вправ потребує багато часу, і це може знизити інтерес до навчальної діяльності у займаються. В силу психологічних особливостей діти з порушеннями у розвитку потребують частих перемиканнях і швидкому успіху;

- навчання окремим видам вправ передбачає послідовного вивчення окремих фаз руху з подальшим їх об'єднанням (плавання);

- на етапі реабілітації після травм і захворювань в силу окремих можливостей рухового апарату цілісний рух не можливо. Наприклад, відновлення локомоторної діяльності після поразки спинного мозку здійснюється поетапно і послідовно: від постави стоячи на колінах з опорою на руки, повзання до вертикальної позі і потім ходьбі;

- в реабілітаційних цілях використовуються пасивні рухи, наприклад, для створення умов формування нормального положення хребта для дитини з ДЦП використовуються вправи на м'ячі: пасивне згинання рук, ніг, тулуба, голови з фіксацією і погойдуванням, що чергуються з положеннями лежачи на животі і спині та сприяють розслабленню м'язів;

- перевага роздільного виконання окремих частин або фаз руху полягає в тому, що створюються умови для корекції індивідуальних деталей техніки з урахуванням реальних можливостей учня, уточнення положень окремих ланок тіла, виправлення рухових помилок.

Метод цілісного навчання полягає в тому, що з самого початку фізична вправа вивчається в повному обсязі його структури. Він використовується при навчанні або простим вправам, або вправам, які не діляться на частини, або при закріпленні вивчених по частинах і об'єднаних в ціле вправ. Допоміжними методами вдосконалення цілісного рухового дії служать підбивають вправи, які у своїй структурі містять елементи основного вправи, і імітаційні, повністю відтворюєш структуру основної вправи, але в інших умовах. Ці спеціальні вправи призначені для вдосконалення ключових фаз руху, закріплення та корекції динамічних і кінематичних характеристик техніки, а також розвитку фізичних якостей, необхідних для виконання досліджуваної рухової дії.

В даний час для осіб з обмеженими можливостями широке розповсюдження отримали тренажерні пристрої, що дозволяють не тільки навчати рухам, а й контролювати дії, що дає можливість розширити процес освоєння цілісних важко координаційних рухових дій. Навчання руховим умінням є лише необхідною базовою основою для підвищення рухової активності інвалідів та осіб з обмеженими можливостями. Головне завдання полягає в тому, щоб результати цієї діяльності знайшли застосування в житті, побуті, спорті, стали потребою людини. Для цього процес навчання має бути

емоційно насиченим, різноманітним. У практичній діяльності це може бути досягнуто наступними методами та методичними прийомами:

- поєднанням різних фізичних вправ: стандартних, спрощених і ускладнених, вправ-образів з орієнтовною основою дій, дрібного виконання вправ, імітаційних, що підводять, на тренажерах та ін..;

- варіативністю техніки фізичних вправ: вихідного положення, темпу, ритму, зусиль, швидкості, напрямки, амплітуди тощо;

- різноманітністю вербальних і невербальних методів і методичних прийомів, словесних і наочних засобів впливу, музики, навіювання, медитації, психотренінгів, активізують всі органи почуттів, які концентрують психічні процеси й емоції на навчання й удосконаленні рухових умінь займаються;

- варіативністю зовнішніх факторів середовища при виконанні вправ: у будь-який час року, при різних погодних і метеорологічних умовах, в приміщенні, на відкритому повітрі, у лісі, на воді тощо, але відповідно до гігієнічних вимог та забезпеченням безпеки (страховкою, допомогою, супроводом, використанням надійного обладнання, технічних засобів, інвентарю та екіпіровки).

3. Методи розвитку фізичних якостей і здібностей. Багатократне виконання фізичних вправ супроводжується не лише поліпшенням якості техніки, але і тренуючою дією, розвитком адаптаційних процесів, що охоплюють усі системи та функції організму. Впорядкований підбір фізичних вправ, регулювання їх тривалості і інтенсивності визначають характер та міру дії фізичного навантаження на організм тих, хто займається, розвиток його окремих здібностей.

Прийнято розрізняти п’ять основних фізичних здібностей (якостей): силові, швидкісні, координаційні, витривалість і гнучкість. Кожній з них властива специфічна структура, цільова направленість рухів, м’язова координація, режим роботи і його енергозабезпечення. Розвиток фізичних якостей підкоряється загальним закономірностям етапності, нерівномірності, гетерохронності незалежно від статі, віку, спадкових чинників, стану здоров’я. В цілях спрямованого розвитку фізичних якостей у осіб з обмеженими можливостями використовуються ті ж методи, що і для здорових людей:

- для розвитку м’язової сили – методи максимальних зусиль, повторних зусиль, динамічних зусиль, ізометричних зусиль, ізокінетичних зусиль, «ударний» метод і метод електростимуляції.

- для розвитку швидкісних якостей (швидкості) — повторний, змагання, ігровий, варіативний (контрастний), сенсорний методи.

- для розвитку витривалості — рівномірний, змінний, повторний, інтервальний, змагання, ігровий методи.

Методика розвитку витривалості, силових і швидкісних якостей інвалідів і осіб з обмеженими можливостями спирається на діагностику їх здоров'я і функціонального стану, оптимальні і доступні режими тренувального навантаження (тривалість та інтенсивність вправ, тривалість та характер відпочинку, об'єм фізичних вправ в одному занятті, доцільність їх чергування, чинники стомлення і відновлення працездатності), облік медичних протипоказань та контроль за динамікою функціонального, фізичного, психічного стану.

Для розвитку гнучкості застосовують наступні методичні прийоми: динамічні активні і пасивні вправи, статичні вправи та комбіновані вправи. Усі вони спрямовані на забезпечення необхідної амплітуди рухів, а також відновлення втраченої рухливості у суглобах в результаті захворювань, травм тощо. Вправи на розтягання спрямовані головним чином на сполучні тканини — сухожилля, фасції, зв'язки, оскільки саме вони перешкоджають розвитку гнучкості, не маючи властивості розслаблення.

Для розвитку координаційних здібностей використовується широке коло методичних прийомів, спрямованих на корекцію та вдосконалення узгодженості рухів окремих ланок тіла, диференціації зусиль, простору і часу, розслаблення, рівноваги, дрібної моторики, ритмічності рухів тощо. Прості і складні вправи вимагають координації: в одному випадку треба точно відтворити який-небудь рух або положення, в іншому – зором відміряти відстань і потрапити в потрібну мету, в третьому — розрахувати зусилля, в четвертому – точно відтворити заданий ритм руху.

Прояв координації багатогранний і завжди виражається в якості виконання вправи, тобто наскільки точно воно відповідає поставленому завданню. Але техніка фізичних вправ має не одну, а декілька характеристик: тимчасову (час реакції, час руху, темп), просторову (початкове положення, поза, переміщення тіла і його ланок в просторі, що відрізняються напрямом, амплітудою, траєкторією), просторово-часову (швидкість,прискорення), динамічну (зусилля), ритмічну (розміри зусиль в часі і просторі). Керувати усіма характеристиками одночасно людина з руховими, інтелектуальними порушеннями не здатна, оскільки результатом дефекту стало або неузгодженість між різними функціями, чи відсутність або недолік сенсорної інформації, або дискоординація між тими, що регулюють і виконуються системами організму. Чим важче порушення, тим грубіші помилки в координації. Координаційні здібності людини являють сукупність рухових координацій, що забезпечують

продуктивну рухову діяльність, тобто уміння доцільно будувати рух, керувати ним, а у разі необхідності швидко його перебудовувати.

Для їх корекції і розвитку використовуються наступні методичні прийоми:

- елементи новизни у фізичній вправі (зміна початкового положення, напряму, темпу, зусиль, швидкості, амплітуди, звичних умов тощо), що вивчається;

- симетричні і асиметричні рухи;

- релаксаційні вправи, зміна напруги і розслаблення м'язів;

- вправи на реагуючу здатність (сигнали різної модальності на слуховий і зоровий апарат);

- вправи на роздратування вестибулярного апарату (повороти, нахили, обертання, раптові зупинки, вправи на обмеженій, підвищеній або рухливій опорі);

- вправи на точність розрізнення м'язових зусиль, відрізків часів і відстані (використання тренажерів для того, щоб «відчути» усі параметри руху, предметні або символічні орієнтири, що вказують напрям, амплітуду, траєкторію, час руху, довжину і кількість кроків);

- вправи на диференціювання зорових і слухових сигналів по силі, відстані, напряму;

- відтворення заданого ритму рухів (під музику, голос, хлопання тощо);

- просторова орієнтація на основі кінетичних, тактильних, зорових, слухових відчуттів (залежно від збереження сенсорних систем);

- вправи на дрібну моторику кисті (жонглювання предметами, пальчикова гімнастика тощо);

- парні і групові вправи, що вимагають узгодженості спільних дій. Ефективним методом комплексного розвитку фізичних якостей, координаційних здібностей, емоційно-вольової і психічної сфери осіб з обмеженими можливостями являється ігровий метод.

4. Методи виховання особистості. Система методів виховання особистості складається із стратегічних методів (чинників) виховання і методівпедагогічних дії. До стратегічних відносяться:

- метод виховного середовища;

- метод виховної діяльності

- метод усвідомлення людиною себе в реальному житті.

Ці методи мають властивість невідворотно впливати на особистість людини одночасно в кожному акті його життя. Незважаючи на різнорівневий характер методів, кожен з них реалізується тільки при реалізації двох інших. Усі

стратегічні методи виступають як сукупність базових чинників виховання. Виховне середовище означає організацію життєдіяльності у взаємодії з навколишнім світом, де кожна людина — об'єкт середовища і об'єкт дії середовища.

Дитина, що виховується в дитячому будинку, має вузьке одноманітне місце існування і спілкування, мізерні уявлення про навколишній світ, бідний поведінковий досвід. Природно, ці чинники обмежують виховання особистості. Змістом середовища як чинника соціального розвитку особистості виступає культурне, ціннісне, людське, просторове, предметне, поведінкове, екологічне, інформаційне оточення. Педагог, що професійно використовує об'єктивний вплив соціальних чинників, надає йому цільову спрямованість, переводячи соціальну ситуацію в педагогічну — тим самим створюючи виховне середовище. Для дітей з порушеннями в розвитку неоціненну роль в її організації грає сім'я, оскільки в сім'ї починається залучення дітей до культури, праці, цінностей і норм суспільства.

Здорова дитина, що народилася у чудовому середовищі, але обділена активною взаємодією з нею, не отримує необхідного розвитку, бо не освоює, не засвоює і не привласнює досягнень культури, хоча і росте поряд з цими досягненнями. Середовище може робити позитивний і негативний вплив на виховання особистості. У адаптивній фізичній культурі середовище розглядається не просто як сфера суспільства, а як «наскрізна система» і необхідний механізм комплексного впливу на виховання людини. Виховна діяльність означає залучення вихованців до усієї різноманітності видів діяльності, затверджуючи діяльністю активне відношення людини до реальності. Діяльність — матеріальна субстанція розвитку особистості. Будь-який вид виховання — моральне, естетичне, трудове, фізичне — це завжди новоутворення в особовій структурі, які народилися в процесі діяльності, цілеспрямованої активності особистості. Діяльність людини, впливаючи на навколишній світ і перетворюючи його, служить засобом задоволення різноманітних потреб і одночасно є чинником власного духовного, фізичного та психічного розвитку. Будь-яка цілісна конкретна діяльність ініціюється потребою, мотивом, інтересом, ціннісними орієнтаціями, що роблять її усвідомленою і стійкою на перспективу.

У фізкультурно-оздоровчій і спортивній діяльності духовний світ людини відбивається у задоволенні не лише кінцевим результатом, але і самим здійсненням дій, переживанням, «м'язовим почуттям», насолодою процесом діяльності, глибшим розумінням себе, перетворенням душі протягом століття. Крім того, в процесі цілеспрямованої рухової діяльності формується культура мислення, уяви, почуттів, художньої творчості тощо. Фізкультурна діяльність

виступає як сфера реалізації загальної культури людини. Усвідомлення людиною себе в реальному житті означає його взаємодію з навколишнім світом, місцем в житті, що розгортається, системі спілкування і соціальних стосунків, виборі ціннісних орієнтації.

Формування власного «Я» у світі і світу в собі — складна комплексна проблема, рівноцінна соціалізації особи. Суть цього процесу полягає в тому, що людина не просто живе, а сама являється носієм і творцем культури. В порівнянні із здоровими, у осіб з сенсорними, руховими, інтелектуальними порушеннями цей процес має природне ускладнення, обумовлене меншою мобільністю, обмеженими можливостями комунікації. Тому соціальне середовище, різноманітна діяльність як основні чинники виховання займають особливе місце в житті, самооцінці себе, становленням особи цієї категорії населення. Професійна увага педагога на діях, поведінці, емоційних реакціях, словах і інтонаційному забарвленні, відношення учня до соціально-культурних цінностей (людині, природі, здоров'ю, суспільству, праці, пізнанню, ціннісним основам життя, гідного людини, — добру, істині, красі) допомагає виробити внутрішні установки. Це дозволяє перетворити кожен момент своєї діяльності в проживання ціннісних стосунків: участь в суперечці — пошук істини; турбота про свою зовнішність, фігуру, ходу — пошук краси; участь в змаганнях — прояв індивідуальності, самоствердження; прибирання стадіону, підмітання доріжки — наведення ладу на планеті. Тільки власна активність, самовиховання, здатні перетворити життя і долю, вселити надію та упевненість у своїх силах.

Методи педагогічного впливу Початковим для виховання є відношення людини до навколишньої дійсності і його реальні прояви. Оскільки відношення має три форми свого існування — розум, емоції і дію, то природне і логічне використання трьох виховних каналів педагогічного впливу. Раціональна сторона відношення реалізується через слово, практична — через дію, емоційна — через оцінну дію. Метод переконання включає методичні прийоми: судження, повідомлення, думку, діалог, дискусію, раду, рекомендацію, обмін враженнями, розкриття внутрішнього сенсу тощо. Метод вправи реалізується наступними методичними прийомами: особистий приклад педагога, прохання що-небудь зробити або переробити, показ-інструкція, спеціальний тренінг (наприклад, навички етикету), наказ до дії в особливих випадках (припинити бійку, повернути чужу річ) та ін. Метод педагогічної оцінки має два різновиди: відкрита педагогічна оцінка і прихована педагогічна оцінка. Остання найбільш ефективна, оскільки розвиває самостійність.

5. Форми організації адаптивної фізичної культури. Форми організації занять фізичними вправами надзвичайно різноманітні, вони можуть бути

систематичними (уроки фізичної культури, ранкова гімнастика), епізодичними (заміська прогулянка, риболовля), індивідуальними (в умовах стаціонару або будинку), масовими (фестивалі, свята), змаганнями (від групових до міжнародних), ігровими (у літньому оздоровчому таборі). Одні форми занять організовуються і проводяться фахівцями АФК, інші — громадськими і державними організаціями, треті — батьками дітей-інвалідів, волонтерами, студентами, четверті — самостійно, самими інвалідами.

Мета усіх форм організації — розширення рухової активності за рахунок систематичних занять фізичними вправами, залучення до доступної спортивної діяльності, цікавого дозвілля, розвитку власної активності та творчості, формування здорового способу життя. Основною формою занять в усіх видах адаптивної фізичної культури є урочна форма, яка історично та емпірично виправдала себе. Залежно від цілей, завдань, програмного змісту уроки підрозділяються на: уроки освітньої спрямованості,призначені для формування спеціальних знань, навчання різноманітним руховим умінням; уроки корекційно-розвиваючої спрямованості, призначені для розвитку і корекції фізичних якостей та координаційних здібностей, корекції рухів, корекції сенсорних систем і психічних функцій за допомогою фізичних вправ; уроки оздоровчої спрямованості, призначені для корекції осанки, плоскостопості, профілактики соматичних захворювань, порушень сенсорних систем, укріплення серцево-судинної і дихальної систем; уроки лікувальної спрямованості, призначені для лікування, відновлення і компенсації втрачених або порушених функцій при хронічних захворюваннях, травмах тощо (наприклад, щоденні уроки ЛФК в спеціальних школах-центрах для дітей з ДЦП); уроки спортивної спрямованості, призначені для вдосконалення фізичної, технічної, тактичної, психічної, вольової, теоретичної підготовки в обраному виді спорту; уроки рекреаційної спрямованості, призначені для організованого дозвілля, відпочинку, ігрової діяльності. Таке ділення носить умовний характер, відбиваючи лише переважну спрямованість уроку. Позаурочні форми можуть бути не регламентовані за часом, місцем проведення занять, кількістю учасників, їх віком тощо. Заняття можуть включати осіб з різними руховими порушеннями та проводитись окремо або спільно із здоровими дітьми, батьками, волонтерами. Їх мета – задоволення потреб дітей в емоційно-руховій активності, ігровій діяльності, спілкуванні, самореалізації. В різних видах АФК урочні і позаурочні форми занять розподіляються наступним чином: адаптивна фізична культура найбільш організований і регламетований вид адаптивної фізичної культури. Фізичне виховання здійснюється наступними формами: - уроки фізичної культури;

- уроки ритміки (в молодших класах);

- фізкультхвилинки на загальних уроках (для зняття і профілактики розумового навантаження).

Адаптивна фізична рекреація – здійснюється в процесі позаурочних і позашкільних заняттях. Рекреаційні заняття мають 2 форми: в режимі навчального дня – ранкова гімнастика (до уроків), організовані ігри на перервах, спортивні часи (після уроків).

Позакласні заняття мають наступні форми:

- рекреативно-оздоровчі заняття в школі (в групах загальної фізичної підготовки, в групах рухливих та спортивних ігор, тощо), організованих на добровільній самодіяльній основі у відповідності з можливостями навчального закладу та інтересами, тих, хто навчається;
- фізкультурні свята, вікторини, конкурси, розваги, змагання тощо.
- інтегровані свята разом із здоровими дітьми;
- прогулянки та екскурсії;
- дні здоров'я.

В позашкільний час адаптивна фізична рекреація має наступні форми:

- заняття в літніх та зимових оздоровчих таборах;
- заняття та ігри в сім'ї;
- заняття в реабілітаційних центрах;
- заняття в сімейно-оздоровчих таборах.

Адаптивний спорт, який має 2 напрями: рекреаційно-оздоровчий спорт та спорт вищих досягнень. Рекреаційно-оздоровчий спорт реалізується в школі як позакласні заняття в секціях по обраному виду спорту (настільний теніс, гімнастика, аеробіка, танці, хокей на полу, баскетбол, плавання, легка атлетика тощо). Існує дві форми занять адаптивним спортом: - тренувальні заняття; - змагання.

Перший і другий напрям реалізується в спортивних та фізкультурно-оздоровчих клубах, громадських об'єднаннях інвалідів, ДЮСШ, збірних командах по видах спорту в системі Спеціального олімпійського, параолімпійського руху, всеросійського руху глухих. Фізична реабілітація в умовах спеціальних (корекційних) освітніх установ реалізується в двох формах: - уроки лікувальної фізичної культури в школі; заняття лікувальної фізичної культури в лікувальних установах. Фізична реабілітація дорослих інвалідів здійснюється в стаціонарах, поліклініках, реабілітаційних центрах, санаторіях, профілакторіях, медичних установах, а також самостійно.

Лекція№4

ОСНОВНІ ЗАКОНОМІРНОСТІ АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

План

1. Рух – провідний чинник розвитку фізичних здібностей
2. Залежність розвитку фізичних здібностей від рухових режимів
3. Етапність розвитку фізичних здібностей.

1. Рух – провідний чинник розвитку фізичних здібностей. Вся людська діяльність, інтелект, праця, почуття, спілкування, емоції спонукають до життя рухами. Встановлено, що потреба в русі склалася в ході еволюційного розвитку людини. Виконання тої чи інші рухові дії, він виявляє в них свої можливості, що відрізняються якісною своєрідністю. Так, характеризуючи окремі здібності людини, кажуть, що він сильний, спритний, витривалий та ін. По суті, в цих характеристиках виявляються фізичні здібності, які в науковій та методичній літературі часто називаються фізичними якостями. Хоча ці поняття (Ю. Верхошанский, традиційно у практичній діяльності використовують як аналоги. Існують суперечливі і схожі по суті визначення фізичних якостей (здібностей). Так, Л. Матвєєв вважає, що фізичні якості - це вроджені морфофункціональні здібності, завдяки яким можлива фізична активність, що проявляється доцільною в руховій діяльності. Є. Ільїн, Б. Євстаф'єв визначають їх як розвиток вроджених задатків, що базуються на психофізіологічних і морфологічних особливостей організму. Ю. Курамшина дає наступне визначення: «Фізичні здібності - це комплекс морфологічних і психофізіологічних властивостей людини, які відповідають вимогам будь-якого виду м'язової діяльності і забезпечують ефективність її виконання». В. Григоренко, Б. Сермєєв у застосуванні до осіб, які мають травматичні ураження хребетного стовпа і функцій спинного мозку, розглядають фізичні здібності як сукупність психічних, морфологічних і фізіологічних компонентів організму людини, єдність яких забезпечує готовність хворого або інваліда до побутової, виробничої, спортивної та інших видів соціальної діяльності.

Основою цієї готовності автори вважають формування рухової функціональної системи, становлення і розвиток якої відбувається у рамках навчання новим руховим діям і розвитку фізичних якостей - сили, швидкості, витривалості, гнучкості, спритності. Кожному з цих якостей притаманна специфічна структуру, цільова спрямованість рухів, м'язова координація, режим роботи та характер енергозабезпечення. В основі їх лежить цілісна адаптивна

реакція, з психічної, морфологічної, фізіологічної перебудови функцій організму. Тому визначення, запропоноване В. Григоренко, Б. Сермєєвим, можна використовувати не тільки для людей з ураженням опорно-рухового апарата, а й для осіб з сенсорними, соматичними, інтелектуальними та іншими порушеннями . Закономірності розглядаються як вираження дії законів і відображають загальні тенденції педагогічного процесу незалежно від стану здоров'я що займаються.

Рух - провідний чинник розвитку фізичних здібностей Рух притаманний всім живим об'єктам на самих різних рівнях організації. У ході еволюції характер і спосіб руху набуває різних форм, але найбільш досконалі види руху в основі своїй мають м'язове скорочення, енергія якого направлена на переміщення маси тіла. Організм людини розрахований на постійний рух, тому воно розглядається як основа всієї життєдіяльності і поведінки людини і в той же час як формуються початок в його розвитку (І. Шмальгаузен; І. Аршавський,). На думку В. Фарфеля, фізичний розвиток не відходить сам собою з досягненням потрібного віку, а є результатом рухової активності. Для осіб з обмеженими можливостями та інвалідів рух - не тільки умова життєзабезпечення, засіб і метод підтримки працездатності, але і спосіб розвитку всіх зон кори великих півкуль мозку, координації між центральних зв'язків, формування рухових взаємодій, аналізаторних систем, пізнавальних процесів, корекції і компенсації 66 недоліків у фізичному і психічних розвитку (М. Кольцова; А Дмитрієв, В. Воронкова; Н. Вайзман).

Проявляючись у діяльності, фізичні здібності практично невіддільні від рухових вмінь. Вдосконалення техніки того чи іншого рухової дії у вирішальній мірі залежить від відповідних фізичних здібностей і, навпаки, - чим вище рівень фізичних здібностей для виконання певної вправи, тим швидше воно освоюється. Існують вправи сполученого впливу, спрямовані одночасно на розвиток фізичних здібностей і вдосконалення елементів техніки досліджуваного рухової дії. Наприклад, використовують вправи, доступні для осіб із зберіганням рухових функцій, такі як біг з високим підніманням берда, з закиданням гомілки, дріботливий, за розмітками, в гору, під кутом, по піску, з невеликими обтяженнями та ін.. з одного боку, вони розвивають силу розгиначів ніг, амортизаційні стопи, загальну силову витривалість, з іншого - спрямовані на навчання техніці бігу: зменшення реакції опори, винос стегна, координації рухів рук і ніг, розслаблення, темп і ритм рухів. У фізичній підготовленості дітей з різними відхиленнями найслабшою ланкою є координаційні здібності: рівноваги, тонка моторика, розслаблення, ритмічність рухів та ін. Здавалося б, що ці здібності потрібно інтенсивно розвивати, щоб компенсувати рухові недоліки. Однак на практиці виявляється, що діти потребують навчання рухам, які

вимагають проявлення цих здібностей. Таким чином, завдання навчання та розвитку зливаються, що підтверджує цю закономірність.

2. Залежність розвитку фізичних здібностей від рухових режимів. Ця закономірність виражає залежність розвитку фізичних якостей від фази відновлення працездатності, на яку падає повторне виконання вправ. Виділяють три режими:

¬ кожна наступна вправа виконується в фазі недовідновлення працездатності, такий режим роботи і відпочинку відповідає розвитку витривалості;

¬ кожна наступна вправа виконується в фазі повного відновлення працездатності, коли функціональні показники повертаються до вихідного рівня. Такий режим навантаження і відпочинку характерний для розвитку координаційних здібностей, швидкісних і силових якостей;

¬ кожна наступна вправа виконується на фазі надвідновлення (підвищеної працездатності).

Такий режим розвитку швидкісних, силових якостей, спеціальної витривалості. В адаптивній фізичній культкрі ці режими використовуються диференційовано відповідно до рівня функціонального підготовлення дітей. Найбільш адекватними для них є щоденні режими навантаження, так як школярів з обмеженими функціональними можливостями більше, ніж їхніх здорових однолітків, схильних до стомлення, атипових реакцій з боку нервової, кардіорасціраторної та ін. систем. В адаптивному спорті дорослих інвалідів всі режими використовуються відповідно до завдань, етапами підготовки, рівнем тренованості і стану здоров'я. Дещо інше тлумачення і зміст поняття «двигунний режим» використовується в лікувально-відновлювальної реабілітації. Він передбачає раціональний розподіл різних видів рухової діяльності хворого протягом курсу лікування, розрахованого на мобілізацію і стимуляцію захисних і пристосований механізмів організму.

Руховий режим будується на наступних принципах:

а) стимуляція відновлювальних процесів шляхом активного відпочинку і спрямованої тренування функцій різних органів і систем;

б) сприяння перебудові та формування оптимального динамічного стереотипу в ЦНС;

в) адекватність фізичного навантаження віком, фізичної підготовленості, функціональними можливостями, клінічними показаннями;

г) поступова адаптація організму до зростаючої навантаженні;

д) раціональне поєднання, різна послідовність, оптимальне чергування фізичних вправ (В. Боголюбов) .

3. Етапність розвитку фізичних здібностей. У розвитку фізичних здібностей умовно виділяють три етапи:

-етап підвищеного рівня розвитку фізичних здібностей,

-етап досягнення максимальних показників

- етап їх зниження.

В основі етапів лежать пристосувальні реакції організму. У якості адаптогену виступає фізичне навантаження, а її структурною одиницею є фізична вправа. На першому етапі механізм впливу фізичних вправ полягає у порушенні відповідних аферентних і моторних центрів, мобілізації скелетних м'язів, кровообігу і дихання, які в сукупності утворюють єдину функціональну систему, відповідну за реалізацію даної рухової реакції (П. Анохін). Проте ефективність цієї реакції невелика, так як відповідає лише на початковому етапі термінової адаптації. У розвитку фізичних здібностей спостерігається нестійкий прогрес. Для того щоб склалася стійка адаптація, необхідні підкріплення, тренування, багаторазово повторювані дії. Це складний і тривалий процес поступової функціональної перебудови організму.

В результаті збільшення можливостей формується кумулятивна довготривала адаптація, пов'язана з активізацією і мобілізацією функціональних ресурсів організму, інтенсивним протіканням структурних і функціональних перетворень в органах і тканинах. Це етап максимального досягнення показників розвитку фізичних здібностей. На думку В. Платонова, В. Волкова, А. Сьомкіна, він характеризується формуванням ефективної структури рухів, підвищенням швидкості довільного розслаблення м'язів, зниженням енерговитрат на одиницю виконаної роботи, підвищенням утилізації кисню, оптимізацією відновних процесів. Максимальність досягнень у розвитку фізичних якостей у інвалідів та осіб з обмеженими можливостями в порівнянні зі здоровими обмежений і лімітується характером і важкістю порушень рухової функції, станом збережених функцій, що забезпечують рух, станом центральної і периферичної нервової системи і т.д. Третій етап розвитку фізичних якостей характеризується зниженням адаптаційних реакцій у відповідь на ті ж фізичні навантаження.

У цій ситуації є два шляхи:

перший – змінити характер утримуючись від фізичного навантаження, створивши нові передумови для зростання функціональних можливостей,

другий - знизити навантаження, щоб уникнути перенапруги перейти на підтримуючі режими рухової діяльності.

Нерівномірність і гетерохронність розвитку фізичних якостей. Ця закономірність розвитку моторики людини проявляється в коливанні характеру окремих елементів рухової системи, формуючому біологічний ритм розвитку рухів. Сутність його полягає в нерівномірному і неодночасному розвитку рухового апарату, що проявляється в послідовній зміні періодів прискореного програвання розвитку періодами консолідації окремих елементів моторики. Реалізація цієї біологічної закономірності важлива при розвитку фізичних здібностей і виражається загальним правилом: параметри навантаження повинні відповідати поточному стану людини і порівнюватися з природним ритмом його рухової функції. Цілком очевидно, що період життя до 20 років є найактивнішим етапом формування життєво важливих фізичних здібностей, але найбільш інтенсивним є період статевого дозрівання, в якому кожна фізична здатність має свій сенситивний період. Важливо враховувати, що і здорова, і хвора дитина проходять всі етапи онтогенетичного розвитку, але різними темпами.

Діти з відхиленнями у розвитку відстають від здорових однолітків на 1-3 роки і більше. Прогресивні структурно-функціональні перебудови в організмі людини, досягнуті в результаті систематичних занять фізичними вправами, мають тенденцію до регресу під час перерви або припинення занять. Детренованість проявляється, в першу чергу, у погіршенні функціонального стану, зниження рухових можливостей, оборотності придбаних фізичних здібностей, тобто повернення їх до вихідного рівня. Спочатку втрачаються швидкісні здібності, потім силові, а пізніше витривалість. Фізкультурно-оздоровча та спортивна діяльність частіше всього вимагають не одного, а цілої сукупності фізичних якостей. Наприклад, у спортивному плаванні, яким займаються інваліди різних нозологічних груп, в умовах змагань необхідно:

- відреагувати на стартовий сигнал і виконати стартове прискорення (швидкість реакції, час одиночного руху, початкова швидкість);
- підтримувати високу швидкість на всій дистанції (темп і довжина «Кроку»);
- виявляти оптимальні зусилля в кожному руховому циклі;
- виконувати рухи з необхідною амплітудою (рухливість в суглобах);
- пропливти всю дистанцію, долаючи стомлення (витривалість).

З наведеного прикладу видно, що в одній вправі (плаванні) потрібне поєднання різних фізичних здібностей. Кожна з них відносно незалежна, має свою структуру і методику розвитку і разом з тим впливає на загальний результат і один на одного. Таке явище, коли спрямоване розвиток однієї фізичної здатності тягне за собою позитивні зміни іншої, називається позитивним переносом. Він може бути прямим і опосередкованим, взаємним і одностороннім, однорідним і різнорідним. Принципово весь процес розвитку

фізичних якостей і його компоненти - підбір вправ (підвідних, імітаційних, напруженого впливу, спрощених, ускладнених, ігрових, на тренажерах та ін.), раціональне чергування системи навантажень, методи етичної побудови – завжди розраховані на позитивний перенос. Рідко, але в практичній діяльності зустрічається негативний перенос, коли розвиток однієї фізичної якості гальмує розвиток іншого. Методика одностороннього розвитку будь-якого якості або його негативний вплив на інше приводить до дисгармонійного розвитку і зниження результатів.

Лекція№5

МЕТОДИКА АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

План

1. Адаптивна фізична культура осіб з вадами слуху.

2. Адаптивна фізична культура осіб з вадами зору.

3. Адаптивна фізична культура при порушеннях опорно-рухового апарату.

4. Адаптивна фізична культура при дитячому церебральному паралічі.

5. Адаптивна фізична культура при розумовій відсталості.

1. Адаптивна фізична культура осіб з вадами слуху. Причини і локалізація пошкодження органу слуху впливають на сприйняття звуків. Глухота впливає на зниження рівня здоров'я. Аналіз анатомо-фізіологічних зв'язків слухового аналізатора з іншими органами і системами організму показує, що пошкодження органу слуху може викликати порушення: - рефлекторних рухових реакцій на слухові подразники; - відчуття рівноваги; - функції окорухових м'язів; - функції оральних, артикуляцій, фарин- і ларингеальних м'язів; - несвідомих автоматичних рухів, що забезпечуються екстра-пірамідною системою; - вегетативних реакцій організму.

Глухота – повна відсутність слуху або такий його ступінь пониження, при якому розбірливе сприйняття мови стає неможливим. Повна глухота зустрічається рідко. Більшість глухих мають залишки слуху, що дозволяє їм сприймати певні звуки. Такий стан визначають як слабослухання або туговухість. Порушення рухової активності може мати наступні вияви:

- проблеми збереження статичної і динамічної рівноваги;
- низький рівень розвитку просторової орієнтації;
- сповільнене оволодіння руховими вміннями і навиками;

- збільшення часу рухових реакцій і реакцій по вибору;
- зниження станової сили;
- відставання в стрибучості;
- нераціональний розподіл фізичних зусиль при рухах;
- низький темп рухів; - погіршення рухової пам'яті;
- зниження здатності ідентифікувати людей і об'єкти;
- неадекватне зниження відчуття безпеки;
- перевага зорово-м'язових уявлень над м'язово-руховими;
- зниження точності сприйняття;
- зниження точності відтворення тимчасових параметрів;
- недостатньо точна координація і невпевненість рухів.

Тестування при глухоті. Тестування слуху проводиться лікарями по методиках Рінне, Вебера, Швабаха. Обов'язково тестують вестибулярну функцію: з'ясовують скарги на запаморочення, визначають наявність ністагма, порушення рівноваги, промахування, здатність правильно здійснювати пальце-носову пробу. При оцінці рухових якостей особливу увагу надають тестуванню:

- швидкості, точність відтворення рухів заданої амплітуди, точності цільового руху;
- точність диференціації великих і малих м'язових зусиль;
- здатності формувати просторово
-часові зв'язки;
- координації. Фізичне виховання глухих має ряд специфічних завдань.
- вестибулярне тренування;
- вдосконалення просторового орієнтування;
- розвиток здатності ідентифікувати людей і предмети;
- швидкость перемикання уваги з ціллю кращого орієнтування;
- вдосконалення реакції за вибором;
- підвищення швидкості рухових реакцій; розширення м'язово-рухових уявлень; збільшення об'єму рухової пам'яті. Особливі акценти у процесі розвивитку вмінь і навиків при глухоті:
- вміння раціонально аналізувати ситуацію;
- здатність встановлювати зв'язки між попереднім досвідом і новими знаннями; - раціональний розподіл фізичних зусиль; Засоби фізичного виховання:
- загальнорозвиваючі фізичні вправи;
- циклічні аеробні вправи (біг, ходьба, їзда на велосипеді); - дихальні вправи (з тривалим видихом);
- вправи для зміцнення м’язів хребта;
- вправи для розвитку координації;

- елементи гімнастики;

- елементи акробатики;

- аеробіка;

- танцювально-ритмічні вправи;

- танці;

- види спорту: бадмінтон, баскетбол, боротьба вільна і греко-римська, боулінг, бочче, волейбол, гольф, дзюдо, теніс, футбол, хокей, хокей з м'ячем, шашки, шахи.

Методика формування рухових уявлень, умінь і навиків вимагає дотримання наступної послідовності :

- положення голови (при глухоті часто для кращого вловлювання звуку людина повертає або нахиляє голову, що негативно впливає на поставу, хребет);

- правильне дихання;

- раціональна поза (ця тема особливо важлива при ураженнях вестибулярного аналізатора);

- фундаментальні властивості руху;

- довільні і мимовільні рухи;

- рух очей, організовуючі рухи тіла;

- координація згиначів і розгиначів;

- рухи і дихання;

- раціональна дія.

До особливостей методики фізичного виховання глухих відносяться наступні положення:

- учитель повинен володіти мовою знаків;

- на заняттях застосовувати раціональні наочні повідомлення;

- широко використовувати арсенал відеоматеріалів (візуальний показ); - вміння, що вивчаються, завжди демонструються наочно;

- викладач при спілкуванні з учнями повинен стояти лицем до учнів так, щоб вони добре бачили його обличчя і губи (артикуляцію);

- при словесному поясненні пам'ятати про виразність своєї артикуляції;

- уникати міміки і жестів, які не відносяться до теми даного питання;

- в процесі спілкування з учнями викладач повинен бачити їх очі (зворотну реакцію);

- викладачу час від часу необхідно питати учнів, як вони зрозуміли матеріал;

- краще двічі перевірити, щоб переконатися в тому, що учні зрозуміли правильно, особливо, якщо йдеться про профілактику травм;

- кожні 15 хв робити перерви (інтервал обумовлений часом концентрації уваги, після якої розвивається стомлення).

2.Адаптивна фізична культура осіб з вадами зору. Зоровий аналізатор дозволяє людині сприймати 90% зовнішньої інформації.

Сліпота – двостороння невиліковна повна відсутність зору (в цих випадках користуються терміном тотальна сліпота) (0) або залишковий зір (гострота зору: світловідчуття 0,03-0,04 включно з корекцією на кращому оці, або звуження поля зору до 10º на кращому оці незалежно від гостроти зору). При збереженому світловідчутті на рівні розрізнення світла і темноти або залишкового зору, що дозволяє полічити пальці руки біля лиця, розрізняти контури, силуети і кольори предметів безпосередньо перед очима, говорять про практичну сліпоту.

Знижений зір – гострота зору кращого ока з корекцією зору складає 0,05-0,4, що дозволяє бачити при сприятливих умовах, коли до зору не пред'являється високих вимог. В спеціальних школах дітей з порушенням зору поділяють на групи:

- з повною відсутністю зору;
- що мають світловідчуття, що дозволяє розрізняти світло і тінь;
- володіючих залишковим зоровим сприйняттям, що дозволяє розрізняти на близькій відстані контури предметів;
- з гостротою зору від 0,01 до 0,04, що дозволяє зорово орієнтуватися при пересуваннях і розрізняти на деякій відстані форми предметів і яскраві кольори;
- з гостротою зору від 0,05 до 0,08, при якій можливо: сприймати контури предметів, колірні відтінки, розрізняти предмети, що рухаються, на відстані, бачити контрастні зображення, контури, кольорові ілюстрації, читати крупний шрифт;
- з гостротою зору від 0,09 до 0,2 і вище, що дозволяє зорово орієнтуватися в просторі, контролювати свій трудовий процес, сприймати спеціальний навчальний матеріал, читати, писати.

У спеціальних школах для сліпих за статистикою 84 % що вчаться, є слабозрячими і 16 % - сліпими. Проблеми, які необхідно долати викладачу АФК у процесі навчальнотренувального процесу: - зниження сприйняття власних рухів, самоконтролю рухової діяльності; - неможливість швидких перемикань на нову структуру руху; - проблема орієнтування в просторі. При патології органу зору в АФК особливу увагу приділяють питанню допуску до занять. До занять фізичними вправами одержують допуск особи з патологією, при якій відсутній ризик погіршення функції зору від фізичного навантаження. Такі хвороби виділяють в групу А. Група Б об'єднує людей із захворюваннями очей, схильними до прогресування і погіршення функцій зору; має на увазі повну

заборону фізичних вправ або значні обмеження, вказані лікарем-офтальмологом. Формуючи групи для занять АФК, враховують:

1) патологію очей;

2) рівень фізичної підготовки;

3) захворювання інших органів, систем;

4) ступінь зорового дефекту (центральний зір, вид оптичної корекції, поле зору);

5) участь в роботі окремих груп м'язів;

6) психоемоційний стан;

7) вік;

8) стать.

Мета, завдання, і засоби фізичного виховання осіб з дефектом зору. Успішність процесу фізичного виховання залежить від того, наскільки незрячі повно сприймають ознаки і якості предметів, явищ, ситуацій.

Задача вчителя - послідовно і планомірно розвивати пізнавальну сферу учня. Мета фізичного виховання людей з дефектом зору – забезпечити максимальну свободу, ефективність, економічність і безпеку рухової активності.

Завдання фізичного виховання людей з дефектом зору: розвивати здатність цілеспрямовано переміщатися в просторі; формувати уміння взаємодії з середовищем і предметами, які його наповнюють, виконувати життєво необхідні результативні, економічні дії.

Специфічні завдання фізичного виховання людей з дефектом зору:

- розвивати стійкість, статичну і динамічну рівновагу; сприйняття навколишнього середовища окремими сенсорними системами, а також сприйняття простору вцілому;

- вдосконалювати навики орієнтування у просторі за допомогою непошкоджених сенсорних систем;

- ліквідовувати скутість і обмеження рухів;

- розвивати здатність відчувати і оцінювати швидкість рухів, їх амплітуду, ступінь напруги і розслаблення м'язів;

- удосконалювати всі характеристики рухів;

- розширювати рухові уявлення, рухову пам'ять, об'єм рухових вмінь;

- коректувати недоліки фізичного розвитку, розвивати спритність, силу;

- при слабозрячості розвивати зорово-моторні реакції. В ході занять можна також керуватися методами строго регламентованої вправи, такими, як:

- метод розчленовано-конструктивної вправи (розучування дії в розчленованому вигляді з послідовним об'єднанням частин в ціле);

- метод виборчої вправи (виборча дія на окремі сторони структури рухів або окремі фізичні якості).

Особливістю методики АФК при сліпоті є розвиток: - м'язово-суглобового відчуття; орієнтування в просторі; орієнтування в часі; здатності відчувати темп і швидкість рухів, їх амплітуду і ступінь напруження м'язів. У роботі з незрячими розрізняють два види орієнтації в просторі: макроорієнтацію (в просторі, який не має обмежень) і мікроорієнтацію (в "малому" просторі, обмеженому зоною дії рук). Для правильного сприйняття при слабозрячості необхідно створити певні умови: забезпечити достатню кутову величину об'єктів, контрастність, яскравість, необхідний рівень освітлення.

3. Адаптивна фізична культура при порушеннях опорно-рухового апарату. У фізичному вихованні і спорті інвалідів з порушеннями опорно-рухового апарату виділяють такі нозології, як стани після ампутації кінцівок, стани після травм спинного мозку і поліомієліту і дитячий церебральний параліч Завдання і засоби АФК при порушеннях опорно-рухового апарату.

До загальних завдань відносяться:

- відновлення центру тяжіння тіла;
- відновлення м'язового балансу;
- корекція деформацій опорно-рухового апарату вцілому, постави;
- розвиток координації, спритності, витривалості, гнучкості;
- ліквідація патологічних компенсацій.

Специфічні завдання:

- відновлення симетрії тіла (плечового і тазового пояса);
- вдосконалення відчуття рівноваги;
- відновлення рухливості в проксимальних від ампутації суглобах і здорових кінцівках;
- розвантаження суглобів, що випробовують щонайбільші навантаження у зв'язку із зсувом центру тяжіння тіла;
- корекція порушень постави;
- розвиток сили м'язів в проксимальних від ампутації сегментах;
- збільшення сили і витривалості м'язів спини, нижніх кінцівок і черевного пресу;
- профілактика плоскостопості і атрофії кукси.

Засоби АФК (при ампутації):

-вестибулярне тренування;

-дихальні вправи;

-вправи на розслаблення (метод Ловицької);

-на відновлення симетрії плечового пояса, тазу і тонусу м'язів спини, для глибоких і поверхневих м'язів спини; силові;

-на збільшення амплітуди рухів;

-на диференціацію м'язових зусиль, які вдосконалюють здатність диференціювати простір; гідроаеробіка; ігри; естафети;

- вправи по профілактиці плоскостопості.

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

Завдання і засоби АФК при травмах спинного мозку. До загальних завдань АФК при даній нозології відносяться:

- виховання усвідомленого відношення до реальності і своїх можливостей, силам, розвиток вольових якостей, прагнення самореалізації;

- відновлення функції хребта і спинного мозку;

- нормалізація основних нервових процесів нейрорегуляції;

- нормалізація м'язового тонусу;

- зміцнення м'язів хребта, формування "м'язового корсету" тулуба;

- розвиток міжм'язової координації;

- створення умов для відновлення фундації життєво важливих рухових умінь і навиків;

- розвиток рухових якостей: сили, спритності, швидкості, гнучкості; До специфічних завдань відносяться:

- дія на пошкоджену ділянку хребта і всього опорно-рухового апарату з ціллю корекції;

- нормалізація тонусу мускулатури;

- зміцнення і розвиток м'язів, функціональний стан яких порушено;

- розвиток і удосконалення координації рухів, рівноваги балансування ;

- розвиток і закріплення статико-динамічної функції хребта формування і закріплення правильної постави;

- розвиток відчуття положення окремих частин тіла;

- попередження розвитку і лікування контрактур і вдосконалення навиків паралізованих кінцівок;

- вироблення компенсаторних рухових навиків, розвиток і вдосконалення навиків самообслуговування і праці.

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

спортивні і рухливі ігри (бадмінтон, баскетбол на візках, волейбол сидячи, настільний теніс, футбол), стрільба з лука, елементи важкої атлетики і атлетичної гімнастики, елементи легкої атлетики, туризм і екскурсії, спортивне орієнтування, марафон на візках.

При ушкодженні спинного мозку більш активні, чим звичайно, ідеомоторні вправи, рухи за інерцією, цілеспрямований розвиток кінестетичних відчуттів (також володіння довільним розслабленням м'язів). При підвищеному тонусі крупних м'язів для його зниження застосовують вправи на розслаблення: махові рухи (з поступовим збільшенням амплітуди) і струшування кінцівки. Для зменшення спастики в кистях, ступнях використовують їх "прокручування" по валу, що обертається. Для подолання скутості, сповільненості рухів необхідно розвивати гнучкість, для ліквідації зайвих рухів – точність диференціації. Ушкодження спинного мозку, впливаючи на загальний тонус м'язів лежачих відділів (змінюючи фонову напругу гладенької і поперечносмугастої мускулатури), відображається на положенні тіла в просторі, у тому числі на його здатності протистояти дії зовнішніх сил. Розвиток рухових здібностей слідує починати з розв'язання статокінетичних завдань: вибору початкових положень і раціональних поз, при яких дія зовнішніх сил, передусім сили гравітації, буде мінімальна; стійкість тіла – максимальною.

Специфічним засобом АФК при ушкодженні спинного мозку є суспензійна терапія - виконання фізичних вправ в умовах усунення сили тяжіння. Методика суспензійної терапії, розроблена В.Дікулем рекомендує: - використання блоків і противаг; - підвішування за допомогою спеціальних сіток; - використання підвішуючих систем з канатів і пружин; - гідрокінезотерапія. Добрий ефект надають вправи у воді – пасивні або пасивно-активні. Використання таких видів спорту, як атлетика, важка атлетика, гімнастика, настільний теніс, стрільба з лука, їзда в інвалідній колясці, сприяє розвитку найбільш важливих в даному випадку фізичних якостей, підвищує загальний функціональний рівень і фізичну працездатність. Заняття важкою атлетикою збільшують м'язову силу і витривалість. Настільний теніс розвиває відчуття рівноваги, сприяє поліпшенню координації, концентрації уваги, точності і швидкості рухів; внаслідок змагального характеру здійснюється позитивний вплив на психоемоційний стан. Стрільба з лука допомагає розвитку відчуття рівноваги, координації рухів і підвищує статичну витривалість. Їзда в інвалідному візку, включаючи практичні заняття з подолання різних перешкод, поліпшує загальну витривалість.

4. Адаптивна фізична культура при дитячому церебральному паралічі. Дитячий церебральний параліч (ДЦП) – термін, об'єднуючий численні

рухові порушення, що виявляються паралічами, порушенням координації, мимовільними "зайвими" рухами. Часто вони поєднуються з різними порушеннями мови, психіки, іноді – епілептичними нападами. Причина ДЦП – внутрішньоутробне ушкодження або порушення розвитку мозку, викликане різними хронічними захворюваннями майбутньої матері. Важлива особливість ДЦП як патологічного стану - тенденція до відновлення порушених функцій Корекційні завдання АФК:

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

При виборі засобів АФК слід керуватися важливою фізіологічною закономірністю: швидше розвиваються ті органи і системи, які необхідні організму на даному етапі онтогенезу або у недалекому майбутньому. Навпаки, розвиток неактуальних на даний момент функціональних систем затримується Особливості методики при ДЦП. Заняття починають із вправ, спрямованих на нормалізацію м'язового тонусу. Усі вправи, якими розвивають той, або інший рух, чергують з дихальними. На фоні загальнозміцнюючих, застосовують вправи, які нормалізують м'язовий тонус, нейтралізують патологічні (тонічні) рефлекси, амплітуди рухів. Бажано, щоб дитина виконувала вправи перед дзеркалом.

Розвиток вестибулярної функції здійснюють адекватною стимуляцією вестибулярного аналізатора: розгойдуванням в колисці, на руках, на гойдалках; вправами, в яких є швидка зміна положення тіла: швидке переміщення в одній площині (зверху вниз і знизу вгору, зліва направо і навпаки), перехід з однієї площини простору в іншу, рухи з кутовим прискоренням. У застосуванні цих вправ найбільш відповідальний момент – їх дозування, що розвиває тренувальний ефект і в той же час не викликає негативних вегетативних реакцій. Вправи застосовують в певній послідовності: рухи головою; згинання, розгинання, повороти тулуба; рухи у плечових суглобах; рук і ніг – проксимальних суглобах (плечових, кульшових). Вправи поступово повинні охоплювати середні суглоби (ліктьові і колінні), потім променево-зап'ясткові і гомілковостопні. Необхідно, щоб вправи дещо "випереджали" рівень розвитку рухових можливостей дитини – відповідали наступному рівню розвитку рухової сфери.

Застосовуються як загальні методи фізичного виховання, так і специфічні:

- внесення регламентуючих змін в окремі параметри звичайного руху: виконанням вправи з незвиклого початкового положення; зміною амплітуди і швидкості рухів, часу занять за рахунок зміни кількості повторень кожної вправи;

- дзеркальним показом вправ; конструюванням нових способів виконання;

- ускладнення звичайних дій: додатковими діями; комбінацією дій;

- зміна зовнішніх умов: розширенням діапазону матеріально-технічного забезпечення; зміною правил, умов, збільшенням кількості учасників занять;

- застосування змагального методу;

- індивідуально-груповий метод: група складається з 3-6 чоловік і викладач може надати достатньо уваги кожному, але, крім того, діє позитивний чинник колективних взаємин; застосовується як в однорідних групах, у яких беруть участь особи однакових виявів ДЦП, так і в змішаних групах, учасники яких – різних фізичних можливостей;

- метод, що колективно-індивідуалізувався (об'єднує 7– 12 чоловік);

- ігровий метод;

- музично-ритмічні заняття, у тому числі танці;

- виконання вправ одночасно з декламацією віршів;

- метод "театру фізичного виховання" (сюжетні постановки і т.п.);

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

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

- стимулюють вестибулярну функцію;

- добиваються ліквідації патологічного впливу тонічних рефлексів;

- розвивають настановні рефлекси; - нормалізують м'язовий тонус;

- добиваються реакції повороту голови на звук або інший подразник; - формують вміння контролювати положення голови у просторі (у положенні лежачи на животі, пізніше на спині), вчать піднімати голову без підняття плечей;

- добиваються роздільних рухів голови і тіла при зміні положення;

- нормалізують м'язовий тонус рук (у тому числі великих грудних м'язів) і формують вміння випрямляти руки;

- розвивають зорово-рухову координацію голови і рук, - формують вміння виконувати повороти тулуба із спини на живіт і навпаки (стимулюють зміни положення тіла з розділенням рухів у шийному, грудному, поперечному відділах хребта);

- розвивають уміння повзати на животі і пересуватися в упорі;

- формують вміння сідати з допомогою і самостійно;

- розвивають маніпулятивну діяльність рук; - формують вміння вставати на ноги і утримувати вертикальну позу;

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

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

Особливості методики АФК: - розвиток мови через рух: об'єднання звуку і руху;

-звукове забарвлення руху; ролеві рухливі ігри з мовним виразом;

- ритмізація рухової активності (об'єднання звуку, ритму і руху);

-оволодіння регуляцією дихання як складовою звукоутворення;

- розвиток дрібної моторики рук і т.п.;

- формування в процесі фізичного виховання просторових і тимчасових уявлень, як, наприклад: далі-ближче; вище-нижче; зліва-справа; більше-менше; багатомало; швидко-поволі; часто-рідко;

- формування у процесі рухової діяльності понять про предмети, рухи і їх якості;

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

Підбираючи вправи для розминки, керуються відповідністю їх цілі заняття, специфічною спрямованістю, ритмічною врівноваженістю і завершеністю. Для розминки загального характеру підбирають 8 – 10 вправ, техніка яких вже добре засвоєна учнем, або не вимагає тривалого навчання. У послідовності рухів повинне бути присутнє поступове збільшення амплітуди, складності і кількості задіяних м'язів. Перенесення рухових навиків рекомендується здійснювати у послідовності з вправи на вправу, із однієї м'язової групи на іншу. Після вправ, спрямованих на окремі м'язові групи, застосовують вправи, які об'єднують 33 попередні вправи у великі складні комбінації для всього тіла. Наприклад: нахили тулуба з поворотами голови; рухи плечима – з нахилами тулуба. У завершальній частині розминки – вправи для розвитку гнучкості: вправи на розтягування нижньої частини спини, задньої поверхні стегон.

Вправи виконуються ритмічно, плавно, з поступовим нарощуванням амплітуди. Підбір вправ основної частини уроку, вимагає дотримання таких принципів: відповідність завданням, забезпечення ефективності і безпеки; бути цікавими і різноманітними. Інтенсивність повинна поступово збільшуватися на початку основної частини заняття і зменшуватися до закінчення. Необхідно задіювати максимальне число м'язових груп, обов'язково – пошкоджені. Підбирати вправи, які залучають до роботи м'язи-антагоністи. Рухи, які є стресовими для організму, застосовувати в обмеженій кількості повторень залежно від показань.

Доступність, інтенсивність, складність варіюють в логічній послідовності. Увагу концентрують на техніці виконання рухів, а не на кількості повторень. Переходи між вправами повинні бути плавними, неважкими для виконання, вказівки – однозначними і зрозумілими учню. Починають основну частину аеробним розігріванням: ходьба, біг, рухи руками і ногами із збільшенням амплітуди, махові рухи. Після цього переходять до вправ в такій послідовності: розтягання великих грудних м'язів, розвиток сили нижніх фіксаторів лопатки; розтягання поздовжньо-поперекових, квадратних поперекових м'язів, розвиток сили м'язів живота; розтягування привідних м'язів стегна, силові вправи для сідничних м'язів, відвідних м'язів; розтягування трицепсів гомілки (саме ці м'язи, як правило, уражені при ДЦП). У заключній ("підтримуючій") частині необхідно підбирати вправи індивідуальної спрямованості; залучати в дію основні групи м'язів, формуючи правильну

поставу. Перевагу віддається вправам на розтягнення: підколінних сухожилків, привідних м'язів стегна, квадрицепсів, згиначів стегна, гомілкових м'язів. Заняття завершують грою або змаганням, естафетою, танцем, з метою забезпечення в учнів позитивних вражень від отриманих результатів.

5. Адаптивна фізична культура при дитячому при розумовій відсталості. Розумова відсталість – широке поняття, що означає яку-небудь інтелектуальну недостатність, що виникла в період формування психіки. За визначенням ВООЗ, це значне зниження основних інтелектуальних функцій. Для визначення рівня розвитку інтелекту в сучасній психіатрії використовується IQ1 – коефіцієнт інтелектуального розвитку. Нормальні значення IQ знаходяться в межах 85–110 %. Виділяють чотири ступені зниження інтелекту (%): - легка – IQ від 50–55 до 70; 1 IQ - відношення "інтелектуального віку" (віку, якому відповідає розвиток дитини) до паспортного віку, виражене у відсотках. Наприклад, при інтелекті дитини 10 років, відповідному 5 рокам: 10 = 5/10 • 100 % = 50 %. 34 - поміркована – IQ від 35–40 до 50–55; - важка – IQ від 20–25 до 35–40; - глибока – IQ нижче 20–25. Найбільш глибокий ступінь психічного недорозвитку (IQ = 0–5 %) характеризується відсутністю або початковим станом пізнавальних функцій. Життєва активність обмежується в цьому випадку інстинктивними діями, часто збоченими реакціями на смак їжі, біль, радість або смуток і т.д. В моториці переважають стереотипні дії. Такі люди насилу опановують ходьбою, соціально не пристосовані навіть на рівні самообслуговування. При IQ = 5–19 % спостерігається затримка психіки, що характеризується рудиментарним мисленням (в уявленнях); наявність недорозвиненої різною мірою мови; відносне соціальне пристосовування на рівні самообслуговування або елементарних трудових процесів, що, проте, вдається тільки при постійній опіці; деяке орієнтування в конкретній ситуації; пізнавання близьких; адекватна реакція на звичні повсякденні слова і фрази; використання окремих слів з 3–5 років в комунікативних цілях; можливо навчання елементарним навикам охайності.

Люди з IQ = 20–34 % характеризуються недорозвиненою мовою у вигляді фраз з 2–3 слів, що носить ситуаційний характер, крайньою бідністю уявлень, можливістю розвитку лише навиків самообслуговування. IQ = 35–49 % – стани, при яких людина може бути навчена простим трудовим вмінням, має фразову мову і іноді може оволодіти читанням, письмом. Емоції недиференційовані, примітивні. При IQ = 50–70 % має місце конкретно-описуючий тип мислення (без абстрагування), дещо знижені формування понять і допитливість, разом з тим користуються шаблонами і, виходячи з них, люблять повчати інших; добре розвинуті механічна пам'ять, слух, здібність до математичних розрахунків;

мають добру практичну (конкретну) обізнаність. Затримка психічного розвитку (ЗПР) – вияв незрілості психомоторних функцій в результаті сповільненого розвитку морфофункціональних систем мозку під впливом різних негативних чинників. Закінчується, як правило, недорозвиненістю функції або компенсацією її іншими функціями. Може мати тимчасовий зворотній характер. При ЗПР щонайбільшу роль грає недорозвиненість сприйняття і відчуттів. Аналізатори працюють нормально, але порушена обробка інформації, що поступає від них, є труднощі з перетворенням цієї інформації в руховий акт і, як наслідок, проблеми із сприйняттям розмірів, форм, відстані.

Недостатня кількість чуттєвих вражень приводить до відставання розвитку мислення. До соціальних, а не до медичних, відноситься проблема затримки інтелектуального розвитку внаслідок педагогічної занедбаності.
Вона виникає в дітей, що знаходилися з раннього дитинства в несприятливих умовах виховання, які до шкільного віку є не готовими до засвоєння шкільної програми. Індивідуальні заняття дозволяють в декілька місяців ліквідовувати результати педагогічної занедбаності .

Аутизм – стан відходу від реальності і відмова від спілкування. Це серйозна проблема в роботі з людьми з розумовою відсталістю. При розумовій відсталості виділяють наступні рухові порушення:

- моторна імбецильність загальне недорозвинення моторики
- моторний інфантилізм – затримка розвитку моторики;
- екстрапірамідна недостатність – відсутність або недорозвиток асоційованих, автоматичних і захисних рухів, міміки, мови;
- фронтальна недостатність – відсутність формул рухів і здатності їх виробляти, порушення мови, надмірне збудження, недостатність уваги, безпідставна ейфорія.

В усіх випадках наголошуються порушення функцій, які забезпечують нормальну рухову активність: слухо-моторної координації, зорово-просторової орієнтації, функціональності руки (не сформовані тонкі диференційовані рухи пальців рук, кінетичний і кінестетичний праксис, складні координаційні схеми), координації рухів з мовою, статичної координації рухів і організації динамічного руху, кінестетичної інтегративності, труднощі формування навиків, які вимагають диференційованих рухів або зміни темпу виконання рухів. Розумово відсталі школярі відстають від вікової норми за показниками сили, швидкості, витривалості, координації, стрибучості на 25– 40 %; частоти рухів – на 30 %, за часом зорово-моторної реакції – на 40 %. Це відставання пояснюється зниженням сили і рухливості нервових процесів. Одна з найбільш важливих завдань АФК при розумовій відсталості – формування нормального алгоритму рухових дій, розвиток рухових умінь. Специфічні особливості фізичного

виховання розумово відсталих дітей. Завдання навчального процесу: -формувати позитивну мотивацію до навчального процесу;

-сприйняття;

-здатність концентрувати і утримувати увагу;

-нормалізувати співвідношення збудження і гальмування нервових процесів; -логічне і образне мислення;

-алгоритм виконання дії (розвинути такі вміння, як усвідомлення і самостійна постановка цілі, вибір засобів її розв'язання, аналіз і оцінка результатів);

-достатній запас практичних вмінь і навиків; мова. При розв'язанні цих і інших задач в роботі з розумово відсталими людьми викладачу доведеться долати такі проблеми, як страх перед новими завданнями і відмову від їх виконання, нездатність до зосередження і психічних навантажень, відсутність позитивного рухового досвіду, низька працездатність, швидка стомлюваність.

Засоби розв'язання цих завдань: побудова і перебудова рухових дій, ритмічні вправи, пластичні хвилеподібні рухи, вправи з предметами, сюжетні ігри, заняття у воді, рухливі ігри.

Особливість методики – доступність. Сприйняття розвивається адекватними впливами на всі сенсорні системи. Оскільки зір забезпечує 90 % всієї зовнішньої інформації, особливу увагу слід звернути на розвиток зорового сприйняття. При розумовій відсталості необхідно враховувати наявність мотивації до сприйняття; напрям мотивації учня від його власних інтересів до завдань уроку. Методи формування мотивації:

- завдання нової дії в об'ємі попередньої;
- використання результату попередньої дії для реалізації наступної;
- застосування прийомів стимуляції (заохочення);
- мовне відтворення учнем дії і його власні висновки (по можливості).

При розумовій відсталості проблематичне спостереження за предметом або дією, тому необхідно максимально сконцентрувати увагу учня в логічній послідовності: на викладачі; на задачі; на предметі; на дії з предметом (поступово переходять від одного предмета і дії до двох і так далі). Виключають усі відволікаючі увагу учня чинники. Аналіз безпосередньо рухів зводиться до визначення положення і напряму тіла в просторі; диференціація рухів за якістю, кількістю; визначення положення різних частин тіла (по їх розташуванню один до одного); здійснення дій в просторі; мовному відтворенню рухів. Процес фізичного виховання розумово відсталих дітей має наступні специфічні особливості:

- вимагає більшого терпіння збоку викладача (результат наступає в середньому через 2 роки);

- викладач знаходиться в більшій залежності від розташування духу і мотивації учня;

- агресія учня – одна з форм контакту;

- викладачу не можна піддавати критиці, примушувати учнів, допускати їх перевтому. Не слід пильно дивитися в очі учням;

- необхідна рівна позитивна тональність викладача в спілкуванні;

- необхідно створювати атмосферу радості, зацікавленості, ентузіазму.

Лекція №6

ФІЗИЧНІ ЗДІБНОСТІ АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

План

1. Розвиток силових здібностей в адаптивній фізичній культурі.
2. Розвиток швидкісних здібностей в адаптивній фізичній культурі.
3. Розвиток витривалості в адаптивній фізичній культурі.
4. Розвиток гнучкості в адаптивній фізичній культурі.

1. Розвиток силових здібностей в адаптивній фізичній культурі. Будь яка рухова діяльність забезпечується складним комплексом коркових, підкоркових, нейрофізіологічних, біохімічних механізмів, але жоден руховий акт неможливий без участі м’язової системи як основної ланки опорно-рухового апарату, а отже, без м’язового напруги. Цілком очевидно, що інваліди та особи з обмеженими можливостями, відчуваючи дефіцит рухової активності, мають знижені в порівнянні з світовими показниками м’язової сили, але потреба у розвитку сили неоднакова.

Інваліди, що втратили кінцівку або отримали пошкодження хребта і спинного мозку, проходять кілька етапів реабілітації в умовах стаціонару, де силове тренування носить спрямований характер (підготовка до протезування, відновлення локомоторної діяльності, трудових навичок тощо) і займає великий обсяг у комплексній реабілітації. Заняття фізичною рекреацією, тренування в спорті вищих досягнень, а особливо самостійні заняття інвалідів різних нозологічних груп вимагають різних підходів до розвитку м’язової сили. У теорії і методики фізичної культури під м’язовою силою розуміється здатність людини долати зовнішній опір або протидіяти йому за рахунок м’язових напружень.

Силові здібності виявляються в конкретних зусиллях і забезпечуються мобілізацією психічних якостей, функцій моторної, м’язової, вегетативних,

гормональної та інших фізіологічних систем, тобто є цілісною реакцією організму. В умовах виконання фізичних вправ зусилля може проявляться одноразово, багато разів в циклічних і ациклічних рухах, проти великого чи невеликого опору, з високою швидкістю чи повільно, при різному стані м'язів - розслабленому або напруженому. При цьому можуть мати місце різні режими роботи м'язів: динамічний (долає і поступається), ізометричний і численні форми змішаного режиму. Залежно від переважної ролі цих чинників розвиваються ті чи інші форми силових здібностей , власне силові або швидкісно-силові.

Виходячи із загального визначення фізичних здібностей м'язова сила – це сукупність психічних, морфологічних і фізіологічних компонентів організму (інвалідів та осіб з обмеженими можливостями), єдність яких у структурі рухової функціональної системи забезпечує здатність до подолання зовнішнього опору або протидії йому за допомогою м'язових напружень. На рівень прояву силових здібностей впливають:

- функціональний потенціал центральної і периферичної нервової системи;
- функціональний потенціал нервово-м'язової системи та кісткозв'язкового апарату;
- синхронність включення «швидких» рухових одиниць;
- загальна маса тіла, структура, фізіологічний поперечник, довжина м'язів;
- концентрація енергетичного матеріалу;
- тип вищої нервової діяльності, особливості характеру і поведінки.

Засобами силової підготовки є вправи з підвищеним опором, які передбачають свідому й активну дію на організм з метою вдосконалення його анатомічних, фізіологічних і психологічних властивостей. Виділяють такі групи вправ, спрямованих на розвиток м'язової сили:

1) вправи з подоланням маси власного тіла;
2) вправи із зовнішнім опором;
3) вправи в ізометричному режимі.

Перша група вправ – з подоланням власної ваги-найбільш доступна і поширена серед усіх категорій інвалідів незалежно від віку і статі, включає:

- силові вправи основної гімнастики: лазіння, перелазіння, виси, підтягування, згинання-розгинання рук в упорі, піднімання ніг з положення лежачи на спині і упору сидячи ззаду, переміщення по гімнастичній лавці лежачи за допомогою рук;
- коригуючі силові вправи для профілактики порушень постави, попередження сколіотичної установки хребта і корекції наявних порушень;

- легкоатлетичні вправи: стрибки і стрибкові вправи, стрибки в глибину з висоти 40-50 см з наступним відштовхуванням вгору;

- рухливі ігри, наприклад гра в футбол на обмеженій площі, пересуваючись навпочіпки або сідницях і перекочуючи м'яч руками.

Друга група вправ – із зовнішнім опором - включає:

- вправи з подоланням зовнішнього середовища: біг по піску,просування на лижах в гору, по глибокому снігу;

- вправи з самоопором (вольова гімнастика);

- вправи з опором у вигляді еспандерів, гумових кілець, амортизаторів;

- плавання тільки ногами, тільки руками, з гідрогальмуванням;

- вправи на тренажерах;

- вправи з вантажем - гантелями, гирею, штангою, набивними м'ячами, з партнером.

Ця група вправ виконується для подолання і поступається режимам і відноситься до високоефективних засобів розвитку сили, але вимагає індивідуального підбору режимів роботи: ваги вантажу, кількості повторень, вихідного положення для виконання вправ, обліку медичних показань і протипоказань, особливо в вправах зі штангою.

Третю групу вправ становлять ізометричні короткочасні напруги:

- вони представлені в таких видах адаптивного спорту, як пауерліфтинг, армрестлінг;

- локальні м'язові напруги кінцівок при змушеній нерухомості (гіпс), обмеженої рухливості;

- фантомно-імпульсивна гімнастика (при ампутація кінцівок) – ізометричне навантаження м'язів шляхом уявного відтворення рухів відсутнім сегментом кінцівки. У адаптивної фізичної культури силова підготовка використовується з метою:

- навчання руховим діям;

- корекції і компенсації рухових порушень;

- збереження оптимальної працездатності та розвитку фізичних кондицій;

- досягнення максимального спортивного результату в обраному виді спорту;

- активного відпочинку та самостійних занять;

- відновлення рухової, локомоторну діяльності та самообслуговування після травм і захворювань;

- нормалізації ваги і корекції статури. Відповідно до цих цілей визначаються і адекватні методи розвитку силових здібностей, що мають широкий діапазон.

Практично використовуються всі методи, відомі в теорії та методиці фізичної культури, але вибірково, з урахуванням конкретних завдань, клінічних і індивідуальних особливостей, віку, статі, стану збережених функцій і фізичних можливостей людей які займаються. У реальній практиці фізичної культури інвалідів та осіб з обмеженим можливостями методика розвитку м'язової сили реалізується в двох напрямках:

1) загальна силова підготовка, спрямована на досить повне розвитку всіх м'язових груп, розглядається як базовий рівень силових здібностей;

2) спеціальна силова підготовка, спрямована на розвиток силових здібностей, формування компенсаторних механізмів, використаних до певного виду діяльності (професійній, побутової, спортивної, рекреаційної та ін.)

З метою реабілітації та тренування силових здібностей інвалідів з порушеннями функцій спинного мозку розроблені режими фізичного навантаження на основі врахування максимальних індивідуальних можливостей. Для попереднього вимірювання динамічної, вибухової сили і силової витривалості використовувались контрольні вправи: - метання набивних м'ячів різної маси на дальність; - згинання-розгинання рук в упорі лежачи, підтягування на перекладині, жим штанги двома руками, жим гирі, гантелей правою і лівою рукою стоячи і лежачи; - піднімання граничного ваги з метою визначення максимальної сили. На думку вчених, спортивна придатність і функціональний потенціал рухової сфери дорослих інвалідів з порушеннями функцій спинного мозку розгортаються повною мірою в умовах пред'явлення високих вимог.

Розроблено режим виконання силових вправ «до відмови» з інтенсивністю 90, 80, 70, 60% від максимально можливої. Інтегральний ефект запропонованих режимів полягає в диференціації навантаження та оптимальної силі її впливу персонально для кожного інваліда. Встановлено такі рівні силового навантаження: - при інтенсивності 90% від максимуму оптимальною є навантаження, виконувана в 2 серії по 5 повторень, тривалість одноразового впливу 1-1,5хв, з інтервалами активного відпочинку, рівними 2,5хв; - при інтенсивності 80% - 3 серії по 7 повторень, довжина одноразової дії така ж, як і інтервал відпочинку 2,5хв, повний, активний; 79 - при інтенсивності 70% - 5 серій по 8 повторень, інтервал відпочинку 2-3хв, повний, активний; - при інтенсивності 60% - 6 серій по 11 повторень, інтервал відпочинку 2хв, повний, активний; - при ізометричних навантаженнях тривалість однієї вправи 6-8 с, ступінь зусилля 70-100%, інтервали відпочинку визначаються моментом зниження ЧСС до 100-110уд. / хв..

Позитивна роль електро-міостимуляції полягає в тому, що, по-перше, вона забезпечує виборчий вплив на окремі м'язи, що у звичайному тренуванні

здійснити важко, по-друге, збільшуючи м’язову масу, вона не впливає на координацію рухів, по-третє, скорочувальний апарат і максимальна напруга м’язів довше, ніж при вільних рухах. Незважаючи на достоїнства електростимуляції, вона виконує додаткову функцію відновлення м’язової маси та розвитку сили окремих груп м’язів.

Негативним моментом є пасивність і відсутність вольових напружень в процесі процедури (Я. Коц). Інший зміст являє силова підготовка школярів з різними порушеннями в розвитку. Як правило, розвиток силових здібностей не має яскравої специфіки, завдання розвитку м’язової сили вирішуються в процесі навчання рухових дій, передбачені програмою з фізичного виховання (ритміка і ритмічна гімнастика, спортивна гімнастика, легка атлетика, лижна підготовка, спортивні та рухливі ігри, плавання). Найбільш виражені акценти силової спрямованості проявляються при корекції статури, порушень постави, зміцнення «м’язового корсету» за рахунок багаторазового повторення вправ силового і швидкісно-силового характеру (вправи з набивними м’ячами, гантелями, виси, упори, підтягування, рухливі ігри та естафети із стрибками, перенесенням вантажу ін.) Ефективність цих вправ при дворазових заняттях у тиждень невелика, про що свідчать показники тестування силових здібностей у дітей 80 різних нозологічних груп. Так, сліпі діти відстають від своїх здорових однолітків з розвитку сили приблизно в 2-3 рази. Одна з головних причин відставання розвитку м’язової сили – дефіцит рухової активності, зниження збудливості ЦНС, ослабленість соматичних і вегетативних функцій, але головне – відсутність диференційної методики для дітей різних нозологічних груп. Розвиток м’язової сили, особливо у підлітків та юнаків з порушенням сенсорних систем, часто мотивується психологічними потребами. Створення «ситуації успіху» шляхом постановки реальних завдань, що лежать в зоні найближчого розвитку (вік 16-18 років є сенситивним періодом розвитку сили), переживання успіху і радості сприяють не тільки розвитку м’язової сили молодих людей, але і їх впевненості в собі як особистості. Відомо, що інваліди по зору чутливі навіть до невеликих відхилень кровообігу мозку, а силові вправи супроводжуються великими перепадами артеріального тиску, пов’язаними із затримкою дихання і навантаженням. Для нейтралізації цих негативних явищ на рекреаційних тренувальних заняттях 14-18-ти річних школярів із порушенням зору силове навантаження з обтяженнями не більше 50% від максимальної ваги і підйом снарядів (гантелі, гриф штанги тощо) на фазі вдиху автоматично виключають затримку дихання і навантаження.

У залежності від інтенсивності та обсягу навантаження вона може використовуватися як ранкова гімнастика, атлетична гімнастика, як засіб

профілактики остеохондрозу, 81 застійних явищ та ін.. Специфічним змістом автономної гімнастики є силові вправи з само опором для м'язів:

- згиначів і розгиначів пальців рук;
- згиначів і розгиначів кисті;
- рук і плечового пояса;
- тулуба (грудних, живота, спини);
- ніг-згиначів і розгиначів стегна, гомілки, стопи.

Сутність механізму автономної гімнастики складається в певній мірі мобілізації психічної діяльності через створення домінантного збудження рухових центрів і адекватної реакції скорочувального апарату м'язів. Експериментальна перевірка методики В. Фохтіна на підлітків і дорослих інвалідів з церебральним паралічем показала її високу ефективність. Локальне «навантаження» м'язів - згиначів і розгиначів пальців кисті дає можливість не тільки знімати спазм, а й ефективно розвивати дрібну моторику пальців і кистей рук, тобто розвивати мануальну діяльність - одну з основних завдань реабілітації та соціальної адаптації хворих з наслідками ДЦП. У процесі роботи з групами та окремими хворими, включаючи важку форму церебральних порушень, виявлено можливість самостійного освоєння автономної гімнастики.

2 Розвиток швидкісних здібностей в адаптивній фізичній культурі. Побутова, спортивна, трудова діяльність людини пов'язана з необхідністю швидко реагувати на зовнішні сигнали, виконувати рухи з максимальною швидкістю, передбачати і попереджувати небезпечність, миттєво перебудовувати діяльність відповідно до умов які змінюються. Ці природні прояви реакції людини викликають певні труднощі у інвалідів і часом створюють загрозу життю і здоров'ю. Так, незрячий повинен своєчасно відреагувати на звуковий сигнал транспорту який наближається, глухий – бачити його, так як звукового сигналу він не чує, інвалід з порушенням опори та руху може побачити транспорт і почути сигнал, але не володіти достатньою швидкістю пересування, щоб без ризику перейти дорогу. Отримана сенсорна інформація надходить у ЦНС, переробляється там, а людина відповідає адекватним поведінкою, виражене в безпечному пересуванні. Тому розвиток швидкісних здібностей за допомогою фізичних вправ є однією з важливих задач адаптивної фізичної культури.

Швидкісні здібності – це сукупність психічних, морфологічних і фізіологічних компонентів організму (інвалідів та осіб з обмеженими можливостями), єдність яких у межах функціональної системи забезпечує здатність здійснювати рухові дії з мінімальною затратою часу.

Основними факторами, що впливають на прояв швидкісних здібностей, є:

- функціональний потенціал центральної і периферичної нервової системи;

- функціональний потенціал сенсорних систем;

- функціональний потенціал психічних функцій - відчуттів, сприйняття, уваги; - функціональний потенціал нервово-м'язової системи;

- синхронність і швидкість включення «швидких» рухових одиниць при м'язовому скороченні; - сила м'язів і їх здатність до розслаблення;

- рівень координаційних здібностей (рівноваги, орієнтирів в просторі тощо);

- ступінь освоєння техніки рухової дії;

- тип вищої нервової діяльності, особливості характеру і поведінки.

У осіб з обмеженими можливостями як мінімум один або кілька факторів мають дефектну основу і тому гальмують розвиток швидкісних здібностей. Ця обставина вимагає пошуку засобів і методів їх розвитку з урахуванням первинного дефекту, стану опорно-рухового апарату, збереження сенсорних систем і психічних функцій та ін..

Швидкісні здібності мають складну структуру, в якій виділяють: здатність швидко реагувати на зовнішній сигнал; здатність до швидкого виконання одиничних рухових дій; здатність підтримувати максимальний темп рухів здатність до швидкого початку дій (стартове прискорення).

Комплексний прояв швидкісних здібностей характерно для важко координаційних рухів (естафети, рухливі ігри, слалом в колясці, волейбол сидячи, хокей на підлозі тощо), де умови і сама діяльність постійно змінюються, що вимагає певних навиків, які неможливі без різних проявів швидкості. Разом з тим елементарні швидкісні здібності не пов'язані між собою, а в окремих інвалідів вони відсутні зовсім, наприклад, здатність до стартового прискорення позбавлена сенсу для людини, яка пересувається зі сторонньою допомогою чи на милицях (раптова сліпота, важкі форми ДЦП, ампутація нижніх кінцівок), хоча їм доступні інші форми прояву швидкості. Крім того, немає взаємозв'язку між проявами швидкості рухів рук і ніг, правої та лівої сторони, дистальних і проксимальних відділів кінцівок, між вправами, які виконуються із обтяженнями і без них. Це означає, що розвиток швидкісних здібностей необхідно розвивати диференційовано, удосконалюючи окремо незалежні форми їх прояву.

Швидкість рухової реакції Існують 2 типи реакцій - проста і складна. Проста виражається часом реагування рухом на раптовий сигнал. Для сліпих і слабозорих використовуються звукові сигнали, для глухих і слабочуючих – зорові, тактильні, вібраційні. При збереженій сенсорних системах застосовуються всі доступні види 84 сигналів. Проста рухова реакція у дітей аномального розвитку проявляється по-різному, що зумовлено механізмами її

формування, а точніше часом переробки інформації в ЦНС. Саме ця ланка проходження нервового імпульсу піддається тренуванню і може зменшити латентний період простої рухової реакції. Ураження ЦНС істотно обмежує цю можливість. Не випадково розумово відсталі діти мають самі несприятливі показники цієї здатності. Час простої реакції залежить від віку. У дошкільному віці воно гірше, що пов'язано з відсутністю рухового досвіду, а головне, невмінням концентрувати увагу, що особливо виражено у глухих дітей молодшого шкільного віку.

Сенситивним періодом є вік 10-11 років у дівчаток і 11-12 років у хлопчиків. Розвивається швидкість простої рухової реакції у вправах з реагуванням на раптово виниклий сигнал: під час бігу по бавовні (зупинка, поворот кругом або упор присівши та ін.) Варіювання сигналів по типу, силі, модальності, відстані розвиває слухову і зорову увагу і в практичній діяльності використовується в грі. Складна рухова реакція буває двох видів: реакція на об'єкт який рухається і реакція вибору. Обидва види реакцій найтіснішим чином пов'язані з координаційними здібностями, зокрема, з орієнтацією в просторі, розумінням оцінювати і подумки відмірювати відстань і час. Переважно мають ті, у кого збережено зір, так як цей процес пов'язаний з стежать рухами. Реакція на рухомий об'єкт визначається швидкістю зорового або слухового сприйняття. Найчастіше вона зустрічається в ігровій обстановці. Навіть у таких іграх, як «їстівне - неїстівне», «Риби, птахи, звірі», дитина повинна сконцентрувати увагу, подумки проаналізувати ситуацію, прийняти рішення і швидко відреагувати: спіймати м'яч або не ловити його. Так як від його самостійного рішення залежить результат гри, він змушений відслідковувати швидкість, траєкторію, напрямок польоту м'яча. При цьому сліпа дитина орієнтується лише на слухове сприйняття, реагуючи на наближення озвученого м'яча.

Швидкість рухової реакції на рухомий об'єкт розвивається поступово створенням спочатку полегшених умов (збільшення часу на розумову операцію, прості завдання) з подальшим ускладненням умов за рахунок скорочення відстані до м'яча, швидкості польоту м'яча, зменшення його діаметра та ін. 85 Реакція вибору також проявляється і розвивається в ігровій діяльності, коли потрібно передбачити дії партнерів і з безлічі можливих варіантів вибрати для себе найбільш вигідний (втекти, ухилитися, вийти назустріч, випередити та ін.), який принесе успіх. При зміні навколишнього оточення щоразу необхідно робити вибір, приймати рішення і диференціювати рухову поведінку. Наприклад, граючи в «Кругову лапту» або «П'ятнашки м'ячем», дитина, тікаючи, змінює напрямок, ухиляється, робить прискорення, щоб уникнути попадання в нього м'ячем. Особливість розвитку швидкості реакції у дітей аномального розвитку полягає в тому, що в кожної нозологічної групі є свої

лімітуючі фактори (відсутність або недолік зорового або слухового сприйняття, уповільнення мислення, розсіяна увага та ін.), що вимагає диференційованого підбору фізичних вправ та ігор, які активізують ці здібності.

Швидкість одиничних рухів Щоб цілісна вправа виконувалася точно, швидко, потужно, необхідно удосконалювати кожну фазу, кожен елемент структури цієї рухової дії. Здатність виконати окремі рухові акти з високою швидкістю характеризує швидкість одиничного руху. З швидкості виконання окремих рухових актів (відштовхування в бігу та стрибках, замаху при метаннях, повороту в плаванні) складається швидкість цілісного руху.

Фактично це складний процес по елементного вдосконалення техніки рухової дії, пов'язані з координаційними, силовими, швидкісно-силовими та іншими здібностями. В адаптивному спорті розвиток швидкості одиничних рухів реалізується в процесі технічної підготовки в обраному виді спорту наступними методичними прийомами: - створення полегшених умов виконання вправ (полегшені снаряди, пересування за лідером); - виконання підвідних і елементів змагальних вправ з максимальною швидкістю; - використання додаткових обтяжень, що не порушують техніку, але збільшують потужність рухів; - чергування полегшених, стандартних і ускладнених умов. В адаптивному фізичному вихованні ці прийоми реалізуються в процесі навчання рухових дій з урахуванням індивідуальних можливостей займаються і не мають самостійної яскраво вираженої спрямованості. Темп рухів У циклічних видах фізичних вправ (біг, плавання, пересування в колясці) швидкість пересування залежить від оптимального співвідношення довжини кроку і темпу рухів (частота рухів в одиницю часу). Обидва показники тренованих, але кожен має свою природу і методику розвитку. Якщо довжина кроку визначається силовими і швидкісно-силовими показниками, то темп відображає швидкісну характеристику. Темп залежить від стану нервової системи, можливостей опорно-рухового апарату, здатності м'язів до розслаблення і переключення. Діти аномального розвитку істотно поступаються здоровим одноліткам у швидкості, відстаючи в бігу на 20 м на 15-25% за рахунок меншої довжини кроку і темпу рухів. Отже, обидва показники є резервом потенційного зростання швидкісних можливостей.

Для підвищення темпу використовуються наступні методичні прийоми:

- Повторне виконання циклічних вправ протягом 5-6 с з максимальною частотою кроків;

- Повторне виконання циклічних вправ на дистанції 20-30 м з різною частотою кроків і фіксуванням часу;

- Естафети, ігри та завдання, що включають елементи змагань на коротких відрізках дистанцій з максимальною початковою швидкістю;

- Вправи на розслаблення.

Комплексний розвиток швидкісних здібностей Більша частина видів адаптивного спорту вимагає комплексного прояву всіх швидкісних здібностей (спринтерські дистанції в плаванні, легкої атлетики) або їх більшості (спортивні ігри, види єдиноборств).

Методи тренування включають не тільки окремий розвиток швидкісних здібностей, описаних вище, але і комплексне їх застосування:

-змагання та спаринги на вкорочених дистанціях;

-повторне виконання частини змагального вправи з максимальною швидкістю; - те ж, в складних умовах; повторне проходження змагальної дистанції з акцентом уваги на розвиток окремих форм прояву швидкісних здібностей. Ці методи можуть бути використані в адаптивному спорті тільки в підготовці спортсменів високої кваліфікації і неприпустимі для дітей-інвалідів та осіб з обмеженими можливостями.

3.Розвиток витривалості в адаптивній фізичній культурі. Різноманітна діяльність інвалідів та осіб з обмеженими можливостями, будь то навчання, домашня робота, професійна робота чи гра, пов'язані з необхідністю тривалий час підтримувати працездатність, тобто проявляти витривалість, яка у даній категорії людей лімітована різними порушеннями і зниженою руховою активністю.

Разом з тим, саме витривалість є тією базовою спроможністю, яка створює передумови для адаптації та перенесення її в інші неспецифічні види діяльності. Якщо людина здатна довго ходити на лижах, бігати, плавати, виконувати силові вправи на тренажерах та ін., при цьому постійно збільшуючи свої можливості і відсуваючи втому, то природно очікувати, що і до інших видів діяльності він буде більш витривалий.

Витривалість – це сукупність психічних, морфологічних і фізіологічних компонентів організму (інвалідів та осіб з обмеженими можливостями), що забезпечує його стійкість до стомлення в умовах м'язової діяльності.

Розвиток витривалості пред'являє підвищення вимоги до наступних функціональних систем і залежить від їх стану:

-функціональний потенціал ЦНС;

-функціональний потенціал опорно-рухового апарату;

-функціональний потенціал вегетативних функцій (серцевосудинної і дихальної);

-наявність енергетичних ресурсів в організмі;

-особистісно-психологічні особливості (тип вищої нервової діяльності, властивості темпераменту, характер, здатність до вольових зусиль);

-рівень освоєння техніки рухової дії.

Вимірюють витривалість часом, протягом якого виконується рухова робота: - тривалість виконання вправ циклічного характеру (бігу, плавання, їзди в колясці) без зниження швидкості;

- тривалість роботи на велоергометрі при ручному або ножному педалюванні (для осіб з ураженнями опорно-рухового апарату);

- тривалість збереження координаційної стабільності рухів при виконанні стандартної серійної навантаження «до відмови»;

- фізіологічні та біохімічні показники енергетичних ресурсів організму (максимальне споживання кисню, утримування молочної кислоти в крові та ін.).

Виділяють загальну і спеціальну витривалість. Загальна витривалість – це здатність тривалий час виконувати роботу помірної інтенсивності, спеціальна - здатність виконувати роботу заданої інтенсивності, долати стомлення в конкретному виді діяльності.

Загальна витривалість необхідна всім інвалідам будь-якого віку, але способи її розвитку регламентовані збереженням рухових функцій. Вважається, що будь-яка рухова діяльність (на відміну від спокою), пов’язана з напругою серцево-судинної та дихальної систем, дає свій внесок у розвиток витривалості. Зберіганню локомоторні функції в осіб з порушенням слуху, зору, мови, з легкою та помірною розумовою відсталістю, легкою формою ДЦП, інвалідам з ампутацією сегментів верхніх кінцівок дозволяють їм використовувати вправи циклічного характеру (плавання, біг, пересування на ковзанах, лижах, спортивні та рухливі ігри) як найбільш ефективний спосіб розвитку аеробних можливостей.

Інваліди з ампутацією нижніх кінцівок, важкими формами ДЦП та розумової відсталості, з порушеннями функцій спинного мозку не мають такого широкого репертуару, а розвиток витривалості досягається головним чином пересуванням у візку, хоча не виключені такі види, як плавання, ходьба на протезах, спортивні ігри. Для більшості інвалідів (виключаючи спортсменів) задача розвитку витривалості обмежена рамками діяльності в зоні поміркованої інтенсивності і полягає в тому, щоб не вибірково впливають на окремі фактори витривалості, а створювати умови для підвищення загального рівня працездатності до широкого кола видів діяльності, що вимагають витривалості. Це передбачає систематичну адаптацію до різноманітних видів фізичних вправ, виконання яких супроводжується втомою.

Стомлення теж має певні обмеження. Рекомендовані для осіб з порушенням у розвитку напруги не повинні перевищувати частоти серцевої скорочень понад 150-160 уд./хв, що автоматично виключає роботу з максимальними і субмаксимальними навантаженнями. Досягнутий на цій основі базовий рівень розвитку загальної витривалості передбачається в обов’язкових

програмах з фізичного виховання у всіх освітніх (корекційних) установах. Засобами є вправи ритміки та ритмічної гімнастики, легкої атлетики, лижної підготовки, плавання, спортивних і рухливих ігор на уроках фізичної культури, а також у рекреативних і спортивних заняттях.

При розвитку витривалості використовуються: рівномірний метод, рідше змінний і повторний. Наприклад, школярі з розумовою відсталістю до закінчення 9-го класу повинні пробігати дистанцію 300 - 500 м в рівномірному темпі, на лижах 1 км і плавати на відстань 25 м. Повторний метод використовується в бігу на відрізках 20 м в молодших класах і 40–50 м - в старших, дівчата повторюють вправи 5–6 разів, юнаки 8–10 разів. Приблизно такі ж величини навантаження в школі виконують діти інших нозологічних груп, причому головна увага акцентується на техніці рухів, корекції порушень і ритмічності дихання без нормативних вимог до швидкості пересування. Про функціональні можливості дітей з порушеннями в розвитку можна судити за програмами змагань.

Наприклад, міжнародна «Програма розвитку спортивних умінь і навичок» для розумово відсталих дітей включає змагання з лижного спорту на дистанціях 10 м, 50 м, 100 м, 500 м, 1 км, 3 км, 5 км, 7,5 км і 10 км. Найбільш ефективним методом розвитку витривалості для них являється ігровий. Рухливі ігри, що проводяться в будь-який час року, включають найрізноманітніші види переміщень, прискорення, стрибки, естафети, перенесення вантажу тощо, природним чином активізують аеробні процеси, при систематичних діях підвищують рівень швидкісних здібностей і працездатності, стимулюють позитивні емоції. Однак практика показує, що шкільних занять для розвитку витривалості явно недостатньо. Необхідні додаткові форми рухової активності (прогулянки, походи, ігри з м’ячем, катання на лижах, ковзанах, санках, купання і плавання тощо), здатні розширити діапазон адаптивних реакцій дитини. У сфері адаптивної фізичної рекреації фізичне навантаження регулюється самими займаються.

Систематичні і епізодичні заняття, пішки або в колясці прогулянки, веслування, їзда на велосипеді, дартс, більярд, настільний теніс та ін. носять оздоровчий характер і виступають як засіб активного дозвілля і спілкування. Іноді ці заняття продовжуються 2-3 години з природними паузами для відпочинку. Їх 90 позитивний ефект на розвиток витривалості і загальної працездатності не викликає сумніву. Величина впливу на всі системи організму, у тому числі на дихальну та серцево-судинну, залежать від тривалості заняття та інтенсивності виконання вправ. Загальна витривалість становить основу розвитку інших фізичних здібностей і є частиною базової підготовки спортсменів в адаптивному спорті. Засобами є підвідні, змагальні вправи.

Оптимальні режими розвитку витривалості інвалідів з ураженням функцій спинного мозку пропонують визначати в два етапи. На першому - проведення контрольного тестування їзди в колясках з максимальною інтенсивністю (в умовах змагання) на дистанції 400м з реєстрацією часу, темпу і швидкості пересування. На другому етапі - визначення оптимальної величини навантаження при інтенсивності, складаючи 90%, 80%, 70%, 60% від швидкості контрольного результату. При середньому максимальному результаті 2хв, швидкості 200 м/с в і темпі 160 рухів за хвилину рекомендовані наступні оптимальні режими для розвитку загальної витривалості: - інтенсивність 90% – 2 серії їзди 2х400 м з інтервалами 3хв (загальний обсяг 1600м), при темпі 144 рух./хв, швидкості 180 м/хв; - інтенсивність 80% – 3 серії їзди 2х400м з інтервалами відпочинку 2-3хв. (загальний обсяг 2400м) при темпі 128 уд./хв і швидкості 160 м/хв; - інтенсивність 70% – 5 серій їзди 2х400 м з інтервалом відпочинку 3хв (загальний обсяг 4000 м), при темпі 112 уд/хв і швидкості 140 м/хв; - інтенсивність 60% – 6 серій їзди 2х400 м з інтервалом відпочинку 3хв (загальний обсяг 4800 м), при темпі 90 уд/хв і швидкості 120 м / хв. Такий підхід дозволяє планувати і контролювати тривалий і поступовий процес індивідуального розвитку витривалості інвалідів і періодично вносити корективи з урахуванням досягнутого ефекту.

Найбільш ефективними для інвалідів з ураженням опорно-рухового апарату вправи, що виконуються з різною інтенсивністю: - для підтримки аеробної витривалості з ЧСС в межах 120-140 уд./хв; - для підвищеної аеробної витривалості з ЧСС в діапазоні 140- 165уд./хв; - для максимального розвитку аеробної витривалості з ЧСС близько 165-180 уд./хв. Останні два режими навантаження відносяться до спеціальної витривалості.

Спеціальна витривалість являє складну фізичну здібність, яка визначається специфікою виду спорту, його координаційною структурою, тривалістю та інтенсивністю змагальної діяльності, механізмами її енергозабезпечення, вміння долати стомлення. Фізична робота в різних видах адаптивного спорту здійснюється за рахунок різних джерел енергозабезпечення і визначається енергетичними можливостями спортсменів. Існують три джерела енерго-освіти: анаеробні, що забезпечують короткочасну роботу від 15-30 с, лактатні анаеробні - від 30 с до 3-4хв, аеробні - від 2 хвилин до декількох. Тривалість змагальної діяльності в різних видах спорту визначає переважну мобілізацію тих чи інших постачальників енергії. Тимчасові діапазони енергоутворення лежать в основі вибору методів розвитку спеціальної витривалості спортсменів-інвалідів з урахуванням їх функціональних можливостей. Процеси компенсації, знижені функції порушених систем організму, особливості пристосувальних реакцій, гіперфункція окремих

м’язових груп впливають на структуру і особливості спеціальної витривалості, яка акумулює в собі всі фізичні здібності (силові, швидкісні, координаційні), але більшою мірою ті, які переважають в даному виді діяльності та визначають кінцевий результат. В одному випадку необхідно одноразовий прояв швидкісних здібностей (спринтерські дистанції в бігу, плаванні, гонках на велосипеді, в колясках); в іншому - зусиль максимальної потужності (армрестлінг, вправи зі штангою, стрибки, метання), у третьомупідтримка високої швидкості тривалий час (біатлон, гонки на санях з ковзанами, лижі-санях, на колясках тощо), за рахунок силової витривалості, де все навантаження падає на плечовий пояс.

В ігрових видах (теніс, футбол на милицях при ампутації нижньої кінцівки, гандбол, баскетбол в колясці тощо) потрібно багаторазове виконання прискорень, поворотів, маневрування відповідно до тактичних дій і проявами цілого комплексу швидкісних, швидкісно-силових, координаційних здібностей. Об’єднуючою ознакою є підвищені вимоги до координаційних можливостей, так як при стомленні в силу різних «поломів» в організмі саме вони схильні до збою.

В інвалідів з ураженням опорно-рухового апарату основні труднощі пов’язані зі збереженням рівноваги, прямолінійності і симетричності рухів, 92 координацію нації окремих ланок тіла. Наприклад, плавець з усіченою нижньою кінцівкою змушений не тільки підтримувати максимальну швидкість на дистанції, але і нівелювати коливання тіла навколо подовжньої осі в кожному гребковому циклі, коригувати зусиллями рук асиметричного руху ніг, які мають різну масу, забезпечуючи прямолінійність руху і горизонтальне положення тіла. Рухи баскетболістів в колясках за своєю координації набагато складніше, ніж у звичайному баскетболі. Інваліди використовують руки не тільки для маніпуляції з м’ячем, але і віртуозного управління коляскою з прискореннями, зупинками, поворотами, тактичними діями з м’ячем і без м’яча, що вимагає прояву і координаційних здібностей. В силу рухових порушень і навіть виключення з руху окремих сегментів тіла фізичне навантаження падає на збережені функції рухового апарату, що компенсують роботу відсутніх груп м’язів. Рух охоплює не всі м’язові групи, а тільки їх частину. Розподіл витривалості на тотальну, яка проявляється тоді, коли в роботі активно бере участь понад 2/3 всіх м’язів, регіональну, коли активно функціонує від 1/3 до 2/3 м’язових груп, і локальну, в якій зайнято менше 1/3 , м’язових груп, актуально для осіб з порушеннями опорнорухових апарату.

Наприклад, плавці з порушеннями функцій спинного мозку або двосторонньої ампутацією нижніх кінцівок знаходяться у воді у вертикальному положенні, долаючи дистанцію за рахунок рук. Це означає, що робота носить локальний характер і пов’язана з необхідністю розвитку силової витривалості м’язів рук і плечового поясу. Таким чином, рівень спеціальної витривалості

спортсменівінвалідів визначається не тільки ступенем розвитку вегетативних функцій, що забезпечують рух, а й стабільністю координаційної витривалості, яка виступає як фактор стійкості проти стомлення нервово-моторних функцій управління рухами.

Основні види спеціальної витривалості, які потрібні для виконання інвалідами різних видів змагальної діяльності, – це координаційна, швидкісна, швидкісно-силова і силова витривалість. У «чистому» вигляді вони зустрічаються досить рідко. При виконанні будь-якої рухової дії у тій чи іншій мірі беруть участь різні види витривалості, а такий вигляд, як координаційна витривалість, реалізується в кожному з них.

Координаційна витривалість створює умови для виконання швидкісних дій, де потрібен високий темп і швидкість (швидкісна витривалість), вправи з вираженими моментами силових напружень (силова витривалість), вправ, де одночасно виявляються і швидкість, і м'язова сила (швидкісно-силова витривалість). Майже всі види спорту, рекомендовані для інвалідів, вимагають не одного, а багатьох типів спеціальної витривалості. Об'єктивну основу їх єдності складає спільність факторів, що визначають витривалість різного типу, а також закономірності комплексного перенесення тренованості, що купується в процесі виконання одних і тих же підготовчих вправ, але з різним цільовим призначенням. Розвиток усіх видів витривалості здійснюється шляхом варіювання величини параметрів задається навантаження: тривалості, інтенсивності і потужності виконуваних вправ, ваги обтяження, кількості підходів у серії і кількості серій, тривалості і характеру відпочинку (якщо він є) між вправами і серіями вправ.

Для розвитку спеціальної витривалості використовуються ті ж методи, що і для здорових спортсменів, так як закономірності адаптаційних процесів для всіх єдині, але в роботі з інвалідами враховується реальні функціональні можливості, що дозволяють індивідуальні здібності організму спортсмена, стан збережених функцій, медичні показання та протипоказання.

Швидкісна витривалість необхідна практично у всіх циклічних видах спорту - від коротких до марафонських дистанцій, і це регламентує вибір тривалості та інтенсивності вправ в процесі тренування. Вони можуть варіювати від 3-4 с з максимальної інтенсивністю до декількох хвилин за умови, що швидкість подолання тренувальних відрізків дистанції на 6-8% вище змагальної, а інтервали відпочинку повністю забезпечують відновлення.

В ігрових видах спорту швидкісна витривалість розвивається переважно засобами спеціально-підготовлених вправ тривалістю 5- 10с, виконуваних з максимальною інтенсивністю.

Основні методи розвитку швидкісної витривалості-змінний, повторний, інтервальний, ігровий, змагальний. Швидкісно-силова витривалість необхідна у видах спорту, де долається зовнішній опір за рахунок оптимальних м'язових зусиль.

Наприклад, при пересуванні на лиже-санях необхідно в кожному циклі рухів не тільки переміщати власну масу тіла, а й повідомляти їй додаткове прискорення сотні разів під час проходження дистанції, використовуючи ковзання. При цьому ні сила, ні швидкість не досягають максимальних величин в кожному русі.

Засобами тренування служать динамічні вправи з обтяженнями, що виконуються серіями, від 30% до 70% від максимальних силових здібностей людини шляхом багаторазових повторень «до відмови». При цьому розвивається і витривалість, і сила.

У видах спорту з ациклічною структурою рухів (стрибки, метання, гольф, теніс, волейбол сидячи і стоячи і ін..) швидкісно-силові здібності виявляються в потужності зусиль, яке досягається в короткий проміжок часу. Для розвитку цієї здатності використовуються силові вправи з невеликими обтяженнями, не змінюючи техніку рухових дій. Основні методи розвитку швидкісно-силової витривалості - метод повторних і метод динамічних зусиль.

Силова витривалість найчастіше проявляється у вправах, які вимагають абсолютної сили, наприклад, в армрестлінгу та пауерліфтингу. Основними методами розвитку абсолютної сили є метод повторних зусиль: 3 вправи з максимальним обтяженням, повторювані 2-3 серіями з повним інтервалом відпочинку; метод ізометричних напружень з максимальними зусиллями в статичному режимі протягом 6-8 с, а також методи атлетичної гімнастики - «фляшінг», «крампінг», «чітгінг».

Такий вид силової витривалості, що отриманий тривалим тренуванням, не має перенесення на динамічні вправи і використовується у вузькій спортивній спеціалізації, але частіше - як метод корекції статури. Є види вправ в окремих видах спорту, де необхідна максимальна динамічна сила - плавання одними руками при паралічі або ампутації нижніх кінцівок, ковзання в підйом на лиже-санях, здійснюване виключно за допомогою рук. Такі види спорту, як гірськолижний, стрільба, кінний, гонки на візках тощо, вимагають утримання вертикальної постави стоячи або сидячи, іноді протягом тривалого часу, який залежить не тільки від стану вестибулярного апарату, а й сили м'язів тулуба. З ціллю зміцнення сили м'язів плечового пояса і тулуба в практиці застосовуються силові вправи на тренажерах, а також вправи зі штангою вагою 65-90% від максимально можливого.

5. Розвиток гнучкості в адаптивній фізичній культурі. На відміну від основних рухових здібностей (силових, швидкісних тощо), які є безпосередніми факторами моторних дій, гнучкість являє собою одну з головних передумов рухів та необхідних взаєморозташування ланок тіла.

Гнучкість – це комплекс психологічних, морфологічних і фізіологічних компонентів організму (інвалідів та осіб з обмеженими можливостями), що забезпечує здатність виконувати рухи з максимальною амплітудою. Цей комплекс включає наступні фактори:

-морфологічний і функціональний стан центральної і периферичної нервової системи (нервова регуляція тонусу м'язів, рівень міжм'язової координації);

-морфологічний і функціональний стан суглобів (суглобної поверхні, суглобових капсул, позасуглобових зв'язок, наявність вираженої або придбаної обмеженої рухливості);

-психологічний стан (поріг больових відчуттів, здатність до вольовим зусиллям).

Педагогічними завданнями при направленому розвитку гнучкості є:

1) забезпечити розвиток гнучкості в тій мірі, в якій це необхідно для виконання рухів з повною амплітудою, без шкоди для нормального функціонування опорно-рухового апарату;

2) запобігти, наскільки це можливо, втрату досягнутого рівня гнучкості, мінімізувати її регрес.

3) забезпечити відновлення гнучкості, втраченої в результаті захворювань, травм та інших причин. Виділяють активну і пасивну гнучкість.

Активна гнучкість – здібність досягати максимальної амплітуди рухів за рахунок роботи м'язів, що проходять через суглоб.

Пасивна гнучкість – за рахунок дії сторонніх сил. У природних умовах інвалід використовує лише порівняно невелику частину анатомічної рухливості в суглобах, зберігаючи великий резерв пасивної гнучкості. Найбільш продуктивним періодом розвитку пасивної гнучкості є вік 9-10 років, активної - 10-14 років. В силу природних вікових змін структури м'язів вже до 20 років амплітуда рухів помітно падає.

Тому молодший та середній шкільний вік виявляється найбільш плідним для розвитку гнучкості. Діти з порушеннями у розвитку відстають за рівнем гнучкості від своїх здорових однолітків: розумово відсталі на 10-20%, глухі на 15- 20%, сліпі і слабочуючі молодші школярі на 25%. Значні інволюційні зміни гнучкості наступають у літньому віці у зв'язку з погіршенням еластично-пружних властивостей м'язів і зв'язок. Тим не менш регресивним тенденціям

можна протидіяти шляхом спеціальних вправ. При розвитку гнучкості необхідно враховувати деякі загальні закономірності: 1.

Розвиток гнучкості тісно пов'язано з розвитком м'язової сили. Але гіпертрофія м'язів, викликана масовими застосуванням силових вправ, може призвести до обмеження розмаху рухів. З іншого боку, форсований розвиток гнучкості без відповідного зміцнення м'язовозв'язкового апарату може викликати «розбовтаність» в суглобах, розтягнення, порушення постави. Звідси випливає необхідність оптимального поєднання вправ, спрямованих на розвиток гнучкості та м'язової сили. При такому підході за рахунок попереднього розтягування м'язів і збільшення потужності зусиль створюються передумови поліпшення координаційної структури рухів, швидкості м'язових переключень. Для розвитку активної гнучкості поряд з вправами на розтягування, які виконуються за рахунок м'язових зусиль, ефективні та силові вправи динамічного і статичного характеру, а також повільні динамічні вправи з утриманням статичних положеннях в кінцевій точці амплітуди. Чергування їх дозволяє забезпечити більшу амплітуду при виконанні більшості вправ. 3.

Активна гнучкість розвивається в 1,5-2 рази повільніше, ніж пасивна. Різний час потрібно на розвиток рухливості в різних суглобах. Швидше підвищується рухливість в плечових, ліктьових, променево-зап'ясних суглобах, повільніше – в тазостегновому і суглобах хребетного стовпа. Час досягнення позитивного ефекту може змінюватися залежно від структури суглоба і м'язової тканини, віку і наявних рухових порушень.

Розвиток гнучкості при максимальній амплітуді рухів зв'язаних з насильницьким розтягуванням м'язово-зв'язкового апарату, при якому долаються деякі больові відчуття. Від уникнення мікротравм необхідно попереднє розігрівання м'язів з допомогою розминки, самомасажу, теплого тренувального костюма, в домашніх умовах це може бути 10-ти хвилинна ванна при температурі води 40°С. Прийнято розрізняти гнучкість загальну і спеціальну.

У адаптивної фізичної культури загальна гнучкість реалізується в усі вікові періоди життя і полягає у всебічному поступальному її розвитку що гарантує досить повну амплітуду в різних видах рухів. Спеціальна гнучкість реалізується в двох напрямках.

Перше - в адаптивному спорті, де підвищення рухливості в суглобах досягається підбором споріднених за структурою вправ, дії на суглоби і м'язи, що визначають результат в обраному виді спорту (наприклад, в плавання кролем - плечовий і гомілковостопний суглоби, брасом - тазостегновий, колінний і гомілковостопний). Для розвитку гнучкості в залежності від режиму роботи м'язів використовуються такі види вправ:

а) динамічні: активні і пасивні;

б) статичні: активні і пасивні;

в) комбіновані.

Динамічні активні вправи включають махові, пружність, стрибкові вправи, зі джгутами і амортизаторами та ін. Динамічні пасивні вправи включають вправи з до-виконавчою опорою, за допомогою партнера і подоланням зовнішніх опорів.

Статичні активні вправи включають утримання розтягнених м'язів, що здійснюють рух. Статичні пасивні вправи - ті ж, але утримання положення тіла здійснюється за допомогою зовнішніх сил – обтяження, партнера.

Комбіновані вправи засновані на попередньому пасивному розтягуванні м'язів з подальшою активною напругою, розслабленням і розтягуванням. У практиці адаптивної фізичної культури ці різновиди вправ трансформуються в конкретні вправи цільового призначення; майже всі вправи передуються масажем або самомасажем: для пальців рук: масаж, розгинання пальців натисканням іншої руки, спочатку легким, потім сильними пружинистими рухами і статичному утриманні в розігнутому положенні; для зап'ястя: масаж, згинання, розгинання, обертання, статичне утримання в розігнутому положенні за рахунок натискання іншою рукою або упором в нерухомий предмет (підлогу, стіну); для плечових суглобів: обертання, махові вправи в різних напрямках і площинах, виси на кільцях, нахили вперед хватом за рейку гімнастичної стінки; самостійно або з партнером: пружинні нахили, відведення рук, викрути гімнастичної палиці; для тулуба: прогинання назад в міст біля опори, зі страховкою, нахили назад, стоячи на колінах, нахили вперед прогнувшись, образні рухи вперед, назад, в сторони, нахили повороти, повороти тулуба; для гомілковостопних суглобів: масаж, відтягування носків, підошвине згинання-розгинання, сід на п'ятах з відтягнутими розслабленими носками, ходьба на носках, на п'ятах, на зовнішній і внутрішній стороні стопи ; для тазостегнових суглобів: глибоке присідання на повній ступні - в положенні ноги нарізно, випади вперед і в сторони; нахили вперед з положення ноги нарізно, разом, стоячи на гімнастичній лаві; помахи ногами вперед, назад, в бік стоячи біля опори; те саме з обтяженням на гомілку 1 кг, стоячи біля опори піднімання ноги вперед, убік, назад за допомогою партнера і самостійно; то ж, але повільно з фіксуванням верхньої точки амплітуди, з обтяженням.

Ступінь їх використання, а також дозування визначається потрібністю або у збереження гнучкості на досягнутому рівні, або її подальшого розвитку та вдосконалення. Другий напрямок реалізується в процесі відновлення рухливості суглобів засобами ЛФК. Воно досить повно вивчено, має свої рухові режими, етапи, технічні пристосування, різні технології.

Наприклад, А. Каптелін при уражені опорно-рухового апарату для відновлення активної гнучкості рекомендує використовувати полегшені умови водного середовища. Встановлено, що при розвитку контрактури дозоване розтягування м'язово-суглобово-капсульного апарату у воді відбувається більш успішно, ніж в звичайних умовах. Вчені у розвитку гнучкості в інвалідів з порушеннями функцій спинного мозку виділяють 3 етапи.:

а) Етап суглобової гімнастики - характеризується тим, що провідним завданням є не тільки підвищення загального рівня розвитку активної і пасивної рухливості в суглобах, але і зміцнення самих суглобів, а також функціональна підготовка м'язовозв'язкового апарату з метою поліпшення еластичних властивостей і створення міцності м'язів і зв'язок. Цей етап пов'язаний з вивченням індивідуальних можливостей інвалідів.

б) Етап спеціального розвитку рухливості в суглобах. Основне завдання - розвиток максимальної амплітуди в тих рухах, які сприяють швидкому і якісному оволодінню базовими руховими діями, необхідними в побутовій, виробничій, реабілітаційній та спортивної практиці інвалідів. Методика розвитку гнучкості на цьому етапі повинна забезпечувати оптимальне сполучення вправ на розтягування і силу. Важливо не тільки максимально розвинути силу і рухливість в суглобах на основі диференційованого підходу, а й привести їх у відповідність між собою.

в) Етап підтримки рухливості в суглобах на досягнутому рівні характеризується необхідністю щоденного виконання вправ на розтягування з оптимальним дозуванням навантаження. Ця задача ефективно вирішується шляхом включення наступних вправ:

- прості рухи, що виконуються з максимальною амплітудою;
- вправи з використанням додаткового зовнішнього зусилля;
- вправи, які виконуються в статичному режимі, при яких зберігається нерухоме положення, але з максимальним відведенням;
- згинання та розгинання різних частин тіла;
- вправи на розслаблення, що сприяють поліпшенню як пасивної, так і активної рухливості в суглобах. Як методи розвитку гнучкості пропонуються два основних: локальний метод, що включає спеціальні вправи в оптимальному режимі навантаження на конкретний суглоб опорно-рухового апарату; інтегральний метод, що включає спеціальні вправи, підібрані на основі координаційної структури, необхідної амплітуди та інших характеристик руху, націлений на ефект сумарного прояву гнучкості в різних суглобах.

Лекція№7

ХАРАКТЕРИСТИКА ЗМІСТУ ЗАНЯТЬ З АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

План

1.Спрямованість змісту занять (уроків) з адаптивної фізичної культури.

2. Характеристика змісту занять (уроків) з адаптивної фізичної культури.

3. Заняття з дітьми першого року життя

4.Заняття по адаптивному фізичному вихованню дошкільнят та школярів

5.Заняття по адаптивному фізичному вихованню у вищих навчальних закладах.

1.Спрямованість змісту занять (уроків) з адаптивної фізичної культури.Рішення пріоритетних завдань з адаптивної фізичної культури можливо тільки в тому випадку, якщо в учнів будуть сформовані основи знань в області адаптивного фізичного виховання, вміння і навички їх творчого застосування у справі корекції, компенсації та профілактики основного дефекту, супутніх захворювань і вторинних відхилень; розвитку та підтримки певного рівня працездатності, оптимізації стану свого організму, зміцнення здоров'я в процесі самостійних занять необхідними для них фізичними вправами протягом усього індивідуального життя

Сказане дозволяє виділити наступні види спрямованості змісту занять (уроків) з адаптивної фізичної культури:
- Теоретична;
- Інструкторсько-методична;
- Практична.

Заняття перших двох видів спрямованості змісту, що пов'язано з формуванням теоретичного і методичного компонентів адаптивної фізичної культури, забезпеченням необхідного рівня освіченості у цій сфері, більшою мірою відповідає урочній формі занять та системі освіти в цілому. Саме на таких уроках школярі освоюють знання про основні компоненти здорового способу життя, особистої гігієни, гігієнічних правил при заняттях фізичними вправами, загартовуванні, раціональному харчуванні, шкідливі звички і їх вплив на здоров'я та ін.. Тут же вони повинні дізнатися про основні види патологій, характерних для сучасного підростаючого покоління (ураження органів зору, порушення постави, відхилення в діяльності серцево-судинної, дихальної, нервової та інших систем), способах корекції та профілактики тих чи інших

відхилень у розвитку з допомогою фізичних вправ, можливі механізми компенсації втрачених функцій та ін..

На теоретичних заняттях (уроках) з адаптивної фізичної культури учні повинні засвоїти головне - яким чином організувати роботу зі своєю проблемою за допомогою засобів і методів адаптивної фізичної культури і, зокрема, з адаптивної фізичної культури. Для цього можуть бути рекомендовані ще три групи різновидів знань в галузі фізичної культури та з адаптивної фізичної культури:

1) загальні питання історії, теорії та методики фізичної культури та адаптивної фізичної культури, фізіології фізичних вправ, психології та соціології, а також інформація про рекордні спортивні досягнення спортсменів-інвалідів, найбільших міжнародних змаганнях з адаптивному спорту (з демонстрацією відеоматеріалів) тощо;

2) знання про основи методики організації різних форм занять фізичними вправами, основах методики розвитку основних фізичних якостей і здібностей і навчання руховим діям з урахуванням тих чи інших відхилень у розвитку, методики організації самостійних занять фізичними вправами і т. д .;

3) знання про особливості техніки і правилах виконання конкретних вправ, суддівстві змагань з різних видів звичайного і адаптивного спорту, обладнанні та інвентарі, техніці небезпеки, спеціальної термінології і т. д.

Першу групу знань краще всього освоювати на уроках теоретичної спрямованості, другу - теоретичної та методичної, третю - практичної.

Заняття методичної спрямованості доцільно проводити у вигляді навчальної практики або лабораторних занять. Тут учні повинні не просто засвоїти методичні знання, а й випробувати їх застосування на практиці.

Наприклад, випробувати і відпрацювати техніку вправ для корекції зору, постави, комплексу вправ для розвитку того чи іншого фізичного якості. При проведенні лабораторних занять може бути здійснена оцінка власного рівня фізичного розвитку, рухової підготовки, визначення динаміки цих показників, а також розробка оптимальних індивідуальних параметрів обсягу та інтенсивності навантажень відповідно до показників здоров’я кожного хто навчається, складання і коректування планів індивідуальних домашніх завдань, тренування з розвитку та вдосконалення тих чи інших якостей і здібностей. У зв’язку з викладеним стає зворотним, що проведення занять тільки практичної спрямованості змісту вкрай обмежений можливості освоєння дуже важливого теоретичного матеріалу, який повинен становити головний зміст спеціального середовища освіти в сфері адаптивної фізичної культури.

При цьому важливо також підкреслити, що основний зміст процесу вирішення практичних завдань не може бути розміщено в рамках тільки уроку

по адаптивної фізичної культури і повинно здійснюватися в усьому різноманітті позакласних та позашкільних форм з адаптивної фізичної культури школярів. Говорячи про дітей з відхиленнями у розвитку, необхідно особливо акцентувати увагу педагогів (учителів) за адаптивної фізичної культури, що позакласні та позашкільні заходи з такими дітьми треба проводити обов'язково, незважаючи на значні труднощі, пов'язані з їх обмеженою мобільністю, наявністю психологічних комплексів і т. д. Одним з найважливіших резервів підвищення ефективності з адаптивної фізичної культури є введення обов'язкових домашніх завдань з перевіркою їх виконання, а також навчання батьків проведення занять з дітьми (насамперед немовлячого та дошкільного віку). Якщо розглядати спрямованість змісту занять (уроків) з адаптивної фізичної культури у віковому аспекті, то цілком зрозуміло, що теоретична та методична спрямованість змісту може вводитися в міру інтелектуального розвитку дітей. У ранньому дитячому віці проводяться, зрозуміло, тільки практичні заняття. Проте абсолютно необхідно навчати техніці і методикою проведення занять батьків дітей і доручати їм виконання низки заходів будинку. Особливо це стосується гідро-реабілітаційних занять, масажу та ін.. Як відзначає В. Лук'яненко, на першому місці (начальної загальної освіти), починаючи з 3-го класу, необхідно проведення одного-двох уроків на початку і в кінці кожної чверті у вигляді занять теоретичної та інструкторсько-методичної спрямованості. На ступені основної загальної освіти - не менше одного заняття в тиждень необхідно проводити з теоретичним та інструкторсько-методичним змістом. І на третьому ступені (середньої (повної) загальної освіти) рекомендується проведення одного теоретичного, одного інструкторсько-методичного і не менше трьох практичних занять, що передбачає винесення практичних занять у другу половину навчального часу. Подібну схему поступового введення теоретичних і інструкторсько-методичних занять у зміст адаптивного фізичного виховання можна рекомендувати при роботі з дітьми спеціальних (корекційних) освітніх установ і спеціальних медичних груп масових шкіл.

2. Характеристика змісту занять (уроків) з адаптивної фізичної культури. Враховуючи, що зміст занять з адаптивної фізичної культури в спеціальних (корекційних) освітніх установах досить добре відомо, опубліковано у великій кількості різних навчально- методичних посібників, підручників, в першу чергу доцільно зупинитися на змісті занять з адаптивної фізичної культури дітей першого року життя, де до недавнього часу, перш за все фахівцями органів охорони здоров'я, не допускалися навіть розмови про можливість проведення з дітьми, що мають відхилення у стані здоров'я, будь-яких дій, крім лікувальних.

3. Заняття з дітьми першого року життя. Зрозуміло, заняття з адаптивної фізичної культури дітей першого року життя неможливо відокремити від лікувальних процедур. Тут слід говорити про необхідність доповнення конкретного курсу лікування, який проводиться з дитиною, створенням спеціально організованих умов, що стимулюють його рухову активність. Як приклад наводиться методика реабілітації дітей першого року життя з перинатальним ушкодженням нервової системи. У цю методику включені засоби традиційної лікувальної фізичної культури, масажу, з адаптивної фізичної культури:

- лікувальний масаж як засіб корекції рухових порушень; різновидом масажу виступає холі стичний пальсінг (холістичний - цілісний, пальсінг - пульсація) - легкі струси, вібрації всього тіла і окремих сегментів;
- фізичні вправи (пасивні, пасивно-активні, рефлекторні, дихальні, вправи у висі і на фізіоролі);
- вправи з обтяженнями;
- кріотерапія;
- вправи для корекції мовлення.

Розглянемо деякі особливості методики реабілітації дітей першого року життя, уточнивши, що всі її засоби використовувалися по-різному, залежно від конкретного порушення. Зокрема, всі засоби видозмінювалися в залежності від наявності у дитини м’язової гіпертрофії або м’язової гіпотонії.

Наприклад, кріотерапія (лікування холодом), що дає гарні результати у дітей-гипотоніків, з гіпертоніками не застосовувалася, і, навпаки, - пасивна міорелаксація з успіхом застосовувалася у дітей з м’язової гіпертонії і практично не використовувалася у дітей-гіпотоніків.

Лікувальний масаж. При м’язовому гіпертонусі використовуються прийоми, спрямовані на розтягування, розслаблення м’язових груп: прогладжування, легке розтирання, дрібна, високочастотна, не перервна вібрація; прийоми холі стичного пальсіпга, елементи точкового масажу і ін.

При м’язовій гіпотонії рекомендуються більш сильні, активні виконання таких прийомів, як розтирання, розминка, первина вібрація. У роботі І. Мінка і Г. Решетневої показано, що у дітей з порушеннями м’язового тонусу (особливо з гіпотонією) активне комплексне використання всіх прийомів масажу з самого раннього віку, в тому числі до трьох місяців, на відміну від наявних в літературі рекомендацій щодо застосування у дітей приймів розтирання, розминання починаючи тільки з тримісячного віку.

Фізичні вправи. Пасивні вправи для тулуба і кінцівок - це вправи, які виконуються за допомогою методиста або батька без активної участі самої дитини. До даної групи вправ можна віднести вправи на розтягування, в тому

числі діагональне перехрещення кінцівок (пасивна міорелаксація), рекомендовані дітям з м'язовим гіпертонусом. Пасивні вправи дітям з гіпотонією м'язів доцільно застосовувати з двох тижневого віку, коли у дітей повністю відсутній опір з боку м'язового тонусу. Це дає можливість ранньої активізації всіх сегментів кінцівок, становлення нервово-м'язових зв'язків.

При проведенні пасивної міорелаксації (для дітей з м'язовим гіпертонусом), сутність методики якої полягає у додатку до тіла дитини зусилля достатньої тривалості і інтенсивності, слід виконувати наступні правила:

1) необхідно надати дитині положення, сприятливе проведення пасивних рухів у заданому напрямку та забезпечує фіксацію частин тіла;

2) пасивне розтягування повинно виконуватися без надмірних зусиль;

3) пасивне розтягування припиняється в момент появи опору подальшому розтягуванню;

4) вправи виконуються в повільному темпі з поступовим збільшенням амплітуди руху;

5) час розтягування однієї м'язової групи не повинно перевищувати одної-двох хвилин, протягом одного заняття пасивної міорелаксації може піддаватися не більше 5-6 м'язових груп.

Рефлекторні вправи, засновані на використанні безумовних вроджених рефлексів (хапаючий, ходьби, повзання і т.д.). Наприклад, в положенні лежачи на животі або на спині дитина ритмічно відштовхується ногами від приставленої до підошви долоні (рефлекс повзання). Орієнтуючись на прикладну спрямованість рефлекторних рухів, з'являється можливість повноцінного тренування нервово-м'язового апарату дитини, що сприяє прискореному переходу до активних рухових дій (повзання, підповзання, ходьбі), стимулювання нервово-психічного розвитку дитини.

Для формування правильної реакції опори, навичок ходьби рекомендуються відповідні вправи, виконувані з вихідного положення стоячи з підтримкою методиста та батьків. Ці вправи корисні дітям як з гіпер-, так і гіпотонус м'язів. При цих вправах доцільно, щоб стопи торкалися грубої тканини (жорсткий, махровий рушник, масажний килимок). Для стимуляції хапального рефлексу доцільно вкладати в долоню малюка пальці своїх рук, іграшки і, обхопивши їх дитячими пальчиками, здійснювати спільні маніпуляції. Цей прийом ефективний для дітей з м'язовою гіпотонією. У гіпертоніків тонус згиначів пальців рук часто не дозволяє вкласти палець у долоню, тому необхідне чергування фізичних вправ із прийомами масажу, спрямованих на досягнення м'язового розслаблення.

Дихальні вправи виконуються в комплексі з іншими вправами. При проведенні динамічних дихальних вправ доцільно здійснювати легке натиснення

на грудну клітку, підлаштовуючись під ритм дихання дитини. Включення в комплекс дихальних вправ рекомендується з 3-4-х тижневого віку. Приклади вправ: Дитина лежить на спині:

а) надавлюють рухами на грудну клітку спереду та збоку, обходячи грудину (3-4 рази),

б) розвести ручки в сторони і схрестити на грудях, поперемінно розташовуючи зверху то одну, то іншу (3-4 рази);

в) вдих, на видиху трохи постукувати пальцями по крилах носа (3-4 рази). Вправи у висі: здійснюються з вихідного положення вис з фіксацією за обидві руки, ноги; за одну руку, ногу; за однойменні (праві чи ліві) руку і ногу. Виконується серія рухів: похитування вперед-назад, в сторони, кружляння; перенесення ваги тіла з однієї кінцівки на іншу (рис. 1, а-е).

У дітей з підвищеним м'язовим тонусом вправи у висі можна виконувати з тижневого віку (по 2–4 руху, збільшуючи щодня па один рух). Дітям з м'язовою гіпотонією рекомендується використання ви сів з 3,5 місяців за умови самостійного утримання голови в вертикальному положенні. Вправи з фізіороллом (м'ячем еліптичної форми).

Для дітей першої половини року життя повинні бути м'ячі діаметром 25-35 см, а другої половини - 45 см. Найбільш поширеним є вправа: погойдування на м'ячі вперед назад, в сторони, вібраційні руху, підстрибуючи сидячи верхи, ходьба за м'ячем . Вправи з постановкою верхніх і нижніх кінцівок на опору придатні для будь-яких порушень м'язового тонусу і можуть бути рекомендовані дітям обох груп. Для гіпертоніків доцільне застосування кольорів холодного спектру, для гіпотоніків - теплих тонів. Вправи з обтяженнями. В якості обтяжень рекомендується використовувати мішечки з піском і рюкзачки, які наповнюються мішечками з піском. Мішечки з піском фіксуються на передпліччях і на гомілках. Орієнтовано з 3-4 місяців вага обважнювачів для рук - 100-110 грам мов, для ніг - 150-170 грамів. З обтяженнями виконується ходьба на руках і ногах

Для зміцнення м'язового корсету тулуба, розвитку силової витривалості використовуються обважнювачі для корпусу - рюкзачки. Вправи з рюкзачками виконуються в горизонтальному положенні. Доцільно використання обтяжень під час активного неспання дитини, заохочуючи будь-які спроби самостійної рухової активності Кріотерапія – включення дозованих холодових місцевих взаємодій з метою нормалізації тонусу скелетної мускулатури (рекомендується тільки для дітей, що мають низький м'язовий тонус).

З цією метою використовуються льодові аплікації з експоставицією 1-2 хвилини. При цьому лід поміщається в целофановий пакет і прикладається до великих м'язових груп - живота, сідниць, стегон. Систематичне використання

кріотерапії дозволяє підвищувати загальну резистентність дитячого організму, тому що є потужним фактором загартовування. Слід підкреслити, що реабілітаційні заходи бажано проводити на тлі спеціально підібраної психотерапевтичної музики, що забезпечує стан психоемоційного комфорту матері і дитини. Вправи для корекції мовлення включають: масаж голови, масаж біологічно активних точок, масаж вушних раковин, вправи для мімічної мускулатури і артикуляційного апарату. Ефективними з адаптивної фізичної культури дітей першого року життя є вправи у воді, які доцільно починати через 2-3 міс..Ходьба на руках руках. Утримання корпусу в висі(рюкзак з грузом за спиною) тижні після народження і виконувати відразу, у великій ванні, при температурі води 36-37°С. Вправи, а також способи надання дитині допомоги і страховки наведені в ряді публікацій.

4.Заняття з адаптивної фізичної культури дошкільнят та школярів. Зміст занять з адаптивної фізичної культури дітей дошкільного та шкільного віку представлено у багатьох книжках і посібниках. Воно регламентоване програмами з адаптивної фізичної культури (фізичній культурі), багато з яких багаторазово переглядалися і коригувалося. В даний час найбільш актуальною проблемою з адаптивної фізичної культури є акцент на формування життєвої компетентності дітей і професійно необхідних умінь і навиків.

Робота з формування переліку компонентів змісту життєвої компетентності ще не завершена. Тому тут звертається увага на найбільш важливі для життя вміння і навички, які повинні бути під пильною увагою педагогів та вчителів.

Перша група таких умінь і навичок дозволяє людині переміщення в просторі. Це ходьба, біг, лазіння і переповзання, перекатування, стрибки на одній нозі, з однієї на іншу, на двох ногах (у тому числі через скакалку) та ін.

Друга група умінь і навичок дає можливість правильно орієнтуватися в часі. Це вміння визначати тимчасові інтервали різної тривалості між сигналами, адресованими до різних сенсорних системах, різної інтенсивності; вміння диференціювати тимчасові сигнали, такі послідовно один за одним, через задані проміжки часу та ін.

Третя група умінь і навичок – просторово-часова орієнтування – визначення часу заданих просторових переміщення (поступальних, обертальних, комбінованих); часу виконання заданої кількості звичайних кроків, циклів бігу, що виконуються з різною швидкістю, стрибків, обертань навколо вертикальної осі, заданої кількості перекидів; заданої кількості кроків з одночасними поворотами навколо вертикальної осі та ін.

Четверта група компонентів життєвої компетентності – це подолання різних перешкод (перелазіння, підповзання, переміщення по вертикалі, наприклад по

гімнастичній драбині, обхід перешкод тощо) і навички збереження рівноваги (статичного і динамічного).

П’ята група навичок життєвої компетенції дає можливість переміщення вантажу. Це перенесення вантажу, підкидання і ловля м’ячів різної ваги, ловля м’ячів після відскоку від підлоги, метання на 180 точність і на дальність, хитання і штовхання предметів, жонглювання м’ячем, здійснюване руками і ногами, і ін.

Шоста група найважливіших для життя і, зокрема, для самообслуговування умінь і навичок включає в себе навички виконання вправ пальцями і кистями рук. В даний час виявлено позитивний зв’язок між рівнем сформований так званої дрібної моторики і рівнем розвитку деяких психічних функцій, зокрема функції мови. Існує велика кількість вправ, у тому числі ігрового характеру, щодо вдосконалення дрібної моторики (пальчикова гімнастика, перебір предметів різного об’єму - фішок, кубиків, кульок, гудзиків) і відбір з них предметів заданої форми, здійснюваної без участі зору, і ін.

Необхідно враховувати, що на заняттях з адаптивної фізичної культури, особливо теоретичної та інструкторсько-методичної чеський спрямованості, є можливість для ефективного формування таких видів життєвої компетенції, як комунікативна діяльність, самосвідомість і свідома регуляція власного поведінки в соціумі, життєвого кругозору, соціальної мобільності та ін. Спільна діяльність займаються під час гри, інструкторсько-методичних та лабораторних занять, регламентація цієї діяльності правилами гри або змагань, правилами спільної роботи при складанні комплексів тренувальних навантажень, програм оцінки рівня стану здоров’я і фізичної підготовленості.

5.Заняття з адаптивної фізичної культури у вищих навчальних закладах.Тут на сьогоднішній день основна частина осіб які займаються відноситься до студентів, віднесених за станом здоров’я до спеціальних медичних груп. Найбільш затребуваним серед студентів є такий зміст, який дозволить задовольняти їхні потреби з корекції: складу тіла й фігури (шейпінг, аеробіка, гідроаеробіка, ритмічна гімнастика і ін.); психічного стану (танцювальні вправи та засоби танцювальної терапії, психо-гімнастичні комплекси, рухові програми, які поєднуються з ментальним тренінгом, елементи рухової пластики тощо), гостроти зору (гімнастика для окорухових м’язів, вправи на офтальмологічних тренажерах та ін.) Один з апробованих і підтверджуючих свою ефективність варіант змісту занять з адаптивної фізичної культури зі студентами спеціальних медичних груп наведено в роботі О.Е. Аксьонової (2003)

Лекція №8

КОНТРОЛЬ В АДАПТИВНІЙ ФІЗИЧНІЙ КУЛЬТУРІ

План

. 1.Медико-педагогічний контроль в адаптивній фізичній культурі.

2.Методи контролю ефективності навчального процесу в адаптивній фізичній культурі .

3. Профілактика травматизму в адаптивній фізичній культурі .

1.Медико-педагогічний контроль в адаптивній фізичній культурі.

У процесі фізичного виховання людей із порушеннями здоров'я лікарсько-педагогічному контролю надається ще більше значення, ніж у роботі зі здоровими.

Лікарсько-педагогічний контроль – це система медичних і педагогічних спостережень, які забезпечують ефективне використання засобів і методів фізичного виховання, підвищення рівня здоров'я та вдосконалення фізичного розвитку. Заходи лікарсько-педагогічного контролю визначають стан організму на даний момент (поточний стан), враховують попередній стан (генез) і прогнозують можливі стани в майбутньому (прогноз).

Медико-педагогічний контроль вирішує такі загальні завдання:

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

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

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

Сучасний лікарсько-педагогічний контроль містить фізіологічний контроль рухових якостей:

-тестування фізичними навантаженнями з метою визначення рівня сили і структури силових можливостей рухів у різних суглобах, співвідношення сили і швидкості у діапазоні кутових швидкостей рухів, силової витривалості в ізотонічному й ізодинамічному режимах;

-вимірювання енергетичного потенціалу — меж аеробної й анаеробної працездатності.

Завдання поточного контролю:

- визначення відповідності режиму навантажень фізіологічним спроможностям організму через оцінку загальної напруженості функціонального стану організму;

- оцінка відповідності тренувального ефекту поточних навантажень тим, що планувалися;

- визначення адаптаційного потенціалу організму на момент дослідження: оцінка резервів, зміни функціональних можливостей.

Критеріями є скарги на зміну самопочуття, показники частоти серцевих скорочень, артеріального тиску, зміни функціональних проб і результатів лабораторних та інструментальних досліджень.

Прояви перевантаження:

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

-поява незвичної задишки під час виконання фізичних вправ;

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

Завдання оперативного контролю:

-оцінка впливу кожного заняття на організм;

-визначення спрямованості та напруженості навантажень;

-оцінка ступеня досягнень конкретної мети кожного заняття;

-здійснення оперативної корекції тренувального ефекту окремих вправ і заняття в цілому.

В оперативному контролі визначають:

-під час навантажень — температуру тіла, ЧСС і частоту дихання, їх співвідношення, легеневу вентиляцію;

-після навантажень — характеристики, що відображають стомлення, зміни електрокардіограми, життєвої ємності легенів, сили дихальних м'язів, параметри, які характеризують енергозабезпечення навантаження (рівень лактату, кислотно-основну рівновагу крові), метаболічні показники, що характеризують навантаження (вміст лактату, сечовини, фосфору, креатин-фосфату, креатину, вільних жирних кислот, кетонових тіл, глюкози та ін.).

Контроль у навчальному процесі виконує функцію зворотного зв'язку, а також впливає на мотивації у навчанні: правильно організований, він сприяє її підвищенню, організований неправильно — знижує її (своєчасний контроль сприяє стійкому засвоєнню вміння, несвоєчасний — не дає такого ефекту). Так, практика свідчить, що постійна перевірка призводить до зниження мотивації у навчанні, а перевірка у випадку сумнівів сприяє підвищенню активності учня, отже, правильна організація контролю створює для учня можливість проконтролювати себе кожного разу, коли у нього виникає в цьому потреба. На початку кожного етапу оволодіння рухової навички необхідний контроль за кожною операцією дії. Коли зміст дії вже засвоєно і головні перетворення за формою її виконання вже відбулися, достатньо зовнішнього контролю тільки за кінцевим результатом. Доцільно навчити учнів корекційних дій: вміння знаходити та виправляти помилки. Оскільки внутрішній контроль формується на основі зовнішнього, виконання функцій контролера відносно іншого учня формує його власну увагу і сприяє розвитку вміння контролювати самого себе.

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

2.Методи контролю ефективності навчального процесу в адаптивній фізичній культурі . Успішність і ефективність навчального процесу значною мірою визначається правильною оцінкою психомоторних можливостей, попередньо набутого рухового досвіду, розумінням мотивацій до навчання і життєвих інтересів учня. Оцінка проводиться за формалізованими тестами, які, будучи досить об'єктивними, дають реальне уявлення про стан здоров'я.

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

Медичне діагностування містить:

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

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

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

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

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

-визначення обсягу й інтенсивності навчального процесу;

-вибір спеціальних заходів, які необхідно проводити до і після тренувань;

-встановлення класу спортсмена при заняттях спортом.

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

До медичної діагностики входить: з’ясовування скарг на стан здоров’я, складання історії хвороби, вимірювання температури тіла, антропометрія, огляд, пальпація (прощупування), перкусія (простукування) й аускультація (прослуховування) з метою обстеження шкіри і слизових оболонок, лімфатичних

вузлів, жовчовивідної, сечовивідної, ендокринної і нервової систем, а також визначення рівня статевого розвитку людини. Вивчають рефлекси. Досліджують функції органів чуття і рухові функції. Проводять функціональні проби та лабораторні методи досліджень.

Вивчення й оцінка фізичного розвитку дітей проводиться за загальновизнаною методикою: вимірювання зросту, маси тіла, обвідні розміри грудної клітки (у деяких випадках обвідні розміри голови), для підлітків — ступінь статевого розвитку. Результати обстеження порівнюють з табличними віковими нормами.

Тестування сприйняття спрямоване на дослідження функцій пропріоцептивного, вестибулярного, тактильного, зорового, слухового й нюхового аналізаторів. Діагностується сприйняття якості стимулу, часу його, дії і кількості діючих стимулів, здатність до визначення: положення і напрямку свого тіла у просторі, різних його частин (однієї стосовно інших), просторового відношення свого тіла до стимулу, просторово-часових характеристик власних складних рухів.

Тестування мотивацій учня Мотивація учня з'ясовується на підставі відповідей викладача на наступні запитання:

-До якого виду рухової активності виявляє інтерес або мимоволі звертається дитина?

-До яких предметів, до якої діяльності звертається у випадку свободи вибору? ---Які дії здійснює самостійно, без стороннього втручання?

-Які індивідуальні рухові й особистісні якості демонструє дитина у своїй діяльності?

-Чи існує в руховій діяльності дитини періодичність протягом дня, тижня, місяця, року?

-Яким чином дитина демонструє своє прагнення до розвитку?

-Чи здатна дитина і на який час зосередити увагу на своїй діяльності? У тому числі за зовнішніх перешкод.

-Які перешкоди для неї мають значення?

-Чи займається дитина тим, чим займалася після того, як її увагу відволікли?

Оцінюючи психофізіологічний і фізичний розвиток виділяють 3 групи на основі сигмальних відхилень від середньої арифметичної величини: середній рівень розвитку; вище середнього; нижче середнього. Програма дослідження довільних рухових реакцій дітей і підлітків, розроблена Т. Круцевич, передбачає вимірювання чотирьох типів реакцій:

-прості рухові реакції на світло (визначення латентного періоду простої зорово-моторної реакції на світловий сигнал);

-прості рухові реакції на звук (визначення латентного періоду простої сенсомоторної реакції на звуки різної сили);

-складна рухова реакція на різні світлові сигнали (вивчення складної реакції вибору: на сигнали певних кольорів потрібно реагувати, на інші — ні);

-комбінована реакція на звук і світло (дослідження комбінованої реакції на звуковий подразник: після «негативного» звукового сигналу, який за умовою повинен залишатися без відповіді, подаються «позитивні» світлові сигнали, на які необхідно реагувати).

Тактильна чутливість оцінюється за допомогою лінійки МаркУорті. При цьому орієнтуються на момент визначення іспитованими кількості діючих на тактильний аналізатор подразників. М'язово-суглобове відчуття вимірюється кінетонометром Жуковського при виконанні завдання, в якому іспитований повинен зігнути руку до заданого кута без участі зорового контролю.

Сила нервової системи вивчається методом Копитової. Показником є зміна латентного періоду простої зорово-моторної реакції наприкінці дослідження порівняно з початком. Лабільність нервової системи досліджується за допомогою приладу для визначення критичної частоти світлового сигналу.

Показником рівня лабільності нервової системи є середня частота переходу суцільного світла до дискретного. Під час визначення рухливості нервових процесів досліджується стійкість і переключення уваги. Визначення стійкості уваги здійснюється за таблицями Анфімова.

Переключення уваги досліджується за таблицями Шульта – Платонова за допомогою секундоміра. Під час визначення показників пам'яті досліджують механічну та смислову пам'ять. Механічна пам'ять вивчається за допомогою таблиць із двозначними числами.

Показником рівня механічної пам'яті є кількість правильно відображених після запам'ятовування чисел. Смислова пам'ять досліджується за допомогою карток з нанесеними на них словами. Показником її є коефіцієнт логічного запам'ятовування, який визначається відношенням числа правильно відображених слів до кількості усіх слів на картках. Дослідження рухових можливостей здійснюють, починаючи із з'ясовування, на якому етапі розвитку рухової сфери відбулася затримка.

Для цього визначаються можливості учня:

-ступінь вертикалізації тіла у просторі (чи може підводити й утримувати голову з положення лежачи на животі та на спині, самостійно сидіти, вставати і стояти з допомогою і без неї);

-стійкість (або здатність до опору руками в положенні лежачи на животі, сидячи, регулювати загальний центр маси тіла в положенні стоячи);

-рівновага (або здатність балансувати, відновлювати рівновагу та ін.);

-спосіб (і його якісні характеристики) переміщення у просторі (самостійно не пересувається, перевертається із живота на спину, зі спини на живіт, повзає лежачи або на карачках, пересувається за допомогою інвалідного візка, ходить на милицях, спираючись на милиці або одну милицю, ходить самостійно, в останньому випадку вивчається хода);

- гнучкість;

- точність диференціювання рухів;

- ступінь маніпуляції дрібними речами.

Рухові можливості дітей визначаються таким чином: Налагодивши з дитиною контакт, їй дають цікаву для неї річ (наприклад, м'яч), звертаючи увагу на те, як вона бере її в руки (положення долонь і пальців рук): асиметричність положення кистей, згинання пальців однієї з рук, їхнє надмірне навантаження, зміщення однієї з рук донизу, останнє спостерігається, коли сильніша рука намагається «підтримати» річ знизу. Просять дитину повернути цю саму річ назад («Віддай мені м'яч!»). Передавання речі здійснюють кілька разів, щоб переконатись, що попередні спостереження не випадкові. Після цього переходять до більш складних форм предметної взаємодії: кидання м'яча спочатку з невеликої, а в подальшому з більшої відстані.

Виявлені під час виконання першого тесту тривожні ознаки повинні виявитися тут сильніше. На ураженій руці можуть спостерігатися посмикування, тремтіння, зайві рухи пальців або усієї руки. Кисть і пальці у разі фізичного навантаження можуть перейти до більш зігнутого положення. Можуть з'явитися мимовільні зайві рухи.

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

Окрім маніпуляційних можливостей руки, звертають увагу на загальний рисунок рухів: ходьбу, нахили, повороти, утримання рівноваги, координацію рухів. Про рухову патологію свідчать: надмірна повільність або різкість, порушення ритму, зайві рухи, незграбність, хитання, порушення рівноваги і координації. Використовують тест «Руки вгору», в якому досліджуваного просять швидко підняти випрямлені руки вгору. Уражена рука піднімається повільніше здорової і не повністю випрямляється у ліктьовому суглобі. У випадку обстеження маленьких дітей використовують інформативний тест «Складання пірамідки»: нанизування кілець різного розміру на вісь.

М'язовий тонус ніг, його симетричність визначають наступним чином: поклавши обстежуваного на спину і захопивши його гомілки, імітують поворотно-поступальні рухи ногами, що нагадують педалювання на велосипеді.

Вивчають ступінь, характер і різницю м'язового навантаження в кожній нозі. В наступному тесті дослідник розводить у сторони зігнуті в колінах ноги обстежуваного. При цьому відмічають тугорухливість, надмірне навантаження або зростаючий у процесі згинання ніг опір як в одній, так і в обох ногах (при гіпертонусі м'язів), або «підозрілу» м'якість, легкість, відсутність опору (при зниженні м'язового тонусу).

Порушення рухових функцій виявляють за допомогою простішого і цікавішого-для людей усіх віків тесту «Гра у футбол». Уявлення про м'язовий тонус ніг отримують, пропонуючи учню пострибати по черзі на кожній нозі, а потім на обох: як при гіпотонії, так і при еластичності стрибки будуть слабкими, невисокими.

При гіпертонусі характерна розгинальна постава ступні на поверхні опори, при зниженому тонусі — розпластаність ступні, відсутність амортизації під час приземлення. За допомогою цього самого тесту за характером компенсаторних рухів тулуба і кінцівок визначається функція рівноваги. Особливості динамічної рівноваги виявляють за допомогою проби, в якій обстежуваному пропонують пройти накресленою на підлозі лінією. Його руки при цьому можуть бути на поясі, витягнуті в сторони або вперед, чи за головою.

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

-Положення Ромберга: стоячи зі зімкнутими носками і п'ятками та опущеними руками. При ураженні структур нервової системи, що забезпечують координацію, спостерігається похитування тулуба, яке підсилюється при випрямленні рук уперед, заплющені очі, виставлення однієї ноги вперед. –

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

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

-Проба на непопадання: обстежуваний повинен влучити пальцем руки у нерухомий палець дослідника (із зоровим і без зорового контролю у горизонтальній і вертикальній поверхнях). На боці вади відмічається непопадання.

-Проба на точність рухів: обстежуваному пропонують взяти будь-яку річ, а потім покласти її на місце, відмічаючи невідповідність рухів меті завдання. –

-Діадохокінез: витягнутими руками з розставленими пальцями виконують у швидкому темпі протилежні рухи. При патології порушується симетричність рухів, вони стають незграбними, розмашистими.

-Вивчаючи ходу, відмічають розхитування, рівномірність кроків, симетричність рухів усього тіла. Координація рухів вивчається також за допомогою координамометрів різних типів. М'язова сила вимірюється ручними динамометрами. Точність відтворення м'язового зусилля визначається динамометром Розенблата.

3. Профілактика травматизму в адаптивній фізичній культурі. У АФК ще більше уваги, ніж у фізичному вихованні здорових людей, повинно приділятися гарантуванню безпеки навчальновиховного процесу.

Профілактика травматизму являє собою комплекс організаційно-методичних заходів, спрямованих на вдосконалення фізичного виховання.

За статистикою основні причини травматизму — недостатня професійна підготовка вчителя і, як наслідок, погана організація навчального процесу; неправильне комплектування груп; недоліки або помилки у методиці; порушення дисципліни, встановлених правил, вимог лікарсько-педагогічного контролю; невідповідність матеріально-технічного забезпечення методиці занять; погані санітарно-гігієнічні умови, у тому числі незадовільний стан спортивних споруд, інвентарю, одягу, взуття, захисних пристосувань.

Причинами можуть бути зовнішні перешкоди, у тому числі погані погодні умови, а також надмірне емоційне збудження учнів або їхня психологічна непідготовленість до заняття. В організації занять немає «малозначущих» питань.

Невідповідність споруд або майданчика заняттям певним видом спорту або вправами, відсутність або низька якість страхування чи м'якого покриття, неправильне розташування матів, невідповідність маси і розмірів м'ячів або гімнастичних палиць можливостям учнів, незадовільний стан місця занять, недостатня площа, захаращення залу, погане освітлення, недостатня вентиляція, слизька або нерівна підлога, використання інвентарю не за призначенням, проведення занять при неповному комплекті захисних пристосувань, взуття на слизькій підошві або не за розміром учня, тісний чи незручний для рухів одяг — усе це може призвести до нещасного випадку або травми.

Метеорологічні умови діють на організм навіть тоді, коли людина знаходиться у приміщенні, поза їх безпосереднім впливом. При цьому можуть страждати координація рухів, спритність, відчуття рівноваги, що призводить до травматизму.

Особливо це стосується людей зі стійкими функціональними порушеннями, при яких страждають і адаптивні механізми. Методичні помилки, що призводять до травматизму:

-порушення принципу регулярності, поступовості й послідовності при розвитку рухового вміння (навички);

-форсування навантажень;

-перевантаження;

-невміння забезпечити під час і після занять умови для відновлення функціонального стану організму;

-перевтомлення і, як наслідок, порушення координації, погіршення уважності та захисних реакцій, втрата спритності.

Рекомендації до профілактики травм і підвищення безпеки занять:

-Підвищення кваліфікації викладача і робота з підвищення знань з профілактики травматизму серед учнів.

-Правильне комплектування груп.

-Науково обґрунтоване планування і контроль за навчальним процесом.

-Дотримування усіх дидактичних принципів.

-Повноцінне матеріально-технічне забезпечення занять.

-Дотримування методичних рекомендацій.

-Дотримування вимог лікарсько-педагогічного контролю.

-Контроль за станом поля або предметів, наявності і чистоти м'якого покриття.

-Дотримування правил гігієни: у зв'язку з порушенням функціональних можливостей, зниженням захисних функцій організму і схильності до застудних захворювань в АФК їм варто приділяти більше уваги, ніж у заняттях зі здоровими дітьми.

-Дотримування режиму: регулярність і своєчасність занять, відпочинку та харчування.

-Раціональне харчування.

-Урахування кліматичних і погодних умов. Уміння швидко перебудовувати методику занять відповідно до змін зовнішніх умов.

-Корекція спортивних правил, спрямована на профілактику ситуацій, що призводять до травм.

-Розробка і дотримування правил використання, прибирання та збереження спортивного обладнання, інвентарю і захисних приладів.

-На перших заняттях рекомендується навчити учнів правил безпеки і методів самострахування (наприклад, умінню правильно падати).

-З місцем проведення занять знайомляться завчасно до їх початку, щоб вирішити питання про ступінь безпеки учнів на занятті.

-Кількість учнів у групі повинна бути оптимальною.

-Заборонено проводити заняття за відсутності викладача.

-Перед початком кожного заняття перевіряють стан інвентарю, обладнання, екіпіровку учнів, щоб вона відповідала вимогам завдань, які виконуються на занятті, та зовнішнім умовам.

-На початку заняття учнів обов'язково ознайомлюють з правилами і методами безпеки, страхування, попереджувальними сигналами.

-Обов'язковими є дисципліна учнів, добровільних помічників і присутність керівника занять з моменту, коли учні починають збиратися у спортивному залі, на майданчику, в басейні.

-Викладачеві рекомендується контролювати раціональне розміщення та переміщення учнів спортивним залом, майданчиком, басейном.

-Розминка обов'язкова і містить загальну і спеціальну частини. Загальна частина спрямована на створення оптимального збудження центральної нервової системи та нервово-м'язового апарату в цілому, на підвищення обміну речовин і температури тіла, підсилення діяльності серцево-судинної і дихальної систем.

Спеціальна частина спрямована на створення оптимального збудження тих ланок нервово-м'язового апарату, які будуть зазнавати найбільшого навантаження і тому є найбільш уразливими.

-Силові вправи і вправи на гнучкість потребують розминки, спрямованої на розігрівання м'язів. Підвищення температури, що відбувається при цьому, рекомендується зберігати протягом усього заняття за допомогою одягу, який не пропускає тепла.

-Фізичні вправи та їхня послідовність ретельно підбираються з урахуванням раціонального чергування та системи підвідних вправ. Розраховуються оптимальні проміжки відпочинку між фізичними вправами.

-Розминка не повинна викликати зайвого збудження і перевтомлення організму.

-Навантаження в кожному занятті визначається, виходячи з довгострокового плану та з урахуванням самопочуття учнів безпосередньо під час заняття. -Навантаження збільшуються поступово.

-Перевантаження неможливі.

-Із метою профілактики травм розвиваються координаційні здатності й гнучкість.

-Збільшення швидкості рухів повинне відбуватися одночасно з удосконаленням техніки рухів.

-Виконання оздоровчих вправ обов'язкове.

-Під час виконання вправ, які дають навантаження на хребет, його слід тримати прямим.

-У разі великої кількості функціональних порушень слід запобігати навантаження.

-Максимальне зусилля під час вправ рекомендується робити на видиху, не затримуючи дихання.

-Під час виконання вправ не слід затримувати дихання. У кожному окремому випадку (дефекті тієї чи іншої сенсорної системи, порушенні тієї або іншої функції) існує специфічний ризик травматизму

Лекція №9

КЛАСИФІКАЦІЯ СПОРТСМЕНІВ В АДАПТИВНІЙ ФІЗИЧНІЙ КУЛЬТУРІ

План

1. Принципи класифікації осіб в адаптивному спорті

2. Види класифікацій

3. Система організації і проведення медичної класифікації

4. Система організації і проведення спортивно-функціональної класифікації

5. Основні групи осіб, які займаються адаптивним спортом (класифікація спортсменів)

1. Принципи класифікації осіб в адаптивному спорті. Проблема класифікації атлетів, що займаються адаптивним спортом, є однією з найважливіших в цьому виді діяльності, принципово впливаючи на спортивний результат і, найголовніше, на місце, яке займе той або інший учасник в ієрархії місць конкретного змагання у своєму спортивно-функціональному класі.

Другими словами, помилки осіб, що здійснюють класифікацію спортсменів, можуть привести до несправедливого виграшу або, навпаки, програшу змагань, до втрати медалі тієї або іншої гідності. Необхідно констатувати, що існуючі у сьогоденні в адаптивному спорті класифікації не можна визнати досконалими і остаточно розробленими, багато питань вимагають глибшого обґрунтування, практичної перевірки і вдосконалення.

Принципи класифікації осіб в адаптивному спорті. До найбільш значущих принципів класифікації спортсменівінвалідів відносяться:

- максимально можливе зрівнювання шансів спортсменів на перемогу у рамках одного класу, тобто здійснення підбору осіб в один клас з приблизно однаковими функціональними обмеженнями або, по-іншому, з рівними функціональними можливостями (принцип справедливості);

- максимальне охоплення осіб обох статей з різними видами патології і мірою її важкості (принцип максимального залучення);

- періодичний повторний огляд спортсменів, дефекти яких не носять безповоротного характеру (принцип постійного уточнення).

У спортивних іграх принципи справедливості і максимального залучення є основою для вимоги одночасної участі в змаганні інвалідів з різною мірою важкості поразки (у тих видах адаптивного спорту, де враховується тяжкість поразки).

2. Види класифікацій. У адаптивному спорті використовуються два види класифікації. У літературі існує багато назв цих видів, але найбільш точними по сенсу є наступні назви:

1) медична;

2) спортивно-функціональна.

Медична класифікація передбачає розподіл осіб з обмеженими можливостями здоров'я на класи (групи) або виділення в окремий клас (групу), виходячи з наявності у них структурних і (чи) функціональних можливостей, що залишилися, або, що по процедурі виявлення те ж саме, виходячи із ступеня (тяжкість) ураження. Розподіл на класи або виділення в окремий клас, даючи основу для участі в діяльності змагання по конкретному виду адаптивного спорту або їх групі, здійснюється в медичній класифікації саме за медичними критеріями без обліку специфіки самої спортивної діяльності. Звідси і ця назва - медична.

У параолімпійському русі використовується другий вид класифікації - спортивно-функціональна, яка передбачає розподіл спортсменів на класи, виходячи з особливостей конкретного виду адаптивного спорту, специфіки його змаганням діяльності, але з урахуванням попередньої їй медичної класифікації.

Другими словами, спортивно-функціональна класифікація формує класи спортсменів для участі в змаганнях по конкретному виду адаптивного спорту з опорою па показники медичної класифікації. На змаганнях, що проводяться за програмою параолімпійського руху, у рамках сформованих класів і будуть розіграні медалі з фіксацією рекордів різного рівня, здійснена процедура ранжирування спортсменів від кращого (переможця) до гіршого.

Саме від цієї класифікації, правильності визначення функціональних можливостей спортсмени в тому або іншому виді діяльності змагання залежатиме результат спортсмена, його ранг в класі і, взагалі, спортивні досягнення і їх соціальна оцінка.

Саме тому спортивно-функціональна класифікація в параолімпійських видах спорту може бути названа основною, а медична - додатковою, або допоміжною.

Медичну і спортивно-функціональну класифікації, використовують в адаптивному спорті, доречно порівняти з двома видами класифікацій станів людини, розроблених Всесвітньою організацією охорони здоров'я. Це Міжнародна статистична класифікація хвороб і проблем, пов'язаних із здоров'ям, 10-й перегляд (скорочено Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду - МКХ- 10), що визначає етіологічну структуру хвороб (розлад, травма і тому подібне), і Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності і здоров'я (скорочено Міжнародна класифікація функціонування - МКФ), що дає характеристику функціонування і обмежень життєдіяльності, пов'язаних із змінами здоров'я.

Між МКХ - 10 і МКФ (також, як і між медичною і спортивнофункціональною класифікаціями) є часткові збіги. Обидві класифікації починаються з систем організму. Порушення відносяться до структур і функцій організму, які зазвичай являються складовими «процесу хвороби», і у зв'язку з цим використовуються як чинники, що формують «хворобу», або іноді як причини для звернення по медичну допомогу, тоді як в МКФ вони розглядаються як проблеми функцій і структур організму, пов'язаних із зміною здоров'я.

Так, наприклад, у двох індивідів (спортсменів) з однаковим захворюванням (ушкодженням) можуть бути різні рівні функціонування (різні спортивно-функціональні класи, особливо в різних видах спорту), і, навпаки, два індивіди з рівним функціонування (однаковим спортивно-функціональним класом) необов'язково мають однакові зміни здоров'я. Спільне використання класифікацій МКХ - 10 і МКФ. так само як і медичною, і спортивнофункціональною, підвищує достовірність інформації.

3.Система організації і проведення медичної класифікації. Передусім необхідно підкреслити, що медична класифікація в адаптивному спорті не має прямого відношення до існуючої МКХ - 10 або, наприклад, діючою класифікацією інвалідів на I, II і III групи для визначення міри втрати функціональних можливостей і працездатності, а також розмірів соціальних виплат.

Медична класифікація в адаптивному спорті, яку в зв'язку з цим дуже часто називають спортивно-медичною, орієнтована на розподіл інвалідів на групи або виділення їх в одну групу саме з позитивної можливості участі в спортивній, змаганні і учбово-тренувальній діяльності.

Тому критерії виділення в групи (класи) або одну групу (клас) осіб з обмеженими можливостями здоров'я визначають Міжнародні спортивні організації інвалідів.

У параолімпійському русі це:

- Міжнародна спортивна організація інвалідів (ISOD) - визначає критерії медичної класифікації для осіб з природженою або придбаною ампутацією і віднесених до категорії «інші»;

- Міжнародна асоціація спорту і відпочинку для спортсменів з церебральним паралічем(CP - ISRA) - визначає критерії медичної класифікації для цієї групи інвалідів;

- Міжнародна Стоук-Мендвільська спортивна організація колясочників (ISMWFS) - визначає критерії медичної класифікації для осіб з наслідками травм хребта і спинного мозку;

- Міжнародна спортивна асоціація сліпих (IBSA) - визначає критерії медичної класифікації для незрячих і слабобачучих спортсменів;

- Міжнародна спортивна федерація для людей з порушенням інтелекту (INAS - FID) - визначає критерії медичної класифікації цієї категорії спортсменів для участі в змаганнях за програмою параолімпійських видів адаптивного спорту з використанням традиційної моделі діяльності змагання.

У сурдоолімпійському русі критерії медичної класифікації для спортсменів з поразкою слуху стверджує Міжнародний спортивний комітет глухих (CISS).

У спеціальному олімпійському русі критерії віднесення спортсменів до тих осіб, які можуть брати участь в програмах спеціальної олімпіади з використанням нетрадиційної моделі змагальної діяльності (обличчям з розумовою відсталістю), визначає Міжнародна організація Спеціальної олімпіади - SpecialOlympicsInternational - SOI.

У паралімпійському русі (за винятком осіб з порушенням інтелекту, що беруть участь в програмах INAS - FID) процедуру класифікації здійснюють так звані міжнародні медичні класифікатори, що мають відповідний сертифікат, що підтверджує їх права в цій області.

У сурдоолімпійському русі констатацію втрати слуху утверджують медичні працівники. Людей з відхиленнями в розумовому розвитку (з порушенням інтелекту) для участі в програмах INAS - FID і SOI відбирають спеціалісти або уповноважені організації, затверджені чинним законодавством тих країн, які делегують спортсменів для участі в цих програмах.

Необхідно констатувати, що найбільш складною процедурою, що викликає багато питань і критичних зауважень, є медична класифікація осіб з поразками опорно-рухового апарату, що беруть участь в змаганнях по параолімпійській програмі. Критичні зауваження торкаються передусім існуючих медичних критеріїв розподілу спортсменів на класи і, саме головне, використання цих класів для наступної спортивно-функціональної класифікації.

Слід підкреслити, що в деяких видах параолімпійського адаптивного спорту розроблені власні спортивно-функціональні класифікації, що не спираються на медичні класифікації «ампутантів», «спинальників», «церебральників» і «інших».

Такі класифікації використовуються в плаванні, кінному спорті, настільному тенісі, стрільбі з лука, кульовій стрільбі, баскетболі в колясках. У них розподіл спортсменів на класи здійснюється для конкретного виду адаптивного спорту і в значно більшій мірі відповідає ідеям Міжнародної класифікації функціонування (МКФ). 200 15.4. Система організації і проведення спортивних змагань.

4.Система організації і проведення спортивно-функціональної класифікації. Система спортивно-функціональної класифікації діє тільки в параолімпійському русі, причому тільки для осіб з поразками опорно-рухового апарату.

На відміну від медичної класифікації її вдосконалення і відповідальність за розподіл спортсменів на окремі класи виділяються на Виконавський комітет Спортивної асамблеї (НКСАі по конкретному параолімпійському виду спорту, де представлені відповідні фахівці, сертифіковані для цього виду діяльності. Ці фахівці, спираючись на дані медичної класифікації, що відповідає, і формують класи спортсменів для участі в змаганнях по конкретному виду адаптивного спорту.

Уся трудність проведення спортивно-функціональної класифікації по конкретному параолімпійському виду спорту полягає в тому, що фахівці, які здійснюють її, при формуванні класів, що враховують в себе (наприклад, в таких медалезмістовних параолімпійських видах спорту, як легка атлетика та ін.) представників усіх чотирьох груп осіб з поразками опорно-рухового апарату («ампутантів», «церебральників», «спинальників» і «інших»), вимушені використовувати критерії, розроблені трьома різними організаціями (ISOD, CP - ISRA, ISMWFS) і в недостатній мірі узгоджені між собою.

Останніми роками усе більш виразно проявляється тенденція об’єднання на змаганнях представників різних спортивнофункціональних класів в одну групу, в якій вони ведуть боротьбу за один комплект медалей, з привласненням спортсменам фори (переваги), вираженої у відсотках. Введення системи гандикапу у відсотках особливо характерно для зимових видів спорту (лижні перегони, гірськолижний спорт та 201 ін.).

Причому відповідно до правил Міжнародного параолімпійського комітента спортсмени з різних спортивно-функціональних класів об’єднувалися в одну групу (клас) в тих випадках, коли в одному класі на конкретну дистанцію заявлялося менше заздалегідь певної кількості спортсменів (у одному класі).

Рішення по об’єднанню класів в одну групу (клас) в кожному випадку приймається ІКСА по виду спорту на першій нараді представників команд потім завершення офіційної спортивно-функціональної класифікації.

Система застосування відсотків, наприклад, в лижних перегонах могла модифікувати відповідно до стану траси, а також з урахуванням типу поразки спортсменів, техніки лижних ходів, довжини дистанції та ін. Система гандикапу у відсотках істотно ускладнює боротьбу за медалі, кількість комплектів яких в цьому випадку зменшується. Нині система гандикапу у відсотках усе більш активно впроваджується в змагання по параолімпійським видах спорту, що призводить до зменшення кількості комплектів медалей і підвищеню конкуренці.

Що ж до спортивно-функціональної класифікації сліпих, то тут представники ІКСА по конкретному параолімпійському виду спорту використовують дані медичних класифікаторів, розділяючи усіх спортсменів на три класи залежно від залишкового зору (Bl, B2, B3, де B - перша буква в англійському слові Blind-сліпої).

Ще простіше ситуація полягає з глухими спортсменами і спортсменами з поразкою інтелекту (розумово відсталі), де детальна диференціація на класи по ступеню (рівню) ураження взагалі не проводиться. Розподіл спортсменів на дивізіони, здійснюваний в програм-мах змагань за правилами Спеціальної олімпіади, не можна відносити до процедури класифікації, як це використовується в адаптивному спорті, оскільки тут взагалі не розглядається медична і спортивнофункціональна характеристика атлетів у зв’язку з їх дефектом.

Тому процедуру логічніше трактувати як попереднє (до основних змагань) визначення рівня підготування атлетів. Причому здійснюване не лише (і навіть не стільки) з метою зрівнювання їх шансів на перемогу, скільки з метою збільшення кількості комплектів медалей для нагородження учасників змагань.

5. Основні групи осіб, які займаються адаптивним спортом (класифікація спортсменів)

Існує багато класифікаційних ознак для розподілу спортсменів, що займаються адаптивним спортом, на ті або інші групи (класи). Два з їх вже були розглянуті при класифікації основних напрямів розвитку адаптивного спорту.

Це вид захворювання, інвалідності (нозологічної групи) спортсмена і модель діяльності змагання, яку він реалізує. На цій підставі можуть бути розділені не лише основні напрями розвитку адаптивного спорту, але і самі спортсмени.

Відповідно до першої ознаки атлети, що займаються адаптивним спортом, розділяються на осіб: з поразкою зору, опорнорухового апарату (які у

свою чергу, діляться ще на 4 групи), слуху, інтелекту; що перенесли інфаркт міокарду, операції по пересадці тканин і органів (трансплантанти); що мають захворювання органів дихання, наприклад астму та ін. Кількість таких груп з кожним роком стає все більше.

Друга основа ділення дозволяє розподілити усіх спортсменів на дві групи - тих, хто використовує традиційну модель змагальної діяльності (паралімпійці, сурдлімпійці, трансплантанти та ін.), і тих, хто застосовує нетрадиційні моделі змагань (спеціальні спортсмени в програмі Спеціальної олімпіади, люди з обмеженими можливостями в спартіанської моделі культурно-спортивної діяльності, інваліди, що грають в «м'які ігри», ігри і спорт, засновані на співпраці, та ін.).

Найважливішою класифікаційною ознакою в адаптивному спорті, що дозволяє провести розмежувальну лінію між тими, хто може брати участь в змаганнях по різних його видах і тих хто не може, є наявність у людини так званого мінімального рівня ураження. Якщо такого рівня ураження немає, то спортсмен не допускається до діяльності змагання в адаптивному спорті.

Для спортсменів, що мають ураження різних органів і систем, встановлюються різні критерії мінімального рівня ураження :

1) для осіб з ампутаціями кінцівок – ампутація однієї кінцівки проходить по крайній мірі через зап'ястя (для верхніх кінцівок)або гомілковий суглоб (для нижніх кінцівок).

2) для спортсменів, віднесених до категорії «інші», зменшення м'язової сили верхніх і нижніх кінцівок на 15 балів (за результатами мануально-м'язового тестування – ММТ)) 203

3) для осіб з церебральним паралічем - а) мінімальна форма геміплегії або квадриплегії, що дозволяє бігати без асиметрії; б) погано виражене захворювання руки або ноги; в) можуть мати місце фізичні недоліки в легкій формі з відсутністю координації рухів; г) спортсмен повинен довести реальний і об'єктивний функціональний фізичний недолік (якщо ненормальність може бути виявлена тільки детальною неврологічною перевіркою і навряд чи явно проявляється в процесі класифікації і не очевидно, що впливає на виконання рухів, то атлет не допускається до змагань);

4) для осіб з наслідками травм хребта і спинного мозку - 70 або менш балів за результатами мануально-м'язового тестування (ММТ) м'язової сили нижніх кінцівок (максимальний показник для нижніх кінцівок 80 балів - по 40 балів для кожної ноги, що характерно для здорової людини);

5) для осіб з поразкою зору - гострота зору нижче 6/69 (0,1) і / або при концентричному звуженні поля зору менше 20 градусів;

6) для осіб з поразкою інтелекту за версією INAS - FID а) рівень інтелекту в балах не перевищує 70 IQ (середня людина має 100 IQ); б) наявність обмежень в оволодінні звичайними навичками (спілкування, соціальні навички, самообслуговуванні і тому подібне); в) прояв розумової відсталості до досягнення віку 18 років;

7) для осіб з поразкою слуху - послаблення слуху до 55 децибел;

8) для осіб з відхиленнями в розумовому розвитку за версією SOI - відповідність одному з наступних критеріїв:

а) фахівець або уповноважена організація встановила, що згідно з критеріями, використаними на цій території, ця людина має відхилення в розумовому розвитку;

б) ця людина має затримку в розвитку когнітивних (пізнавальних) функцій, що може бути визначено стандартизованими показниками (наприклад, коефіцієнт інтелектуальності IQ) або іншими показниками, які в країні проживання людини сприймаються фахівцями як переконливе свідчення наявності затримки в розвитку когнітивних функцій;

в) наявність функціональних обмежень як у дії загальних пізнавальних функцій (наприклад, IQ), так і в адаптивних навичках (таких, як відпочинок, робота, незалежне життя, самонаправленість або турбота про себе).

Проте люди, чиї функціональні обмеження засновані виключно на фізичних або емоційних відхиленнях, розвитку органів чуття або пізнавальних функцій, відхиленнях в поведінці, не можуть брати участь в заходах Спеціальної олімпіади як спеціальні спортсмени.

Наступна класифікаційна ознака, яка дозволяє розділити що усіх займаються адаптивним спортом на дві групи, виходить з наявності або відсутності диференціації спортсменів на класи після віднесення їх до осіб, що мають право брати участь в змаганнях по адаптивному спорту. До першої групи спортсменів по цій основі ділення відносяться особи з поразками опорно-рухового апарату і зору. До другої групи - особи з поразками слуху і інтелекту (як за версією INAS - FID, так і по SOI).

У осіб з поразками опорно-рухового апарату в залежності від виду патології виділяється різна кількість класів:

- у інвалідів з природженою або придбаною ампутацією кінцівок виділяється дев’ять класів;

- у осіб, віднесених до категорії «інші», - шість класів;

- у осіб з церебральними поразками (порушеннями мозкової рухової системи) - вісім;

- у осіб з наслідками травм хребта і спинного мозку - шість, проте перший клас підрозділяється на три підкласи (А, В, С), а шостий клас є підкласом п’ятого і виділяється тільки для плавання.

- у осіб з поразкою зору виділяються три класи.

Значну специфіку мають спортивно-функціональні класифікації в ігрових видах адаптивного спорту, де передбачена процедура диференціювання спортсменів на класи потім установлення у них максимального рівня ураження. Так, наприклад, в баскетболі в колясках кожному спортсменові привласнюються бали від 1.0 до 4.5 залежно від рівня розвитку фізичних функцій; у волейболі стоячи вони розподіляються на три класи - А, В і З; у футболі для осіб з наслідками церебрального паралічу - на чотири класи -СР5, СР6, СР7, СР8.

Далі, в баскетболі в колясках бали спортсменів складаються, утворюючи командну суму, яка не повинна перевищувати 14 балів на п’ять гравців; у волейболі стоячи в будь-який час ігри команда може мати на майданчику максимум одного гравця класу А (спортсмен з мінімальним рівнем ураження, що впливає на функції, необхідні для гри у волейбол) і повинна мати мінімум одного гравця класу (спортсмен з найвищим рівнем ураження); аналогічно у футболі - упродовж усієї гри на полі повинен знаходитися гравець класу СР5, СР6 (якщо такого гравця немає, то команда вимушена грати шістьма спортсменами замість семи), кількість гравців класу СР8 на полі не повинна перевищувати трьох чоловік.

Так реалізується принцип максимального залучення, тобто включення в команду гравців з різною тяжкістю патології. У спортивних іграх для незрячих спортсменів (наприклад, у футболі 5х5 спортсменів) під час змагань усім гравцям закриваються очі темними окулярами, щоб усі гравці були в рівних умовах.

Залежно від того, чи являється той або інший дефект постійним (наприклад, ампутація кінцівки, деякі види сліпоти і тому подібне) або може коригуватися в результаті реабілітаційних заходів, усі спортсмени розділяються на дві групи: а) ті, хто повинен проходити періодичний повторний огляд (перекласифікацію); б) ті, хто має постійний клас. На завершення розділу відмітимо, що як магістральне направлення вдосконалення процедури класифікації в адаптивному спорті необхідно виділити ширше використання таксономічної теорії і філософії і принципів Міжнародною класифікації функціонування (МКФ).

РЕКОМЕНДОВАНІ ДЖЕРЕЛА ІНФОРМАЦІЇ

1. Адаптивнаое физическое воспитание и спорт / под ред. Джозефа П. Винника; пер. С англ. И. Андреев. – К.: Олимп. Лит., 2010. – 608 с.

2. Бріскін Ю. А. Спорт інвалідів: [підручник] / Ю. А.Бріскін. – К. : Олімпійська література, 2006. – С. 5-124.

.

3. Круцевич Т. Ю. Теорія і методика фізичного виховання: підручник для студ. ВНЗ / Т. Ю. Круцевич. - К.: Олімпійська література, 2008. – 393 с.

4. Литош Н.Л. Адаптивная физическая культура. Психологопедагогическая характеристика детей с нарушениями развития : учебное пособие / Н.Л. Литош. – М. : СпортАкадемПресс, 2002 – 140 с.

5. Клапчук В.В. Лікувальна фізкультура та спортивна медицина / В.В. Клапчук, Г.В. Дзяк, І.В. Муравов [та ін.] / за ред. В.В. Клапчука, Г.В. Дзяка. – К.: Здоров'я, 1995. − 312 с.

6. Кравченко А.І. Медико-біологічна та реабілітаційна термінологія для студентів спеціальностей "Фізична реабілітація", "Фізична культура": навч. посіб. / А.І. Кравченко, Ю.О. Лянной, В.В. Купина. – Суми: СумДПУ ім. А.С.Макаренка, 2002. – 212 с.

7. Лікувальна фізкультура в санаторно-курортних закладах / за ред. Л.І. Фісенко. - К.: Купріянова, 2005. – 400 с.

8. Лікувальна фізкультура при остеохондрозі шийного відділу хребта в людей середнього та літнього віку: метод. реком.; уклад. В.В. Поворознюк та ін. – К.: Ін-т геронтології, 2000. – 26 с.

9. Лутай М.І. Медикаментозне лікування стабільної стенокардії: методичні рекомендації Робочої групи з проблемами атеросклерозу та хронічних форм ІХС Асоціації кардіологівУкраїни / М.І. Лутай, Г.Ф. Лисенко. - К.: ПП ВМБ, 2008. – 64 с.

10. Михайлова Н.Є. Методологія фізичної реабілітації дітей, хворих на вроджену клишоногість: монографія / Н.Є. Михайлова. – Рівне, 2012. – 216 с.

11. Мурза В.П. Фізична реабілітація в хірургії: навч. посіб. / В.П. Мурза, В.М. Мухін. - К.: Науковий світ, 2008. - 247 с.

12. Мухін В.М. Фізична реабілітація: підруч. / В.М. Мухін. – 3-тє вид., переробл. та доповн. - К.: Олімп. л-ра, 2009. – 488 с.

13. Ногас А.О. Фізична реабілітація при множинних захворюваннях: навчально-метод. посіб. А.О. Ногас, І.М. Григус. - Рівне, 2007. - 100

ДЛЯ НОТАТОК

ДЛЯ НОТАТОК

ДЛЯ НОТАТОК

ДЛЯ НОТАТОК

ДЛЯ НОТАТОК

ДЛЯ НОТАТОК

Адаптивна фізична культура і спорт [Текст] : конспект лекцій для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти освітньої програми «Середня освіта (фізична культура)», галузі знань 01 - Освіта/педагогіка, спеціальності 014.11 - Середня освіта (фізична культура) денної та заочної форм навчання/уклад. О.В. Гребік– Луцьк: Відділ іміджу та промоції Луцького НТУ, 2021. – 106 с.

Комп'ютерний набір Д.В. Перевознік
Редактор О.В. Гребік

Підп. до друку «__»_____2021 р. Формат 60х84/16. Папір офс.
Гарн. Таймс. Ум. друк. арк. 2,5.
Тираж 50 прим.

Відділ іміджу та промоції
Луцького національного технічного
університету 43018, м. Луцьк,
вул. Львівська,75
Друк – Відділ іміджу та промоції Луцького НТУ